

Gdański Uniwersytet Medyczny
Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej
Zakład Ratownictwa Medycznego

Piotr Robakowski

Utrzymanie ciągłości realizacji świadczeń medycznych
w sytuacjach kryzysowych
na przykładzie działania Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego.



Rozprawa na stopień doktora nauk o zdrowiu

Promotor: prof. dr hab. Andrzej Basiński

Zakład Ratownictwa Medycznego

Promotor pomocniczy: dr Daniel Ślęzak

Zakład Ratownictwa Medycznego

Gdańsk 2022

Spis treści

Wstęp.....	3
Rozdział I.....	4
1.1. Nauki o zdrowiu i polityka bezpieczeństwa	4
1.2. Uwarunkowania prawno-ustrojowe polityki zdrowotnej RP.	20
1.3. Bezpieczeństwo zdrowotne a sieć szpitali publicznych w Polsce.	25
1.4. Zarządzanie kryzysowe i czynniki je warunkujące.	34
1.5. Podmiot medyczny w systemie zarządzania kryzysowego.	53
1.5.1 Implementacja przepisów zarządzania kryzysowego do procedur szpitalnych	57
1.5.2 Rola procedur zarządzania ciągłością działania.	64
1.6 Zabezpieczenia logistyczne sytuacji kryzysowej	66
Rozdział II	78
2.1. Cel pracy	78
2.2. Hipotezy badawcze	79
2.3. Schemat i metodyka badań	79
Rozdział III Wyniki.....	84
3.1. Analiza efektywności wykonania procedur na podstawie ćwiczeń w zakresie wypadków masowych.....	84
3.2. Analizy procedur wewnętrznych w odniesieniu do wypełniania założeń celów strategicznych w zakresie bezpieczeństwa państwa -wzorce procedur	93
Rozdział IV. Dyskusja.....	99
Rozdział V. Wnioski	106
Streszczenie	108
Spis tabel	110
Spis rysunków	111
Spis załączników	112
Bibliografia	113

Wstęp

Szpital jako element zabezpieczenia medycznego obywateli a zarazem istotna część systemu bezpieczeństwa państwa może być zagrożony pojawieniem się różnego rodzaju sytuacji kryzysowych. Polityka Bezpieczeństwa Państwa w sposób bezpośredni oddziałuje na kształtowanie zasad ochrony placówek wchodzących w skład systemu ochrony zdrowia. Zmiany jakie dokonały się na przestrzeni lat w sektorze usług medycznych, orientując te podmioty na efekt ekonomiczny, nie zwalniają ich jednak ze zobowiązań na rzecz kształtowania polityki bezpieczeństwa. Współczesne strategie narodowe, kształtujące system bezpieczeństwa państwa, opierają się w dużej mierze na kulturze organizacyjnej podmiotów realizujących ważne cele społeczne, w tym cele medyczne. Szpital niejednokrotnie zagrożony jest wystąpieniem sytuacji określanych jako kryzysowe, determinowanych zarówno czynnikami wewnętrznymi jak i zewnętrznymi. Sytuacje te nie pozostają obojętne dla funkcjonowania określonej społeczności, mogą one bowiem dotyczyć katastrof, wypadków masowych, zagrożeń terrorystycznych, klęsk żywiołowych czy działań wojennych. Nie bez znaczenia zostają również zagrożenia natury prawnej czy ekonomicznej. O ile rzeczą oczywistą jest oddziaływanie na kształtowanie systemu bezpieczeństwa w placówkach medycznych poprzez odpowiednie mechanizmy centralnej administracji państwowej, tak trudne do zdefiniowania staje się określenie w jaki sposób bezpieczeństwo placówek medycznych może oddziaływać na całokształt systemu bezpieczeństwa państwa, w tym utrzymanie ciągłości świadczeń medycznych w sytuacjach kryzysu.

Multidyscyplinarne podejście do tego problemu stało się nurtem wyjściowym do pracy naukowej ukierunkowanej na stworzenie jednolitej, skutecznej procedury ukierunkowanej na działalność szpitala w sytuacjach kryzysowych. Podjęto próbę ujęcia jednostki medycznej funkcjonującej w szeroko pojętym zakresie ochrony zdrowia w odniesieniu do wszystkich obowiązków wynikających z uregulowań prawnych, zobowiązań umownych oraz wypełnienia szerokiego spektrum działań w ramach systemu bezpieczeństwa kraju.

Rozdział I

1.1. Nauki o zdrowiu i polityka bezpieczeństwa

Przedmiotem opracowania jest między innymi wskazanie interdyscyplinarnego charakteru problemów badanych na gruncie nauk o zdrowiu. W tym istotę polityki zdrowotnej w wyjaśnianiu procesów społecznych, aby móc rozwiązywać liczne problemy w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa społeczeństwa. Ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych w ciągle zmieniającej się rzeczywistości. Jedną z subdyscyplin, która wyjaśnia problemy społeczne oraz mieści się w obszarze zainteresowań nauk o zdrowiu jest polityka zdrowotna nierozdzielnie związana również z naukami o bezpieczeństwie. Rozwijając tę myśl skłaniamy się do szerokiego pojęcia bezpieczeństwa zdrowotnego, również pozostającego w zakresie zainteresowania dyscypliny.

Polityka Zdrowotna zawiera w swojej istocie dwa wymiary aplikacyjny i teoretyczny. W wymiarze aplikacyjnym ważna jest aktywność wszystkich podmiotów uczestniczących w życiu społecznym. Podmioty te bezpośrednio wpływają na kształtowanie zasobów bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Jako aplikacyjny wątek polityki zdrowotnej istotnym jest poprawa zarządzania systemem ochrony zdrowia. W tym aspekcie niezwykle ważna jest organizacja procesów związanych z leczeniem i dostępem do procedur medycznych, zarówno w stanie standardowego postępowania jak i w czasie wystąpienia sytuacji kryzysowych. Ma ona zapewnić w sposób ciągły właściwe warunki do wszechstronnej opieki medycznej. A w rezultacie wpłynąć na poprawę obecnych stosunków o charakterze publicznym.

Natomiast w wymiarze teoretycznym polityka zdrowotna jako subdyscyplina naukowa podejmuje teoretyczne problemy nierozdzielnie związane z zaspokajaniem potrzeb w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności. Trudno jednak w przyjętych definicjach polityki zdrowotnej znaleźć odniesienia do bezpieczeństwa zdrowotnego jako ugruntowanego pojęcia. Można jedynie przyjąć pewien intuicyjny charakter odniesienia się do tego pojęcia. Przy czym ująć należało by bezpieczeństwo zdrowotne jako potrzebę zdrowotną zidentyfikowaną w celu podjęcia pewnych działań czy decyzji w tym obszarze. W ujęciu praktycznym polityki zdrowotnej istotnym elementem jest kreowanie pewnej aktywności społeczeństwa w zakresie odpowiedzialności za własne decyzje wpływające na budowanie systemu bezpieczeństwa zdrowotnego. Zagadnieniem umiejętności odpowiedzialnego kształtowania praktyk w zakresie utrzymania zdolności do ciągłego zapewnienia dostępu do usług medycznych zajmuje się zarządzanie kryzysowe. Ten rodzaj przedsięwzięć będący częścią systemu bezpieczeństwa

państwa jako podsystem Zarządzania kryzysowego jest istotnym fragmentem działań wdrażania polityki bezpieczeństwa. Ponieważ do jej zadań należy nie tylko przekazywanie wiedzy, ale również wykształcenie umiejętności podejmowania świadomych planowanych działań i decyzji w celu kształtowania systemu bezpieczeństwa w społeczeństwie demokratycznym.

Odnosząc problematykę przedmiotowej pracy do dyscypliny naukowej, jaką są nauki o zdrowiu, nasuwa się analogia do nauk prawnych, socjologicznych, zarządzania oraz bezpieczeństwa. Głównym przedmiotem badań staje się prawo czy procedury, które są elementem systemu prawnego. Niemniej jednak całościowe pojęcie problemu odnosi się do szerokiego spektrum oddziaływań systemów społecznych. Ze szczególnym zwróceniem uwagi na problematykę bezpieczeństwa zdrowotnego odnosząc się również do nauk o zdrowiu. Przyjmując że przedmiotem nauk o zdrowiu pozostaje dane zjawisko społeczne rozwinięciem logicznym tezy jest przypisanie pewnego charakteru naukom prawnym, socjologicznym, zarządzaniu czy bezpieczeństwu. Przy czym zjawisko to pozostaje jako wtórne wobec powyższych i samo w sobie nie może być ujmowane jako przedmiot badań poszczególnych dyscyplin. Tak sformułowana odpowiedź w kwestii rozważań o przedmiot badań jest tylko w części poprawna. Niezwykle istotne jest określenie czym jest polityka zdrowotna.

1.2 Polityka Zdrowotna RP uwarunkowania prawno-ustrojowe

Politykę zdrowotną definiuje się jako celowe, zorganizowane, kompleksowe oraz międzysektorowe działanie organizacji publicznych (i innych jednostek), którego celem jest kształtowanie, utrzymanie, poprawa i ochrona zdrowia. To również tworzenie warunków zwiększających potencjał jednostkowy, zbiorowy i instytucjonalny, który pozwala na rozwój jakości życia¹.

Polityka zdrowotna jest częścią polityki społecznej kraju. Rzutuje na wiele sfer funkcjonowania państwa, takich jak zabezpieczenie społeczne (renty i emerytury), struktura dochodów i wydatków, kształcenie czy kultura. Poziom zaufania do rządu w dużej mierze opiera się na poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego. Z tego względu polityka zdrowotna powinna być osadzona w ekonomicznych i społecznych realiach danego kraju, jak również kierować się zapewnieniem warunków sprzyjających zachowaniu zdrowia przez

społeczeństwo. Poziom realizacji polityki zdrowotnej jest widoczny w ochronie środowiska, promowaniu zdrowego stylu życia oraz w organizacji systemu ochrony zdrowia².

Celem polityki zdrowotnej jest niwelowanie różnic zdrowotnych. Przez to dąży się do poprawy zdrowia społeczeństwa poprzez takie narzędzia jak³:

- promowanie zachowań prozdrowotnych oraz dobrostanu społecznego,
- zapewnienie powszechnego dostępu do usług medycznych,
- zapewnienie wysokiej jakości usług zdrowotnych przy jednoczesnym zachowaniu stabilności finansowej,
- osiąganie zadowolenia pacjentów.

Zakłada się, że na politykę zdrowotną wpływają następujące czynniki⁴:

- postęp cywilizacyjny i technologiczny – rozwój wiedzy medycznej, nowe techniki diagnostyczne, pojawianie się nowych zagrożeń zdrowotnych,
- zmiany demograficzne – starzenie się społeczeństw i wzrost liczby ludności,
- realia ekonomiczne – nakłady finansowe na zdrowie w coraz mniejszym stopniu opierają się na sektorze publicznym, stan zamożności społeczeństwa, poziom bezrobocia etc.,
- czynniki polityczne – miejsce, które zajmują problemy zdrowotne w przestrzeni publicznej danego kraju,
- czynniki zdrowotne – konsekwencje wcześniej zrealizowanych polityk zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę powyższe czynniki, logicznym staje się fakt, że kształtowanie polityki zdrowotnej jest działaniem wielosektorowym, które promuje powszechne uczestnictwo jednostek i grup społecznych w procesach decyzyjnych. Takie podejście staje się bazą efektywnej promocji zdrowia. Dodatkowo proces kształtowania polityki zdrowotnej danego państwa jest zorientowany na określone kierunki funkcjonowania. Najczęściej są to: budowanie zdrowego stylu życia, rozwój edukacji zdrowotnej, organizacja i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz ochrona środowiska. Kolejnym elementem tworzenia i rozbudowywania polityki zdrowotnej jest podtrzymywanie kooperacji pomiędzy władzą publiczną a licznymi organizacjami. Ich współpraca dąży do zaspokojenia zdrowotnych potrzeb społeczeństwa. Należy pamiętać, iż polityka zdrowotna jest procesem publicznym, dlatego nie należy jej mylić z prywatnymi działaniami poszczególnych obywateli czy z przedsięwzięciami, które bezpośrednio wpływają na zdrowie i życie pojedynczego pacjenta. Idąc tym tokiem rozumowania, z zakresu polityki zdrowotnej należy również wykluczyć procedury medyczne związane z leczeniem indywidualnych obywateli oraz jednostkowe decyzje administracyjne (np. jednorazowe zamówienie zagranicznego medykamentu)⁵.

Podstawową funkcją systemu ochrony zdrowia jest prowadzenie działań na rzecz ogółu społeczeństwa, zapewniających mu bezpieczeństwo zdrowotne, jak również podejmowanie

czynności skierowanych do osób, których zdrowie może być zagrożone⁶. Wyzwaniem dla systemu są wciąż rosnące potrzeby zdrowotne przy jednocześnie ograniczonych zasobach finansowych przeznaczonych na ten cel. Jest to szczególnie widoczne w kontekście starzejącego się społeczeństwa. Jest to pozytywny efekt prowadzenia skutecznej polityki zdrowia publicznego obejmującego leczenie i profilaktykę oraz jednocześnie – wyzwanie do poprawy ochrony zdrowia i funkcjonalnej wydajności osób starszych funkcjonujących w życiu społecznym. Poprzez swoje cele i założenia, Światowa Organizacja Zdrowia stała się głównym źródłem wiedzy na temat prowadzenia polityki zdrowotnej na świecie. Na jej dokumentacji wzorują się instytucje rządowe oraz organizacje publiczne. Głównymi podmiotami publicznego systemu ochrony zdrowia są pacjenci, producenci dóbr i usług medycznych, płatnicy, dysponenci środków publicznych i państwo. Przepisy prawa krajowego regulują zależności pomiędzy państwem a świadczeniobiorcą. Relacje między świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą są określane przez normy cywilnoprawne przy założeniu, że środki na realizację świadczeń zapewnia system ubezpieczeń. Z tego względu popyt na usługi medyczne może być regulowany. Kooperacja państwa i świadczeniodawcy jest utworzona na podstawie cywilnoprawnego partnerstwa, które bazuje na umocowaniu administracji państwowej⁷.

Założenia polskiej polityki zdrowotnej zostały przedstawione w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2016 – 2020. Jest to dokument zawierający zapis spójnej polityki zdrowotnej, którą realizują organy państwowe. Program przyjęto w drodze Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492). Jest to piąta wersja programu. Pierwszą strategię opracowano na początku lat 90. XX wieku jako odpowiedź na dokument Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. Akt był pionierską próbą zjednoczenia różnych organów administracji rządowej, społeczności lokalnych i organizacji pozarządowych w celu poprawy, utrzymania i ochrony zdrowia Polaków. Intensywne zmiany społeczne, polityczne i ekonomiczne lat 90. w Polsce niosły, poza możliwościami, zagrożenie zdrowia wielu grupom funkcjonującym w społeczeństwie. Z tego względu Narodowy Program Zdrowia był aktualizowany w 1993 r. i 1996 r. Kolejne strategie powstawały w 2002 r. i 2006 r. Ich celem była efektywna absorpcja środków wspólnotowych oraz harmonijny rozwój regionalny. W 2005 r. w drodze uchwały przyjęto „Strategię rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013”, której głównym elementem był Narodowy program zdrowia przygotowany na lata 2007 – 2015⁸. Celem strategicznym NPZ na lata 2016 – 2020 jest zmniejszenie nierówności

społecznych w zdrowiu, zwiększenie jakości życia ludności poprzez poprawę zdrowia oraz wydłużenie życia w zdrowiu. Wybrane działania związane z celami operacyjnymi prezentuje Tabela 1. Wyraźnie zarysowują się tendencja do monitorowania i nadzoru nad zdrowiem publicznym. Narodowy Program Zdrowia jest systematycznie monitorowany i sprawozdawany zgodnie z „Programem monitorowania oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji Narodowego Programu Zdrowia” z 1998 roku. Opisano w nim metodykę ewaluacji polityki zdrowotnej kraju⁹.

Cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020

Cel operacyjny NPZ 2016 - 2020	Przykłady działań
poprawa aktywności fizycznej, stanu odżywiania i sposobu żywienia społeczeństwa	<ul style="list-style-type: none"> - podejmowanie działań upowszechniających prawidłowe żywienie, - tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością, - analiza adekwatności i efektywności udzielanych profilaktycznych i edukacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej, - prowadzenie kampanii na rzecz karmienia piersią,
profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.	<ul style="list-style-type: none"> - prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego, - prowadzenie działań ograniczających problem używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych w zakładach pracy
profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa	<ul style="list-style-type: none"> - podnoszenie kompetencji kadr medycznych uczestniczących w realizacji profilaktycznej opieki psychiatrycznej, w tym wczesnego wykrywania objawów zaburzeń psychicznych, - prowadzenie działań na rzecz zapobiegania zaburzeniom odżywiania o podłożu psychicznym w populacji generalnej oraz populacjach o zwiększonym ryzyku, - prowadzenie działań na rzecz zapobiegania zaburzeniom odżywiania o podłożu psychicznym w populacji generalnej oraz populacjach o zwiększonym ryzyku
ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki	<ul style="list-style-type: none"> - badanie i ocena wpływu na stan zdrowia klimatu i działań związanych z adaptacją do jego zmian, - wypracowanie metodologii oceny środowiskowych zagrożeń zdrowia mieszkańców JST oraz udzielanie wsparcia przy opracowaniu wojewódzkich, powiatowych oraz gminnych programów ochrony środowiska, - prowadzenie działań informacyjno – edukacyjnych dotyczących uświadamiania ryzyka związanego z nadmiernym narażeniem na promieniowanie ultrafioletowe
promocja aktywnego i zdrowego starzenia się	<ul style="list-style-type: none"> - popularyzacja wiedzy w zakresie specyficznych potrzeb i uwarunkowań dietetycznych w grupie seniorów - w tym zapobieganie utracie masy ciała i chorobom metabolicznym, - realizacja zadań na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów,

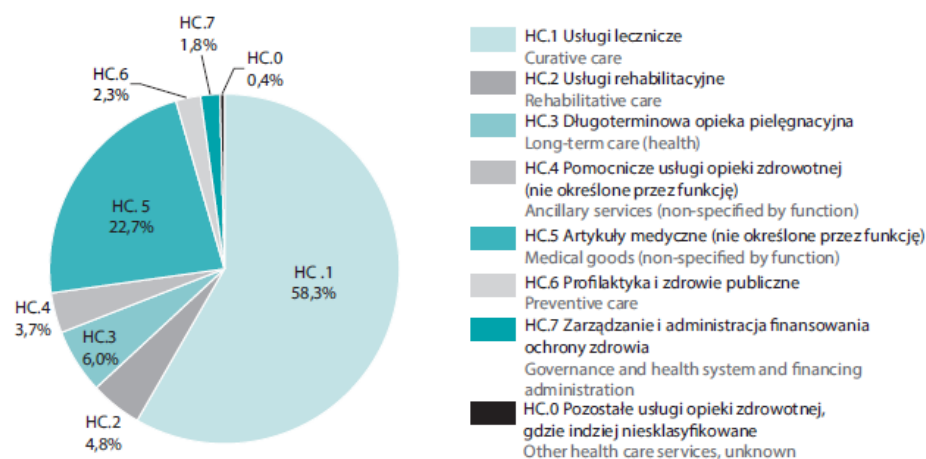
	- tworzenie innowacyjnych rozwiązań dotyczących farmakoterapii oraz działań prozdrowotnych i aktywizujących osoby w wieku podeszłym
poprawa zdrowia prokreacyjnego	- opracowanie i upowszechnienie materiałów edukacyjnych dotyczących różnych aspektów zdrowia prokreacyjnego - materiały i eksperci na portal, recenzje informatorów, - promocja portalu internetowego i platformy e-learningowej przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi komunikacji

Tabela 1. Cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020¹⁰

W 2015 roku przyjęto kolejny dokument decydujący o sposobie prowadzenia polityki zdrowotnej w Polsce – ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916 z późn. zm.). Akt prawny określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty je realizujące oraz zasady ich finansowania. Dokument był odpowiedzią na potrzebę poprawy stanu zdrowia ludności. W tym celu utworzono też nowe ciała koordynacyjne i doradcze, czyli Radę ds. Zdrowia Publicznego oraz Komitet Sterujący Narodowym Programem Zdrowia.

Przyjmuje się, że w 2017 roku poniesiono 130 140,4 mld PLN wydatków bieżących na ochronę zdrowia, co stanowiło 6,54% produktu krajowego brutto (PKB). Bieżące wydatki publiczne wyniosły wtedy 90,4 mld PLN i stanowiły 4,55% PKB oraz 70% wszystkich nakładów na ochronę zdrowia. Najwięcej wydano na usługi lecznicze – 58,7%. Następnie fundusze poświęcono na artykuły medyczne (w tym leki, 22,7%), długoterminową opiekę zdrowotną (6%), usługi rehabilitacyjne (4,8%), profilaktykę i zdrowie publiczne (2,3%) oraz administrację i zarządzanie finansowaniem ochrony zdrowia (1,8%)¹¹. Dokładny rozkład wydatków prezentuje Rysunek 1.

Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r.



Rysunek 1 Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, Kraków 2019.

Na tle innych krajów, poziom polskich wydatków na ochronę zdrowia jest stosunkowo niewielki. W zestawieniu Głównego Urzędu Statystycznego dotyczącego bieżących wydatków na zdrowie w krajach OECD jako procent PKB w 2017 r., Polska znalazła się na 7. miejscu od końca. Wydatki publiczne wynosiły wtedy 4,5% PKB, a wydatki prywatne – 2% PKB¹². Z kolei według danych WHO, w 2017 roku rząd RP przeznaczył 4,51% PKB na prowadzenie polityki zdrowotnej, co dało Polsce szóste miejsce od końca w rankingu¹³.

Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w 2018 roku przeprowadziło badanie dotyczące opinii społeczeństwa na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Tylko jedna trzecia ankietowanych pozytywnie oceniła funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Z 66% badanych wypowiadających się negatywnie, 27% stwierdziło, że kondycja opieki zdrowotnej jest zdecydowanie negatywna. W porównaniu z badaniem z roku 2016, nastąpił wzrost zadowolonych pacjentów o 7 punktów procentowych. W części badania dotyczącej świadczeń i porad otrzymywanych drogą powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, 70% ankietowanych pozytywnie oceniło kompetencje lekarzy, ich dostępność w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (68%) oraz zaangażowanie w wykonywaną pracę (65%). Najniższe oceny system opieki zdrowotnej otrzymał za dostępność wizyt u lekarzy specjalistów (83% negatywnych głosów) i niewystarczającą liczbę personelu medycznego w szpitalach (70%). Połowa respondentów uważała, że problemy z jakością i dostępnością świadczeń jest spowodowany zbyt niskimi nakładami środków publicznych na system ochrony zdrowia oraz złym dysponowaniem dostępnymi funduszami¹⁴.

Zdrowie jest jednym z podstawowych dóbr cenionych wśród polskich obywateli. W większości przypadków Polacy są raczej zadowoleni ze swojego stanu zdrowia. Wpływają na to dobre nawyki żywieniowe oraz znaczący i systematyczny wzrost popularności prozdrowotnego stylu życia. W porównaniu z początkiem lat 90., w Polsce odnotowano wzrost odsetka osób dbających o zdrowie z 19% do 64%. Pomimo dominacji przekonania, że obowiązek ochrony zdrowia spoczywa głównie na ludziach, coraz więcej osób uważa, że o zdrowie obywateli powinno troszczyć się państwo¹⁵. Polacy niemal powszechnie deklarują korzystanie z usług zdrowotnych, jednak nie tylko w okresie nagłej choroby. W 2018 r. 88% badanych przez CBOS deklarowało korzystanie ze świadczeń w ciągu ostatnich sześciu miesięcy z powodu złego stanu zdrowia swojego lub dziecka, złożyło wizytę protetykowi lub stomatologowi oraz wykonywało analizę w laboratorium diagnostycznym. 80% powyższych respondentów w tym celu skorzystało z usługi w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jednak 57% z nich, pomimo korzystania z usług ogólnodostępnych, poszukiwała się świadczeniami spoza systemu finansowanego lub współfinansowanego z Narodowego Funduszu Zdrowia. Decydowała się na ten krok głównie z powodu krótszego czasu oczekiwania na wizytę i leczenie¹⁶.

Magnuszewska-Otulak twierdzi, że polska polityka zdrowotna nie jest spójna i konsekwentna¹⁷. Jest to spowodowane przyjętymi rozwiązaniami systemowymi oraz niemożnością podjęcia debaty na temat efektywnej polityki zdrowotnej przez kolejne partie rządzące. Polityka zdrowotna powinna zapewnić wyrównanie dostępu do służby zdrowia, jednak dotychczasowe działania prowadzą do centralizacji świadczeń specjalistycznych w dużych miastach oraz braku funduszy na prowadzenie punktów medycznych w małych miejscowościach. Rząd powinien rozważyć podniesienie składki zdrowotnej lub zwiększenie udziału finansowania przez gospodarstwa domowe, ponieważ dotychczasowe nakłady publiczne na zdrowie są zbyt niskie na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ogółu społeczeństwa.

Polityka zdrowotna z bezpieczeństwo państwa.

Bezpieczeństwo ma z natury charakter polityczny, ponieważ jednym z głównych celów polityki jest ochrona kraju i obywateli przed zagrożeniami. Ze względu na dynamiczne procesy globalizacyjne i transformacje kulturowe postrzeganie współczesnego bezpieczeństwa oraz formowanie skutecznych modeli systemów bezpieczeństwa podlega ciągłej ewolucji wraz z kształtowaniem się nowych zagrożeń. Są to jedne z największych wyzwań, przed którymi stoją politycy w każdym zakątku świata. Dotychczasowy „państwowo – centryczny” sposób definiowania bezpieczeństwa, opierający się na postrzeganiu państw jako jedynych uczestników stosunków międzynarodowych, coraz bardziej uwzględnia podmiotowość

jednostek, sojuszy i organizacji międzynarodowych w procesie budowy porządku międzynarodowego. Jest to wynik bardziej liberalnego rozumienia charakteru tego porządku, co nasiliło się po upadku bipolarnego podziału świata. Dążenia do utworzenia doskonalszych form systemów bezpieczeństwa zaowocowały rozwojem prawnych i instytucjonalnych płaszczyzn współpracy pomiędzy społeczeństwami i państwami. Ich efektami są sojusze, globalne organizacje międzynarodowe bezpieczeństwa zbiorowego, międzynarodowe organizacje regionalne czy dalszy rozwój prawa międzynarodowego. Dodatkowo poziom bezpieczeństwa ludzi zwiększył się dzięki objęciu międzynarodowym nadzorem przestrzegania praw człowieka. Powyższe zmiany nie byłyby możliwe bez obecności polityki w kreowaniu bezpieczeństwa na poziomie lokalnym i międzynarodowym.

Jedną z głównych funkcji polityki w zakresie bezpieczeństwa jest tworzenie spójnych przepisów prawnych w zakresie ochrony państwa i obywateli. Jest ona kluczowa, ponieważ dotyczy wielu dziedzin i obszarów, przede wszystkim swobód obywatelskich i praw człowieka. Jest również powiązana z suwerennością i nienaruszalnością terytorialną krajów. Traktat Lizboński w artykule 24. głosi: *„Wspólna polityka zagraniczna i bezpieczeństwa podlega szczególnym zasadom i procedurom. Jest określana i realizowana przez Radę Europejską i Radę stanowiącą jednomyślnie, chyba że Traktaty przewidują inaczej. Wyklucza się przyjmowanie aktów prawodawczych. Wspólną politykę zagraniczną i bezpieczeństwa wykonuje wysoki przedstawiciel Unii do spraw zagranicznych i polityki bezpieczeństwa oraz Państwa Członkowskie, zgodnie z traktatami. Szczególną rolę Parlamentu Europejskiego i Komisji w tej dziedzinie określają Traktaty. Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej nie jest właściwy w zakresie tych postanowień, z wyjątkiem właściwości do kontrolowania przestrzegania artykułu 40 niniejszego Traktatu i do kontroli legalności niektórych decyzji przewidzianych w artykule 275”*¹⁸. Dodatkowo w Traktacie Lizbońskim stwierdzono, iż strategiczne interesy Unii Europejskiej, w tym wspólną politykę bezpieczeństwa w kwestiach polityczno-obronnych, kreuje Rada Europejska. W sytuacjach nadzwyczajnych przewodniczący Rady Europejskiej zwołuje spotkanie nadzwyczajne, którego zadaniem jest utworzenie planu działania całej organizacji. Wspólną politykę zagraniczną i bezpieczeństwa realizują wysoki przedstawiciel oraz Państwa Członkowskie, stosując środki krajowe i unijne¹⁹. Wyżej wspomniany dokument jednoznacznie osadził rolę polityki w bezpieczeństwie wobec państw członkowskich Unii Europejskiej.

Kolejną rolą polityki jest kształtowanie postaw społecznych wszystkich podmiotów, co jest bardzo ważne w aspekcie bezpieczeństwa społecznego. W strukturze bezpieczeństwa narodowego bezpieczeństwo społeczne obejmuje państwo, grupy społeczne i jednostki jako

podmioty życia międzynarodowego. Istota bezpieczeństwa społecznego wynika z byciem naczelną wartością dla każdej z wymienionych grup, dzięki czemu mogą się swobodnie rozwijać. Dzięki sprawnej polityce bezpieczeństwa podmioty mogą posiadać pewność istnienia i przetrwania, zaspokajać podstawowe potrzeby i nie bać się utraty podstaw egzystencji. To z kolei prowadzi do wykształcenia integralności i niepodległości oraz zapobiega konfliktom. Obywatele mogą żyć w spokoju i szczęściu²⁰. Ważne jest, by identyfikować zagrożenia życia społecznego: zahamowanie procesu budowy społeczeństwa obywatelskiego, destabilizację porządku politycznego czy tworzenie się przeszkód we współpracy w sojuszach NATO i Unii Europejskiej²¹.

Polityka zapewnia jednostkom poczucie bezpieczeństwa, rozwoju i sprawiedliwości. Te uczucia są niezwykle ważne z powodu licznych zagrożeń XXI wieku, gdzie poczucie niebezpieczeństwa każdego dnia rośnie. Permanentne poczucie zagrożenia negatywnie odbija się na jednostce i społeczeństwie w zahamowaniu ich rozwoju cywilizacyjnego. Uważa się, że zapewnienie bezpieczeństwa publicznego danej społeczności stanowi podstawowy warunek materialnego i duchowego rozwoju.

Z powyższym wiąże się kolejna funkcja polityki, czyli przewidywanie zagrożeń bezpieczeństwa kraju i zawartych sojuszy. Grupa państw może znajdować się na jednym bądź więcej kontynentów, co zdecydowanie utrudnia utrzymanie poczucia bezpieczeństwa. Współczesnymi przyczynami zagrożeń są człowiek i natura. Trzecie milenium charakteryzuje się stale wzrastającym poziomem zagrożenia bezpieczeństwa, którego przyczyną jest działalność drugiego człowieka o charakterze terroryzmu, bioterroryzmu, wojny hybrydowej etc. Drugim źródłem niebezpieczeństwa jest natura: trzęsienia ziemi, lawiny, wybuchy wulkanów, śnieżyce, pożary, powodzie, tornada etc. Do tego wszystkiego dochodzą masowe migracje, kryzysy finansowe, rozprzestrzenianie broni masowego rażenia, brak profesjonalizmu wśród elit rządzących. Charakter nagłych sytuacji kryzysowych jest złożony i nieprzewidywalny, co znacznie utrudnia przyjęcie odpowiednich polityk bezpieczeństwa państw i sojuszy. Jednym w takich sojuszach jest NATO, (ang. *North Atlantic Treaty Organization*) zapewniające bezpieczeństwo członków organizacji wraz jego strukturami roboczymi, które przedstawia Rysunek 2.



Rysunek 2. Struktury robocze NATO 2022 roku ²²

Polityka przyczynia się więc do tworzenia warunków realizacji interesów narodowych poprzez likwidację zewnętrznych oraz wewnętrznych zagrożeń. Funkcja ta nawiązuje do dwóch zasadniczych kwestii, tj. do jakości systemu bezpieczeństwa narodowego ze wszystkimi możliwymi jego uwarunkowaniami i do zagrożeń, jakie mogą występować współcześnie. Przez bezpieczeństwo rozumie się proces a nie stan, w którym zarówno poszczególne elementy, jak i jego struktura podlegają dynamicznym zmianom stosownie do realnych uwarunkowań (zagrożeń). Tworzenie warunków realizacji interesów wobec zagrożeń jest obowiązkiem wszystkich podmiotów i organizacji by zachować stabilność państwa²³. Dzięki odpowiednio skonstruowanej polityce bezpieczeństwa możliwe są tworzenie warunków do międzynarodowej współpracy oraz realizacja zobowiązań sojuszniczych w systemie bezpieczeństwa globalnego²⁴.

Charakter współczesnego środowiska bezpieczeństwa

Opisując współczesne środowisko bezpieczeństwa warto pamiętać, iż wszystkie podmioty stosunków międzynarodowych, a przede wszystkim państwa, działają w określonym środowisku zawierającym różne komponenty oraz relacje pomiędzy nimi. Owe elementy są przypisane do sfery społecznej, ekonomicznej, politycznej, militarnej, technologicznej i ekologicznej oraz wpływają na funkcjonowanie państw. Oddziaływanie może korzystne bądź negatywne. Tworzą więc określone środowisko bezpieczeństwa, czyli zewnętrzne i wewnętrzne, militarne i niemilitarne warunki realizacji interesów i osiągnięcia celów w dziedzinie bezpieczeństwa przez różne podmioty. Początek XXI wieku wpłynął na ewolucję potencjalnych niebezpieczeństw. Obecnie do najważniejszych należą te, które w sposób bezpośredni oddziałują na społeczeństwo oraz funkcjonowanie państw, czy różnych organizacji. Ich negatywny wpływ na życie i zdrowie ludzi, warunki bytu, mienie czy środowisko naturalne prowadzi do destabilizacji życia państwowego i społecznego²⁵.

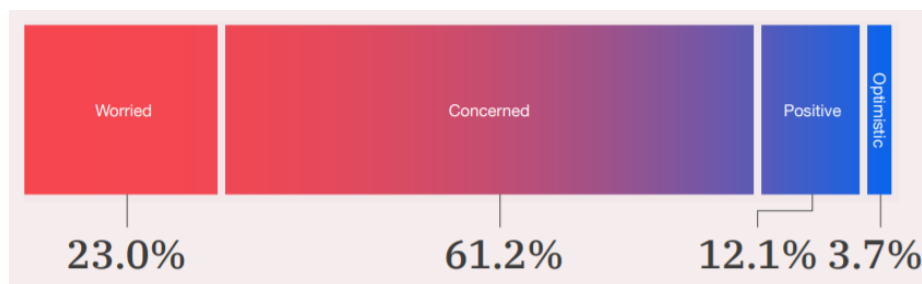
W roku 2022, zgodnie z ww. analizą, COVID-19 oraz jego gospodarcze i społeczne konsekwencje nadal stanowią krytyczne zagrożenie dla świata. Nierówność szczepień i wynikająca z niej niejednolita odbudowa gospodarcza grożą pogłębieniem podziałów społecznych i napięć geopolitycznych. W najbiedniejszych 52 krajach - zamieszkałych przez 20% ludzi na świecie – na początku stycznia 2022 r. zaszczepionych było zaledwie 6% populacji. Do 2024 r. gospodarki rozwijające się (z wyłączeniem Chin) spadną o 5,5% poniżej oczekiwanego wzrostu PKB sprzed pandemii, podczas gdy gospodarki rozwinięte przekroczą go o 0,9% - co pogłębi globalną przepaść w dochodach. Wynikająca z tego globalna rozbieżność doprowadzi do napięć wewnątrz i ponad granicami, które mogą pogorszyć kaskadowe skutki pandemii i komplikują koordynację niezbędną do stawienia czoła wspólnym wyzwaniom w tym wzmocnienie działań na rzecz klimatu, zwiększenie bezpieczeństwa cyfrowego, przywrócenia środków do życia i spójności społecznej oraz zarządzanie konkurencją w przestrzeni kosmicznej.

Gospodarcze skutki pandemii potęgują się wraz z brakiem równowagi na rynku pracy, protekcjonizmem oraz pogłębiającymi się różnicami w zakresie technologii cyfrowych, edukacji i umiejętności, co grozi podzieleniem świata na rozbieżne trajektorie. W niektórych krajach szybkie wprowadzenie szczepionek, udana transformacja cyfrowa i nowe możliwości wzrostu mogą oznaczać powrót do trendów sprzed pandemii w perspektywie krótkoterminowej oraz możliwość bardziej odpornej perspektywy w dłuższym horyzoncie czasowym. Wiele innych krajów będzie jednak odczuwać negatywne skutki niskiego poziomu szczepień, utrzymujących się poważnych obciążeniach systemów opieki zdrowotnej, podziałów cyfrowych

i stagnacji na rynkach pracy. Rozbieżności te skomplikują współpracę międzynarodową, która jest niezbędna, aby przeciwdziałać pogarszającym się skutkom zmiany klimatu, zarządzać przepływami migracyjnymi i zwalczać niebezpieczne zagrożenia cybernetyczne. Krótkoterminowe naciski wewnętrzne utrudnią rządów skupienie się na priorytetach długoterminowych i ograniczą kapitał polityczny przeznaczony na problemy globalne. "Erozja spójności społecznej" jest najważniejszym krótkoterminowym zagrożeniem w 31 krajach – w tym w Argentynie, Francji, Niemczech, Meksyku i RPA z grupy G20. Oczekuje się, że różnice, które już wcześniej stanowiły wyzwanie dla społeczeństw, teraz się pogłębią - przewiduje się, że o 51 mln więcej osób będzie żyło w skrajnym ubóstwie w porównaniu z tendencją sprzed pandemii ²⁶ - co niesie ze sobą ryzyko rosnącej polaryzacji i wzrostu ubóstwa. Równocześnie presje wewnętrzne grożą wzmocnieniem postawy interesu narodowego i pogłębieniem pęknięć w gospodarce światowej, co odbędzie się kosztem pomocy zagranicznej i współpracy.

Globalne badanie postrzegania ryzyka - WEF

World Economic Forum przeprowadziło ankietę *Global Risks Perception Survey* (GRPS). Zdecydowana większość respondentów wyraziła zaniepokojenie poziomem bezpieczeństwa na świecie (Rysunek 4).



Rysunek 3 Wyniki ankiety GRPS w kwestii poczucia bezpieczeństwa respondentów ²⁷

Wyniki GRPS pokazały również, że niepowodzenia działań na rzecz klimatu są zagrożeniem numer jeden dla świata oraz potencjalnie najpoważniejszym w skutkach czynnikiem w ciągu następnej dekady (Rysunek 5). Zmiany klimatu już teraz objawiają się w postaci susz, pożarów, powodzi, niedoboru zasobów czy utraty gatunków. W 2020 r. wiele miast na świecie doświadczyło ekstremalnych temperatur niespotykanych od lat, takich jak rekordowo wysoka temperatura 42,7°C w Madrycie i niska temperatura -19°C w Dallas. Rządy, przedsiębiorstwa i społeczeństwa stoją w obliczu rosnącej presji, aby zapobiec najgorszym konsekwencjom. Jednak nieuporządkowana transformacja klimatyczna charakteryzująca się

rozbieżnymi kursami na całym świecie może doprowadzić do dalszych podziałów między krajami i społeczeństwami, tworząc bariery dla współpracy.

Zagrożenia: ekonomiczne, środowiskowe, geopolityczne, społeczne, technologiczne	
1. Niepowodzenie działań proklimatycznych	6. Choroby zakaźne
2. Ekstremalne zjawiska naturalne	7. Zniszczenia środowiska życia człowieka
3. Utrata różnorodności biologicznej	8. Kryzysy zasobów naturalnych
4. Erozja spójności społecznej	9. Kryzysy zadłużenia
5. Kryzysy życiowe	10. Konfrontacja geoekonomiczna

Rysunek 4 10 najistotniejszych zagrożeń bezpieczeństwa według respondentów GRPS, opracowanie własne³¹

Według ekspertów wpływ zmian klimatu można rozpatrywać zarówno w skali globalnej, jak i regionalnej. W skali globalnej przewidywane zmiany klimatu prognozowane w modelach klimatycznych wskazują na wzrost średniej temperatury Ziemi do 2100 r. od 1,10°C do 6,40°C. Tak duże różnice wynikają z przyjęcia różnych scenariuszy, w których zakłada się poziom wzrostu lub redukcji emisji gazów cieplarnianych (dwutlenku węgla, tlenu azotu, metanu). Wzrost temperatury na Ziemi spowoduje m.in.:

- topnienie lodowców, rozmrażanie wiecznej zmarzliny oraz ograniczanie zasięgu i czasu trwania lodu morskiego,
- wzrost poziomu oceanów na świecie od 0,2 m do 2,2 m nawet przed 2050 r.
- coraz częstsze występowanie ekstremalnych zjawisk pogodowych: huraganów, ulewnych deszczy, powodzi, susz, sztormów, a także tsunami,
- spadek produkcji rolnej w tropikach i jej potencjalny wzrost w strefach umiarkowanych,
- zmiany w składzie gatunkowym niektórych ekosystemów, takich jak lasy i rafy koralowe,
- potencjalny wzrost ilości obszarów, gdzie występują choroby takie jak salmonella, malaria, cholera lub inne choroby tropikalne,
- zmiany w dynamice cyrkulacji powietrza wpływające na klimat lokalny i regionalny w różnych częściach świata oraz na przebieg prądów morskich,
- zmiany w reżimie opadów atmosferycznych bezpośrednio wpływające na stan zasobów wodnych w różnych częściach globu²⁸.

Biorąc pod uwagę złożoność zmian technologicznych, gospodarczych i społecznych na taką skalę, a także niewystarczający charakter obecnych zobowiązań, prawdopodobne jest, że każde przejście, które umożliwi osiągnięcie celu zerowego poziomu emisji netto do 2050 r., będzie nieuporządkowane. Podczas gdy w wyniku blokad COVID-19 nastąpił globalny spadek gazów cieplarnianych, wkrótce powróciły tendencje wzrostowe: wskaźnik emisji gazów cieplarnianych wzrósł w 2020 r. szybciej niż średnio w ostatniej dekadzie. Kraje kontynuując drogę polegającą na uzależnieniu od sektorów wysokoemisyjnych ryzykują utratę przewagi konkurencyjnej poprzez wyższy koszt emisji dwutlenku węgla, mniejszą odporność, nienadążanie za innowacjami technologicznymi i mają przez to ograniczone możliwości wywierania wpływu w umowach handlowych. Jednak odejście od sektorów wysokoemisyjnych, które obecnie zatrudniają miliony pracowników, spowoduje niestabilność gospodarczą, pogłębienie bezrobocia oraz wzrost napięć społecznych i geopolitycznych. Przyjęcie przyspieszonej polityki ochrony środowiska będzie miało również niezamierzone konsekwencje dla przyrody - nadal istnieje wiele nieznanych zagrożeń wynikających z zastosowania niesprawdzonych technologii biotechnicznych i geoinżynierskich - a brak poparcia społecznego dla zmiany sposobu użytkowania gruntów lub nowych systemów cenowych spowoduje komplikacje polityczne, które jeszcze bardziej spowolnią działania. Transformacja, która nie uwzględnia skutków społecznych pogłębi nierówności wewnątrz krajów i pomiędzy nimi, zwiększając tarcia geopolityczne.

Rosnąca zależność od systemów cyfrowych - wzmocniona przez COVID-19 - zmieniła społeczeństwa. W ciągu ostatnich 18 miesięcy branże przeszły gwałtowną cyfryzację, pracownicy zaczęli w miarę możliwości pracować zdalnie, a platformy i urządzenia ułatwiające tę zmianę rozpowszechniły się. Jednocześnie zagrożenia związane z bezpieczeństwem cybernetycznym rosą - w 2020 r. ataki złośliwego oprogramowania (oprogramowania typu ransomware, które szyfruje pliki i żąda okupu za rozszyfrowanie). Hakerzy tworzą tego typu oprogramowanie w celu wyłudzenia pieniędzy przez szantaż wzrosły odpowiednio o 358% i 435% - i przewyższają zdolność społeczeństw do skutecznego zapobiegania im lub reagowania na nie ²⁹. Niższe bariery wejścia dla cyberzagrożeń, bardziej agresywne metody ataków, niedostatek specjalistów ds. bezpieczeństwa cybernetycznego i niejedolite mechanizmy zarządzania zwiększają to ryzyko. Ataki na duże i strategiczne systemy będą miały kaskadowe konsekwencje fizyczne dla społeczeństw, natomiast zapobieganie im będzie nieuchronnie wiązało się z wyższymi kosztami. Zagrożenia niematerialne - takie jak dezinformacja, oszustwa i brak bezpieczeństwa cyfrowego - będą miały również wpływ na zaufanie publiczne do

systemów cyfrowych. Większe zagrożenia cybernetyczne utrudnią również współpracę między państwami, jeśli rządy będą nadal podążać jednostronnymi drogami w celu kontrolowania ryzyka. W miarę jak ataki będą stawały się coraz poważniejsze i będą miały coraz szerszy zasięg, będą narastać już teraz ostre napięcia między rządami dotkniętymi cyberprzestępczością a rządami współwinnymi jej popełnienia, ponieważ bezpieczeństwo cybernetyczne stanie się kolejnym klinem różnic – a nie współpracy - między państwami.

Według ekspertów, jednym z najważniejszych trendów wpływających na funkcjonowanie społeczeństwa obecnie i co najmniej do 2035 roku będą zmiany demograficzne. Przewiduje się, że do 2035 roku liczba ludności na świecie będzie rosła, jednak w wolniejszym tempie niż w ostatnich 20 latach. Istotnym wyzwaniem w tym zakresie będzie nadal postępujące starzenie się społeczeństwa w krajach rozwiniętych, które w coraz większym stopniu będą rozwiązywać problemy związane z promowaniem przyrostu naturalnego. Szacuje się jednak, że do 2035 r. tempo wzrostu liczby ludności w krajach rozwijających się będzie siedmiokrotnie wyższe niż w krajach rozwiniętych. Rosnącym potrzebom w tym zakresie pod wpływem czynnika demograficznego będą towarzyszyły malejące zasoby demograficzne służące ich zaspokojeniu. Demografowie podkreślają, że Polska jest jednym z krajów, w których zmiana ta będzie szczególnie drastyczna - z jednego z najmłodszych obecnie krajów Unii Europejskiej stanie się najstarszym w 2060 roku - a proces ten jest nieuchronny i nieodwracalny w ciągu najbliższych kilkudziesięciu lat. Prognozy demograficzne dla Polski do roku 2035 są niekorzystne. Zdaniem demografów, Polska należy do wąskiej grupy krajów Unii Europejskiej, w których w ostatnim czasie zaobserwowano łącznie dwa zjawiska mające zasadniczy wpływ na dynamikę demograficzną, tj. spadek płodności i nasilenie emigracji. Co ważne, w Polsce procesy te są długotrwałe, a ich konwergencja trwa co najmniej 25 lat. Ocenia się zatem, że Polsce grozi regres demograficzny (Rysunek 6), który będzie podstawowym czynnikiem hamującym rozwój nie tylko gospodarczy, ale i społeczny kraju^{30 31}. Jednak w związku z wojną w Ukrainie, według nowego raportu OECD za rok 2022 został wywołany największy kryzys uchodźczy i humanitarny na skalę Europy od czasów drugiej wojny światowej. Co jednak pozytywnie wpływa na demografię, szczególnie krajów przyjmujących migrantów w tych terenów. Polska w związku z decyzją o otwarciu granic dla wszystkich uciekających przed wojną zgodnie z dyrektywą UE 2001/55/WE o tymczasowej ochronie, przyjęła ok. 5 mln. uchodźców wojennych (głównie kobiety z dziećmi) i pod koniec września 2022 roku liczbę uchodźców wojennych pozostających w Polsce szacowało się na ok. 1 mln osób.³²



Rysunek 5 Prognoza populacji w Polsce w podziale na płeć i wiek (2019 r. vs. 2035 r.)³²

Warto pamiętać, że ze zmianami demograficznymi i społecznymi są ściśle związane zmiany urbanizacyjne. Dalszy rozwój procesów urbanizacyjnych prognozowany jest do 2035 roku. Jednocześnie należy podkreślić rosnące znaczenie obszarów miejskich, które ze względu na swój potencjał demograficzny, gospodarczy i polityczny będą silnie determinować funkcjonowanie społeczeństw, państw czy regionów. Będzie to miało również wpływ na środowisko bezpieczeństwa w skali globalnej i regionalnej, a także na sposób funkcjonowania sił zbrojnych. W tym kontekście, w skali globalnej, należy zwrócić uwagę na rozwój megamiast, czyli aglomeracji liczących od kilku do kilkudziesięciu milionów mieszkańców oraz realizację koncepcji smart cities.

1.2. Uwarunkowania prawno-ustrojowe polityki zdrowotnej RP.

Politykę zdrowotną definiuje się jako celowe, zorganizowane, kompleksowe oraz międzysektorowe działanie organizacji publicznych (i innych jednostek), którego celem jest kształtowanie, utrzymanie, poprawa i ochrona zdrowia. To również tworzenie warunków zwiększających potencjał jednostkowy, zbiorowy i instytucjonalny, pozwalający na rozwój jakości życia³³.

Polityka zdrowotna jest częścią polityki społecznej kraju. Rzutuje ona na wiele sfer funkcjonowania państwa, takich jak zabezpieczenie społeczne (renty i emerytury), struktura dochodów i wydatków, kształcenie czy kultura. Poziom zaufania do rządu w dużej mierze opiera się na poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego. Z tego względu polityka

zdrowotna powinna być osadzona w ekonomicznych i społecznych realiach danego kraju, jak również kierować się zapewnieniem warunków sprzyjających zachowaniu zdrowia przez społeczeństwo. Poziom realizacji polityki zdrowotnej jest widoczny w ochronie środowiska, promowaniu zdrowego stylu życia oraz w organizacji systemu ochrony zdrowia³⁴.

Celem polityki zdrowotnej jest niwelowanie różnic zdrowotnych. Dążenie do poprawy zdrowia społeczeństwa odbywa się poprzez takie narzędzia jak³⁵:

- promowanie zachowań prozdrowotnych oraz dobrostanu społecznego,
- zapewnienie powszechnego dostępu do usług medycznych,
- zapewnienie wysokiej jakości usług zdrowotnych przy jednoczesnym zachowaniu stabilności finansowej,
- osiągnięcie zadowolenia pacjentów.

Zakłada się, że na politykę zdrowotną wpływają następujące czynniki³⁶:

- postęp cywilizacyjny i technologiczny – rozwój wiedzy medycznej, nowe techniki diagnostyczne, pojawianie się nowych zagrożeń zdrowotnych,
- zmiany demograficzne – starzenie się społeczeństw i wzrost liczby ludności,
- realia ekonomiczne – nakłady finansowe na zdrowie w coraz mniejszym stopniu opierają się na sektorze publicznym, stan zamożności społeczeństwa, poziom bezrobocia etc.,
- czynniki polityczne – miejsce, które zajmują problemy zdrowotne w przestrzeni publicznej danego kraju,
- czynniki zdrowotne – konsekwencje wcześniej zrealizowanych polityk zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę powyższe czynniki, logicznym staje się fakt, że kształtowanie polityki zdrowotnej jest działaniem wielosektorowym, które promuje powszechne uczestnictwo jednostek i grup społecznych w procesach decyzyjnych. Takie podejście staje się bazą efektywnej promocji zdrowia. Dodatkowo proces kształtowania polityki zdrowotnej danego państwa jest zorientowany na określone kierunki funkcjonowania.

Najczęściej są to: budowanie zdrowego stylu życia, rozwój edukacji zdrowotnej, organizacja i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz ochrona środowiska. Kolejnym elementem tworzenia i rozbudowywania polityki zdrowotnej jest podtrzymywanie kooperacji pomiędzy władzą publiczną a licznymi organizacjami. Ich współpraca ma na celu zaspokojenie zdrowotnych potrzeb społeczeństwa.

Należy pamiętać, iż polityka zdrowotna jest procesem publicznym, dlatego nie należy jej mylić z prywatnymi działaniami poszczególnych obywateli czy z przedsięwzięciami, które

bezpośrednio wpływają na zdrowie i życie pojedynczego pacjenta. Idąc tym tokiem rozumowania, z zakresu polityki zdrowotnej należy również wykluczyć procedury medyczne związane z leczeniem indywidualnych obywateli oraz jednostkowe decyzje administracyjne (np. jednorazowe zamówienie zagranicznego medykamentu)³⁷.

Głównymi podmiotami publicznego systemu ochrony zdrowia są pacjenci, producenci dóbr i usług medycznych, płatnicy, dysponenci środków publicznych i państwo. Przepisy prawa krajowego regulują zależności pomiędzy państwem a świadczeniobiorcą. Relacje między świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą są określane przez normy cywilnoprawne przy założeniu, że środki na realizację świadczeń zapewnia system ubezpieczeń. Z tego względu popyt na usługi medyczne może być regulowany. Kooperacja państwa i świadczeniodawcy jest utworzona na podstawie cywilnoprawnego partnerstwa, które bazuje na umocowaniu administracji państwowej³⁸.

Aktualne założenia polskiej polityki zdrowotnej zostały przedstawione w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020. Jest to dokument zawierający zapis spójnej polityki zdrowotnej, którą realizują organy państwowe. Program przyjęto w drodze Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492). Jest to piąta wersja programu. Pierwszą strategię opracowano na początku lat 90. XX wieku jako odpowiedź na dokument Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. Akt był pionierską próbą zjednoczenia różnych organów administracji rządowej, społeczności lokalnych i organizacji pozarządowych w celu poprawy, utrzymania i ochrony zdrowia Polaków.

Intensywne zmiany społeczne, polityczne i ekonomiczne lat 90. w Polsce niosły, poza możliwościami, zagrożenie zdrowia wielu grupom funkcjonującym w społeczeństwie. Z tego względu Narodowy Program Zdrowia był aktualizowany w 1993 r. i 1996 r. Kolejne strategie powstawały w 2002 r. i 2006 r. Ich celem była efektywna absorpcja środków wspólnotowych oraz harmonijny rozwój regionalny. W 2005 r. w drodze uchwały przyjęto „Strategię rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013”, której głównym elementem był Narodowy program zdrowia przygotowany na lata 2007 – 2015³⁹.

Celem strategicznym NPZ na lata 2016 – 2020 było zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, zwiększenie jakości życia ludności poprzez poprawę zdrowia oraz wydłużenie życia w zdrowiu. Cele operacyjne wraz z podmiotami odpowiedzialnymi i przykładami działań prezentuje Tabela 1. Narodowy Program Zdrowia jest systematycznie monitorowany i sprawozdawany zgodnie z „Programem monitorowania oczekiwanych efektów

i korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji Narodowego Programu Zdrowia” z 1998 roku. Opisano w nim metodykę ewaluacji polityki zdrowotnej kraju⁴⁰.

W 2015 roku przyjęto kolejny dokument decydujący o sposobie prowadzenia polityki zdrowotnej w Polsce – ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916 z późn. zm.). Akt prawny określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty je realizujące oraz zasady ich finansowania. Dokument był odpowiedzią na potrzebę poprawy stanu zdrowia ludności. W tym celu utworzono też nowe ciała koordynacyjne i doradcze, czyli Radę ds. Zdrowia Publicznego oraz Komitet Sterujący Narodowym Programem Zdrowia.

Przyjmuje się, że w 2017 roku poniesiono 130 140,4 mld PLN wydatków bieżących na ochronę zdrowia, co stanowiło 6,54% produktu krajowego brutto (PKB). Bieżące wydatki publiczne wyniosły wtedy 90,4 mld PLN i stanowiły 4,55% PKB oraz 70% wszystkich nakładów na ochronę zdrowia. Najwięcej wydano na usługi lecznicze – 58,7%. Następnie fundusze poświęcono na artykuły medyczne (w tym leki, 22,7%), długoterminową opiekę zdrowotną (6%), usługi rehabilitacyjne (4,8%), profilaktykę i zdrowie publiczne (2,3%) oraz administrację i zarządzanie finansowaniem ochrony zdrowia (1,8%)⁴¹.

Na tle innych krajów poziom polskich wydatków na ochronę zdrowia jest stosunkowo niewielki. W zestawieniu Głównego Urzędu Statystycznego dotyczącego bieżących wydatków na zdrowie w krajach OECD jako procent PKB w 2017 r., Polska znalazła się na 7. miejscu od końca. Wydatki publiczne wynosiły wtedy 4,5% PKB, a wydatki prywatne – 2% PKB. Z kolei według danych WHO, w 2017 roku rząd RP przeznaczył 4,51% PKB na prowadzenie polityki zdrowotnej, co dało Polsce szóste miejsce od końca w rankingu⁴².

Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w 2018 roku przeprowadziło badanie dotyczące opinii społeczeństwa na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Tylko jedna trzecia ankietowanych pozytywnie oceniła funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Z 66% badanych wypowiadających się negatywnie, 27% stwierdziło, że kondycja opieki zdrowotnej jest zdecydowanie negatywna. W porównaniu z badaniem z roku 2016, nastąpił wówczas wzrost zadowolonych pacjentów o 7 punktów procentowych. W części badania dotyczącej świadczeń i porad otrzymywanych drogą powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego 70% ankietowanych pozytywnie oceniło kompetencje lekarzy, ich dostępność w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (68%) oraz zaangażowanie w wykonywaną pracę (65%). Najniższe oceny system opieki zdrowotnej otrzymał za dostępność wizyt u lekarzy specjalistów (83% negatywnych głosów) i niewystarczającą liczbę personelu medycznego w szpitalach (70%). Połowa respondentów uważała, że problemy z jakością i dostępnością

świadczeń są spowodowane zbyt niskimi nakładami środków publicznych na system ochrony zdrowia oraz złym dysponowaniem dostępnymi funduszy⁴³.

Zdrowie jest jednym z podstawowych dóbr cenionych wśród polskich obywateli. W większości przypadków Polacy są raczej zadowoleni ze swojego stanu zdrowia. Wpływają na to dobre nawyki żywieniowe oraz znaczący i systematyczny wzrost popularności prozdrowotnego stylu życia. W porównaniu z początkiem lat 90., w Polsce odnotowano wzrost odsetka osób dbających o zdrowie z 19% do 64%. Pomimo dominacji przekonania, że obowiązek ochrony zdrowia spoczywa głównie na ludziach, coraz więcej osób uważa, że o zdrowie obywateli powinno troszczyć się państwo⁴⁴. Polacy niemal powszechnie deklarują korzystanie z usług zdrowotnych, jednak nie tylko w okresie nagłej choroby. W 2018 r. 88% badanych przez CBOS deklarowało korzystanie ze świadczeń w ciągu ostatnich sześciu miesięcy z powodu złego stanu zdrowia swojego lub dziecka, złożyło wizytę protetykowi lub stomatologowi oraz wykonywało analizę w laboratorium diagnostycznym. 80% powyższych respondentów w tym celu skorzystało z usługi w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jednak 57% z nich, pomimo korzystania z usług ogólnodostępnych, poszukiwała się świadczeniami spoza systemu finansowanego lub współfinansowanego z Narodowego Funduszu Zdrowia. Decydowała się na ten krok głównie z powodu krótszego czasu oczekiwania na wizytę i leczenie⁴⁵.

Magnuszewska-Otulak twierdzi, że polskiej polityce zdrowotnej brakuje spójności i konsekwencji⁴⁶. Jest to spowodowane przyjętymi rozwiązaniami systemowymi oraz niemożnością podjęcia debaty na temat efektywnej polityki zdrowotnej przez kolejne partie rządzące. Polityka zdrowotna powinna zapewnić wyrównanie dostępu do służby zdrowia, jednak dotychczasowe działania prowadzą do centralizacji świadczeń specjalistycznych w dużych miastach oraz braku funduszy na prowadzenie punktów medycznych w małych miejscowościach. Rząd powinien rozważyć podniesienie składki zdrowotnej lub zwiększenie udziału finansowania przez gospodarstwa domowe, ponieważ dotychczasowe nakłady publiczne na zdrowie są zbyt niskie na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ogółu społeczeństwa.

1.3. Bezpieczeństwo zdrowotne a sieć szpitali publicznych w Polsce.

Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego (ang. *health security*) jest stosunkowo nowe, ponieważ pojawiło się na przełomie XX i XXI wieku. Zazwyczaj używa się go w odniesieniu do problemów zdrowotnych, które znacząco wpływają na bezpieczeństwo ludzi. W związku z tym można spotkać wiele terminów pokrewnych, obejmujących bezpieczeństwo zdrowia publicznego, globalne bezpieczeństwo zdrowotne, międzynarodowe bezpieczeństwo zdrowotne i globalne bezpieczeństwo zdrowia publicznego⁴⁷.

Jedną z pierwszych okoliczności zastosowania terminu *bezpieczeństwo zdrowotne* było 25. Światowe Zgromadzenie Zdrowia organizowane przez WHO (ang. *World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia), które odbyło się 21 maja 2001 r. Konferencję zatytułowano następująco: *Global health security: epidemic alert and response* (pol. Światowe bezpieczeństwo zdrowotne: alarm epidemiologiczny i reagowanie). Taką samą nazwę otrzymała rezolucja, będąca pokłosiem zgromadzenia. Zawarto w niej ostrzeżenia na temat zjawisk globalizacyjnych, które mogą być uważane za zagrożenie światowego bezpieczeństwa zdrowotnego. Należą do nich: wzmożone ruchy ludnościowe, urbanizacja, deforestacja.

Niepożądane zdarzenia w zakresie zdrowia publicznego mogą szybko rozprzestrzenić się na inne kraje, ponieważ choroby zakaźne rozpowszechniają się niezależnie od granic państw⁴⁸. Rezolucja nawoływała do ewaluacji Międzynarodowych przepisów zdrowotnych (ang. *International Health Regulations*, IHR), co stało się pierwszym mostem pomiędzy stosowaniem IHR a światowym bezpieczeństwem zdrowotnym. Uaktualnione Międzynarodowe przepisy zdrowotne z 2005 r. są aktem prawnym, który wdraża instrumenty chroniące przed rozprzestrzenianiem się zagrożeń zdrowotnych na świecie⁴⁹.

W 2007 r. WHO podała definicję globalnego bezpieczeństwa zdrowia publicznego w ramach monografii z konferencji *World Health Day 2007*: proaktywne i reaktywne działania, dążące do zminimalizowania podatności na wydarzenia, które zagrażają zbiorowemu zdrowiu populacji zamieszkującej dany region geograficzny, bez względu na obowiązujące granice państw⁵⁰. W tym samym dokumencie opublikowano sześć najważniejszych problemów, które dotyczą globalnego bezpieczeństwa zdrowotnego:

- 1) nowo pojawiające się choroby,
- 2) HIV/AIDS,
- 3) zmiany środowiska naturalnego,
- 4) kryzys międzynarodowy i pomoc humanitarna,
- 5) zagrożenie terroryzmem chemicznym, radioaktywnym i biologicznym,

6) niestabilność gospodarcza.

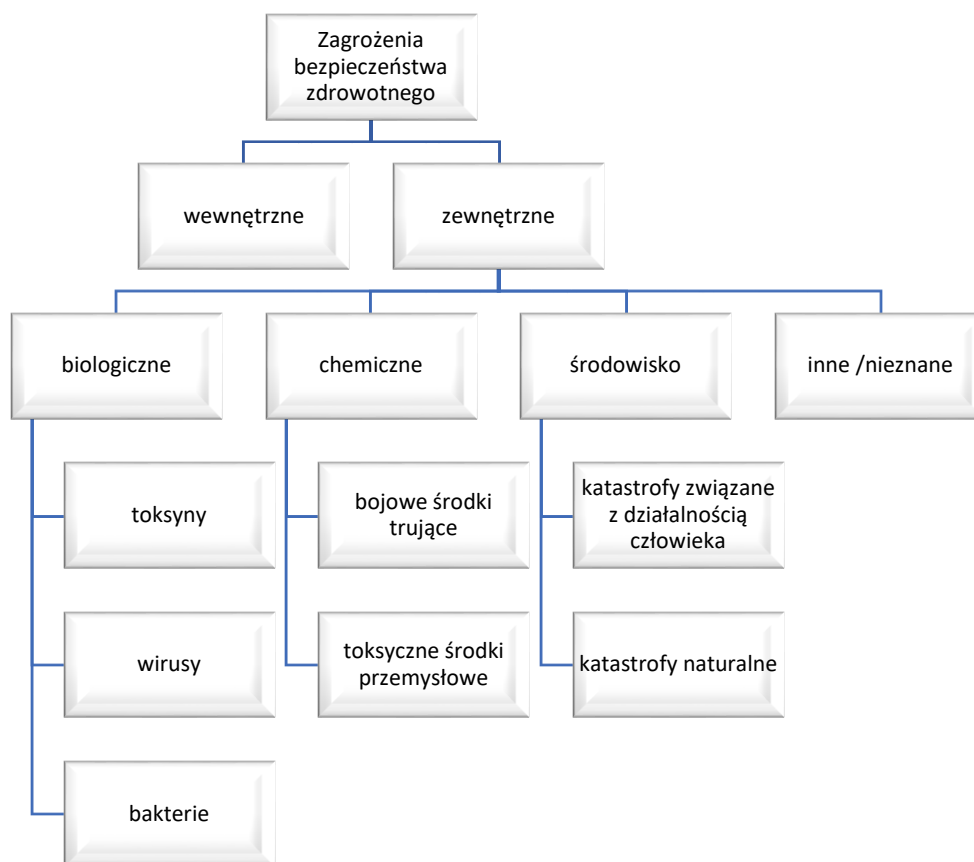
W tym samym roku WHO opublikowało sprawozdanie *World Health Report 2007: A Safer Future*, które koncentrowało się na misjach nadzoru epidemiologicznego oraz na globalnej ochronie zdrowia publicznego. Raport badał zakres zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach funkcjonowania IHR. Podzielił zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego na trzy kategorie⁵¹:

- 1) czynniki ludzkie powodujące brak bezpieczeństwa zdrowotnego:
 - a. niewystarczające inwestycje,
 - b. nieoczekiwane zmiany polityczne,
 - c. konsekwencje konfliktów rzutujące na zdrowie publiczne,
 - d. ewolucja drobnoustrojów i oporność na antybiotyki,
 - e. hodowla zwierząt i przetwórstwo żywności
- 2) zdarzenia pogodowe i choroby zakaźne,
- 3) inne sytuacje kryzysowe dotyczące zdrowia publicznego:
 - a. zdarzenia chemiczne,
 - b. zdarzenia radioaktywne.

Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego, pomimo ustalonych form przez takie organizacje jak WHO, wciąż ewoluuje. Obecnie obejmuje takie zagadnienia, jak walka z pojawiającymi się ogniskami epidemii i chorób, zapobieganie powstawania zagrożeń zdrowia, przeciwdziałanie bioterroryzmowi czy zdrowie jako narzędzie polityki. Zdarza się, że o znaczeniu terminu bezpieczeństwa zdrowotnego decyduje osoba, która go używa. Źródłem niejasności terminologicznych jest fakt, że nad tym zagadnieniem pracują specjaliści wielu dziedzin: stosunków międzynarodowych, studiów nad bezpieczeństwem, pracownicy agencji ONZ i lekarze. Wspólnym mianownikiem badań jest korelacja pomiędzy zdrowiem a szeroko pojętym bezpieczeństwem⁵².

Zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego dzieli się na wewnętrzne i zewnętrzne, w zależności od źródła ich powstania. Zagrożenia wewnętrzne są skutkiem braku zorganizowanego, efektywnego wysiłku społecznego, realizowanego przez kooperację instytucji publicznych. Celem działań powinno być przywracanie, ochrona, promocja i polepszenie zdrowia społeczeństwa⁵³. Ryzyka wewnętrzne są następstwem m.in. braku zapewnienia przez państwo wysokiej jakości opieki medycznej, tzn. z niezaspokojenia potrzeb związanych z rehabilitacją, leczeniem, diagnostyką, profilaktyką i promocją zdrowia. Przykład tego typu zagrożeń to powikłania okołoporodowe matek. Z kolei zagrożenia zewnętrzne są

pochodzenia środowiskowego, chemicznego, biologicznego bądź nieznanego, co pokazuje poniższy rysunek.



Rysunek 7 Podział zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego ze względu na źródło [opracowanie własne na podstawie (Nowicka i Kocik, 2018)]

Zagrożenia biologiczne są intensywnie rozprzestrzeniane przez zwiększoną mobilność mikroorganizmów, zwierząt oraz ludzi. Dzięki rozwiniętej logistyce i transportowi, patogeny mogą okrążyć glob w zaledwie kilka czy kilkanaście godzin. Parę wieków temu potrzebowaby miesiące lub lata, by wyjść poza obręb regionu. Międzynarodowe połączenia lotnicze stały się światową siecią transportową chorób zakaźnych, przez co mikroorganizmy mogą znaleźć się na obszarach, na których nigdy wcześniej nie były spotykane. Sprzyja to mutacjom patogenów oraz rozprzestrzenianiu się nowych, trudnych w leczeniu form⁵⁴. Przykładami biologicznych, zewnętrznych zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego są: zakażenie drobiu wirusem H5N1 w 2003 r., epidemia gorączki krwotocznej Ebola w 2014 r. czy obecna epidemia COVID-19, z którą świat mierzy się od grudnia 2019 r.

Zagrożenia chemiczne dotyczą rozprzestrzeniania się substancji, które wpływają pośrednio lub bezpośrednio na zdrowie ludności. Przykładem takiego niebezpieczeństwa jest powtarzające się łamanie konwencji o zakazie broni chemicznej w Syrii, gdzie w 2013 r. w Ghucie zastosowano sarin – trujący gaz bojowy⁵⁵. Kolejny przykład odnosi się jednocześnie

do zagrożeń środowiskowych i chemicznych. W 2006 r. doszło do katastrofy spowodowanej ludzkim działaniem. Na Wybrzeżu Kości Słoniowej (w Abidżanie) wyrzucono ok. 500 ton odpadów petrochemicznych. Doszło wówczas do zatrucia ok. 90 tys. osób oraz zanieczyszczenia rzeki, która przepływa przez kilka państw⁵⁶.

Zagrożeniami środowiskowymi są m.in. tornada, cyklony, tsunami, erupcje wulkanów, trzęsienia ziemi, ekstremalne temperatury. Z kolei do innych zagrożeń zalicza się takie czynniki, jak zintensyfikowane tempo uprzemysłowienia i urbanizacji czy zwiększenie ryzyka powodzi poprzez nasilony proces wycinania lasów⁵⁷.

Warto pamiętać, że pomiędzy zagrożeniami wewnętrznymi i zewnętrznymi istnieje korelacja. Z ryzyka zewnętrznego często wynikają zagrożenia wewnętrzne. Obserwuje się zależność między bezpieczeństwem zdrowotnym a możliwością udzielania świadczeń zdrowotnych na terenie danego państwa⁵⁸. Pokazuje to, jak szerokim i istotnym zagadnieniem jest bezpieczeństwo zdrowotne, zarówno w perspektywie krajowej, jak i ogólnoswiatowej.

Sieć szpitali publicznych

Sieć szpitali to potoczna nazwa Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej, który został utworzony na podstawie ustawy z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844). Jego celem jest zagwarantowanie kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jednostki, które zostają zakwalifikowane do sieci, mają obowiązek zapewnić pełną opiekę zdrowotną podczas pełnego cyklu leczenia. Pacjent skierowany do takiego szpitala powinien uzyskać (w zależności od potrzeb) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, świadczenia szpitalne i świadczenia rehabilitacyjne. Dostęp do usług medycznych powinien być uzależniony od potrzeb pacjenta, a nie aspektów rozliczeniowych. Kolejnymi funkcjami systemu są optymalizowanie kosztów leczenia, poprawa elastyczności zarządzania szpitalem, uporządkowanie struktury polskich szpitali oraz określenie obszarów odpowiedzialności poszczególnego poziomu. Dla szpitali znajdujących się w sieci wprowadzono rozliczenia ryczałtowe, z którego jednak wyłączono część świadczeń medycznych, m.in. wysokospecjalistycznych świadczeń specjalistycznych, procedur o długim czasie oczekiwania czy pakietu onkologicznego⁵⁹.

Szpital zostaje zakwalifikowany do systemu na okres czterech lat. Zostaje włączony do jednego z sześciu poziomów referencyjności, które różnią się profilem, zakresem oraz rodzajem udzielanych świadczeń. Trzy podstawowe poziomy (I – III stopnia) są dedykowane szpitalom o lokalnym lub regionalnym zasięgu. Jeden poziom specjalistyczny jest poświęcony

szpitalom pulmonologicznym i onkologicznym. Odrębny poziom posiadają również szpitale pediatryczne. Najwyższy, ogólnopolski poziom jest dedykowany szpitalom klinicznym i instytutom badawczym. Tabela 2 prezentuje warunki kwalifikacji szpitala do poszczególnego poziomu referencyjności.

Poziom referencyjności	Realizowane świadczenia opieki zdrowotnej	Warunki kwalifikacji
szpitale I stopnia	chirurgia ogólna, interna, ginekologia i położnictwo, neonatologia, pediatria	-udzielanie od min. 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć, -udzielanie świadczeń w ramach min. dwóch profili określonych dla I stopnia, -posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji
szpitale II stopnia	chirurgia dziecięca, chirurgia plastyczna, kardiologia, neurologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otolaryngologia, reumatologia, urologia	-udzielanie od min. 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć oraz oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dorosłych lub dzieci, -udzielanie świadczeń w ramach min. sześciu profili określonych dla I i II stopnia, w tym min. trzech dla II st. -posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji
szpitale III stopnia	torakochirurgia, torakochirurgia dziecięca, chirurgia naczyniowa, choroby płuc, choroby płuc dzieci, choroby zakaźne, choroby zakaźne dzieci, kardiochirurgia, kardiochirurgia dzieci, kardiologia dziecięca, nefrologia, neurochirurgia dorosłych i dzieci, neurologia dziecięca, okulistyka dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dzieci, otolaryngologia dziecięca, toksykologia kliniczna, transplantologia kliniczna dorosłych i dzieci, urologia dziecięca	-udzielanie od min. 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć oraz oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dorosłych lub dzieci, -udzielanie świadczeń w ramach min. ośmiu profili określonych dla I, II i III stopnia, w tym min. trzech dla III st. -posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji
szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne	a) dla szpitali onkologicznych: brachyterapia, ginekologia onkolog., chemioterapia hospitalizacyjna, chirurgia onkologiczna dorosłych i dzieci, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, radioterapia, terapia izotopowa, transplantologia kliniczna dorosłych i dzieci; b) dla szpitali pulmonologicznych: chemioterapia hospitalizacyjna, torakochirurgia dorosłych i dzieci, choroby płuc dorosłych i dzieci	-udzielanie świadczeń w ramach min. sześciu profili (dla szpitali onkologicznych) lub dwóch profili (dla szpitali pulmonologicznych) określonych dla tego poziomu referencyjności, -posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji

szpitale pediatryczne	wszystkie profile systemu zabezpieczenia dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego	<ul style="list-style-type: none"> -udzielanie od min. 2015 r. świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć, -udzielanie świadczeń w ramach min. trzech profili określonych dla tego stopnia referencyjności, -posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji
szpitale ogólnopolskie	wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego	<ul style="list-style-type: none"> -jednostka jest podmiotem utworzonym przez uczelnię medyczną lub Skarb Państwa albo instytutem prowadzącym prace rozwojowe i badania naukowe w dziedzinie nauk medycznych, -udzielanie świadczeń w ramach min. jednego profilu określonego dla tego stopnia referencyjności, -posiadanie od min. 2015 r. kontraktu w zakresie leczenia szpitalnego, który obejmuje profile kwalifikujące dany szpital do sieci i dotyczy udzielania tych świadczeń w trybie hospitalizacji

Tabela 2 Warunki zakwalifikowania szpitala do poszczególnego poziomu referencyjności⁶⁰

Wspólnym mianownikiem warunków przyjęcia do sieci szpitali jest posiadanie od minimum 2015 r. kontaktu z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego. W większości przypadków są to szpitale publiczne. W czerwcu 2017 roku w sieci znajdowało się 593 jednostek, z czego tylko 61 było szpitalami prywatnymi (Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, 2019). Z tego względu można przyjąć, że pojęcia „sieć szpitali” i „sieć szpitali publicznych” są tożsame.

Wprowadzenie sieci szpitali przyniosło wiele korzyści. Ustrukturyzowano sektor lecznictwa szpitalnego, dzięki czemu poprawiła się koordynacja i ciągłość opieki nad pacjentem. Lepiej dostosowano zasoby podmiotów leczniczych do aktualnych potrzeb pacjentów. Dzięki ryczałtowemu rozliczeniu zwiększono stabilność finansową jednostek, co jednocześnie polepszyło warunki do inwestowania w ich rozwój. Przejrzysta hierarchia stworzona przez sieć umożliwia też efektywniejsze wykorzystywanie podmiotów w sytuacjach kryzysowych i innych, które zagrażają bezpieczeństwu zdrowotnemu państwa.

Sieć szpitali publicznych a kształtowanie bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce.

Bezpieczeństwo zdrowotne kraju jest nierozzerwalnie związane z polityką zdrowotną państwa. Przyjmuje się, że politykę zdrowotną państwa determinującą poziom bezpieczeństwa zdrowotnego rozumie się jako rozwiązania organizacyjno-prawne, regulacje i zalecenia, kształtujące zdrowie jednostek i populacji. Jest to aktywna forma ochrony zdrowia, która tworzy podstawy bezpieczeństwa zdrowotnego, współpracując z prawie wszystkimi organami administracji publicznej⁶¹. Jej działalność opiera się na oczekiwaniach, potrzebach i potencjale społeczeństwa, aktualnych standardach leczenia, dostępnych zasobach oraz współpracy z różnymi podmiotami. Priorytetami i najważniejszymi elementami polityki zdrowotnej są:

- 1) eliminowanie zagrożeń zdrowotnych poprzez rozwój infrastruktury ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem opieki długoterminowej,
- 2) budowanie infrastruktur: badawczo-dydaktycznej, finansowej, organizacyjnej i prawno-instytucjonalnej, które umożliwiają dostęp do najnowszych technologii medycznych dla pacjentów i podmiotów publicznych,
- 3) harmonizowanie działań sektorów w zakresie kształtowania warunków zdrowotnych społeczeństwa⁶².

Sieć szpitali jest jednym z najważniejszych składników polityki zdrowotnej, ponieważ łączy w sobie większość jej celów i priorytetów. Sieć jest miejscem, które eliminuje zagrożenia zdrowotne poprzez dostęp do diagnostyki, leczenia czy rehabilitacji. W sieci znajdują się czołowe podmioty badawcze, które umożliwiają korzystanie z najnowszych technologii medycznych. To również miejsce, gdzie współpracuje wiele organów publicznych, by zapewnić szpitalom finansowanie i prawidłowe funkcjonowanie. Sieć, poprzez skupienie prawie wszystkich szpitali w kraju, stała się kluczowym elementem zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Poziom bezpieczeństwa zdrowotnego kraju jest uzależniony od kondycji infrastruktury medycznej państwa. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej został wprowadzony w wyniku następujących zjawisk systemowych^{63 64}:

- 1) zachwianie zasady ciągłego i kompleksowego udzielania świadczeń zdrowotnych przez okresowe przeprowadzanie postępowań konkursowych i rozliczaniu usług na podstawie jednorodnych grup pacjentów – prowadziło to do fragmentacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,

- 2) kształtowanie sieci świadczeniodawców funkcjonujących w systemie publicznym, jak i ich wewnętrznej struktury organizacyjnej, przede wszystkim w oparciu o zakresy świadczeń i produkty rozliczeniowe,
- 3) niepewność finansowania działalności szpitali, co utrudniało racjonalne inwestowanie, planowanie długofalowej polityki kadrowej oraz przyczyniało się do marnotrawstwa zasobów,
- 4) świadczeniodawcy nie budowali struktur organizacyjnych w oparciu o potrzeby społeczeństwa, ale dostosowując się do warunków zwiększonego finansowania, przez co oddziały i pododdziały nie były dostosowane do lokalnych potrzeb.

Opieka szpitalna powinna zapewniać ciągłość i kompleksowość udzielanych świadczeń, jak również wprowadzać mechanizmy pobudzające koordynację i integrację usług medycznych, zarówno w trybie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym. Świadczenia powinny być dostosowane do potrzeb społeczeństwa, jak również optymalnie je zabezpieczać. W tym celu konieczne jest zapewnienie stabilnej bazy szpitalnej na terytorium regionów i kraju. Odpowiedzią na powyższe wskaźniki jest sieć szpitali, która udostępnia pacjentom usługi w zakresie leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, programów lekowych, rehabilitacji leczniczej, chemioterapeutyków oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Założeniem powstania systemu było zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków.

Poziom rozwoju sieci szpitali zależy od czynników zewnętrznych (zależnych od otoczenia) oraz wewnętrznych (uzależnionych od poszczególnych podmiotów w systemie). Aktywność rozwoju sieci jest dynamiczna, ponieważ środowiska wewnętrzne podmiotów publicznych oraz otoczenie mają zmienny charakter. Oddziaływanie powyższych czynników jest złożone i często występują sprzężenia zwrotne. Procesy restrukturyzacyjne zależą od czynników wewnętrznych (np. niematerialnych składników majątkowych, pracownicy) oraz od determinant zewnętrznych (np. nowy kierunek polityki zdrowotnej kraju). Strukturę i liczbę szpitali publicznych kształtują również czynniki geograficzne (np. liczba ludności, struktura wieku, obciążenie ekonomiczne społeczeństwa) i strukturalne (np. wzrost konkurencji, zmiany struktur organizacyjno-funkcjonalnych, public relations)⁶⁵.

Funkcjonowanie sieci szpitali opiera się na zapewnieniu dostępności do usług medycznych na satysfakcjonującym poziomie, co jest koncepcją bezpieczeństwa zdrowotnego. Osiągnięcie tego celu jest uzależnione m.in. od kadry zarządzającej, rozmieszczenia infrastruktury i kadry medycznej. Dysproporcje między potrzebami a możliwościami organizacji sieciowej ochrony zdrowia przekładają się na jakość oraz kompleksowość

świadczonej usług zdrowotnych. Dynamiczny rozwój technologii i wiedzy medycznej (zabiegi rekonstrukcyjne, nowe leki etc.) tylko zwiększają rozdźwięk pomiędzy potrzebami zdrowotnymi a możliwościami ich zaspokojenia. Cytując B. Bobera „[...] nie można uniknąć pewnych form racjonowania usług zdrowotnych - uzyskanie skutecznych relacji między kosztami a korzyściami zdrowotnymi w skali populacyjnej. Leczenie w szpitalach publicznych w odczuciu społecznym jest najbardziej istotną składową systemu ochrony zdrowia, ponieważ decyduje o indywidualnym poziomie bezpieczeństwa zdrowotnego wobec zdarzeń chorobowych oraz wypadków zagrażających życiu lub jego jakości”⁶⁶. Dylemat pełnej dostępności świadczeń mógłby zostać rozwiązany poprzez wprowadzenie dopłat do usług medycznych przez pacjentów. Dzięki temu część kosztów zostanie przeniesiona na użytkowników, jak również zostanie ograniczone zjawisko tzw. hazardu moralnego (nadużywanie świadczeń zdrowotnych, brak współpracy z personelem medycznym etc.).

Kontrola Najwyższej Izby Kontroli z 2019 roku wykazała, że wprowadzenie sieci szpitali nie poprawiło kondycji finansowej szpitali ani nie zwiększyło dostępu do świadczeń zdrowotnych. Projektując i implementując zmiany systemowe w finansowaniu szpitali, nie wzięto pod uwagę sytuacji epidemiologicznej i demograficznej na terenie ich działania. Nie uwzględniono również znaczenia danej placówki w zapewnianiu bezpieczeństwa zdrowotnego danej społeczności, jakości udzielanych świadczeń, stopnia dostosowania infrastruktury do obowiązującej legislacji, jak również potencjału szpitala i jego możliwości diagnostyczno-terapeutycznych. Nie wszyscy pacjenci zostali objęci kompleksowymi usługami szpitalnymi, ambulatoryjnymi czy rehabilitacyjnymi. Powodem tego stanu było nieudzielanie świadczeń w zakresach niezbędnych dla danej jednostki oraz niezgłaszanie się na kontynuację leczenia do jednostki, w której pacjenci byli początkowo hospitalizowani.

W warunkach kwalifikacji do poszczególnych profili sieci nie obejmowały takich wymogów, jak stopień wykorzystania łóżek szpitalnych czy wartość i liczba realizowanych usług medycznych. Skutkowało to wczepieniem do systemu podmiotów, które tylko w niewielkim stopniu zaspokajały potrzeby ludności. Przekłada się to na nieuzasadnione i nadmierne koszty dla podmiotów leczniczych, a w skali kraju generuje większe koszty dla całego systemu ochrony zdrowia. Sieć nie zagwarantowała również odpowiedniego poziomu finansowania usług wykonywanych w szpitalach.

Na koniec III kwartału 2018 roku większość skontrolowanych podmiotów wykazywała stratę na działalności leczniczej i wynik finansowy gorszy niż rok wcześniej, a to pomimo wzrostu przychodów z tytułu realizowanych umów. Działo się tak, ponieważ koszty działalności leczniczej wzrastały znacznie szybciej niż przychody. Rosnąca różnica

w poziomie uzyskiwanych przychodów i ponoszonych kosztów skutkowało wzrostem zobowiązań szpitali, jak również przełożyła się na pogorszenie ich wyników finansowych⁶⁷.

Stan bezpieczeństwa zdrowotnego kraju jest uzależniony od sprawnego funkcjonowania sieci szpitali, która w swym założeniu powinna kompleksowo zaspokajać potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Obecny stan sieci nie jest satysfakcjonujący. Dodatkowo osłabiła go pandemia SARS-CoV-2, która zawładnęła światem od grudnia 2019 r.

Aby sytuacja uległa poprawie, należy podjąć szereg środków zaradczych. Administracja Rządowa, a w szczególności Ministerstwo Zdrowia, powinna wdrożyć systemowe rozwiązania, które stymulowałyby lepsze wykorzystanie łóżek szpitalnych. Ich liczbę należałoby zwiększać zgodnie z aktualną sytuacją epidemiologiczną i demograficzną danego regionu.

Narzędziem, które pomoże zrealizować ten cel, a nie jest dostatecznie wykorzystywane, jest mapa potrzeb zdrowotnych. Dodatkowo w proces racjonalizowania wykorzystania łóżek szpitalnych powinni być zaangażowani kierownicy podmiotów leczniczych. Rząd powinien również rozważyć zmianę finansowania szpitali tak, by liczba środków stała się adekwatna do tempa wzrostu kosztów leczenia. Należałoby również wyeliminować zjawisko, które polega na działalności oddziałów szpitalnych bez zapewnienia im minimum jednego odpowiadającego zakresu świadczeń rehabilitacyjnych lub ambulatoryjnych. Osoby zarządzające jednostkami powinny zapewnić poprawne raportowanie danych do takich instytucji jak Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą czy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Informacje tam zawarte są niezbędne do poprawnej identyfikacji i interpretacji potrzeb zdrowotnych, jak również tworzenia strategii rozwiązywania powyższych problemów.

1.4. Zarządzanie kryzysowe i czynniki je warunkujące.

Zarządzanie kryzysowe polega na zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, przejmowaniu nad nimi kontroli poprzez zaplanowane działania, odpowiednim reagowaniu na wystąpienie zagrożenia, niwelowaniu jego skutków oraz przywracaniu zasobów i infrastruktury krytycznej⁶⁸.

W ustawie o zarządzaniu kryzysowym zdefiniowane jest jako „działalność organów administracji publicznej, będąca elementem kierowania bezpieczeństwem narodowym, która polega na zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, przygotowaniu do przejmowania nad nimi kontroli w drodze zaplanowanych działań, reagowaniu w przypadku wystąpienia sytuacji

kryzysowych, usuwaniu ich skutków oraz odtwarzaniu zasobów i infrastruktury krytycznej”,⁶⁹

W artykule 3 te same ustawy definiuje się sytuację kryzysową jako sytuację będącą następstwem jakiegoś zagrożenia i prowadzącą do zerwania lub znacznego naruszenia lub zerwania więzów społecznych przy równoczesnym poważnym zakłóceniu w funkcjonowaniu różnych instytucji publicznych, jednak w stopniu takim, że środki użyte, niezbędne do przywrócenia lub zapewnienia bezpieczeństwa, nie dają podstaw wprowadzenia żadnego ze stanów nadzwyczajnych, o których jest mowa w artykule 228 ustęp 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej [Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 roku o Zarządzaniu Kryzysowym]. Ustawa zasadnicza przewiduje bowiem nadzwyczajne uprawnienia władz, przeznaczone do stosowania w sytuacjach kryzysowych. Dotyczy to głównie sytuacji stanowiących zagrożenie dla niepodległości państwa, spokoju i bezpieczeństwa wewnętrznego, ładu ekonomicznego, instytucji demokratycznych. Konstytucja RP stanowi, że w sytuacji szczególnej zagrożenia, jeżeli zwykle środki konstytucyjne nie wystarczają, może zostać wprowadzony odpowiedni stan nadzwyczajny: stan wyjątkowy, stan wojenny lub stan klęski żywiołowej⁷⁰.

Definicja ujęta w szerokim kontekście nauk humanistycznych zarządzanie kryzysowe jest to „zespół przedsięwzięć organizacyjnych, logistycznych i finansowych, których celem jest zapobieganie powstawaniu sytuacji kryzysowych, zapewnienie sprawności struktur decyzyjnych na wszystkich szczeblach zarządzania, utrzymanie ciągłej gotowości sił i środków do podjęcia działań, sprawne reagowanie, oraz likwidacje skutków zaistniałej sytuacji”.⁷¹

W pierwszej definicji uwidocznione jest bezpośrednie nawiązanie do organów administracji publicznej odnoszące się bezpośrednio do kontekstu prawnego.

Natomiast nauki humanistyczne ujmują zarządzanie kryzysowe w dużo szerszym kontekście, obejmując swoim zakresem nie tylko organy administracji publicznej ale zapewnienie sprawności struktur decyzyjnych na wszystkich szczeblach zarządzania.

To szersze spojrzenie jest niezwykle istotne w kontekście podmiotów medycznych, które same w sobie nie są organami administracji publicznej ale bezpośrednio im podlegają. Niejednokrotnie organy te aby wypełnić swoje ustawowe obowiązki w zakresie bezpieczeństwa publicznego realizują swoje zadania poprzez podmioty medyczne niezależnie od ich prawnej formy funkcjonowania.

Ze względu na podział odpowiedzialności, mamy do czynienia z podmiotami medycznymi podległymi Wojewodom, Ministerstwu Zdrowia, Ministerstwu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Samorządom. Na każdy z tych organów nałożone jest szereg obowiązków związanych z zarządzaniem

kryzysowym oraz ochroną infrastruktury krytycznej. Przy czym należy pamiętać, iż system ochrony zdrowia jest elementem infrastruktury krytycznej państwa. Podmioty medyczne na które nakłada się obowiązki związane z realizacją zadań w zakresie zarządzania kryzysowego nie posiadają jednolitego systemu finansowania takich przedsięwzięć.

Szpitala pod nadzorem jednostek samorządu terytorialnego jako jednostki budżetowe miast i gmin wykonują zadania w zakresie realizacji planów zarządzania kryzysowego i ochrony ludności na poziomie samorządowym. W przypadku braku możliwości działania czy niewystarczających środków uruchamiane są procedury na poziomie wojewódzkim.

Wojewodowie realizują swoje zadania poprzez uruchomienie planów zarządzania kryzysowego oraz procedur wykonywanych przez podległe jednostki.

Zdarzenia czy katastrofy oddziałujące na większy obszar czy mające duże konsekwencje determinują działania na poziomie krajowym. Poszczególne ministerstwa przy koordynacji Rządowego Centrum Bezpieczeństwa podejmują swoje działania zalecając wykonanie procedur podległym jednostkom systemu ochrony zdrowia.

Na tym etapie niezwykle ważna jest koordynacja w zakresie właściwego wykorzystania zasobów z uwagi na fakt, iż nierzadko jednostki medyczne realizują swoje zadania na wszystkich poziomach zarządzania kryzysowego. Pewnym ewenementem są tu szpitale uniwersyteckie. Podmioty te podlegające uczelniom medycznym jako jednostkom założycielskim realizują szereg zadań na poziomie krajowym zarówno ze strony zadań Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego jak również Ministra Zdrowia. Współpracują bezpośrednio z Wojewodą jako organem Rządowej Administracji Zespolonej jak również wypełniają zobowiązania względem lokalnego samorządu w zakresie zarządzania kryzysowego i ochrony ludności.

Elementy te są niezwykle ważne w kontekście planowania działań w zakresie zarządzania kryzysowego a w związku z tym utrzymania ciągłości działania jednostek.

W jednostce medycznej, podstawową rolę odgrywa jej zdolność do gromadzenia, przetwarzania, przekazywania i odbioru informacji dotyczących realizacji poszczególnych zadań. W zakresie zarządzania kryzysowego ważnym czynnikiem jest realizacja przyjętych misji i celów, ale także właściwe określenie procesu zarządzania zasobami materialnymi i ludzkimi. W literaturze przedmiotu pojawiają się często błędne pojęcia rozumiane jako równoznaczne z planowaniem kryzysowym, takie jak „planowanie awaryjne” czy „plan reakcji”. Planowanie awaryjne odnosi się do planowania sytuacji nieprzewidzianych,

planowanie „na wszelki wypadek”. Jest to określenie innego, alternatywnego sposobu działania lub reagowania na wypadek, gdyby przyjęty plan został nagle, bez uprzedzenia, zakłócony lub przestał odpowiadać zmienionym warunkom. Tworzy się takie plany jak „plan reakcji”, czyli plan opracowany w celu odpowiedzi lub zareagowania na nieprzewidziane okoliczności.⁷²

Wskazuje się, że ani planowanie awaryjne, ani plan reakcji nie wypełniają zadań ujętych w planowaniu kryzysowym. Sens działania takiego planu polega na jego funkcjonowaniu równoległe do standardowych planów funkcjonujących w czasie rzeczywistym i w czasie normalnej działalności. Jest to zarządzanie wywodzące się z planów zarządzania ciągłością działania.

Zarządzanie ciągłością działania (ang. BCM) – jest to to holistyczny (całościowy) proces zarządzania, który identyfikuje potencjalne zagrożenia oraz wpływ, jaki te zagrożenia mogą wywrzeć na organizacje. Jest to zarazem zbiór pewnych ram umożliwiających budowanie odporności organizacyjnej oraz możliwości skutecznej reakcji. Zarządzanie ciągłością działania ma niejednokrotnie dużo szerszy zakres oddziaływania niż samo zarządzanie kryzysowe gdyż odnosi się również do zabezpieczenia interesów kluczowych interesariuszy oraz reputacji. Odnosi się w swojej materii do wszystkich działań tworzących wartość organizacji.

Realizacja zadań w jednostkach medycznych w tym zakresie odbywa się często poprzez wdrożenie normy ISO 22301. Jest to międzynarodowa norma, która dotyczy wdrażania, utrzymywania i doskonalenia kompleksowego i efektywnego Systemu Zarządzania Ciągłością Działania (SZCD).

Powstała ona no to, aby pomóc organizacjom oraz ich kierownictwu wprowadzać sprawdzone rozwiązania, których celem jest zabezpieczenie zasobów firmy w razie pojawienia się nieprzewidzianych, niekorzystnych dla niej zakłóceń, szybkie reagowanie na zagrożenia wewnętrzne i zewnętrzne, aby doszło do jak najmniejszych strat oraz zapewnienie firmie szybkiego powrotu do normalnego funkcjonowania.

Analizując te podstawowe cele normy doszukać się można bezpośredniej realizacji do samej definicji zarządzania kryzysowego. Tym samym norma ta w wypełnia swoim zakresem działania w odniesieniu do planowania zarządzania kryzysowego.

Istotą planowania kryzysowego oraz zarządzania ciągłością działania jest zasada, że gdy zachodzi taka konieczność, uruchamia się tryb działania kryzysowego i z normalnej działalności przechodzi się w tryb kryzysowy. Wtedy zaczyna funkcjonować plan zarządzania kryzysowego, procedura zarządzania ciągłością działania i cała organizacja lub konkretna jej część funkcjonuje według wytycznych tych procedur.

Planowanie kryzysowe musi być uwzględnione już na etapie strategii i powinno obejmować wszystkie obszary organizacji, włącznie ze szczegółowymi wytycznymi z obszaru operacyjnego. Planowanie kryzysowe odnosi się bezpośrednio do strategii działania, z uwagi na fakt iż jego planowanie ma wpływ na ukierunkowanie dalszej działalności. W trakcie planowania staramy się przewidzieć możliwe zagrożenia w bardzo szerokim spektrum oddziaływania.

Dobrze zarządzany podmiot medyczny przygotowuje rezerwy i plany na wypadek sytuacji kryzysowych. Jednak ważnym aspektem jest tu oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia pewnych zdarzeń co powoduje, że możemy jedynie szacować możliwości powstania kryzysu, czy też jedynie przewidywać pewne zagrożenia.

Nie odłącznym elementem zarządzania kryzysowego staje się zarządzanie ryzykiem do podstawowych elementów tego procesu zaliczyć można:

- analizę ryzyka
- wybór metod oddziaływania na ryzyko na podstawie oceny efektywności
- podjęcie decyzji
- bezpośrednio oddziaływanie na ryzyko
- kontrolę i korygowanie rezultatów

Z punktu widzenia planów kryzysowych oraz procedur zarządzania ciągłością działania niezwykle istotne jest, by były one trwale obowiązujące, czyli zapewniały ciągłą gotowość.

Powinny one zawierać zasady postępowania, stanowiące ogólne wytyczne w zakresie podejmowanych decyzji. Reguły działań jakie należy podejmować w określonych sytuacjach oraz procedury stanowiące wzory instrukcji określających wykonanie poszczególnych działań.

W aspekcie prawnym Podmiot Medyczny jest elementem infrastruktury krytycznej w zakresie systemu ochrony zdrowia. Szpital jest również ostatnim ogniwem, czyli finalnym elementem w etapach ratowania ludności. Jako organizacja zobowiązany jest do działania w podwyższonej gotowości, kiedy wymaga tego sytuacja. W czasie tworzenia planów zarządzania kryzysowego zastosowanie mają również przepisy ustawy mówiącej o Państwowym Ratownictwie Medycznym, [Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym]. Zgodnie z przepisami powyższej ustawy, System Państwowego Ratownictwa Medycznego tworzy się w celu realizacji zadań, polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie, która znajduje się w stanie zagrożenia nagłego, życia i zdrowia, a więc również w momencie zaistnienia sytuacji kryzysowej. Art. 29 ustawy wprowadza instytucję „lekarza koordynatora”, który działa w Wojewódzkim Centrum Powiadamiania Ratunkowego

i do którego zadań należy uczestnictwo między innymi w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego. Zespół ten może decydować o wprowadzeniu stanu podwyższonej gotowości szpitali [Juras, Zdanowska 2008].

Planowanie w zakresie zarządzania kryzysowego musi ściśle odpowiadać regulacjom funkcjonującym w polskim systemie prawnym. Przepisy prawne w zakresie tworzenia i funkcjonowania tych planów są zawarte m. in. w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawie z dnia 26 kwietnia 2007 roku o zarządzaniu kryzysowym oraz ustawie z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej, a także ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku.

Szpital jako podmiot medyczny odgrywa bardzo ważną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa oraz systemie zarządzania kryzysowego. W szczególności w zakresie przeciwdziałaniu i zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, przygotowaniu do przejmowania kontroli w drodze zaplanowanych działań, stosownym reagowaniu w przypadku wystąpienia takich sytuacji oraz na przywróceniu i odtwarzaniu infrastruktury do jej pierwotnego charakteru. Cele te są realizowane przez zarządzanie kryzysowe na poziomie państwowym, jak i lokalnym, ale także na poziomie organów im podległych. Poszczególne plany, procedury na każdy poziomie muszą być powiązane, wynikające z siebie. Dla zapewnienia bezpieczeństwa organy administracji państwowej posiadają środki oraz infrastrukturę, które w razie zagrożenia są uruchamiane. Jednym z takich środków jest szpital jako podmiot medyczny, który jest elementem systemu ochrony zdrowia. Systemu który jako element infrastruktury krytycznej może zostać postawiony w stan podwyższonej gotowości w razie zagrożenia bezpieczeństwa w zależności od rodzaju zagrożenia do których należą zagrożenia natury masowej:

- Zagrożenie pożarowe
- Zagrożenie radiacyjne
- Zagrożenie terrorystyczne i bioterrorystyczne
- Zagrożenie epidemiologiczne
- Zagrożenia związane z wystąpieniem katastrofy budowlanej
- Zagrożenia związane z blokadą obiektów przez działalność ruchów anarchistycznych społecznych i innych
- Zagrożenia toksycznymi środkami przemysłowymi

Każde z zagrożeń wykazuje inny stopień prawdopodobieństwa wystąpienia w zależności od obszaru. Jednak w zagrożeniach natury masowej, w celu efektywnego zarządzania oddziałem ratunkowym i opracowania skutecznego planu postępowania podczas wypadków masowych

warto zapoznać się z istniejącymi rodzajami zagrożeń natury masowej, które przedstawiono poniżej.

Zagrożenia pożarowe

Zagrożenia pożarowe występują zazwyczaj na większych obszarach, np. w związku z suszą czy działalnością człowieka. Mogą też być następstwem zamachów terrorystycznych, działań ekstremistycznych czy operacji wojskowych. Jednym z ostatnich zagrożeń tego typu były pożary buszu na przełomie lat 2019 i 2020 postawiły w stan gotowości oddziały ratunkowe w całej Australii. Poza przypadkami oparzeń i urazów spowodowanych ucieczką bądź gaszeniem pożaru, odnotowano wzrost liczby wizyt na oddziale ratunkowym z powodu problemów z oddychaniem w poszkodowanych regionach. Niektóre obszary zostały dotknięte bardziej niż inne, przy czym wizyty na oddziałach ratunkowych wzrosły o ponad 50% w regionie stołecznym (obejmującym Bateman's Bay), a 86% w regionie Riverina w okresach największej aktywności pożarów buszu⁷³.

Zagrożenia radiacyjne

Zagrożenia promieniotwórcze wiążą się z wystąpieniem zdarzeń radiacyjnych. Realne zdarzenia radiacyjne powodują zazwyczaj zagrożenia o ograniczonej intensywności i nie są one przyczyną do wprowadzenia stanu nadzwyczajnego. Prawdopodobieństwo użycia broni jądrowej jest małe, największe zagrożenie mogą generować awarie reaktorów jądrowych wykorzystywanych w przemyśle, co miało miejsce w Fukushima w 2011 r. Ryzyko uwolnienia substancji promieniotwórczych można uznać za niskie, a to ze względu na niską częstotliwość występowania tego typu zdarzeń. Mimo to zaleca się tworzenie oddziałów ratunkowych przygotowanych na wypadki masowe o promieniotwórczym charakterze na obszarach, gdzie znajdują się elektrownie jądrowe (jak ma to miejsce w Japonii⁷⁴).

Zagrożenie terrorystyczne i bioterrorystyczne

Terroryzm traktuje się jako zagrożenie cywilizacyjne. Po atakach 11 września 2001 r. w USA, Komisja Europejska wprowadziła definicję terroryzmu mówiącą, że jest to zamierzone i systematyczne stosowanie działań mających na celu wywołanie terroru wśród ludności jako środka do osiągnięcia określonych celów. Terroryzm może być aktem jednostki bądź grupy jednostek działających indywidualnie lub przy wsparciu państwa. To również działanie państwa, skierowane przeciwko ludności (łamanie praw człowieka, takie jak praca przymusowa, deportacje, ludobójstwo itp.) lub w kontekście międzynarodowego konfliktu

zbrojnego przeciwko ludności cywilnej państwa wroga⁷⁵.

Zagrożenie terrorystyczne może mieć charakter wewnętrzny i zewnętrzny w stosunku do podmiotu leczniczego. Zagrożenie wewnętrzne występuje, gdy szpital staje się realnym bądź domniemanym celem terrorystów. Przykładem może być atak w szpitalu uniwersyteckim w Ostrawie (ok. 40 km od granicy z Polską) z 10 grudnia 2019 r. Do ataku doszło ok. 7 rano. Strzelanina miała miejsce w poczekalni oddziału traumatologii na trzecim piętrze uniwersyteckiego szpitala w Ostrawie. Jak poinformował minister zdrowia Adam Vojtch, w wyniku ataku śmierć poniosło sześć osób (pięć zginęło na miejscu, jedna na stole operacyjnym), a dziesięć zostało rannych. Część szpitala została ewakuowana. Zamachowiec strzelał z broni krótkiej, jak relacjonowali świadkowie – mierzył ofiarom prosto w głowy. Według niepotwierdzonych jeszcze ustaleń napastnik mógł być ojcem dziecka, które niedawno zmarło w ostrawskim szpitalu. Usiłował zbiec szarym renault laguną. Według ostatnich doniesień czeska policja znalazła ten samochód, w środku – jak podali funkcjonariusze – „znaleziono martwą osobę, która strzeliła sobie w głowę”. Jak ustalono, były to zwłoki zamachowca. W samym szpitalu zarządzono ewakuację, w środku działania prowadziła jednostka specjalna policji. Zamknięto też mieszczącą się obok uczelnię. Policja początkowo opublikowała jako wizerunek poszukiwanego zdjęcie mężczyzny w czerwonej kurtce, ale okazało się, że popełniła błąd – była to fotografia „ważnego świadka zdarzenia”⁷⁶⁷⁷.

Zagrożenie zewnętrzne związane jest z wszelkimi aktami terroryzmu skierowanymi na ludność cywilną. Zagrożenia terrorystyczne może dotyczyć również użycia środków chemicznych i wybuchowych oraz bioterroryzmu. Najczęściej są one skierowane na strategiczne punkty, takie jak centra handlowe, dworce kolejowe, lotniska, placówki dyplomatyczne czy przepompownie gazu⁷⁸.

Zagrożenia terrorystyczne z uwagi na swój charakter, zmienność form działania zamachowców mogą być trudne do identyfikacji. Potencjalne formy zamachów to. m.in.:

- 1) zamachy bombowe,
- 2) zamachy z użyciem broni palnej czy dostępnych narzędzi i środków znajdujących się na terenie szpitala,
- 3) zamachy związane z użyciem chemicznych substancji szkodliwych i materiałów biologicznych z czynnikami chorobotwórczymi i/lub zakaźnymi.

Powyższe zagrożenia terrorystyczne mogą być niebezpieczne dla dużej liczby osób oraz dla całej infrastruktury szpitala. Samo podejrzenie zagrożenia terrorystycznego, jak również działania związane z potwierdzeniem bądź wykluczeniem ewentualnego zagrożenia, mogą w istotny sposób wpłynąć na funkcjonowanie szpitala. Ważnym elementem skale decydującym o

skali zagrożenia terrorystycznego dla szpitali jest poziom dostępności do poszczególnych pomieszczeń z uwagi na publiczny charakter działalności medycznej. Fakt przebywania w tych pomieszczeniach dużej ilości osób może wpływać na podatność podmiotów leczniczych na tego typu zagrożenia.

Zagrożenie epidemiologiczne

Zagrożenie epidemiologiczne (pandemiczne) jest powodowane przez patogeny chorobotwórcze (bakteryjne, wirusowe i inne). Może doprowadzić do zachorowania ludności, również w obrębie szpitala. O zagrożeniu epidemiologicznym mówi się również w kontekście użycia broni biologicznej.

Na terenie szpitala, z uwagi na charakter prowadzonej działalności medycznej, występuje podwyższone ryzyko rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. W związku z dużą ilością osób hospitalizowanych prawdopodobieństwa powstania epidemii choroby zakaźnej wzrasta, co wymusza podjęcie określonych działań ze strony administracji i personelu medycznego w celu ograniczenia zagrożenia epidemiologicznego. Może to wymagać zintensyfikowanej współpracy z podmiotami zewnętrznymi i władzami samorządowymi.

Zagrożenia epidemiologiczne dzielą się na⁷⁹:

- 1) zachorowania ludności na choroby wywołane przez bakteryjne, wirusowe czynniki etiologiczne,
- 2) zatrucia pokarmowe wywołane przez bakteryjne, wirusowe czynniki etiologiczne,
- 3) zachorowania ludności na choroby wywołane przez bakteryjne i wirusowe czynniki etiologiczne powodujące skażenia wody, gleby i powietrza.

Zagrożenia epidemiologicznie niosą ze sobą szereg następstw, do których należą m.in.: epidemie chorób zakaźnych, epidemie chorób wywołanych drobnoustrojami chorobotwórczymi powodującymi zatrucia pokarmowe, epidemie chorób wywołanych drobnoustrojami powodującymi skażenie wody i gleby oraz epidemie chorób wywołanych drobnoustrojami przenoszonymi drogą powietrzno-kropelkową.

Zagrożenia związane z blokadą obiektów przez działalność ruchów anarchistycznych społecznych i innych

Ze względu na działalność szpitali w sferze publicznej, mogą być one narażone na blokadę przez osoby związane z radykalnymi ruchami, pragnąc w ten sposób wyrazić swoje poglądy. Prowadzenie akcji protestacyjnych czy informacyjnych na terenie szpitala może w istotny sposób wpłynąć na funkcjonowanie poszczególnych komórek organizacyjnych

realizujących świadczenia i usługi medyczne. Tego typu działanie może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie oddziałów ratunkowych, w szczególności tych, które w tym czasie podejmują się przyjęcia ponadnormatywnej ilości chorych.

Zagrożenia związane z wystąpieniem katastrofy budowlanej

Tereny szpitalne często są silnie zurbanizowane. Ciągły nadzór nad stanem technicznym budynków oraz bieżące remonty w istotny sposób ograniczają ryzyko katastrofy budowlanej. Jednak ze względu na zintensyfikowaną eksploatację nie można w pełni wykluczyć wypadków o takim charakterze. Ewentualne wystąpienie katastrofy budowlanej z uwagi na liczbę przebywających osób w poszczególnych budynkach może spowodować incydent o charakterze masowym.

Zagrożenia toksycznymi środkami przemysłowymi

Skażenia obiektów i terenów toksycznymi środkami przemysłowymi (TSP) mogą wystąpić wskutek katastrofy lub awarii w zakładach przemysłowych stosujących TSP bądź podczas wypadku samochodowego w trakcie ich przewozu. Istnieje również małe prawdopodobieństwo skażenia TSP w wyniku ataku terrorystycznego z użyciem broni chemicznej⁸⁰. Toksyczne środki przemysłowe są szczególnym zagrożeniem dla trójmiejskich szpitali. Ich źródłem mogą być:

- 1) zakłady pracy które posiadają i wykorzystują w procesie produkcyjnym TSP, w szczególności: amoniak, acetylen chlorowódz, kwas solny, podchloryn sodu, wodorotlenek sodu, wyroby lakierowe i oleje napędowe. Do zakładów tych zalicza się Stocznię Gdańską „REMONTOWA”, Stocznię Północną, Elektrociepłownię Wybrzeże, Wydział Chemiczny Politechniki Gdańskiej;
- 2) bliskie sąsiedztwo tras drogowego i kolejowego przewozu TSP;
- 3) bliskie sąsiedztwo rejonu największej wypadkowości pojazdów kołowych w Gdańsku, czyli skrzyżowanie al. Grunwaldzkiej z ul. Miszewskiego.

W zależności od sytuacji oraz skali ewentualnych zagrożeń podmioty medyczne podejmują działanie na różnych poziomach organizacyjnych. Ma to bezpośredni wpływ na funkcjonowanie Oddziału Ratunkowego. W związku z tym wyróżnia się trzy stany gotowości działania oddziałów ratunkowych. Pierwszym z nich jest stan stałej gotowości. Jest to stan, w którym utrzymuje się stałą gotowość do likwidacji bieżących zagrożeń oraz obowiązują ustalone procedury pracy dotyczącej standardowego funkcjonowania oddziału ratunkowego.

Następnie wyróżnia się stan zagrożenia. Ogłasza się go, gdy dostępne zasoby najprawdopodobniej nie są wystarczające dla opanowania sytuacji kryzysowej. W tym stanie:

- 1) ocenia się aktualne zasoby;
- 2) powołuje się sztab kryzysowy;
- 3) uruchamia się punkt kontaktowy;
- 4) w razie potrzeby powołuje się dodatkowe zmiany zespołów operacyjnych;
- 5) przygotowuje niezbędne dokumenty;
- 6) zwiększa się gotowość KOR bez mobilizacji dodatkowych sił;
- 7) bloki operacyjne zawieszają operacje planowe do momentu, kiedy znany będzie zasięg sytuacji kryzysowej;
- 8) pracownikom przekazuje się informacje o dyspozycyjności, utrzymywaniu włączonych telefonów wewnętrznej sieci komunikacyjnej, telefonów komórkowych, wykonaniu polecenia dotyczącego stawienia się w oddziale w ciągu czterech godzin;
- 9) pracownicy sekcji ochrony bezpośredniej podmiotu leczniczego realizują zadania według obowiązujących ustaleń w stanie zagrożenia;
- 10) podejmuje się współpracę z Centrum Zarządzania kryzysowego Wojewody Pomorskiego (w przypadku województwa pomorskiego) i Wydziałem Zarządzania Kryzysowego i Ochrony Ludności UM Gdańska (w przypadku sytuacji zaistniałej w Gdańsku);
- 11) wprowadza kontrolę ruchu wewnątrz i na zewnątrz szpitala w porozumieniu z policją i strażą miejską.

Stan katastrofy wprowadza dyrektor szpitala po sygnale od ministra właściwego ds. zdrowia lub wojewody pomorskiego. Podczas stanu katastrofy w podmiocie leczniczym podejmowane są następujące czynności:

- 1) aktywuje się wszystkie elementy planu postępowania w sytuacjach kryzysowych;
- 2) mobilizuje się wszystkie dostępne zasoby;
- 3) wypisuje się pacjentów, którym pomoc lekarska nie jest niezbędna;
- 4) zawiesza się wszystkie zabiegi planowe;
- 5) zawiesza się urlopy;
- 6) uruchamia się świadczenia osobiste i rzeczowe (np. rekwiruje się pojazdy

mechaniczne)⁸¹;

- 7) wydziela się punkt opieki ambulatoryjnej dla lekko poszkodowanych;
- 8) określa się obszar dla rodzin i „Centrum Informacyjnego”;
- 9) wydziela się miejsca dla ofiar śmiertelnych;
- 10) uruchamia się system żywienia i zaopatrywania;
- 11) wprowadza się tzw. „Stały Dyżur”;
- 12) kierownicy komórek organizacyjnych organizują możliwość odpoczynku podwładnym⁸²⁸³⁸⁴.

1.5.1 Problemy w realizacji celów polityki publicznej na przykładzie pandemii SARS-CoV-2 w aspekcie bezpieczeństwa zdrowotnego.

Choroba zakaźna spowodowana koronawirusem SARS-CoV-2 jako epidemia rozpoczęła się w Wuhan (Chiny) w listopadzie 2019 r. WHO uznała ją za pandemię 11 marca 2020 r.⁸⁵. Do 8 września 2020 r. odnotowano ponad 27 mln przypadków zachorowań w 188 państwach i terytoriach, z czego prawie 900 tys. chorych zmarło, a wyzdrowiało ponad 18 mln⁸⁶.

W związku z pandemią podjęto międzynarodowe działania, które mają na celu przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się choroby. Wprowadzono kwarantanny i godziny policyjne, ograniczono podróże, odwołano wiele wydarzeń kulturowych, religijnych i sportowych (np. igrzyska olimpijskie w Tokio w 2020 r.). Część państw wprowadziła ograniczenia ruchu granicznego bądź całkowicie zamknęła granice. Wdrożono restrykcje dotyczące lotów międzynarodowych, przekraczania granic, kontrole na lotniskach i dworcach kolejowych. Szkoły i uniwersytety w większości państw przeszły w tryb nauki zdalnej, w miarę możliwości przeniesiono pracowników z biur do domów. Pandemia stała się przyczyną globalnych zakłóceń gospodarczych i społecznych, wywołując największą recesję od czasów wielkiego kryzysu.

W Polsce przygotowania do walki z pandemią rozpoczęto w styczniu 2020 roku. Najpierw wprowadzono specjalne procedury dla pasażerów przylatujących z Chińskiej Republiki Ludowej oraz rozpoczęto badania laboratoryjne osób podejrzanych o zakażenie wirusem. Główny Inspektorat Sanitarny ostrzegął przed podróżami do państw z licznymi ośrodkami zachorowań, takich jak Włochy czy Korea Południowa. W szpitalach wprowadzono zakaz odwiedzin. Zabroniono wywożenia z Polski leków mogących pomóc w walce z chorobą oraz zwolniono spirytus z akcyzy. Na początku marca Polska przyłączyła

się do funkcjonującego w Unii Europejskiej mechanizmu wspólnych przetargów kryzysowych zakupów środków ochronnych, szczepionek i leków⁸⁷.

Pierwszy oficjalny przypadek zachorowania na COVID-19 w Polsce odnotowano 4 marca 2020 r. w Zielonej Górze⁸⁸. W tym czasie na terenie kraju funkcjonowało trzynaście placówek laboratoryjnych, w których badano próbki na obecność SARS-CoV-2, m.in.: Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie oraz laboratoria w Kielcach, Gdańsku, Rzeszowie, Katowicach, Poznaniu, Wrocławiu i Olsztynie⁸⁹. W okresie od 14 marca 2020 r. do 20 marca 2020 r. obowiązywał w kraju stan zagrożenia epidemiologicznego, a od 15 marca 2020 r. wprowadzono kordon sanitarny, który znacznie ograniczył ruch graniczny. Od 20 marca 2020 r. w Polsce obowiązuje stan epidemii.

Do kolejnych działań, które podjęto w ramach walki z pandemią, należały:

- odwołanie imprez masowych powyżej 1000 osób w zamkniętych pomieszczeniach,
- przejście uczelni wyższych na tryb nauczania zdalnego,
- zamknięcie szkół, przedszkoli, żłobków etc. (w przypadku szkół zaimplementowano nauczanie zdalne),
- czasowe zamknięcie granic drogowych, kolejowych i lotniczych, z wprowadzeniem obowiązkowej kwarantanny dla osób przekraczających granicę drogą lądową,
- wdrożenie kar grzywny oraz pozbawienia wolności za złamanie zasad kwarantanny,
- wprowadzenie czasowego zakazu przemieszczania się (z wyjątkami),
- czasowy zakaz zgromadzeń powyżej dwóch osób,
- wprowadzono ograniczenia w poruszaniu się komunikacją miejską,
- czasowo zamknięto bulwary, plaże, parki, place zabaw etc.,
- nakaz noszenia maseczek ochronnych w zamkniętych przestrzeniach publicznych.

Pod koniec kwietnia 2020 r. Centrum Badania Opinii Społecznych przeprowadziło badanie dotyczące stosunku społeczeństwa do restrykcji i epidemii. Wykonano je wśród społeczności internetowej. Blisko 60% ankietowanych miało poczucie, że pandemia COVID-19 jest czymś bezprecedensowym. Pozostali byli zdania, że COVID-19 to kolejna choroba sezonowa i nie uważali jej za coś wyjątkowego. O wyjątkowości epidemii były przekonane osoby starsze, mieszkańcy największych miast oraz osoby z wyższym wykształceniem. Większość respondentów (78%) przestrzegała ograniczeń dotyczących kontaktów międzyludzkich i wychodzenia z domu, co mogło świadczyć o ich obawach przed zakażeniem. Znaczna część badanej społeczności aprobowała wysokie kary za łamanie nowych

zasad. Jednak większość ankietowanych z rezerwą podchodziła do tych przepisów, uważając, że są zbyt nieprecyzyjne przez co mogą prowadzić do nadużyć. Podsumowując, na początkowym etapie pandemii społeczeństwo akceptowało nowe zalecenia rządu⁹⁰.

Szybkość rozprzestrzeniania COVID-19 wymusiła wdrożenie działań, które często były chaotyczne lub tymczasowe. Spowodowały one drastyczną zmianę trybu życia wielu grup społecznych. Ze względu na szczególnie niekorzystny wpływ wirusa na osoby starsze, seniorom w znacznym stopniu ograniczono aktywność życiową. Trzeba pamiętać przy tym, że długoterminowe izolowanie w domach może skutkować pogorszeniem stanu zdrowia osób starszych, dla których ruch oraz spotkania towarzyskie są istotnym elementem budowania ich zdrowia i samopoczucia.

Należy również opracować nowe procedury i standardy domów pomocy społecznej. Obecnie nie są one dostosowane do faktycznej funkcji tej instytucji, czyli opieki nad osobami wymagającymi wzmoczonego nadzoru medycznego. Właśnie w domach pomocy społecznej znajdowało się wiele ognisk epidemii, z którymi pracownicy nie potrafili sobie poradzić. Podczas pandemii cierpią też osoby z niepełnosprawnościami, które zostały pozbawione możliwości kontynuowania terapii zajęciowych. Wpływa to negatywnie na ich stan zdrowia, jak również zwiększa ryzyko wystąpienia kryzysów psychicznych w rodzinach pozbawionych zinstytucjonalizowanego wsparcia.

Podobnie wygląda kwestia pacjentów onkologicznych. Ci, którzy zostali już zdiagnozowani, mają kontynuowane leczenie. Jednak w utrudnionej sytuacji znajdują się osoby z podejrzeniem choroby nowotworowej. W ich przypadku najważniejszy jest czas - im szybciej zostaną wykonane badania specjalistyczne i nowotwór zostanie potwierdzony, tym większe są ich szanse na wyleczenie. Obecna sytuacja niestety znacznie wydłużyła czas wykonywania procedur diagnostycznych⁹¹.

Pandemia wprowadziła chaos w praktycznie każdym aspekcie funkcjonowania państwa. Wymusiła przeorganizowanie logistyki, transportu, stosunków międzynarodowych, relacji gospodarczych, a przede wszystkim, systemu ochrony zdrowia. Najwyraźniej pokazuje to tzw. „specustawa koronawirusowa”, czyli Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2020, poz. 1423 z późn. zm.). Ustalono w niej zasady zapobiegania i zwalczania zakażenia wirusem SARS-CoV-2, funkcje administracji publicznej i obywateli w walce z chorobą oraz reguły pokrywania kosztów realizacji powyższych działań. Poprzez akt prawny wprowadzono zmianę w czternastu innych ustawach, m.in. o zawodach lekarza i lekarza dentystry,

o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, o zawodzie fizjoterapeuty, o zawodach pielęgniarki i położnej, o publicznej służbie krwi, o ABM, Prawo farmaceutyczne, o Państwowym Ratownictwie Medycznym, o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Jedną ze zmian wprowadzoną przez specustawę jest wydłużenie marcowej listy refundacyjnej do końca sierpnia 2020 r. Kolejną nowość dotyczy uproszczonego powrotu do czynnego wykonywania zawodu przez położne i pielęgniarki, które miały min. 5-letnią przerwę w karierze zawodowej. Jest to odpowiedź na zbyt niską liczbę personelu, która dodatkowo w każdej chwili może zostać uszczuplona przez kwarantannę. Ustawa wprowadziła również zmiany i dodatkowe możliwości w organizacji pracy podmiotów leczniczych:

- uproszczenie prowadzenia dokumentacji medycznej,
- możliwość wykonywanej ponadwymiarowej, dodatkowej pracy w podmiotach leczniczych przez pracowników wykonujących zawód medyczny, w tym wykorzystywanie tzw. klauzuli opt-out,
- zatrudnienie pracownika medycznego odbywającego kwarantannę w ramach pracy zdalnej, przy jednoczesnym braku ryzyka utraty dodatkowego zasiłku opiekuńczego,
- uzyskanie zasiłku chorobowego w wymiarze 100% podstawy wynagrodzenia przez pracowników medycznych, którzy zostali objęci kwarantanną z powodu styczności z osobami zakażonymi w ramach obowiązków zawodowych⁹².

Powyższe zmiany w organizacji pracy placówek medycznych mają na celu optymalne wykorzystanie ograniczonych zasobów ludzkich. Po zalegalizowaniu ustawy możliwe stało się wydłużenie czasu pracy (i w stosunku do niego zwiększenie wynagrodzenia) nie tylko pracowników podmiotów leczniczych z wyższym wykształceniem, ale również tych z innym poziomem kwalifikacji oraz pracowników takich placówek, jak Regionalne Centra Krwiodawstwa czy Państwowa Inspekcja Sanitarna. W ramach nowej ustawy przesunięte zostały egzaminy w zawodach medycznych oraz rekrutacje na specjalizacje. Możliwe stało się skierowanie lekarza stażysty do wykonywania zadań przy zwalczaniu epidemii, przy jednoczesnym wliczeniu tego czasu do okresu odbywania stażu i szkolenia specjalizacyjnego. Farmaceuci uzyskali prawo do wystawiania tzw. recepty farmaceutycznej w przypadku zagrożenia zdrowia i życia pacjenta. Wspomniana grupa pozyskała też możliwość wystawiania recept *pro auctore* i *pro familiae*. Ustawa wpłynęła również na przyspieszenie i usprawnienie inwestycji w sektorze ochrony zdrowia dzięki m.in. wyłączeniu procedury opiniowania inwestycji pod kątem ich celowości (IOWISZ). Na mocy aktu została wprowadzona dodatkowa instytucja, jaką jest izolacja w warunkach domowych. Stosuje się ją

w przypadku osób o lekkim przebiegu choroby, która nie wymaga hospitalizacji. Dzięki temu zwiększa się dostępną bazę łóżek szpitalnych dla osób o ostrym przebiegu COVID-19. Reguły dotyczące izolacji domowej i kwarantanny bazują na wytycznych ECDC w zakresie oceny ryzyka zwalczania zakażeń na obszar Europy i krajów UE ⁹³.

Pandemia SARS-CoV-2 w znacznym stopniu wpłynęła na rozwój telemedycyny. Tego rodzaju usługi są od wielu lat dostępne w Polsce, jednak dotychczas nie były równie popularne. Telemedycynę traktowano jako ciekawostkę, odnoszono się do niej z rezerwą. Jednak podczas pierwszych miesięcy epidemii Polacy najczęściej konsultowali się z lekarzami właśnie telefonicznie bądź on-line. W głównej mierze była to zasługa tzw. e-recept i e-zwolnień, które cieszą się wciąż rosnącą popularnością⁹⁴. Potrzebę świadczeń telemedycznych doceniła również Komisja Europejska, która dofinansowała platformę e-zdrowie kwotą 120 mln PLN. Dzięki tej sumie system informatyczny został zaktualizowany o rozszerzony o nowe funkcjonalności. Jedną z nich jest projekt zapisu on-line na teleporadę, którego formularz można znaleźć na stronie pacjent.gov.pl. Jest on dedykowany osobom, które podejrzewają u siebie COVID-19 oraz potrzebują konsultacji lekarskiej. Pacjenci mogą skorzystać z wideo-konsultacji z pracownikiem medycznym.

System pozwala na połączenie dowolnego, zarejestrowanego przez formularz pacjenta z lekarzem lub innym pracownikiem medycznym. Personel medyczny udziela wówczas konsultacji w warunkach domowych, dzięki czemu może wykonywać pracę, przebywając w obowiązkowej izolacji. Po konsultacji pacjent może otrzymać powiadomienie o kolejnych etapach leczenia poprzez sms lub e-mail. W tym samym czasie zanonimizowane dane pacjenta mogą być raportowane na potrzeby systemu ochrony zdrowia. System umożliwia generowanie raportów analitycznych, które śledzą dane o czasie obsługi pacjenta, czasie oczekiwania i o kolejkach oczekujących. Dla celów analitycznych system ma także możliwość generowania danych na temat rozkładu zgłoszeń z przypisaniem ich lokalizacji do mapy, co w przyszłości może być pomocne m.in. przy wczesnym wykrywaniu kolejnych ognisk choroby⁹⁵.

Obecne wytyczne (stan na początek września 2020 r.) dotyczące walki z pandemią w Polsce wymieniono poniżej. Są one następstwem obserwacji dotychczasowej sytuacji oraz próbą naprawy popełnionych wcześniej błędów.

1. Regionalizacja powiatów poprzez podział na strefy zielone (dotychczasowe procedury bezpieczeństwa), żółte (dodatkowe ograniczenia) i czerwone (najwyższy stopień obostrzeń). Podział na strefy jest uzależniony od wzrostu ilości zakażeń w wyższym stopniu niż w pozostałej części kraju.

2. Ograniczenia w przemieszczaniu się – należy utrzymywać min. 1,5 metra odległości pomiędzy pieszymi (z określonymi wyjątkami).
3. Zasłanianie ust i nosa w miejscach publicznych, gdzie niemożliwe jest zachowanie 1,5-metrowej odległości między pieszymi, np. w szkole, w komunikacji miejskiej, w kinie.
4. Kwarantanna dla osób, które przekraczały granicę Polski stanowiącą zewnętrzną granicę Unii Europejskiej, mieszkają z osobą, która podlega kwarantannie lub miały kontakt z (potencjalnie) zakażonymi. Jeśli u osoby podlegającej kwarantannie nie wykryto wirusa, odosobnienie trwa 10 dni. W tym czasie bezwzględnie nie może opuszczać miejsca odbywania kwarantanny.
5. Ograniczenia liczby osób uczestniczących w zgromadzeniach i imprezach w zależności od aktualnego „koloru” danego powiatu.
6. Ograniczenie liczby osób korzystających ze środków komunikacji publicznej.
7. Ograniczenie przekraczania zewnętrznej granicy Unii Europejskiej przez cudzoziemców.
8. Zakaz lądowania samolotów cywilnych położonych na określonym terytorium (aktualna lista znajduje się na internetowych stronach rządowych).
9. Lokale gastronomiczne, salony kosmetyczne i fryzjerskie, salony tatuażu i piercingu, hotele, siłownie, baseny funkcjonują w reżimie sanitarnym⁹⁶.

W pierwszych dniach września 2020 r. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło strategię walki z pandemią COVID-19 na jesień 2020 r. Jest to podsumowanie najważniejszych zmian kierunkowych, jakie zostaną podjęte podczas walki z wirusem. Przewiduje się, że okres jesienno-zimowy będzie trudny ze względu na sezonowy wzrost zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne. Z tego względu postawiono na zmianę podejścia do walki z pandemią. Fundamentem nowej filozofii jest stosowanie działań dopasowanych do danego regionu, a nie całego kraju. Natężenie działań ochronnych będzie dostosowywane do występującego ryzyka zakażeń w danym regionie. Środki zaradcze staną się adekwatne do skali ryzyka.

Nową strategię działania podzielono na cztery segmenty. Pierwszy z nich dotyczy zmian organizacyjnych, a jego celami są: zwiększenie wykorzystania zasobów ludzkich i infrastrukturalnych, wzrost zdolności do testowania oraz usprawnienie działania inspekcji sanitarnej. W ramach tej części strategii dojdzie do odejścia od koncepcji szpitali jednoimiennych na rzecz utworzenia trzech poziomów zabezpieczenia szpitalnego:

- poziom I – wydzielenie miejsc we wszystkich szpitalach należących do sieci szpitali, które umożliwią przyjęcie pacjenta z podejrzeniem COVID-19 do czasu otrzymania wyniku testu oraz podjęcie zabiegów ratujących życie,
- poziom II - zabezpieczenie miejsc leczenia pacjentów z COVID-19 w oddziałach zakaźnych/obserwacyjno-zakaźnych,
- poziom III - zredukowanie obecnej liczby szpitali wielospecjalistycznych dla pacjentów z COVID-19 do 9 oraz zwiększenie liczby zespołów transportowych.

Dodatkowo w ramach tego segmentu planowana jest rozbudowa sieci mobilnych punktów wymazu, włączenie lekarzy POZ do zlecania testów oraz elektronizacja zgłoszeń o osobach zagrożonych zakażeniem do inspekcji sanitarnych⁹⁷.

Drugi segment powyższej strategii dotyczy testowania. Rząd zamierza skoncentrować się na przeprowadzaniu testów wśród pacjentów z objawami charakterystycznymi dla COVID-19, takimi jak duszność czy gorączka. Kolejnym celem tego segmentu jest ochrona osób z grup ryzyka, czyli seniorów, osób z obniżoną odpornością bądź rezydentów jednostek opieki całodobowej. Docelowo testom będą podlegać wszystkie osoby z objawami, osoby przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego oraz pacjenci bezobjawowi w toku dochodzenia epidemiologicznego. W szpitalnych oddziałach ratunkowych mają być dostępne szybkie testy (w tym testy antygenowe) do diagnozy pacjentów z objawami. Kolejną część strategii walki z COVID-19 dotyczy prewencji, która ma ograniczyć rozprzestrzenianie się wirusa oraz ograniczenie osób chorych na grypę. Z tego względu osoby powyżej 75 r. ż., pracownicy ochrony zdrowia i farmaceuci otrzymają możliwość bezpłatnych szczepień przeciwko grypie. Wciąż obowiązują dystans społeczny, dezynfekcja i maseczki. Z kolei ostatnia część dokumentu to zbiór nowych, najważniejszych schematów postępowania, takich jak: włączenie POZ do systemu testowania, algorytm postępowania w sytuacji podejrzenia COVID-19 transport własny i przekazanie z POZ, zwolnienie z kwarantanny czy zwolnienie z izolacji domowej.

Pandemia COVID-19 obnażyła zapaść, w jakiej znajduje się polityka zdrowotna Polski. W jej początkowej fazie brakowało testów oraz podstawowych środków ochrony. Lokalni mieszkańcy przeprowadzali zbiórki na rzecz kupna maseczek i fartuchów ochronnych, zakłady kosmetyczne i tatuażyści przekazywali szpitalom swoje jednorazowe rękawiczki. Widoczny był chaos, nieskoordynowane postępowanie oraz problemy proceduralne. Poczynania rządu były niespójną odpowiedzią na nagłe potrzeby, a nie zaplanowanym działaniem. Jaskrawe i dobrze widoczne stały się takie kwestie, jak niedofinansowanie systemu, znaczne braki w kadrach zawodów medycznych oraz konieczność reform. Wszystkie siły skoncentrowano na

walce z wirusem, zapominając o „standardowych” pacjentach. Z tego względu znacznie wydłużyły się czasy oczekiwania na przyjęcia planowe oraz wykonanie specjalistycznych usług medycznych.

Jeden z ekspertów zdrowia publicznego z Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego — Państwowego Zakładu Higieny, R. Halik, stwierdził, że kształt polskiego systemu ochrony zdrowia nie ulegnie większej zmianie pod wpływem pandemii. Uważa, że system stanie na skraju swych możliwości i wyeksploatowania pomimo niższej niż w pozostałych krajach Europy skali zachorowań. Potwierdzeniem jego przypuszczeń jest np. dopuszczenie do powstania wielu ognisk COVID-19 w szpitalach. Cytując Halika „Jest to bardzo niepokojący sygnał dla nas wszystkich. Wbrew pozorom, zakodowana już niemal w DNA naszego systemu zdolność do improwizacji na wszystkich szczeblach może pomóc przetrwać ten czas, ale może też nas zgubić i pogrążyć w chaosie”⁹⁸.

Obecna sytuacja niekorzystnie wpływa na ruch pacjentów na oddziałach szpitalnych. Z powodu restrykcji epidemiologicznych wizyty i zabiegi są przesuwane. W niedługiej przyszłości dużym problemem będzie rozliczenie finansowe za utrzymywanie jednostek leczniczych w gotowości oraz rozliczenie terapii pacjentów z COVID-19. Pomocna w tym zakresie może być nowa strategia postępowania Ministerstwa oraz regulacje Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kolejnym problemem, z którym będzie musiała zmierzyć się polityka zdrowotna, to wypalony personel medyczny. Duża liczba pacjentów, praca w warunkach ciągłego zagrożenia epidemiologicznego czy wielokrotne nadgodziny generują bardzo wysoki poziom stresu, który negatywnie wpływa na kondycję fizyczną i psychiczną pracowników systemu ochrony zdrowia. Bardzo trudne stanie się ponowne zmotywowanie ich do pracy, by nadrobić braki wśród innych pacjentów. Szczególnie, że nawet przed pandemią warunki pozostawiały wiele do życzenia zarówno w przypadku personelu, jak i pacjentów.

Co jednak pozytywne, pandemia znacznie przyspieszyła informatyzację polskiego systemu ochrony zdrowia. Należy przyznać, że administracja publiczna włożyła dużo pracy w przejście w tryb zdalny i telemedyczny. Potrzebne są jednak dalsze zmiany w tej materii. Należy wzmocnić z informatyzowany, czuły, nowoczesny nadzór epidemiologiczny, jak również inne narzędzia monitorujące sytuację zdrowotną społeczeństwa. Jest to potrzeba nie tylko Polski, ale całej Unii Europejskiej. W dobie COVID-19 wyraźnie widać, jak potrzebny jest paneuropejski, jednolity z informatyzowany nadzór epidemiologiczny, który będzie zawierał system szybkiego reagowania. W rozwoju informatyzacji systemu ochrony zdrowia

dużą rolę może pełnić uczenie maszynowe, które obecnie nie jest szeroko rozpowszechnione w tym sektorze. Obecnie jest wykorzystywane się go jedynie w diagnostyce. Sztuczna inteligencja może znacznie przyspieszyć prace badawczo-rozwojowe w branży farmaceutycznej⁹⁹.

Co warto podkreślić, okres pandemii pokazał, że Ministerstwo Zdrowia szybko podejmowało decyzje mające wspomóc walkę z chorobą. Przykładem jest NFZ, który bardzo sprawnie uruchomił rozliczanie teleporad. Zaktualizował również dotychczasowe narzędzia, sprawiając, że odpowiadały na potrzeby personelu (np. EWUŚ pozyskał znacznik, który informuje o przebywaniu pacjenta na obowiązkowej kwarantannie). Decydenci i urzędnicy pokazali, że potrafią się sprawnie komunikować i współpracować. Warto, by ten stan rzeczy utrzymał się również po wygaśnięciu pandemii, a metody komunikacji w systemie ochrony zdrowia ulegały ciągłej poprawie.

Pandemia pojawiła się nieoczekiwanie, przynosząc ze sobą kryzys gospodarczy i niepokój wśród ludzi na całym świecie. Zażegnanie kryzysu zdrowotnego jest bardzo trudne w każdych warunkach. W Polsce stało się to w okresie, gdy efektywna polityka zdrowotna dopiero się kształtuje, przez co ma wiele niedociągnięć. Pandemia tylko uwypukliła problemy, takie jak niedofinansowanie systemu i brak kadry medycznej. Pomimo kryzysu i niesprzyjających warunków, polska polityka zdrowotna stanęła na wysokości zadania, podejmując szybkie decyzje i rozwijając te obszary, które były szczególnie potrzebne w danej chwili. Mimo tego wciąż należy ją doskonalić i optymalizować, ponieważ system ochrony zdrowia w Polsce potrzebuje jeszcze wielu usprawnień, by zapewnić zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli.

1.5. Podmiot medyczny w systemie zarządzania kryzysowego.

Podmiot leczniczy, na gruncie ustawy o działalności leczniczej cechuje szeroka definicja. Odnosi się ona do podmiotu jako samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej, przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy o działalności gospodarczej, a także instytutu badawczego czy fundacji. Warunkiem jest świadczenie przed ten podmiot świadczeń medycznych.

Działalność lecznicza odnosi się do udzielania świadczeń zdrowotnych. Istotą i przedmiotem działalności leczniczej są świadczenia zdrowotne zarówno finansowane ze środków publicznych, jak i prywatnych. Świadczenia zdrowotne to między innymi działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu oraz poprawie zdrowia, jak również inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia.

Poza udzielaniem świadczeń zdrowotnych działalność lecznicza może również polegać na: promocji zdrowia, realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, jak również wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą może również uczestniczyć w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego oraz kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w przepisach regulujących kształcenie. Szczególną rolę odgrywają tu szpitale kliniczne.

Ustawa o działalności leczniczej zawiera definicję legalną szpitala i świadczeń szpitalnych. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 u.d.z.l. szpital to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Natomiast świadczenia szpitalne są to wykonywane przez całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne, polegające między innymi na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W Polsce nie ma odrębnego przepisu prawnego definiującego szpital czy dotyczącego funkcjonowania i finansowania szpitala. Termin „szpital” „szpital kliniczny” „szpital uniwersytecki” występuje jedynie fragmentarycznie w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. (dz. U. 91 poz. 408 z 1991 r.) W tym dokumencie nie znajdziemy jednak definicji szpitala. Ustawa operuje terminem „zakład opieki zdrowotnej”, a jej wielokrotne modyfikacje spowodowały, że o wiele bardziej szczegółowo niż szpital opisany jest np. czas pracy pracowników służby zdrowia, funkcjonowanie rejestru usług medycznych czy wyposażenie kolumn transportowych.

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne to jeden z największych szpitali w Polsce, funkcjonujący wcześniej pod nazwą Akademickie Centrum Kliniczne. Zostało utworzone przez Gdański Uniwersytet Medyczny w 1945 roku. Od tego czasu świadczy usługi medyczne, oferując kompleksową diagnostykę i leczenie. Współpraca z uczelnią daje dostęp do najnowocześniejszych technologii, światowej wiedzy medycznej i badań klinicznych. W UCK pracują wybitni specjaliści, którzy do swojej dyspozycji mają nowoczesne zaplecze diagnostyczne i kliniczne. Szpital obecnie ma 1160 łóżek, 3790 pracowników, i przyjmuje około 120 000 pacjentów rocznie. Kliniki i poradnie Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego są umiejscowione w 4 lokalizacjach w Gdańsku. Misja szpitala brzmi: „Efektywnie lecząc, dobrze uczyć i służyć nauce” i jest kwintesencją jednostki. W ofercie Uniwersyteckiego

Centrum Klinicznego znajduje się pełen zakres usług medycznych: zaawansowaną diagnostykę, różnorodne zabiegi chirurgiczne, rehabilitacja, a także opieka paliatywna. Posiada większość specjalności, jakie dostępne są w obszarze świadczeń usług medycznych, zapewnia kompleksowe leczenie, które realizuje w oparciu o umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oprócz działalności typowo leczniczej prowadzi też programy edukacyjne, kładąc nacisk na profilaktykę zachorowań. Szpital spełnia najwyższe standardy nowoczesnej placówki medycznej, podejmuje wiele działań inwestycyjnych związanych z zakupami nowego sprzętu oraz budową i rozbudową infrastruktury. Ścisła współpraca z naukowcami GUMed wpływa na rozwijanie badań klinicznych, których rocznie prowadzonych jest ponad 300.

Istotną rolą szpitala w zakresie bezpieczeństwa państwa jest wypełnianie pewnej funkcji jako elementu większej całości, czyli infrastruktury krytycznej w zakresie systemu ochrony zdrowia. Szpital jest postrzegany również jako ostatnie ogniwo w tym skomplikowanym systemie. Niejednokrotnie od tego w jaki sposób będzie przygotowany do działania w stanie podwyższonej gotowości czy zagrożenia zależy sprawność całego systemu ochrony zdrowia. Na różnych etapach tworzenia wewnętrznych odzwierciedlających politykę bezpieczeństwa państwa zastosowanie mają przepisy ustawy mówiącej o Państwowym Ratownictwie Medycznym, [Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym]. Zgodnie z przepisami powyższej ustawy System Państwowego Ratownictwa Medycznego tworzy się w celu realizacji zadań, polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie, która znajduje się w stanie zagrożenia nagłego, życia i zdrowia, a więc również w momencie zaistnienia sytuacji kryzysowej. Art. 29 ustawy wprowadza instytucję „lekarza koordynatora”, który działa w Wydziale Zarządzania Kryzysowego i do którego zadań należy uczestnictwo między innymi w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego. Zespół ten może decydować o wprowadzeniu stanu podwyższonej gotowości szpitali [Juras, Zdanowska 2008].

Plany zarządzania kryzysowego podlegają ścisłym regulacjom w polskim systemie prawnym. Przepisy prawne w zakresie opracowania i funkcjonowania tych planów są zawarte m. in. w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawie z dnia z 26 kwietnia 2007 roku o zarządzaniu kryzysowym oraz ustawie z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej, a także ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku.

Przepisy w zakresie zarządzania kryzysowego [Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 roku o Zarządzaniu Kryzysowym] w art. 3 definiują sytuację kryzysową jako sytuację będącą

następstwem jakiegoś zagrożenia i prowadzącą do zerwania lub znacznego naruszenia lub zerwania więzów społecznych przy równoczesnym poważnym zakłóceniu w funkcjonowaniu różnych instytucji publicznych. Rola szpitala jest tu rozpatrywana dwojako. Zarówno jako instytucja publiczna - która powinna być chroniona w celu zapobiegania zakłóceniu jej funkcji w systemie ochrony zdrowia - jak również jako element systemu zarządzania kryzysowego dostarczającego zasobów i środków do opanowania sytuacji kryzysowej w ramach swoich zadań.

Jednym z ważnych aspektów jest pewna podległość zasobów szpitala w zakresie zadań realizowanych przez organy publiczne, które, aby zrealizować nałożone na nie zadania, muszą mieć możliwość pełnego ich wykorzystania. Przykładem mogą być tu zapisy ustawy dotyczącej klęski żywiołowej, która to nakłada na organy władzy publicznej obowiązek odpowiedniego działania zarówno w celu zapobieżenia skutkom klęsk żywiołowych, jak i ich usunięcia [Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej]. Zgodnie z art. 12 ustawy obowiązek ten spoczywa na – zgodnie z obszarem: wójtzie, burmistrzu, prezydencie miasta, staroście, wojewodzie oraz właściwym ministrze do spraw wewnętrznych lub innym ministrze do zakresu działania, do którego należy między innymi zapobieganie skutkom konkretnej klęski żywiołowej oraz ich usuwanie. Jednocześnie ustawa o zarządzaniu kryzysowym nakłada obowiązek powołania wojewódzkich, powiatowych i gminnych zespołów zarządzania kryzysowego. Obowiązek podjęcia odpowiednich działań w zakresie zarządzania kryzysowego w przypadku zaistnienia takiej sytuacji spoczywa na instytucji właściwej w zakresie zarządzania kryzysowego, która jako pierwszy otrzymał informację o zagrożeniu. W obowiązku przedstawicieli tej instytucji jest poinformowanie o zaistniałym i zagrażającym bezpieczeństwu zdarzeniu organy odpowiednio niższego i wyższego szczebla. Analogicznie dla szpitala byłoby to Ministerstwo Zdrowia oraz Wydziały Zarządzania Kryzysowego Miasta i Województwa.

Obowiązek ten odnosi się również do przekazania informacji o podjętych i planowanych do podjęcia działaniach. Stan ten praktycznie wymusza stworzenia sprawnego systemu wymiany informacji zarówno pomiędzy instytucjami, jak i wewnątrz struktur organizacyjnych szpitala. Aby wyjść naprzeciw takim sytuacjom tworzy się plany reagowania kryzysowego, podlegające obowiązkowej aktualizacji nie rzadziej niż co 2 lata.

Artykuł 5 precyzuje wymogi, jakim powinny odpowiadać te plany [Ustawa z dnia z 26 kwietnia 2007 roku o zarządzaniu kryzysowym]. Do elementów koniecznych należy plan główny, który zawiera:

- a) charakterystykę zagrożeń, a także ocenę ryzyka możliwości ich wystąpienia,
- b) charakterystykę środków i sił, w tym stan rezerw i ocenę możliwości
- c) wykorzystania tych rezerw,
- d) analizę funkcjonowania publicznej administracji, jej możliwości i skuteczności
- e) wykorzystania w sytuacjach kryzysowych,
- f) przewidywane warianty działań w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych,
- g) wskazanie sposobu aktualizacji planu i poszczególnych załączników
- h) funkcjonalnych [Ustawa z dnia z 26 kwietnia 2007 roku o zarządzaniu].

Aby wypełnić założenia planu reagowania kryzysowego na poziomie krajowym, wojewódzkim czy miejskim muszą one znaleźć odzwierciedlenie w procedurach odnoszących się do zarządzania szpitalem.

1.5.1 Implementacja przepisów zarządzania kryzysowego do procedur szpitalnych (na przykładzie UCK)

Zarządzanie Ciągłością Działania

Celowość wdrażania systemów bezpieczeństwa związana może być z zabezpieczeniem realizacji ustawowej lub też statutowej działalności jednostki medycznej. W sytuacji wystąpienia zdarzeń o charakterze kryzysowym, systemy i procedury mają za zadanie obniżyć prawdopodobieństwo wpływu ewentualnych wydarzeń o powyższym charakterze na działanie, funkcjonowanie, organizację jednostki medycznej. Dzięki koordynacji działalności oraz tworzeniu warunków sprzyjających funkcjonowaniu systemów bezpieczeństwa i możliwościom rozwoju, możliwe jest wykonywanie szeregu działań związanych z systemem skierowanym do sytuacji tzw. podwyższonej gotowości, dotyczącym bezpieczeństwa, a wynikającym z różnych regulacji prawnych. Niestety wiele regulacji prawnych, a tym samym systemów stworzonych w różnych instytucjach się powieliło, co może generować niesprawne, a i jednocześnie nieoptymalne działania.

W różnych strukturach systemów ochrony w sytuacjach nagłych zachodzą istotne zbieżności przedsięwzięć i zadań. Obszar zarządzania kryzysowego i powszechnej ochrony ludności, jakim jest zapewnienie niezakłóconego funkcjonowania infrastruktury krytycznej państwa i spraw ochrony środowiska, które są ze sobą ściśle powiązane i wymagają koordynacji działań wielopodmiotowych, mogą mieć katastrofalne skutki dla środowiska naturalnego w przypadku zakłóceń funkcjonowania niektórych części infrastruktury krytycznej. Zaś w drugim kierunku, siły przyrody mogą przyczynić się do dysfunkcji w systemach organizacyjnych, skutkując problemami natury kryzysowej.

Celami poprawnego wdrożenia systemów bezpieczeństwa są więc też działania podtrzymujące realizację głównych procesów działalności jednostki, między innymi poprzez utrzymanie określonych zasobów (technologicznych, technicznych, infrastruktury), jak i sprawne odtwarzanie ewentualnych ich utrat. Innym celem wdrożenia poprawnie działającego systemu jest utrzymanie wizerunku i wartości rynkowej danej jednostki medycznej (min. ograniczenia ryzyka utraty reputacji) wraz z zapewnieniem działań w ramach wymagań prawa (normy, regulacje, ISO) oraz utrzymaniem jej płynności finansowej dzięki dążeniu do obniżania ewentualnych strat finansowych związanych z występowaniem zdarzeń o charakterze kryzysowym. Zdarzenia takie mogą sięgać wysokich kwot finansowych w związku z wypłatami odszkodowań czy utratą przyszłych korzyści.

Informacje, jakie winny być zawarte w systemach i procedurach bezpieczeństwa związanych z wystąpieniem zdarzeń kryzysowych, dotyczą warunków (w tym organizacyjnych i inwestycyjnych) pozwalających na utrzymanie lub odtworzenie zdolności do działania jednostki. Do zasobów takich możemy zaliczyć zasoby kanałów komunikacyjnych (linii telefonicznych, serwerów czy baz danych), zasoby ludzkie oraz metody scenariuszowe będące know-how danej organizacji. Jednocześnie w ramach informacji należy zaznaczyć, iż zakresy odpowiedzialności poszczególnych osób należy szczegółowo opisać. Trzeba to zrobić zarówno na poziomie zarządu jednostki, dyrektora/prezesa, zastępców, jak i zespołów odpowiedzialnych za poszczególne części systemu bezpieczeństwa (w tym szczegółowo zespołu ds. Bezpieczeństwa Informacji czy też ds. Ochrony Informacji Niejawnych oraz zespołu ds. Obronności i Bezpieczeństwa). Poszczególne odpowiedzialności na szczeblu zarządu jednostki dotyczą zapewnienia właściwych zasobów, kierowania działaniami w sytuacjach kryzysowych, nadzorowania opracowanych Planów Ciągłości Działania, uruchamiania działania zespołów/sztabów kryzysowych czy też współpracy dla celów opanowania sytuacji kryzysowych przy uzyskaniu zasobów zewnętrznych zabezpieczonych w Planach Zarządzania Kryzysowego Województwa i Rzeczypospolitej Polskiej. Na poziomie szeroko rozumianych zespołów ds. bezpieczeństwa zakresy odpowiedzialności dotyczą szeroko rozumianej współpracy i wsparcia jednostki szczególnie w przeglądzie, testowaniu, ocenianiu i aktualizowaniu Planów Ciągłości Działania (PCD) dla sytuacji kryzysowych, koordynowaniu działań w zakresie Zarządzania kryzysowego realizowanych zarówno przez poszczególne części jednostki, jak i przez jednostki zewnętrzne czy szkolenia składu osobowego Sztabu kryzysowego i Zespołów kryzysowych. Nie należy zapominać o koordynacji i kierowaniu tzw. punktem kontaktowym w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej, zapewnieniu ciągłości działania, utrzymania gotowości kadry wraz z zapewnieniem właściwej logistyki.

Warto zwrócić uwagę na terminologię dotyczącą funkcjonowania systemów Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji. Zarządzanie bezpieczeństwem informacji szczególnych używanych i przyjętych zwrotów, jak i ochrony integralności, poufności, dostępności, autentyczności, rzetelności i rozliczalności informacji organizacji przed nieuprawnionym dostępem w celu zapewnienia ciągłości działania i zaufania klientów.

W procesie mogą zaistnieć określone rodzaje zdarzeń, które potrafią wpływać na działalność ustawową jednostki. Są to sytuacje które możemy podzielić na trzy główne części: uniemożliwiający prowadzenie działalności jednostki, zatrzymujące częściowo procesy w jednostce lub zdarzenia o charakterze sytuacji kryzysowej.

O ile procedury dotyczące dwóch pierwszych zdarzeń w jednostkach medycznych od dłuższego już czasu są opisane poprawnie (np. sposoby działania po katastrofie budowlanej, uszkodzeniu sieci energetycznej blokady obiektu, klęski żywiołowej - czynnika naturalnego, czynnika ludzkiego lub technicznego czy też na przykład ataku terrorystycznego czy innych zdarzeń o silnym bądź dość silnym (lokalnym) natężeniu skutków), o tyle sytuacje kryzysowe, wpływające negatywnie na poziom bezpieczeństwa ludzi, mienia, środowiska w znacznym zakresie, wywołując ograniczenia w działaniu organów administracji publicznej wymagają wprowadzenia zarządzania kryzysowego.

Te sytuacje kryzysowe, które wynikają niejako z zagrożeń o charakterze terrorystycznym, bioterrorystycznym, radiacyjnym, epidemiologicznym, a tym samym toksycznym, wpływać mogą nie tylko na jednostkę, ale również na większy teren, będący poza systemem zarządzania przez jednostkę. Tak więc zakres takiej informacji i procesu powinien dotyczyć szeroko rozumianych służb związanych z działaniami kryzysowymi: strażą pożarną, policją, służbą zdrowia w regionie (wieloośrodkową) strażą miejską/gminną, Centrami Zarządzania Kryzysowego (w mieście, gminie województwie).

Na wypadek wystąpienia zdarzeń mogących mieć wpływ na działalność podstawową jednostki opracowane Plany ciągłości działania (PCD), jako scenariusze postępowania muszą odnosić się min. do awarii, katastrof, utraty ciągłości działania, ze względu na specyfikę działalności jednostki medycznej. Plany te dotyczą zarówno zachowania podczas pożaru/zalania serwerowni, archiwum, katastrofy budowlanej w jednostkach działalności podstawowej, szeroko pojętej ochrony, działań w sytuacjach kryzysowych i podczas wypadków masowych, informacji niejawnych czy działań na potrzeby obronne państwa.

W budowaniu systemów dotyczących powyższych zagadnień należy uwzględnić przede wszystkim wymagania dotyczące struktury i zawartości Planów Ciągłości Działania (PCD), analizy ryzyka, ewentualny wpływ zdarzeń na jednostkę (Business Impact Analysis) (BIA)),

wymagania niezbędnych zasobów i warunków możliwego uruchomienia Planów Ciągłości Działania (PCD), systemu informatycznego i dostępu do niego, szkoleń w ww. zakresie. To scenariusze prowadzenia działalności w sytuacjach kryzysowych i budowa systemu odpowiedzialności za poszczególne działania wraz z regularnymi ćwiczeniami w tym zakresie potwierdzone aktualną dokumentacją opisującą proces są kluczem do sukcesu w tej dziedzinie - ciągle, ustrukturyzowane i systematyczne podejście do zarządzania systemem bezpieczeństwa oraz ustanowienie i przegląd polityki bezpieczeństwa informacji (IS), procesów, procedur i struktur organizacyjnych.

Można stwierdzić, iż istnieją typowe dla jednostek medycznych ryzyka, o których należy pamiętać, planując działania. Do ryzyk tych możemy zaliczyć: utratę zasobów ludzkich i/lub infrastruktury niezbędnej dla realizacji działalności podstawowej, zaburzenia logistyki dostaw usług i materiałów podstawowych czy też zakłócenia współpracy z kluczowymi partnerami/kontrahentami. Jednak dla szczegółowego opisu ryzyk należy znaleźć i opisać kluczowe procesy w jednostce badając ewentualny wpływ ich awarii na działalność całości jednostki (tzw. Business Impact Analysis). Do czynników wrażliwych zaliczyć można kluczowe procesy biznesowe jednostki, punkty łączenia jednostki z klientem strategicznym, łańcuchy dystrybucji, umowy, działania środowiskowe-energetyczne, informatyczne, telekomunikacyjne, personel, lokalizacje. Pomiędzy czynnikami należy określić zależności pomiędzy kluczowymi procesami biznesowymi, wzajemne oddziaływania i powiązania mapy procesów, w tym powiązania makroekonomiczne rynku i systemów wewnętrznych. Kluczowe procesy wymagają następnie przeanalizowania wpływu ich ewentualnej awarii na całość działania systemu. Analiza tego wpływu związana jest z ryzykiem przerwy w działaniu każdego procesu, oceną strat finansowych związanych z powyższymi przerwami w funkcjonowaniu zarówno całego procesu, jak i jego poszczególnych części. Działanie to kwantyfikuje skutki awarii/zaburzeń procesów oraz pozwala na wyrażanie ich w formie wymiernych wartości (wartości finansowych strat lub kosztów), pamiętając, że nie są to wartości stałe, z uwagi na różnorodność zakresu, skutków i czasu trwania danego zaburzenia.

Co do identyfikacji czynników prowadzących do usunięcia skutków awarii, można opisać szacowania dotyczące czynników mogących doprowadzić do obniżenia ryzyka awarii w stadium początkowym, czasu niezbędnego do usunięcia skutków awarii, czynników alternatywnych (w tym zasobów) czy też kosztów utrzymania ciągłości działania w zakresie utrzymania każdego z alternatywnych zasobów. Skoro analiza wpływu biznesowego (BIA) jest tak ważnym procesem badającym procesy biznesowe w celu określenia i spisania krytycznych

procesów, które są niezbędne do kontynuowania działalności, a także utrzymania szeroko rozumianej wartości firmy. Skuteczność analizy wpływu na biznes znajduje odzwierciedlenie w zaangażowaniu zasobów technologicznych w ograniczaniu ryzyka związanego z ciągłością biznesową, jak i kadry. Kluczowym jest więc zaznajomienie pracowników i kadry zarządzającej z ustalonymi Planami Ciągłości Działania (PCD). Część procesów i działań dostępna jest jedynie dla pracowników zweryfikowanych, tj. uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych.

Praca nad systemem jest pracą ciągłą. Analiza Planów Ciągłości Działania (PCD) musi obejmować przegląd zarówno pod kątem informacji bieżących dotyczącej aktualizacji danych, jak i wystąpienia nowych zagrożeń, mając na uwadze budowanie nowych możliwych scenariuszy, optymalizację już istniejących, weryfikację stanu technicznego infrastruktury i wyposażenia, testowanie procedur związanych z przywróceniem działalności, prowadzenie symulacji zachowania się pracowników zarówno w formie zaplanowanej, jak i wyrywkowej (nagłej). Działania te mają na celu ocenę praktycznego zastosowania systemu, jak i skuteczności działań w sytuacji realnego zagrożenia.

Zarządzanie ciągłością działania w sytuacji kryzysowej może wiązać się z wdrażaniem procedur Zarządzania ciągłością działania w sytuacji kryzysowej na różnych szczeblach administracji państwowej, zarówno o lokalnym zasięgu, jak i wojewódzkim czy krajowym. Budowa struktury systemu zarządzania kryzysowego jednostki powiązana więc pośrednio jest ze strukturami innych poziomów. Na system zarządzania kryzysowego jednostki składać się mogą zarówno sztab kryzysowy, punkt kontaktowy, zespoły kryzysowe, jak i stałe punkty dyżurowe poszczególnych zakresów. Zadaniem poszczególnych jednostek są m.in. zapewnienie warunków do kierowania i koordynacji działań w sytuacjach kryzysowych, monitorowanie, analiza i ocena sytuacji kryzysowej oraz prognozowanie jej przebiegu, przygotowanie niezbędnych informacji potrzebnych do podjęcia decyzji, współdziałanie ze służbami ratowniczymi, Centrami Zarządzania Kryzysowego administracji publicznej i podmiotami zewnętrznymi, ocena potrzeb dla odtwarzania zasobów, przygotowywanie raportów w zakresie analiz i ocen sytuacji kryzysowych.

Jednocześnie należy pamiętać o utrzymywaniu i koordynowaniu komunikacji z zespołami kryzysowymi i utrzymaniu ciągłości przekazywania decyzji organów uprawnionych do uruchamiania realizacji zadań związanych z podwyższaniem gotowości obronnej państwa. Wszystkie te działania powinny być opisane i uszczegółowione co do zakresów odpowiedzialności, w zbudowanych schematach działania w sytuacjach kryzysowych.

Należy zwrócić uwagę na znaczenie bezpieczeństwa w sytuacji kryzysowej. Ustanawiając politykę, procesy i procedury w zakresie zarządzania działaniami przeprojektowujemy struktury organizacyjne, aby dostosować je do zasad. Być może dobrym pomysłem byłoby stworzenie pewnego rodzaju struktury, metody, platformy do ryzyk oraz analizy i oceny wpływu na biznes w oparciu o wymagania ISO 22301 - systemy zarządzania ciągłością działania w zakresie bezpieczeństwa społecznego. Narzędzie techniczne powstało, aby radzić sobie ze słabymi punktami, które ograniczają dogłębną, uczciwą i całkowicie zgodną z rzeczywistością analizę ryzyka, jak również, by zapewnić wsparcie, identyfikując możliwe wpływy biznesowe jako czynniki, które mogą wpłynąć na ciągłość biznesową firmy, budując wspólną platformę wyników.

Kryzysy, jakie zaistniały w opiece zdrowotnej na świecie, zmusiły zarządzających systemem do retrospektywnych analiz. Jednym z przykładów jest trzęsienie ziemi we wschodniej Japonii w 2011 r., które spowodowało kryzys w szpitalu uniwersyteckim, przerywając zaopatrzenie w wodę na 10 dni, stosując analizę wpływu biznesowego (BIA).

Chociaż BIA jest jednym z etapów, wraz z analizą ryzyka, procesu zarządzania ciągłością działania (BCM) mającego na celu zmniejszenie ryzyka i opracowanie planów przywracania działań biznesowych, jeśli zostaną przerwane przez katastrofę. Analiza wpływu na biznes (BIA) oraz analiza ryzyka to bardzo ważne etapy procesu BCM w celu określenia krytycznych procesów biznesowych i ich priorytetu dla naprawy w przypadku przestojów spowodowanych katastrofami. Wiele szpitali i placówek służby zdrowia w różnych częściach świata jest narażonych na wysokie ryzyko zniszczenia w wyniku katastrof. Ciągłość opieki zdrowotnej podczas katastrof ma kluczowe znaczenie. Przykład Indii pokazuje, że determinantami zarządzania ciągłością działania (BCM) w szpitalach są fundusze na planowanie ciągłości działania, umiejętności dla BCM, świadomość ryzyka i plan awaryjny oraz protokoły dla BCM wraz ze wsparciem programów rządowych. Podobny problem dotyczy Japonii, gdyż jest ona jednym z najbardziej podatnych na klęski żywiołowe krajów na świecie. Podczas klęski żywiołowej lub incydentu masowego do szpitali trafia duża liczba rannych, więc niektóre szpitale wprowadziły system zarządzania ciągłością działania (BCMS) w celu zwiększenia odporności opieki zdrowotnej. Stosując audyt wewnętrzny, skutecznie reagują na problemy dzięki wcześniejszemu przygotowaniu. Oczywiście istnieją pewne cechy medycyny katastrof, takie jak ograniczenie zasobów fizycznych i personelu, które nie istnieją w rutynowej pracy, a mają miejsce podczas katastrofy, jednak zaplanowanie i przećwiczenie pracy w sytuacji kryzysowej pozwala nam lepiej zrozumieć szczegóły medycyny katastrof.

Obecne działania w związku z reagowaniem na pandemię COVID-19 można również mieć na uwadze w systemie sytuacji kryzysowej i reagowaniem na nią. Utrzymanie ciągłości pracy wymaga wspólnego wysiłku i zaangażowania. Jednocześnie należy wspomnieć, iż opracowań i wytycznych z zakresu jest niewiele. Panel ekspertów w roku 2014 opracował co prawda pewne sugestie dotyczące postępowania z pacjentami w stanie krytycznym lub rannymi w wyniku pandemii lub katastrofy, obejmujące priorytety kliniczne i logistykę (zaopatrzenie, ewakuacja i segregacja), a także kluczowe czynniki (planowanie systemów, ciągłość biznesową, ramy prawne i względy etyczne), które ułatwiają świadczenie tej opieki. Prowadzenie badań podczas klęsk żywiołowych/pandemii wymaga nowatorskiego podejścia do wyzwań logistycznych i etycznych, jednak podejmowanie tematu przez międzynarodowe organizacje, takie jak ISARIC (International Severe Acute Respiratory and Emerging Infection Consortium; <http://isaric.tghn.org>), InFACT31 (International Forum for Acute Care Trialists) i PREEDICCT32 (Providing Resources for Effective and Ethical Decisions in Critical Care Triage) służą jako przykłady szerokiego podejścia do rozwoju dowodów w tej dziedzinie. Można zauważyć szeroko pojęte działania związane ze współpracą i integracją w całym systemie procesów na różnych szczeblach zarządzania jako myśl przewodnią w zarządzaniu sytuacją kryzysową w danym rejonie.

1.5.2 Rola procedur zarządzania ciągłością działania.

Podjęmowane przez pozostały w strukturach Szpitala Kliniczny Oddział Ratunkowy działania w zakresie stanów nagłych posiadają zdecydowanie szerszy kontekst niż ogólnie znana koncepcja ratowania ludzkiego życia. Konieczność przyjęcia ponadnormatywnej ilości rannych powoduje wszczęcie specyficznych akcji. Do takiej sytuacji może dojść w następstwie różnego rodzaju wypadków o charakterze masowym. O ile wystąpienia takich zdarzeń nie sposób przewidzieć, tak opracowanie algorytmów działania podczas określonych scenariuszy to obowiązek. Właściwa identyfikacja zagrożeń w obrębie oddziaływania na placówkę jest uzależniona od położenia, ilości personelu, zadań realizowanych przez podmiot czy zobowiązań względem innych podmiotów. Ważne jest również uwzględnienie planów zarządzania kryzysowego na szczeblu miejskim, wojewódzkim czy krajowym.

Professional Crisis Management Association (PCMA) ustaliło cztery wymiary, w obrębie których powinny oscylować działania antykryzysowe¹⁰⁰:

- 1) prewencja, profilaktyka kryzysu – w jej skład wchodzi: odnalezienie słabych stron, ewentualnych zagrożeń, nieustanny monitoring sytuacyjny w państwie, ciągle korygowanie i przystosowywanie programów antykryzysowych do zmieniającej się rzeczywistości,
- 2) deeskalacja kryzysu – powołanie sztabu antykryzysowego posiadającego odpowiednie uprawnienia, utworzenie sprawnego węzła komunikacyjnego, umocnienie kraju bądź jego poszczególnych ogniw,
- 3) odpowiednie działanie antykryzysowe – bezustanne zmierzanie do prawidłowego funkcjonowania państwa (obywateli, systemu społeczno-gospodarczego, ekosystemu),
- 4) działania pokryzysowe – usuwanie skutków kryzysu, czyli niwelowanie negatywów po sytuacji kryzysowej, przywrócenie kraju, społeczeństwa, ekosystemu do stanu poprzedniego oraz wykorzystanie doświadczeń, by uniknąć zaskoczenia w przyszłości.

W celu zabezpieczenia ciągłości wykonywanych zadań w podmiotach leczniczych podczas sytuacji kryzysowych tworzy się Plan postępowania podczas wypadków masowych. Odnosi się on do wymiaru profilaktyki kryzysu PCMA. W dokumencie ujmuje się zasady postępowania oraz planowania działań zmierzających do zapobiegania sytuacjom kryzysowym oraz minimalizacji skutków w przypadku wystąpienia zdarzeń o charakterze masowym. Plan określa zasady postępowania, zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności kierowników komórek organizacyjnych i pracowników. Wskazuje właściwe ścieżki postępowania w zakresie współdziałania pomiędzy komórkami organizacyjnymi szpitala oraz

podmiotami zewnętrznymi^{101 102}.

Sporządzane plany postępowania podczas wypadków masowych bazują na podstawie prawnej o szerokim spektrum, znacznie wykraczającym poza działalność medyczną podmiotu leczniczego. Listę podstawowych dokumentów prawnych zaprezentowano poniżej:

- 1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2020.0.295 t.j.),
- 2) ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U.2020.0.1856 t.j.),
- 3) ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz.U.2020.0.838 t.j.),
- 4) ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzn (Dz.U.2022.0.2305 t.j.)
- 5) ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2020.0.882 t.j.),
- 6) ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej (Dz.U.2017.0.1897 t.j.),
- 7) wewnętrzne procedury zarządcze i regulaminy.

Szczególną rolę w planach zarządzania kryzysowego pełni kierownictwo Klinicznych Oddziałów Ratunkowych czy Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Pomimo pewnej autonomiczności w związku z podejmowanymi działaniami, powinny one odnosić się do zdecydowanie szerszego obszaru. Wymaga to sprawnej koordynacji działań wszystkich komórek szpitala oraz współpracy z jednostkami zewnętrznymi. W tym celu plan określa metody kierowania i obiegu informacji w przypadku wystąpienia zdarzeń kryzysowych oraz wypadków masowych. Wskazuje standardy postępowania w przypadku zaistnienia sytuacji mogących mieć istotny wpływ na funkcjonowanie i bezpieczeństwo KOR oraz całego szpitala.

Sporządzany plan zarządzania kryzysowego ma na celu wskazanie i usystematyzowanie procedur postępowania w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych wraz z ich następstwami o charakterze masowym. Powinien również zapewniać odbywanie się wszelkich działań na KOR w sposób planowy, na podstawie przyjętych scenariuszy umożliwiających osiągnięcie oczekiwanych rozwiązań¹⁰³.

Pełne zrozumienie zagrożeń mogących mieć wpływ na funkcjonowanie KOR w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych wymaga uwzględnienia zagrożeń wewnętrznych i zewnętrznych. Zagrożenia wewnętrzne powstają wskutek braku efektywnego, zorganizowanego wysiłku społecznego współpracujących ze sobą instytucji publicznych. Zagrożenia wewnętrzne są następstwem m.in. braku zapewnienia przez państwo wysokiej jakości opieki medycznej, tzn. z niezaspokojenia potrzeb związanych z diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją, profilaktyką i promocją zdrowia. Przykładem tego typu zagrożeń są powikłania okołoporodowe matek. Z kolei zagrożenia zewnętrzne są pochodzenia środowiskowego,

chemicznego, biologicznego bądź nieznanego¹⁰⁴.

Na funkcjonowanie oddziałów ratunkowych mają również wpływ zdarzenia, które spowodują konieczność przyjęcia dużej ilości rannych oraz te, które przyczynią się do braku możliwości podjęcia niezbędnych działań. W wielu przypadkach, rozpatrując gotowość przyjęcia na oddziały ratunkowe dużej liczby osób rannych, nie bierze się pod uwagę faktu, że sytuacja kryzysowa generująca dużą liczbę rannych może bezpośrednio wpłynąć na szpital. Z tego typu sytuacją polski system ochrony zdrowia mierzy się w związku z epidemią SARS-Cov-2. Potrzeba hospitalizowania większej liczby chorych zwiększa ryzyko niemożliwości przyjęcia chorych w związku z ograniczeniem m.in. dostępności personelu¹⁰⁵. Borykając się z problemem przyjęcia dużej ilości chorych czy potrzebą wprowadzenia bardziej skomplikowanych procedur, możliwości operacyjne oddziałów ratunkowych zmniejszają się, tym samym potęgując sytuację kryzysową.

1.6 Zabezpieczenia logistyczne sytuacji kryzysowej

W zależności od poziomu zagrożenia do zabezpieczeń sytuacji kryzysowych należą:

- 1) Planowanie bieżących zapasów w KOR – tj. obejmuje okres dwutygodniowy Wydanie materiałów i środków z magazynu medycznego w przypadku braków w komórkach organizacyjnych,
- 2) Alokacja materiałów i środków pomiędzy komórkami organizacyjnymi UCK.

Celem logistyki jest zagwarantowanie dostępności określonej usługi bądź produktu we właściwej ilości, we właściwym miejscu, w odpowiednim stanie, dla właściwego odbiorcy, o właściwym czasie oraz we właściwej cenie¹⁰⁶. Wśród świadczeniodawców usług medycznych obejmuje następujące dziedziny, które powinny być rozpatrywane pod kątem problemu dostępności:

- 1) usługi pierwszej pomocy ratownictwa medycznego, prędkość dotarcia na miejsce zdarzenia, możliwość udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej, transport do podmiotu udzielającego usług dalszego leczenia,
- 2) usługi klasycznie rozumianej opieki medycznej, odbywające się w publicznych i niepublicznych podmiotach; dostępność do aparatury medycznej, infrastruktury szpitalnej, lekarzy specjalistów,
- 3) uzupełniające usługi medyczne, czyli specjalistyczne pakiety profilaktyczne

i dostępność do nich¹⁰⁷.

Szpitala, ze względu na charakter działalności i złożoną strukturę organizacyjną, charakteryzują się mnogością wewnętrznych procesów logistycznych. Spośród nich można wyodrębnić m.in.:

- 1) zaopatrzenie w materiały medyczne,
- 2) utrzymanie czystości,
- 3) wyżywienie pacjentów,
- 4) pralnia, ogrzewanie, transport,
- 5) gospodarka materiałowa i magazynowa,
- 6) system obiegu informacji,
- 7) koordynowanie podstawową i pomocniczą działalnością,
- 8) łańcuch jakości w kontakcie z pacjentem¹⁰⁸.

Podczas sytuacji kryzysowej wszystkie powyższe procesy powinny zostać zachowane, jak również wzbogacone o procedury z planu podstępowania podczas wypadków masowych. Działania zewnętrzne zabezpieczające działalność szpitala są uzależnione od poziomu zagrożenia. Dostawy odbywają się zgodnie z zawartymi umowami, jednak jeżeli zajdzie taka potrzeba, są wzbogacane o materiały z okolicznych hurtowni, aptek oraz innych podmiotów gospodarczych.

Za organizację transportu sanitarnego oddziału ratunkowego odpowiada Kierownik Działu Zaopatrzenia i Transportu oraz lekarz dyżurny.

Zasady alarmowania i dysponowania sił i środków pozostających w dyspozycji szpitala

Na wypadek sytuacji kryzysowej w podmiocie leczniczym należy opracować zasady alarmowania i dysponowania sił i środków pozostających w dyspozycji szpitala. Do zadań poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala w razie wystąpienia sytuacji kryzysowej należą:

- 1) wspieranie Kierującego Działaniem Ratowniczym, podczas prowadzenia działań ratowniczych z wykorzystaniem posiadanych sił i środków,
- 2) utrzymanie stałej łączności z Kierującym Działaniem Ratowniczym,
- 3) współdziałanie ze wszystkimi podmiotami biorącymi udział w reagowaniu, w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi, mienia i środowiska w rejonie zdarzenia,
- 4) dostarczanie niezbędnych informacji Kierującemu Działaniem Ratowniczym w celu

- zlikwidowania zagrożenia,
- 5) udział, zgodnie z właściwością rzeczową, w działaniach ewakuacyjnych ludzi i mienia,
 - 6) zapewnienie bezpieczeństwa i ochrona mienia na miejscu zdarzenia oraz informowanie osób o sposobach zachowania się w rejonie objętym zagrożeniem,
 - a) zabezpieczenie rejonu objętego działaniem ratowniczym przed dostępem osób postronnych oraz utrudniających prowadzenie działań ratowniczych.

Alarmowanie i wsparcie policji

Podczas sytuacji kryzysowej istotne jest zawiadomienie policji. Dochodzi do tego w oparciu o działania lekarza dyżurnego KOR lub kierującego działaniem ratowniczym poprzez poinformowanie oficera dyżurnego komendy miejskiej policji. W tym celu wykorzystuje się środki łączności przewodowej i bezprzewodowej, będące na wyposażeniu lekarza dyżurnego KOR lub służby ochrony. Prośbę o wsparcie policji kieruje się w przypadku potrzeby:

- 1) zapewnienia utrzymania bezpieczeństwa i porządku publicznego oraz organizowania ruchu drogowego,
- 2) ochrony mienia,
- 3) egzekwowania przestrzegania poleceń kierującego działaniami ratowniczymi,
- 4) pomocy w ewakuacji oraz kierowanie ruchem na drogach przemieszczania się ewakuowanych osób i w zależności od potrzeb, pilotowanie kolumn pojazdów z pacjentami,
- 5) kierowanie posiadanych w dyspozycji sił wyposażonych w specjalistyczny sprzęt techniczny do prowadzenia działań w przypadkach zaistnienia groźnych zdarzeń,
- 6) do zapewnienia pilotowania kolumn pożarniczych do działań,
- 7) prowadzenie czynności dochodzeniowo-śledczych w przypadkach tego wymagających.
- 8) w innych przypadkach wymagających interwencji sił policji.

Alarmowanie i powiadamianie straży pożarnej

Komunikacja podczas wypadku masowego lub zdarzenia kryzysowego ze strażą pożarną odbywa się na polecenie kierownika zmiany ochrony lub kierującego działaniem ratowniczym. Osoba odpowiedzialna przekazuje informacje dyżurnemu Straży Pożarnej w Gdańsku, wykorzystując do tego celu środki łączności przewodowej i bezprzewodowej, będących na wyposażeniu służby ochrony. Prośbę o wsparcie straży pożarnej kieruje

się w przypadku:

- 1) uruchomienia procedur przeciwpożarowych zgodnie z instrukcjami przeciwpożarowymi,
- 2) potrzeby podjęcia działań ratowniczo-gaśniczych przez Państwową Straż Pożarną (PSP),
- 3) wsparcia procesu ewakuacji i kierowaniu ewakuowanych osób do rejonów zbiórek oraz zapewnienie bezpieczeństwa ewakuowanych osób,
- 4) zabezpieczenia budynków i mienia w związku z wystąpieniem pożaru lub zagrożenia pożarem,
- 5) innych wymagających sił i środków Straży Pożarnej.

Alarmowanie i powiadamianie innych służb technicznych

Angażowanie innych służb podczas zmagania się z kryzysem na oddziale ratunkowym odbywa się poprzez służbę ochrony szpitala lub przez lekarza dyżurnego. W zależności od sytuacji wzywa się pogotowie gazowe, pogotowie energetyczne czy pogotowie wodociągowe. Prośbę o wsparcie zewnętrznych służb technicznych kieruje się w przypadku potrzeby:

- 1) określenia na miejscu istniejącego zagrożenia,
- 2) realizowania niezbędnych działań mających na celu likwidację zagrożeń,
- 3) w ramach określonych kompetencji, np. odcięcia dopływu mediów do obiektów,
- 4) innych zadań wymagających użycia sił i środków służb zewnętrznych

Powołanie sztabu kryzysowego i stanowiska stałego dyżuru

Sztab kryzysowy to zespół osób, które zostały przeszkolone i uprawnione do podejmowania decyzji w czasie kryzysu. Do sztabu kryzysowego można włączyć dyrektora szpitala, zastępcę, inne osoby z kierownictwa, lekarza dyżurnego, ordynatorów, lekarzy, pielęgniarki przełożone i innych pracowników. Decyzję o składzie sztabu kryzysowego podejmuje dyrektor szpitala w fazie przygotowania planu zarządzania kryzysowego. Jest to element niezbędny do zapewnienia ciągłości działania w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej. Do zadań członków sztabu kryzysowego należy zapewnienie właściwego toku postępowania w sytuacji kryzysowej oraz wsparcie zespołów kryzysowych realizujących poszczególne czynności¹⁰⁹.

Sztab kryzysowy na początku może liczyć jedną osobę funkcyjną, która podejmie decyzję o wprowadzeniu kolejnych procedur, czyli algorytmu działania (wcześniej

przygotowanego). Osoby wchodzące w skład sztabu kryzysowego zgłaszają się do wcześniej wyznaczonego miejsca – siedziby sztabu kryzysowego. W przypadku wezwania wymagane jest bezzwłoczne zebranie się członków sztabu kryzysowego. W niektórych sytuacjach kryzysowych szybkie działania muszą zostać podjęte nawet wtedy, kiedy wszyscy członkowie sztabu nie zdążyli się zebrać. Działania te muszą zostać podjęte natychmiast, według wcześniej wypracowanych algorytmów działań. Nie można czekać z decyzją o wprowadzeniu algorytmu działań z procedurą ewakuacji wtedy, kiedy np. wystąpi pożar. Sztab podejmuje decyzje na bieżąco i modeluje działania tak, by doprowadzić do zażegnania kryzysu i powrotu do stanu normalnego^{110 111}.

System stałego dyżuru w działach administracji rządowej powstał w celu zapewnienia ciągłości przekazywania decyzji organów, które są upoważnione do wdrożenia w życie „Planu Reagowania Obronnego Rzeczypospolitej Polskiej”. Kolejnym celem utworzenia systemu jest realizacja zadań z obszaru zarządzania kryzysowego oraz podwyższania gotowości obronnej¹¹². W podmiocie leczniczym stanowisko stałego dyżuru powołuje dyrektor naczelny na wniosek wojewody pomorskiego w związku z realizacją zadań obronnych.

Organizacja kierowania ruchem, ochrona i bezpieczeństwo

Pracownicy działów ochrony szpitali mają za zadanie zapewnić bezpieczne środowisko dla pracowników, pacjentów i odwiedzających. Jest to związane z charakterem podmiotu leczniczego jako otwartego i dostępnego dla społeczeństwa, co może sprzyjać wejściu sprawców przestępstw i innych niebezpieczeństwa dla szpitala, jeśli nie są odpowiednio zabezpieczone.

Szpitala są zobowiązane do zaspokajania swoich potrzeb w zakresie bezpieczeństwa poprzez zarządzanie ryzykiem. Jest to obowiązek wszystkich kierowników ds. bezpieczeństwa. Menedżerowie ci są odpowiedzialni za ustalanie priorytetów zidentyfikowanych zagrożeń, opracowanie skutecznego planu bezpieczeństwa szpitala i zredukowanie ryzyka do akceptowalnego oraz możliwego do opanowania poziomu¹¹³. Do szczegółowych zadań i obowiązków kierowników ochrony podmiotów leczniczych należą:

- 1) ogólna koordynacja działań w zakresie ochrony wszystkich obiektów szpitala,
- 2) organizacja i ochrona strefy zagrożenia oraz kontrola ruchu wewnętrznego,
- 3) współpraca z policją i strażą miejską,
- 4) nadzór nad płynnym przemieszczaniem się poszkodowanych do Klinicznego /Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- 5) utrzymywanie stałego kontaktu ze stanowiskiem dowodzenia i lekarzem dyżurnym

KOR.

Dostęp do szpitala w sytuacjach kryzysowych.

Z chwilą aktywacji procedur w stanach nagłych i w sytuacjach kryzysowych szpital jest szczególnie chroniony. Wstęp na jego obszar mają jedynie upoważnieni członkowie personelu i pojazdy wyposażone w identyfikatory. Pracownicy realizujący zadania ochrony otrzymują od członków sztabu kryzysowego polecenie wdrożenia odpowiednich procedur. Wszyscy członkowie personelu wracający na teren szpitala mają wówczas obowiązek zameldowania się u bezpośrednich przełożonych, którzy odnotowują ten fakt, sporządzając imienną listę pracowników. Do transportu pacjentów w pierwszej kolejności wykorzystuje się windy. Przedstawiciele mediów są kierowani do centrum ds. mediów. Krewni i członkowie rodzin zbierają się w centrum rodzinnym w określonej przestrzeni jednostki, np. w sali wykładowej budynku CMI. Uczestnicy wypadku, którzy dotarli do szpitala o własnych siłach, są kierowani na obszar selekcji rannych do Klinicznego Oddziału Ratunkowego. W niektórych przypadkach szpital może poprosić o pomoc ochotników, na przykład, gdy służb ochrony jest zbyt mało.

Kontrola ruchu na terenie szpitala

Za organizację ruchu w podmiocie leczniczym podczas sytuacji kryzysowej odpowiada ochrona. Wstęp na teren szpitala jest ograniczony, dostęp mają wyłącznie pojazdy transportujące pacjentów lub niezbędne artykuły. Karetki pogotowia są kierowane przez ochronę do Klinicznego/Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Członkowie rodzin (w tym ich pojazdy) chcący odebrać pacjentów w związku z ich ewakuacją lub przeniesieniem, kierowani są do punktu wypisu pacjentów ze szpitala. W razie konieczności grupa ds. koordynacji w sytuacjach kryzysowych prosi policję o wsparcie w zapewnieniu drożności dróg dojazdowych.

Zasady prowadzenia ewakuacji

Decyzję o przeprowadzeniu ewakuacji podejmuje dyrektor szpitala lub w jego zastępstwie lekarz dyżurny. Często podjęcie decyzji o ewakuacji nie jest proste. Jej przeprowadzenie, szczególnie w szpitalu, niesie duże ryzyko. Z tego względu szczególnie ważne jest dostarczenie dyrekcji podmiotu leczniczego rzetelnych informacji dotyczących sytuacji, które dadzą możliwość podjęcia właściwej decyzji i zminimalizują negatywne skutki.

W proces decyzyjny mogą zaangażować się podmioty zewnętrzne jak policja, jednak ostateczna opinia należy do dyrektora naczelnego szpitala. Proces ewakuacji szpitala nadzoruje lekarz dyżurny do chwili przejęcia tej funkcji przez dowodzącego akcją ratowniczą (dowódcę

działań policji lub dowódcę działań straży pożarnej). Podczas ewakuacji lekarz dyżurny KOR współpracuje bezpośrednio z kierownikiem zmiany służby ochrony. Za ewakuację osób z poszczególnych pomieszczeń odpowiedzialni są ordynatorzy klinik lub osoby ich zastępujące. Ewakuację poszczególnych budynków przeprowadza się zgodnie z planami ewakuacji zawartymi w instrukcjach przeciwpożarowych budynków, kierując się do miejsc zbiórki określonych w tych instrukcjach. W przypadku braku możliwości ewakuacji do miejsc wskazanych w instrukcjach lub zagrożeniu o charakterze terrorystycznym kierujący akcją wskazuje inne, rezerwowe miejsce zbiórki. Po przybyciu na miejsce straży pożarnej bądź policji kierowanie ewakuacją przejmuje dowódca akcji ratowniczej. Lekarz dyżurny KOR lub osoba przez niego wyznaczona przekazuje dowódcy akcji ratowniczej raport dotyczący stanu zagrożenia oraz ilości osób ewakuowanych i przewidzianych do ewakuacji.

Kolejność ewakuacji

W trakcie sytuacji wyjątkowej w podmiocie leczniczym, bardzo ważne jest zachowanie wcześniej zaplanowanych i zatwierdzonych procedur. W szczególności dotyczy to procesu ewakuacji. W pierwszej kolejności należy eskortować osoby z pomieszczeń, w których powstało zagrożenie lub które znajdują się na drodze rozprzestrzeniania się tego zagrożenia. Dotyczy to również przestrzeni, z których wyjście lub dotarcie do bezpiecznych dróg ewakuacji może zostać odcięte przez pożar lub inne niebezpieczeństwo. Następnym krokiem jest ewakuacja pozostałych osób, zaczynając od tych, znajdujących się na najwyższych kondygnacjach budynku. Należy dążyć do tego, aby wśród ewakuowanych w pierwszej kolejności były osoby o ograniczonej ruchomości. Strumień ruchu powinny zamykać osoby, które mogą poruszać się o własnych siłach.

Podczas ewakuacji z pomieszczeń, strumienie ludzi należy kierować na poziome drogi ewakuacyjne (korytarze), a następnie zgodnie z kierunkami określonymi przez znaki ewakuacyjne, na klatki schodowe i wyjścia poza obszar zagrożony lub na zewnątrz obiektów. O koncentracji osób ewakuowanych poza strefami zagrożonymi decyduje kierujący akcją ewakuacyjną.

Osoby z ograniczoną zdolnością poruszania się należy ewakuować przy wykorzystaniu łóżek, wózków bądź przenosić na rękach. W przypadku blokady dróg ewakuacyjnych należy niezwłocznie powiadomić kierownika akcji ewakuacyjnej wszelkimi dostępnymi środkami np. telefoniczne, bezpośrednio lub przy pomocy osób znajdujących się na zewnątrz odciętej strefy. Ludzi odciętych od wyjścia, a znajdujących się w strefie zagrożenia, należy zebrać w pomieszczeniu najbardziej oddalonym od źródła zagrożenia i w miarę posiadanych środków oraz istniejących warunków, ewakuować na zewnątrz, przy pomocy sprzętu ratowniczego

przybyłych jednostek Państwowej Straży Pożarnej lub innych jednostek ratowniczych.

Ewakuacja mienia

Ewakuacja mienia podmiotu leczniczego nie może odbywać się kosztem sił oraz środków niezbędnych do ewakuacji i ratowania ludzi. Ewakuację mienia należy rozpocząć od najcenniejszych urządzeń (m.in. sprzęt komputerowy), dokumentacji (bazy danych na nośnikach cyfrowych) i przedmiotów. Należy w tym celu wykorzystywać wszystkie sprawne fizycznie osoby, nadające się do demontażu i ewakuacji mienia. Po zakończeniu ewakuacji, tj. opuszczeniu budynku czy zagrożonej strefy, osoba odpowiedzialna za ewakuację jest zobowiązana do sprawdzenia, czy wszyscy pracownicy i pacjenci opuścili poszczególne pomieszczenia. W razie podejrzenia, że ktoś został w zagrożonej strefie, należy natychmiast zgłosić ten fakt jednostkom ratowniczym przybyłym na miejsce akcji i przeprowadzić ponowne sprawdzenie pomieszczeń budynku.

Praca w trybie kryzysowym w następstwie wypadku masowego

W związku z uruchomieniem procedur zarządzania kryzysowego kliniki i oddziały szpitala funkcjonują według poniższych zasad:

- 1) wszystkie komórki organizacyjne korzystają ze standardowych procedur operacyjnych adekwatnych do danego zagrożenia,
- 2) w razie potrzeby kierownicy poszczególnych oddziałów podejmują decyzję o wypisywaniu pacjentów zgodnie z procedurami,
- 3) wszystkie zabiegi planowe i działalność opieki ambulatoryjnej niezwiązana z sytuacją kryzysową oraz wykonywanie niezbędnych świadczeń zostają zawieszane,
- 4) wszystkie komórki organizacyjne zobowiązane są zagwarantować, że dysponują odpowiednim personelem, sprzętem ratującym życie i materiałami medycznymi. W przypadku braków informują członków sztabu kryzysowego o stosownych potrzebach,
- 5) komórki organizacyjne obowiązuje automatyczna mobilizacja dostępnych zasobów ludzkich i materiałów oraz pełna aktywacja wszystkich elementów planu postępowania w sytuacjach kryzysowych,
- 6) ustala się zmianowość pracowników szpitala w celu utrzymania ciągłości opieki medycznej.

Przygotowanie szpitala na przyjęcie ponadstandardowej liczby pacjentów w związku

z wypadkiem masowym.

Informację o wypadku masowym, niezależnie do której komórki szpitala wpłynęła, należy niezwłocznie przekazać lekarzowi dyżurnemu Klinicznego Oddziału Ratunkowego. Informacja ta powinna zawierać godzinę otrzymania zawiadomienia oraz jego źródło. Lekarz dyżurny Klinicznego Oddziału Ratunkowego potwierdza otrzymaną informację u źródła lub w Wojewódzkim Centrum Koordynacji Ratownictwa Medycznego.

Powiadamianie personelu w Klinicznym Oddziale Ratunkowym

Pracownik administracyjny lub, po godzinach jego pracy, pielęgniarka KOR odbiera informację z poszczególnych oddziałów szpitalnych o liczbie wolnych łóżek. Wiadomość przekazuje kierującemu akcją. Następnie zbiera informacje o liczbie pacjentów, których KOR może przyjąć w danej chwili do Centrum Koordynacji Ratownictwa Medycznego. Pracownik administracyjny utrzymuje stały kontakt z Centrum Koordynacji Ratownictwa Medycznego.

Lekarz dyżurny informuje o zdarzeniu dyrektora naczelnego, rejestratorów medycznych i pielęgniarkę triage'ową. Następnie rejestrator/rejestratorka medyczny/a przekazuje informację do zastępcy dyrektora naczelnego ds. pielęgniarstwa, poszczególnych klinik lub oddziałów szpitala, rzecznika prasowego, przedstawiciela policji, ochrony szpitala, bloku operacyjnego, zakładu radiologii i pracowni diagnostycznych takich jak laboratorium lub bank krwi.

Pielęgniarka triage'owa uruchamia procedury wewnętrzne na terenie KOR. Poszczególne oddziały szpitalne, ochrona szpitala, bank krwi, laboratorium, zakład radiologii i pracownie diagnostyczne informują o zdarzeniu swoich kierowników oraz dodatkowy personel medyczny według ustalonej wcześniej listy. Jednocześnie kierują do KOR-u wcześniej ustaloną liczbę personelu medycznego oraz wózków leżących i siedzących. Dodatkowo wezwany personel medyczny kierowany jest przez lekarza dyżurnego do działań w Klinicznym Oddziale Ratunkowym lub innych wskazanych oddziałów.

Działaniami KOR-u w sytuacji wypadku masowego kieruje ordynator lub, do czasu jego przybycia, starszy lekarz dyżurny KOR-u. Na polecenie kierującego akcją Kliniczny Oddział Ratunkowy zostaje opróżniony z pacjentów, którzy aktualnie w nim przebywają. Pacjenci z oddziału ratunkowego zostają niezwłocznie przekazani do odpowiednich oddziałów szpitalnych.

Kierujący działaniami KOR-u wyznacza lekarza oraz pielęgniarkę dokonujących segregacji pacjentów przybywających do szpitala. Selekcja odbywa się w miejscu specjalnie do tego wyznaczonym. Po segregacji pacjenci są kierowani do odpowiednich miejsc. Pacjenci

“czerwoni” - na salę operacyjną, oddział intensywnej terapii lub oddział pooperacyjny, “żółci” bezpośrednio na oddziały szpitalne, zgodnie z zaleceniem kierującego KOR-em. Z kolei pacjenci “zieloni” zostają oddelegowani do poczekalni izby przyjęć, gdzie opiekę nad nimi przejmują pielęgniarki i pielęgniarze. Pacjenci transportowani są przez zespoły transportowe, złożone z personelu medycznego i socjalnego oddziałów szpitalnych.

W trakcie sytuacji kryzysowej Kliniczny Oddział Ratunkowy należy zamknąć dla osób postronnych oraz zabezpieczyć z pomocą ochrony szpitala czy policji. Na teren podmiotu leczniczego mogą wjechać jedynie ambulanse z chorymi lub po chorych oraz samochody przywożące osoby poszkodowane w wypadku. Pielęgniarka naczelna w porozumieniu z pielęgniarkami kierującymi poszczególnymi oddziałami szpitalnymi uruchamia rezerwy środków medycznych. Należy zapewnić łączność radiową pomiędzy kierownikiem działań ratowniczych, dyrektorem szpitala oraz personelem segregującym chorych.

Uruchomiony zostaje punkt informacyjny, gdzie należy zbierać informacje o danych osobowych przybyłych do szpitala pacjentów. Kolejnym obowiązkowym krokiem jest aktywacja telefonu informacyjnego o przybyłych do szpitala pacjentach, którego numer zostaje ogłoszony w mediach. Dyrekcja szpitala zapewnia obsługę w/w punktu.

Zasady komunikacji z mediami i kontaktów z rodzinami poszkodowanych

Za całość kontaktów z mediami podczas sytuacji kryzysowej odpowiada dyrektor, lekarz naczelny lub osoba wyznaczona przez dyrektora. Pracownicy poszczególnych jednostek organizacyjnych powinni być poinformowani o roli osoby odpowiedzialnej za kontakty z mediami i zobowiązani do udzielania niezbędnych informacji. W wyznaczonym miejscu (np. hol przy wejściu do budynku) organizowane są systematyczne briefingi, zapowiadane i organizowane zgodnie z potrzebami.

W przypadku zdarzeń masowych rzecznik prasowy umieszcza na stronie internetowej podmiotu stosowne komunikaty. Do informacji, które w szczególności powinny być przekazywane mediom, należą:

- 1) liczba hospitalizowanych pacjentów, narodowości pacjentów obcokrajowców,
- 2) liczba pacjentów operowanych,
- 3) liczba pacjentów w stanie krytycznym, bardzo ciężkim i stabilnym oraz

przetransportowanych do innych szpitali,

- 4) współpraca z innymi podmiotami ułatwiającymi zarządzanie wypadkiem masowym,
- 5) komunikaty o potrzebie większej ilości krwi oraz o typach krwi, której brakuje.

Do mediów nie podaje się informacji pozwalających na identyfikację pacjentów.

Szkolenie pracowników w zakresie postępowania w sytuacji kryzysowej

Sytuacja kryzysowa to trudne zdarzenie, do którego warto się przygotować. Niezwykle ważnym elementem jest szkolenie i podnoszenie kwalifikacji kadry, ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów ratunkowych jako pierwszej linii walki z kryzysem. Szkolenie z sytuacji kryzysowych trudno jest włączyć jako "teorię" do regularnych programów edukacyjnych i szkoleniowych. Jego głównym celem powinno być nauczenie ludzi, jak zachowywać się w sytuacji wyjątkowej. Proces ten powinien być możliwie jak najłatwiejszy i jak najbardziej angażujący. Z tego względu najskuteczniejszymi strategiami są ćwiczenia praktyczne i/lub wizualne, a także techniki grywalizacji (np. scenariusze radzenia sobie z kryzysami, filmy itp.). Warto również przeprowadzać testy wiedzy pracowników dotyczących metod reagowania oraz pracy w sytuacji wyjątkowej.

Trening w zakresie postępowania w sytuacji kryzysowej może przynieść wiele korzyści dla podmiotu leczniczego. Sprawne funkcjonowanie oddziału, dzięki wcześniej nauczonej procedurze, zmniejsza obciążenie kierującego akcją oraz przewycięża niektóre problemy wynikające z nieczęstego i doraźnego charakteru pracy w kryzysie. Szkolenie umożliwi również „oswojenie” się pracowników szpitala z sytuacją wyjątkową, co pomoże przezwyciężyć ich strach i niepewność podczas silnego stresu związanego z wypadkiem masowym czy inną katastrofą. Warto pamiętać, że dorośli uczą się i rozwijają nowe umiejętności poprzez wielokrotne doświadczenia z symulacją, pozwalającą na wielokrotne wystawienie na działanie zarówno powszechnych, jak i rzadkich scenariuszy klinicznych. Jeśli szkolenie jest dobrze przeprowadzone i towarzyszy mu ustrukturyzowana i konstruktywna informacja zwrotna, wykazano, że symulacja poprawia wyniki i pewność siebie uczestników szkolenia w przypadku ponownego zetknięcia się z podobną sytuacją¹¹⁴. Prowadzenie szkoleń w kontekście zespołowym daje możliwość budowania zespołu i rozwijania umiejętności interpersonalnych¹¹⁵¹¹⁶.

Zarządzanie kryzysem w jednostce ochrony zdrowia jest niezwykle trudnym zadaniem. Szpitale i ambulatoria są miejscami gromadzenia się ludzi zarówno w czasie wyjątkowym, jak i podczas pokoju. Z tego względu są one miejscem, gdzie prawdopodobieństwo wystąpienia sytuacji kryzysowej jest zwiększone – podmiot leczniczy może stać się miejscem powstania

kryzysu, jak również punktem gromadzenia się ofiar katastrofy z innej lokalizacji. W związku z powyższym konieczne jest przygotowanie się na tę ewentualność poprzez wdrożenie procedur zarządzania kryzysowego.

Plan postępowania podczas wypadków masowych, standardowe procedury operacyjne, regulaminy i statuty wewnętrzne to narzędzia, które starają się przewidywać i standaryzować działania podczas sytuacji, którą trudno przewidzieć i zaplanować. Nawet najlepsze plany i szkolenia nie są w stanie opracować scenariuszy każdej ewentualności wydarzenia kryzysowego. Dlatego bardzo ważna jest sprawna koordynacja działań, zarazem stanowcza i elastyczna, uwzględniająca fakt, że w niektórych sytuacjach by uratować ludzkie życie konieczna staje się pewna doza improwizacji.

Podczas sytuacji kryzysowej w szpitalu szczególnie narażony jest oddział ratunkowy. Pracownicy KOR są odpowiedzialni nie tylko za zdrowie pacjentów, ale również za własne bezpieczeństwo. W stanach nagłych i sytuacjach kryzysowych jest to zadanie przekraczające możliwości jednego oddziału. Dlatego kluczowe jest zaangażowanie wszystkich jednostek medycznych i administracyjnych szpitala w działania KOR/SOR. Jedynie wzajemna pomoc wewnątrz podmiotu leczniczego połączona ze współpracą z jednostkami zewnętrznymi (innymi szpitalami, policją, strażą pożarną etc.) umożliwią efektywną pomoc poszkodowanym oraz poradzenie sobie z kryzysem.

Rozdział II

2.1. Cel pracy

Zapotrzebowanie na nowe, coraz to bardziej skuteczne czy wydajne systemy zarządzania, dotyczy wszystkich obszarów gospodarki, a w szczególności odnosi się do rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia.

Cel główny:

Celem pracy jest opracowanie procedur zarządzania ciągłością działania UCK w zakresie wystąpienia możliwych sytuacji kryzysowych.

Cele szczegółowe:

1. Rozpoznanie stanu aktualnego przygotowania szpitali na sytuacje kryzysowe
2. Analiza aktualnych zagrożeń
3. Opracowanie wzorca obliczania skuteczności wdrażanych i realizowanych procedur w związku z wystąpieniem sytuacji kryzysowej
4. Testowanie wybranych procedur (czas wykonania, efektywność)

2.2. Hipotezy badawcze

Hipoteza główna:

Jednym z głównych zagrożeń dla sprawnego funkcjonowania polityki zdrowotnej państwa jest niewłaściwe przygotowanie na sytuacje kryzysowe placówek medycznych.

Hipotezy szczegółowe:

- Czy rozwiązania prawne na poziomie kraju dotyczące sytuacji kryzysowych są wystarczające.
- Czy plany ciągłości działania szpitala, zgodne z Wojewódzkim Planem Kryzysowym, zwiększają sprawność systemu organizacji szpitala oraz całego systemu ochrony zdrowia.
- Czy szpital posiadający właściwe procedury bezpieczeństwa i plany operacyjne na wypadek sytuacji kryzysowych jest w większym stopniu przygotowany do sprawnego działania w obliczu zagrożenia.
- Czy wzorce procedur bezpieczeństwa przedstawione i wdrożone są funkcjonalne.

2.3. Schemat i metodyka badań

W celu weryfikacji poszczególnych hipotez badawczych zastosowano różnorodne metody i narzędzia badawcze. Badania obejmowały trzy etapy o charakterze jakościowym: (1) analiza danych zastanych, (2) obserwacja uczestnicząca, (3) studium przypadku.

W pierwszym etapie zgodnie z metodyką określona przez Łobockiego (Łobocki 2010) metodę analizy danych zastanych realizowano w kontekście weryfikacji pierwszej i drugiej hipotezy szczegółowej. Uporządkowano i poddano interpretacji teoretyczno-prawnej i logicznej treści zawarte w dokumentach. Dokonano przeglądu procedur wewnętrznych oraz zarządzeń wojewody i krajowych aktów prawnych w celu określenia, jakie priorytety stawiane są jednostkom medycznym w kwestii poprawy bezpieczeństwa, aby wpłynąć na właściwą realizację polityki bezpieczeństwa państwa. Szczególną uwagę zwrócono na treści umożliwiające analizę ukierunkowaną na sposoby komunikowania głównych celów strategicznych. Skomplikowaną semantyczną budowę aktów prawnych oraz rozporządzeń wykonawczych w zakresie kształtowania bezpieczeństwa. W szczególności

w zakresie identyfikacji wad wynikających z nieostrości znaczeniowej czy wieloznaczności.

Drugim etapem badań była tzw. obserwacja uczestnicząca, czyli bezpośredni udział w pracach oraz spotkaniach gremiów odpowiedzialnych za tworzenie wewnętrznych procedur i ich wdrażanie. Część ta polegała na bezpośrednim zaangażowaniu w procesy weryfikacji i kontroli stosowania procedur bezpieczeństwa, ich testowania i oceny. Etap ten obejmował ćwiczenia praktyczne związane z realizacją zadań w zakresie zabezpieczenia wypadku masowego przez Kliniczny Oddział Ratunkowy Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Prowadzonymi konsultacjami z decydentami na poziomie Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Wojewódzkiego oraz Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miejskiego w Gdańsku. Ten etap badań pozwolił na weryfikację pierwszej drugiej i trzeciej hipotezy szczegółowej.

Badania eksploracyjne przeprowadzone w formie diagnozy lokalnej pozwoliły poznać uwarunkowania lokalne utworzone poprzez wdrożenie wewnętrznych procedur w związku z funkcjonowaniem Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego.

Metoda analizy danych zastanych (desk research) umożliwiła weryfikację założeń, jakie stawiały sobie zarówno Kierownictwo UCK oraz decydenci w zakresie polityki zdrowotnej.

W celu optymalizacji działań, ujednoczenia formy oraz metod tworzenia procedur i planów w odniesieniu do polityki zdrowotnej w kontekście uwarunkowań organizacyjnych szpitala powołano zespół. Zadaniem zespołu była koordynacja działań oraz określenie właściwego kierunku prac nad procedurami uwzględniającymi wszystkie możliwe scenariusze. To ze szczególnym uwzględnieniem możliwości zastosowania procedur i planów w sytuacjach kryzysowych uniemożliwiających normalne funkcjonowanie szpitala.

W związku z tym podjęto w szerokim zakresie badania ukierunkowane na analizę podstaw prawnych zarządzania kryzysowego. Ponadto opracowano podstawy poznawczo-metodologiczne systemu zarządzania kryzysowego w Polsce wraz ze specyficzną strukturą w systemie ochrony zdrowia. Autor założył, że realizacja przedmiotowego zadania pozwoli na osiągnięcie wymiernych efektów, które pozwolą na kontynuację badań naukowych i rozwojowych, umożliwiających budowę zintegrowanego systemu zarządzania bezpieczeństwem w jednostkach medycznych, odzwierciedlającego główne kierunki polityki zdrowotnej RP.

Założonymi do osiągnięcia celami było zebranie podstawowych definicji i pojęć związanych z bezpieczeństwem medycznym i zarządzaniem kryzysowym oraz sporządzenie wykazu aktów prawnych z zakresu zarządzania kryzysowego wraz z określeniem ewentualnych

potrzeb dalszych regulacji lub propozycji nowelizacji istniejących. Ponadto niezbędnym było opracowanie opisu struktury systemu zarządzania kryzysowego w ujęciu funkcjonalnym w obszarze zadań realizowanych przez jednostki medyczne. Równie ważne okazało się przeprowadzenie analizy struktury planów zarządzania kryzysowego z uwzględnieniem planów w przypadku wystąpienia wypadków masowych, jak i wypracowanie optymalnej metodyki sporządzania planów operacyjnych oraz ich zaprojektowanie, poddanie konsultacjom, wdrożenie oraz sprawdzenie ich funkcjonalności.

Analiza podstaw prawnych z zakresu polityki zdrowotnej i zarządzania kryzysowego oraz sformułowanie podstaw poznawczo-metodologicznych systemu wymagała przeprowadzenia czynności analitycznych obejmujących swym zakresem dokumenty prawne, standardy oraz normy regulujące zagadnienia w obszarze polityki zdrowotnej i zarządzania kryzysowego. Głównym celem tych prac było zebranie wiedzy oraz diagnoza istniejącego stanu na potrzeby zdefiniowania systemu zarządzania kryzysowego w podmiotach medycznych oraz planowania i zarządzania kryzysowego w Polsce. Przeprowadzono również analizy porównawcze polegające na wyciągnięciu wniosków z uregulowań prawnych w obszarze polityki zdrowotnej i zarządzania kryzysowego, rozproszonych w powszechnie obowiązującym prawie krajowym.

Działania te były odpowiedzią na potrzebę opracowania uzgodnionego, ujednoliczonego dokumentu odnoszącego się do pełnego zakresu bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego w podmiocie medycznym, odzwierciedlającego bieżące regulacje w kontekście polityki zdrowotnej.

Obserwacja uczestnicząca, czyli bezpośredni udział w pracach oraz spotkaniach gremiów, odpowiedzialnych za tworzenie wewnętrznych procedur i ich wdrażanie miał, na celu dogłębne zbadanie problemu. Metoda ta stała się zarazem jedną z kluczowych dla autora, będącego bezpośrednio zaangażowanego w tworzenie oraz wdrożenie właściwych procedur. Zakres pozostający w sferze zainteresowań zawodowych czynił jednocześnie z tej metody narzędzie poznania umożliwiające bieżące kreowanie i wdrażanie w życie rozwiązań, stanowiących efekt pracy naukowej. Zarazem metoda ta prowadziła do możliwości powstania pewnych zniekształceń w sferze poznawczej, niwelowanych jednak przez udział szerszego gremium eksperckiego. Efektem tych działań było opracowanie i wdrożenie procedury Zarządzania Ciągłością Działania UCK oraz Planu Postępowania Podczas Wypadków Masowych. Weryfikację zapisów tych procedur oraz właściwej korelacji z przepisami i normami w zakresie polityki zdrowotnej RP umożliwiło przeprowadzenie kolejnego etapu

badan jakościowych studium przypadku. Głównym celem podjęcia tej metody było jak najlepsze odniesienie się do pewnego, jak sama nazwa wskazuje, "przypadku".

Jej założenia oparto na wnikliwej analizie konkretnego zjawiska, dokonanej podczas szczegółowej obserwacji przypadku, założeń, celów, oraz motywów działań. Studium przypadku bywa najczęściej kojarzone z osobami bądź wybranymi jednostkami. Niemniej jednak ta metoda nie dotyczy tylko osób. Studium przypadku można wykorzystać do opisu instytucji, jej działań podejmowanych w różnych sytuacjach w oparciu o zróżnicowane procedury czy przepisy prawne.

Jednym z branych pod uwagę powodów przeprowadzenia studium przypadku jest tu nietypowość zjawiska. Najlepszym zobrazowaniem mogą tu być procesy w zakresie polityki zdrowotnej i zarządzania kryzysowego w odniesieniu do jednego z największych podmiotów medycznych w kraju, w którym występują procesy nietypowe dla innych podmiotów medycznych, związane chociażby z usytuowaniem oraz lokalną specyfiką. W żaden sposób nie można zaklasyfikować modelu zarządzania tym podmiotem do innych, określając jako nowatorskie rozwiązania w dziedzinie bezpieczeństwa odnoszące się do polityki zdrowotnej państwa.

Studium przypadku (piąta hipoteza szczegółowa) podjęte zostało w oparciu o doświadczenie w ramach przeprowadzonych ćwiczeń w zakresie działań podejmowanych przez Kliniczny Oddział Ratunkowy UCK w związku z wystąpieniem wypadku masowego. Szczegółowa analiza pod kątem realizowanych czynności w oparciu o istniejące procedury wewnętrzne. Korelacje z działaniami innych służb w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa medycznego. Można zatem określić, że studium przypadku zostało wykorzystywane w celu jak najlepszego zobrazowania wybranego przypadku oraz potwierdzenia trafności wcześniej przyjętych rozważań. Nacisk położono tutaj na jakość poznania całokształtu funkcjonalności systemu i zaproponowanych rozwiązań. Analiza przypadku posłużyła zarówno celom edukacyjnym, jak również określeniu i wypracowaniu nowych kierunków działań. Dogłębna analiza pozwoliła na przeanalizowanie popełnionych błędów, wskazanie przedsięwzięć godnych naśladowania i wprowadzenie procesów wykonawczych.

Badanie czasu wykonania procedur.

Badanie w zakresie sprawności działania szpitala opierało się na zebraniu danych dotyczących wykonania procedur przez poszczególnych jednostek szpitala zaangażowanych w realizację zadań. Sprawdzeniu poddano czas ich wykonania oraz zgodność z zapisami procedur. Do badania wybrano trzy procedury, które zostały wdrożone, poddane ocenie pod kątem merytorycznym i sprawdzone w ramach ćwiczeń.

W pierwszym etapie badania podjęto procedurę przed wprowadzeniem rozwiązań, będących wynikiem przedmiotowej pracy. Przeprowadzono ćwiczenia symulacyjne na podstawie przyjętego scenariusza wypadku masowego. Wywołane w ten sposób zaaranżowane zdarzenie wymuszało podjęcie przez pracowników działań według zapisów procedur, jakie funkcjonowały dotychczas w oparciu o ich wiedzę i umiejętności.

Wnioski z ćwiczeń posłużyły do korekty wcześniej przyjętych założeń procedur w korelacji z aktualnymi wymogami prawnymi. W drugim etapie badania, w trakcie kolejnych ćwiczeń, zadania zostały oparte o założenia nowych procedur. Przebieg kolejnych ćwiczeń został poddany szerokiej ocenie w trakcie briefingu, w którym uczestniczyli zaangażowani pracownicy, kierownicy oraz dyrekcja. Wnioski zostały implementowane w kolejnej edycji procedury.

Rozdział III Wyniki

3.1. Analiza efektywności wykonania procedur na podstawie ćwiczeń w zakresie wypadków masowych.

Analizie poddano dokumentację z przebiegu ćwiczeń, zaplanowanych i nadzorowanych przez doktoranta, w Klinicznym Oddziale ratunkowym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego z dnia 18 grudnia 2018 oraz 20 grudnia 2019. Założenia planów ćwiczeń dotyczyły wypadku masowego, zamachu terrorystycznego z udziałem dużej liczby poszkodowanych i rannych w roku 2018, zaś w roku 2019 karambol na trasie S6 z udziałem dużej ilości rannych z tym członków korpusu dyplomatycznego. Uczestnikami ćwiczenia byli po stronie jednostki medycznej personel medyczny KOR oraz wyznaczenie pracownicy z klinik udzielających wsparcia osobowego, pracownicy bezpieczeństwa i ochrony szpitala.

Ćwiczenia składały się z 8 faz. Faza wstępna dotyczyła przygotowania personelu na przyjęcie dużej liczby poszkodowanych, poprzez przygotowanie tablic informacyjnych oznaczających poszczególne obszary działań (od selekcji chorych, poprzez pacjentów tzw. czerwonych, żółtych, zielonych i zwłok), punkt informacyjny dla mediów i rodzin, kart identyfikacyjnych dla pacjentów, obszar oczekiwania dla rodzin, punkt wypisowy i przygotowanie tablic pozwalających odizolować obszary szpitala konieczne dla prowadzenia działań ratunkowych. W fazie pierwszej nastąpiła komunikacja - odbiór informacji o zdarzeniu masowym i przekazanie dyżurnemu lekarzowi KOR. Szczegółowy charakter zdarzenia, orientacyjna liczba chorych kierowanych do jednostki w poszczególnych kategoriach triażowych i przeważający rodzaj obrażeń. W fazie drugiej nastąpiło poinformowanie dyrekcji szpitala wraz z najważniejszym personelem wraz z kierownikiem bloku operacyjnego, dowódcę ochrony i kierownika sterylizatorni, oraz banku krwi i apteki. Oraz powiadomienie i wezwanie osób które powinny się stawić w związku z realizacją procedury masowej, przez komunikatu głosowego na terenie szpitala o zdarzeniu masowym. Jednocześnie osoby odwiedzające i osoby niezatrudnione o stosowanie się do zaleceń personelu medycznego i opuszczenia szpitala. Również pojazdy osób niezatrudnionych winny opuścić teren szpitala. Oraz wezwanie wszystkich dostępnych karetek na teren jednostki. Faza trzecia dotyczyła wyznaczenia obszaru triażu, wstrzymania wszystkich planowanych zabiegów operacyjnych. Faza czwarta ogranicza możliwość wjazdu na teren jednostki medycznej i kontrola ruchu. Faza piąta dotyczy zabezpieczenia przepływu informacji i identyfikacji i rejestracji przybywających

na KOR pacjentów wraz z wyznaczeniem punktu informacyjnego. Faza szósta to powołanie sztabu akcji. Następną fazą, fazą siódmą, jest fazą triażu przybywających pacjentów, ustalenie ich tożsamości, wypełnianie kart informacyjnych i czas właściwej akcji. Zakończeniem ćwiczeń akcji było spotkanie podsumowujące z udziałem wszystkich uczestników ćwiczenia.

W roku 2018 w przypadku zaistnienia sytuacji kryzysowej obowiązywała w UCK procedura PZ 07 w Postępowanie na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego i masowego. Zapisy tej procedury koncentrowały główne działania na poziomie Klinicznego Oddziału Ratunkowego. Przebieg oraz realizacja ćwiczeń wskazały na potrzebę szerszego przeanalizowania sposobu koordynacji pracy w przypadku wystąpienia zdarzeń masowych w kontekście całego szpitala. Zauważono że większe niż standardowe zaangażowanie KOR może mieć istotny wpływ na funkcjonowanie innych jednostek organizacyjnych szpitala. W szczególności zwrócono uwagę na czas osiągnięcia gotowości do działań ponadwymiarowych w sytuacji kryzysowej. Przyjęto hipotezę, iż istotny wpływ na zmniejszenie czasu reagowania może mieć sprawna wymiana informacji i jak najszybsze zaangażowanie wszystkich komponentów systemu. A jednocześnie skrócić czas podejmowania istotnych decyzji których efekty mogą przełożyć się na osiągnięcie niższego progu śmiertelności wśród osób poszkodowanych w wypadkach masowych.

Jednocześnie rozwój UCK budowa nowych budynków zwiększenie liczby pacjentów oraz coraz większe zaangażowania szpitala w podnoszenie sprawności systemu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli wymusiło zastosowanie nowych procedur zarządczych w zakresie zarządzania ciągłością działania.

Wdrożona 15 stycznia 2019 roku procedura PZ 08 Zarządzanie ciągłością działania UCK była odpowiedzią na zmieniające się wyzwania.

Po przeprowadzonych ćwiczeniach do momentu wydania procedury zespół ekspercki składający się z Dyrektora Naczelnego, Dyrektora ds. Lecznictwa. Pełnomocnika ds. jakości, Dyrektora ds. Administracyjno-Gospodarczych, Dyrektora ds. Zaopatrzenia Medycznego, Specjalisty ds. Bezpieczeństwa Inspektora Ochrony danych przeprowadził szereg konsultacji i uzgodnień. W rezultacie tej pracy wdrożono kolejne edycje procedury 27.09.2019 oraz 15.06.2021.

Istotnych danych dostarczyły ćwiczenia zorganizowane w grudniu 2018 roku przed wdrożeniem procedury oraz w grudniu 2019 roku. Przez dwa kolejne lata nie przeprowadzono ćwiczeń z uwagi na ograniczenia epidemiologiczne.

Przeprowadzono analizę porównawczą w oparciu czas osiągnięcia gotowości od momentu uzyskania informacji o zdarzeniu wymagającym wdrożenia procedur związanych z przyjęciem dużej ilości rannych. Gotowość tą odniesiono do poszczególnych faz czynności zaplanowanych w procedurze postępowanie na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego i masowego.

Faza 1-2 Odbiór informacji o zdarzeniu masowym

Faza 3-4 Przygotowywanie miejsc zaopatrywania, uruchomienie zasobów

Faza 5 – 6 Zabezpieczenie niezbędnych kadr i transportu

Faza 7 Zabezpieczenie przepływu informacji

Czasowy harmonogram przebiegu ćwiczenia 2018

Lp.	Czas	Czynność	Wykonawcy	Uwagi/Tel.
Faza 1-2 Odbiór informacji o zdarzeniu masowym				
1	8.20-8.30	Analiza sytuacji – podjęcie decyzji	Kierownika KOR	
	8.30-8.50	Przygotowanie personelu KOR do przyjęcia poszkodowanych	Lekarz Dyżurny KOR, Personel KOR	Osiągnięcie gotowości po 20 min.
		Postawienie zadań dowódcy ochrony dot.: - komunikatów o wypadku masowym - zabezpieczeniu dróg komunikacji wew.	Dowódca Ochrony	Osiągnięcie stanu gotowości 25 min
	8.45	Poinformowanie właściwych Klinik o wypadku masowym i gotowości do przyjęcia poszkodowanych	Pielęgniarki dyżurne właściwych Klinik	
		Poinformowanie Dyrektora Naczelnego i Lekarza Naczelnego o wypadku masowym	Zarząd UCK	Osiągnięcie stanu gotowości po 25 minutach
8.45				
2	8:30	Sygnal dla kierownika pozoracji o rozpoczęciu transportu poszkodowanych	Kierownik ćwiczenia	
Faza 3-4 Przygotowywanie miejsc zaopatrywania, uruchomienie zasobów				

3	8:30-9:00	Oznaczenie obszarów: triage'u, czerwonego, żółtego i zielonego oraz kierunków komunikacji do oznaczonych obszarów	St. Lekarz Dyżurny personel KOR	Osiągnięcie stanu gotowości po 30 minutach
		Przekazanie komunikatów do: - Banku krwi; - Apteki szpitalnej i innych wykonawców	St. Lekarz Dyżurny	Osiągnięcie stanu gotowości po 20 minutach
Faza 5 – 6 Zabezpieczenie niezbędnych kadr i transportu				
4	9:00-9.30	Kierownicy Klinik wzmacniają obsadę osobową wg procedury zarządczej PZ-07 zawartej w pkt 5.6.4	Kierownicy Klinik	Osiągnięcie stanu gotowości po 90 min (aplikacyjnie)
		Przez system nagłaśniający ogłasza się komunikat o przeparkowaniu prywatnych pojazdów poza szpital na ul. Smoluchowskiego (za szpital zakaźny) oraz inne komunikaty związane z transportem i zachowaniem bezpieczeństwa	Dowódca Ochrony	Nie osiągnięto stanu gotowości.
Faza 7 Zabezpieczenie przepływu informacji				
5	9.00-9.30	Organizowanie: - Punktu przyjęć - Punktu informacyjnego - sztabu akcji		Osiągnięcie stanu gotowości po 90 min
6	9.15	Triag'e Postępowanie z chorymi po triag'e		Osiągnięcie stanu gotowości po 45 min

Tabela 6 Czasowy harmonogram przebiegu ćwiczenia 2018 Wyniki wykonanych działań w 2018 roku. [opracowanie własne]

W efekcie przeprowadzonych badań zrealizowano podstawowy cel, jakim było opracowanie wzorca procedury Zarządzanie Ciągłością Działania, której zapisy odzwierciedlałyby założenia polityki bezpieczeństwa państwa. Zarazem we właściwy sposób pozostawałyby w korelacji zarówno z założeniami Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego, jak również interesem organizacji. W toku przeprowadzonych badań wskazano korelację pomiędzy bezpieczeństwem szpitala oraz możliwością kontynuowania działalności w

związku z wystąpieniem sytuacji kryzysowej. Wskazano jednocześnie, że pomimo wielu zagrożeń zewnętrznych sytuacje kryzysowe mogą być efektem naturalnych procesów, takich jak dynamiczne zwiększenie liczby pacjentów na Klinicznym Oddziale Ratunkowym. Należy zauważyć, że procedurę ciągłości działania wdrożono roku 2019, przed ćwiczeniami z tego roku. Jednocześnie na podstawie przeprowadzonych ćwiczeń i testowania przyjętych rozwiązań proceduralnych określono pewne wartości graniczne dla określenia stanu sytuacji kryzysowej. Jest to niezwykle ważne w zakresie określenia momentu; pewnej granicznej wartości, na poziomie której uruchamiane są procedury zarządzania kryzysowego. Szpital jako placówka medyczna, która nie podlega obowiązkowi sporządzania planów zarządzania kryzysowego, realizuje szereg działań wpisujących się w ramy miejskich i wojewódzkich planów zarządzania kryzysowego, jak również bezpośrednio realizuje pewien zakres działań określony w Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego. Tym samym wskazano potrzebę wdrożenia pewnych procedur wewnętrznych, umożliwiających wdrożenie nadzwyczajnych środków w celu zapewnienia ciągłości działania podmiotu medycznego jako elementu całościowego systemu bezpieczeństwa państwa.

Czasowy harmonogram przebiegu ćwiczenia 2019

Lp.	Czas	Czynność	Wykonawcy	Uwagi/Tel.
Faza 1-2 Odbiór informacji o zdarzeniu masowym				
1	8.20-8.30	Analiza sytuacji – podjęcie decyzji	Kierownika KOR	
	8.30-8.50	Przygotowanie personelu KOR do przyjęcia poszkodowanych	Lekarz Dyżurny KOR, Personel KOR	Osiągnięcie gotowości po 10 min.
		8.30-8.55	Postawieni zadań dowódcy ochrony dot.: - komunikatów o wypadku masowym - zabezpieczeniu dróg komunikacji wew.	Dowódca Ochrony
	8.45	Poinformowanie właściwych Klinik o wypadku masowym i gotowości do przyjęcia poszkodowanych	Pielęgniarki dyżurne właściwych Klinik	Osiągnięcie stanu gotowości 10 min
		Poinformowanie Dyrektora Naczelnego i Lekarza Naczelnego o wypadku masowym	Zarząd UCK	Osiągnięcie stanu gotowości po 10 minutach

	8.45			
2	8:30	Sygnal dla kierownika pozoracji o rozpoczęciu transportu poszkodowanych	Kierownik ćwiczenia	
Faza 3-4 Przygotowywanie miejsc zaopatrzenia, uruchomienie zasobów				
3	8:30-9:00	Oznaczenie obszarów: triage'u, czerwonego, żółtego i zielonego oraz kierunków komunikacji do oznaczonych obszarów	St. Lekarz Dyżurny personel KOR	Osiągnięcie stanu gotowości po 20 minutach
		Przekazanie komunikatów do: - Banku krwi; - Apteki szpitalnej i innych wykonawców	St. Lekarz Dyżurny	Osiągnięcie stanu gotowości po 20 minutach
Faza 5 – 6 Zabezpieczenie niezbędnych kadr i transportu				
4	9:00-9.30	Kierownicy Klinik wzmacniają obsadę osobową wg procedury zarządczej PZ-07 zawartej w pkt 5.6.4	Kierownicy Klinik	Osiągnięcie stanu gotowości po 90 min(aplikacyjnie)
		Przez system nagłaśniający ogłasza się komunikat o przeparkowaniu prywatnych pojazdów poza szpital na ul. Smoluchowskiego (za szpital zakaźny) oraz inne komunikaty związane z transportem i zachowaniem bezpieczeństwa	Dowódca Ochrony	Nie osiągnięto stanu gotowości.
Faza 7 Zabezpieczenie przepływu informacji				
5	9.00-9.30	Organizowanie: - Punktu przyjęć - Punktu informacyjnego - sztabu akcji		Osiągnięcie stanu gotowości po 30 min
6	9.15	Triag'e Postępowanie z chorymi po triag'e		Osiągnięcie stanu gotowości po 30 min

Tabela 7 Czasowy harmonogram przebiegu ćwiczenia 2018 Wyniki wykonanych działań w 2019 roku.

Czas osiągnięcia stanu gotowości – proponowany wzór

Założeniem planu jest osiągnięcie stanu gotowości niezależnie od niesprzyjających warunków. Na potrzeby wyliczenia porównywalnych wartości przyjęto czas osiągnięcia stanu gotowości jako czas neutralny NT (NT Neutral time) o poziomie 0; oznacza to, że wszystko jest gotowe na przyjęcie pacjentów w bieżącym momencie. Oczywiście można ten czas określić dla konkretnych procedur w zależności od tego jaki czas będzie akceptowalny np. 5 min bo tego wymaga sytuacja ratowania życia a pewne akceptowalne okoliczności determinują nam tę 5 minutową zwłokę czyli NT=5 min. w przypadku katastrofy czy sytuacji kryzysowej. Do tego czasu doliczamy czas ponadstandardowego przygotowania zespołu, w tym czas powiadomienia, zorganizowania dodatkowych zasobów. Tak więc Wdo NT będziemy musieli dodać czas zwłoki LT (lag time) co posłuży nam do obliczenia realnego czasu gotowości w sytuacji kryzysowej czy w przypadku katastrofy wartości nazwanej ET (extreme time) - realnego czasu uruchomienia procedur kryzysowych.

$$NT+LT=ET$$

Natomiast ET obliczony dla każdej fazy gotowości może posłużyć do wyliczenia średniego czasu gotowości MET (medium extreme time) $ET_1+ET_2+ET_3+ET_4/$ podzielony przez ilość faz da nam wartość średnią.

Pomiar i wyliczenie tych czasów przy realizacji zadań w trakcie ćwiczeń pozwala na określenie średnich czasów które można porównać przy zmieniających się warunkach czy wprowadzanych nowych bardziej skomplikowanych sytuacjach. Natomiast w przypadku zniszczenia infrastruktury czy braku możliwości udzielenia świadczeń będzie można określić niezbędny czas jaki musi upłynąć od momentu przywrócenia możliwości działania do pełnej gotowości do realizacji procedur.

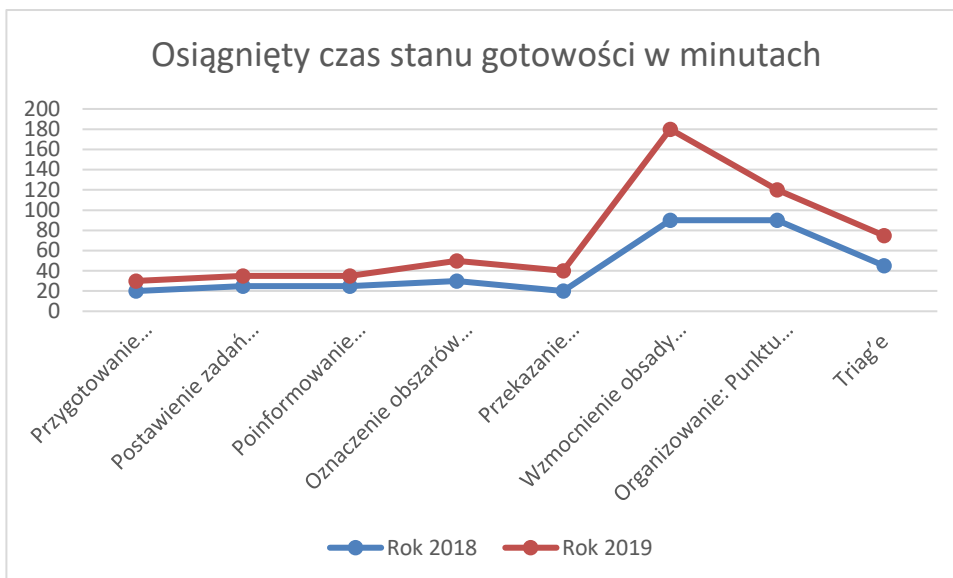
Prowadząc testy w ramach ćwiczeń możemy porównywać wyniki i określać na ile założenia realizowane w ramach procedur wpłyną na skrócenie ET i gdzie jest granica przy określonych sytuacjach kryzysowych. Możemy określić również progi akceptowalności dla ET oraz wpływać na ET poprzez redukcję czasów NT i LT. Jeśli nie uda nam się skrócić do akceptowalnego czasu ET, w wyniku działań poprawiających wykonanie procedur kryzysowych i wpływu na LT, to rozwiązaniem może stać się skrócenie progu dla NT.

	Ilość pacjentów KOR	Ilość pacjentów UCK
Rok 2018	31 539	83 105
Rok 2019	40 781	79 541
zmiana	129,3%	95,71%

Tabela 8 Obciążenie szpitala w latach 2018 i 2019 [opracowanie własne]

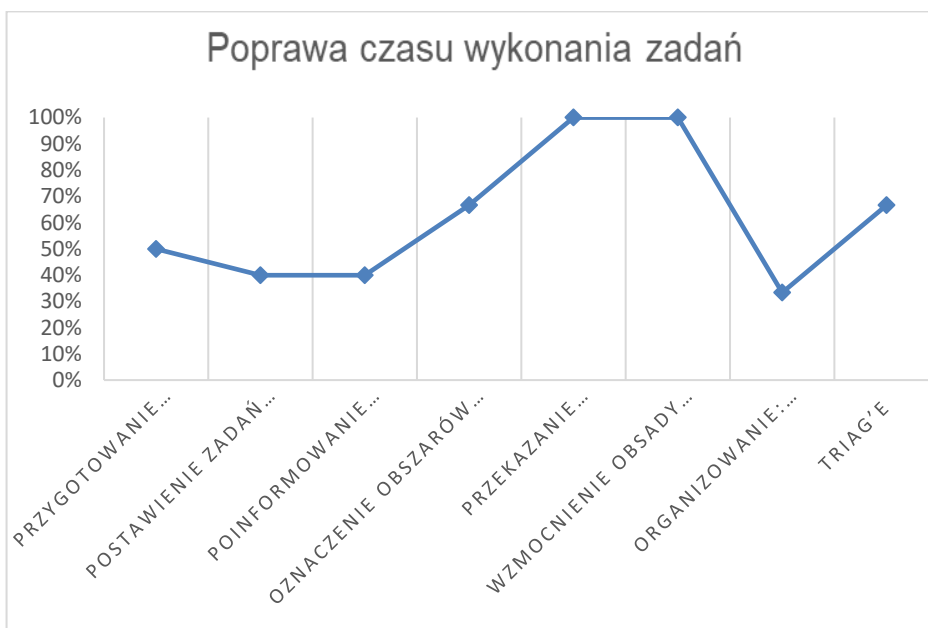
Czas	Faza 1-2			Faza 3-4		Faza 5-6		Faza 7	
	Przygotowanie personelu KOR do przyjęcia poszkodowanych	Postawienie zadań dowódcy ochrony	Poinformowanie zarządu UCK	Oznaczenie obszarów: triage'u	Przekazanie komunikatów do banku krwi i apteki	Wzmocnienie obsady osobowej klinik	przepracowaniu prywatnych pojazdów poza szpital	Organizowanie: Punktu przyjęć, Punktu	Triag'e
Rok 2018	20	25	25	30	20	90	Nie osiągnięto	90	45
Rok 2019	10	10	10	20	20	90	Nie osiągnięto	30	30
Zmiana %	50%	40%	40%	67%	100%	100%	0%	33%	67%

Tabela 9 Wyniki wykonanych działań w poszczególnych fazach- osiągnięty czas stanu gotowości w minutach [opracowanie własne]



Rysunek 8 Wyniki wykonanych działań w poszczególnych fazach - osiągnięty czas stanu gotowości w minutach [opracowanie własne] Nie osiągnięto skutku fazy V-VI – przeparkowania prywatnych pojazdów poza szpital.

Dzięki wdrożeniu procedury ciągłości działania poprawiono efektywność w zakresie stanu gotowości do realizacji procedur związanych z przyjęciem dużej ilości rannych i wystąpieniem katastrofy. Zgodnie z przedstawionymi raportami z ćwiczeń opatrzonymi harmonogramami z realizacji zadań w ramach poszczególnych faz przygotowania poddano ocenie efektywność oddziaływania zapisów tejże procedury.



Rysunek 9 Zmiana czasu wykonania działań w poszczególnych fazach [opracowanie własne]. Nie osiągnięto skutku fazy V-VI – przeparkowania prywatnych pojazdów poza szpital

Z perspektywy szpitala wypadki wpisujące się w normalną działalność szpitala to zdarzenia wymuszające przyjęcie kilku bądź kilkunastu poszkodowanych dziennie w wyniku zdarzeń drogowych, potrąceń, upadków z wysokości. Taki napływ pacjentów rozumiany jest jako normalna działalność szpitala. Zupełnie inaczej powinniśmy podchodzić do zdarzeń o masowym charakterze.

Wypadek masowy to każde zdarzenie, w którym w celu udzielenia pomocy konieczne jest zaangażowanie ponadstandardowych sił i środków. Z medycznego punktu widzenia może pojawić się również konieczność ustalenia priorytetów, określających kolejność udzielania pomocy medycznej – (tzw. triage, nazywany również segregacją poszkodowanych). Gdy do szpitala napływa duża liczba chorych w krótkich odstępach czasu lub niemal równocześnie, determinuje to uruchomienie planu zarządzania kryzysowego.

Może do tego dochodzić także w przypadku zwiększonej liczby zachorowań na Covid-19 lub wypadków komunikacyjnych. Jeżeli nie zostaną podjęte pewne rozwiązania systemowe granica ta może zostać przekroczona w naturalny sposób w wyniku zwiększenia się populacji województwa.

3.2. Analizy procedur wewnętrznych w odniesieniu do wypełniania założeń celów strategicznych w zakresie bezpieczeństwa państwa -wzorce procedur

W pierwszej kolejności na podstawie materiałów przygotowane zostały dane niezbędne do przeprowadzenia analiz oraz weryfikacji zapisów zaproponowanych wariantów procedur wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Wśród kluczowych zestawień danych wskazać należy przede wszystkim charakterystykę głównych celów zarządzania kryzysowego oraz ochrony infrastruktury krytycznej. W odniesieniu do jego części, jaką stanowi system ochrony zdrowia w ujęciu zasadniczym, będącym rezultatem przyjętej strategii bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Element realizacji tej strategii nie jest sam w sobie obowiązkową częścią zobowiązań jednostek medycznych czy organów je nadzorujących. Narodowy Program Ochrony Infrastruktury Krytycznej jako element planistyczny cechuje się pewnym brakiem sankcyjności w zakresie wypełniania założeń strategii bezpieczeństwa w tym zakresie. Tym samym dla zbadania w jakim zakresie procedury szpitalne wypełniają cele ujęte w NPOIK przyjęto określenia szacunkowe ujęte w procentach. W trakcie analizy porównano cele ujęte w procedurach z celami ujętymi w Narodowym Programie ochrony Infrastruktury Krytycznej, w załączniku do planu o nazwie Standardy służące zapewnieniu sprawnego funkcjonowania infrastruktury krytycznej oraz Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego.

Obszar	Cel szczegółowy	Źródło określające cel strategiczny	Szacunkowe procentowe odzwierciedlenie realizacji celu w procedurze zarządzania ciągłością działania	Szacunkowe procentowe odzwierciedlenie realizacji celu w planie postępowania w sytuacjach kryzysowych i podczas wypadków masowych dla Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
Infrastruktura krytyczna	kontrola alokacji zasobów	Standardy służące zapewnieniu sprawnego funkcjonowania infrastruktury krytycznej dobre praktyki i rekomendacje załącznik do NPOIK	50%	50%
Infrastruktura krytyczna	ustanawianie strategii działań w zgodzie z celami organizacji,	Standardy służące zapewnieniu sprawnego funkcjonowania infrastruktury krytycznej dobre praktyki i rekomendacje załącznik do NPOIK	100 %	50%
Infrastruktura krytyczna	rozpowszechnienie znaczenia ciągłości działania w organizacji	Standardy służące zapewnieniu sprawnego funkcjonowania infrastruktury krytycznej dobre praktyki i rekomendacje załącznik do NPOIK	75 %	50%
Infrastruktura krytyczna	ustanawianie priorytetów organizacji w zakresie ciągłości działania,	Standardy służące zapewnieniu sprawnego funkcjonowania załącznik do NPOIK infrastruktury krytycznej dobre praktyki i rekomendacje	100%	50%
Zarządzanie Kryzysowe	Określenie zespołu przedsięwzięć na wypadek sytuacji kryzysowej	Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego	100%	100%
Zarządzanie Kryzysowe	Organizacja łączności w sytuacjach kryzysowych	Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego	100%	100%
Zarządzanie Kryzysowe	Wyznaczenie ról i odpowiedzialności w zakresie ZK	Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego	100%	100%
Zarządzanie Kryzysowe	Współdziałanie pomiędzy jednostkami w zakresie ZK	Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego	100%	100%

Tabela 3 Analiza procedur wewnętrznych w odniesieniu do wypełniania założeń celów strategicznych w zakresie bezpieczeństwa państwa. [Opracowanie własne na podstawie wytycznych narodowego Programu Ochrony Infrastruktury Krytycznej oraz Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego].

Przedmiotowe zestawienie obrazuje korelacje wewnętrznych procedur z głównymi celami strategicznymi w zakresie bezpieczeństwa państwa na płaszczyźnie zarządzania kryzysowego oraz ochrony infrastruktury krytycznej. Pomimo braku szczególnych regulacji w tej materii w odniesieniu do podmiotów medycznych pewne założenia mają charakter uniwersalny. Ujęcie systemu ochrony zdrowia jako całościowego systemu podlegającego ochronie w ramach infrastruktury krytycznej definiuje swoistą potrzebę rozwinięcia pewnych założeń wynikających z podstawowych celów strategicznych. Jednym z istotnych problemów na poziomie lokalnym staje się alokacja zasobów, gdyż szpital jako jednostka podległa w zakresie zarządzania kryzysowego wojewodzie część swojej działalności w tej materii opiera na zasobach zewnętrznych.

Istotne różnice widoczne są również na poziomie procedur wykonawczych w tym przypadku planu reagowania w przypadku wystąpienia zdarzenia mnogiego lub masowego.

Kluczowym elementem stało się również rozpowszechnianie znaczenia ciągłości działania w organizacji poprzez uświadamianie zagrożeń oraz związków pomiędzy realizacją wewnętrznych procedur a ich rolą w całościowym systemie zarządzania kryzysowego.

Analizie poddano wewnętrzne procedury pod kątem identyfikacji ewentualnych zagrożeń zewnętrznych w stosunku do których planuje się działania w zakresie zarządzania kryzysowego i ochrony Infrastruktury Krytycznej. Do oszacowania w jakim stopniu Szpital realizuje zadania w oparciu o własne zasoby a w jakim o zasoby jednostek zewnętrznych przyjęto szacunkowe wartości w procentach. Badanie przeprowadzono w odniesieniu do możliwości przeprowadzenia działań w oparciu o zapisy Procedury Zarządzania Ciągłością Działania oraz Planem Postępowań w Sytuacjach Kryzysowych w odniesieniu do poszczególnych zidentyfikowanych ewentualnych zagrożeń.

Charakter Zagrożenia	Procedura Zarządzanie Ciągłością Działania	Plan postępowania w sytuacjach kryzysowych i podczas wypadków masowych dla Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego	Działania w oparciu o zasoby własne	Działania w oparciu o zasoby zewnętrzne
Kłęska żywiołowa (powódź, pożar, wichura)	100%	100%	50%	50%
Zagrożenia terrorystyczne	100%	100%	25%	75%
Zagrożenia epidemiologiczne	100%	100%	75%	25%
katastrofy budowlane	100%	100%	50%	50%
Niedobory kadrowe, osobowe	100%	100%	75%	25%
Zagrożenia teleinformatyczne	100%	100%	75%	25%

Tabela 4 Udział w zakresie reagowania na sytuacje zagrożenia na poziomie realizacji procedur oraz zadań. [opracowanie własne]

Przedmiotowa tabela uwidacznia różnice w odniesieniu do identyfikacji pewnych obszarów zagrożenia w procedurach wewnętrznych, przy zwróceniu uwagi na stopień ich realizacji w oparciu o procedury wewnętrzne. W dużej mierze zdefiniowane i podejmowane w sposób planowy działania po części będą opierały się na zasobach własnych szpitala. Niemniej jednak duży udział mają tu jednostki zewnętrzne, szczególnie w takich obszarach, gdzie istnieje zagrożenie terrorystyczne czy te związane z katastrofami budowlanymi oraz klęskami żywiołowymi. Każde z tych zdarzeń niepożądanych może w istotny sposób wpłynąć na możliwości funkcjonowania szpitala i być czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu innej sytuacji kryzysowej.

Podnosząc doświadczenie, z jakim przyszło się zmierzyć jednostkom medycznym w związku z pandemią Covid-19, odnieść można wrażenie, że jednym z czynników mogących mieć istotny wpływ na wystąpienie sytuacji kryzysowej jest konieczność przyjęcia dużej liczby chorych w krótkim czasie. Obszar ten jest jednym z głównych elementów który podlega systematycznemu testowaniu. Efektem poszczególnych etapów tego testowania jest udoskonalenie procedur zarządczych oraz optymalizacja pracy w przypadku konieczności przyjęcia dużej liczby chorych.

Pierwszą linią takiego działania jest Kliniczny Oddział Ratunkowy. Podstawowymi parametrami, jakie należało tu przyjąć w celu zbadania wpływu tego obszaru na zarządzanie

bezpieczeństwem czy ogólnie politykę bezpieczeństwa medycznego, jest ujęcie liczby przyjmowanych pacjentów. Szczególnym czynnikiem determinującym dalsze rozważania jest ich naturalny przyrost.

Rok				Zmiana w %
2018	2019	2020	2021	
31539	40781	37235	45791	45%

Tabela 5 Liczba pacjentów w KOR w latach 2018-2020 [opracowanie własne]

Jak wskazano w Tabeli 5, sumaryczna liczba pacjentów w KOR w analizowanym okresie zwiększyła się o ponad 45%. Obserwacja ta wymusza podjęcie kolejnych analiz ukierunkowanych na stwierdzenia w jakim stopniu przyrost liczby pacjentów może wpłynąć na wystąpienie sytuacji kryzysowej. Na dalszym etapie należałoby określić pewną wartość krytyczną. Dokonano tego na podstawie czasu realizacji ćwiczeń z zakresu zarządzania kryzysowego. O ile pewne modele teoretyczne opatrzone są istotnym błędem, tak w trakcie realnych ćwiczeń symulujących sytuację kryzysową można było określić pewne wartości.

W efekcie przeprowadzonych badań zrealizowano podstawowy cel, jakim było opracowanie wzorca procedury Zarządzanie Ciągłością Działania, której zapisy odzwierciedlałyby założenia polityki bezpieczeństwa państwa. Zarazem we właściwy sposób pozostawałyby w korelacji zarówno z założeniami Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego, jak również interesem organizacji. W toku przeprowadzonych badań wskazano korelację pomiędzy bezpieczeństwem szpitala oraz możliwością kontynuowania działalności w związku z wystąpieniem sytuacji kryzysowej. Wskazano jednocześnie, że pomimo wielu zagrożeń zewnętrznych sytuacje kryzysowe mogą być efektem naturalnych procesów, takich jak dynamiczne zwiększenie liczby pacjentów na Klinicznym Oddziale Ratunkowym. Należy zauważyć, że procedurę ciągłości działania wdrożono roku 2019, przed ćwiczeniami z tego roku. Jednocześnie na podstawie przeprowadzonych ćwiczeń i testowania przyjętych rozwiązań proceduralnych określono pewne wartości graniczne dla określenia stanu sytuacji kryzysowej. Jest to niezwykle ważne w zakresie określenia momentu; pewnej granicznej wartości, na poziomie której uruchamiane są procedury zarządzania kryzysowego. Szpital jako placówka medyczna, która nie podlega obowiązkowi sporządzania planów zarządzania kryzysowego, realizuje szereg działań wpisujących się w ramy miejskich i wojewódzkich

planów zarządzania kryzysowego, jak również bezpośrednio realizuje pewien zakres działań określony w Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego. Tym samym wskazano potrzebę wdrożenia pewnych procedur wewnętrznych, umożliwiających wdrożenie nadzwyczajnych środków w celu zapewnienia ciągłości działania podmiotu medycznego jako elementu całościowego systemu bezpieczeństwa państwa.

Potwierdzono tym samym główną hipotezę, jako że głównym zagrożeniem dla sprawnego funkcjonowania polityki zdrowotnej państwa jest niewłaściwe przygotowanie na sytuacje kryzysowe placówek medycznych. Tylko szpital dysponujący właściwymi procedurami oraz zasobami jest w stanie właściwie zareagować na sytuację kryzysową. Jest to ważne z uwagi na potrzebę kontynuacji realizacji świadczeń medycznych również w momencie wystąpienia ograniczeń będących wynikiem wystąpienia sytuacji kryzysowej. Aby mogło to nastąpić, podmiot musi podjąć się realizacji zadań w zakresie bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego w kontekście całej organizacji.

Potwierdzono również hipotezy szczegółowe: przygotowanie placówki służby zdrowia, jaką jest szpital na szeroko rozumiany kryzys może poprawić bezpieczeństwo pacjentów, pracowników i samego szpitala jako organizacji. Posiadane i poddane pod ocenę oraz testowane plany ciągłości działania stanowią niezbędne procedury bezpieczeństwa i plany operacyjne na wypadek sytuacji kryzysowych, dzięki którym placówka jest w większym stopniu przygotowana do sprawnego działania w obliczu zagrożenia. Dla potwierdzenia tej tezy przyjęto dane z przeprowadzonych ćwiczeń, których przebieg wskazywał na wysoki stopień usystematyzowanej pracy zgodnie z przyjętymi założeniami do procedury. Wpłynęło to również pozytywnie na potwierdzenie kolejnej tezy szczegółowej. Plany ciągłości działania szpitala, zgodne z Wojewódzkim Planem Kryzysowym, zwiększają sprawność systemu organizacji szpitala oraz całego systemu ochrony zdrowia. Niezbędnym było tu ujęcie pewnych założeń strategicznych przyjętych standardów dla budowy planów zarządzania kryzysowego będących odzwierciedleniem realizowanej polityki bezpieczeństwa państwa.

Rozdział IV. Dyskusja

Rozpatrując kwestie przygotowania szpitali na wypadek sytuacji kryzysowych oraz odzwierciedlenia na tym poziomie założeń polityki bezpieczeństwa zdrowotnego państwa, trudno odnieść się do literatury przedmiotu. Często podejmowane są tematy, post factum odnoszące się do pytań - co zawiodło podczas katastrof, kryzysów czy aktów terrorystycznych. Można się natknąć na szereg wąskospecjalistycznych artykułów podejmujących tę tematykę. Brakuje jednak propozycji szerszych, które ujmowałyby systemowe rozwiązania lub algorytmy postępowania. Praktycznie w znikomym stopniu podejmowane są badania dotyczące zasadności posiadania procedur czy planów zarządzania kryzysowego w szpitalach. Brakuje również badań dowodzących ich skuteczności. Prawdopodobnie jest to wynikiem ogólnego przekonania, że szpitale powinny mieć takie plany i być przygotowane, co jest podejściem czysto zdroworozsądkowym. Ogólny brak aktów prawnych oraz innych formalnych wytycznych w tym zakresie sprowadza plany do czysto fasadowych działań. W rzeczywistości ich występowanie jest fikcją lub działania te są z natury uznaniowe i opierają się na bieżących decyzjach.

Każdy szpital powinien przygotować procedury zarządzania kryzysowego oparte na uniwersalnych wytycznych oraz skoordynowane z innymi planami nadrzędnymi. W definicji WHO jest powiedziane, że plan gotowości kryzysowej (crisis preparedness plan, CPP) powinien mieć na celu po prostu podanie podstawowych wskazówek dotyczących mobilizacji i organizacji wszystkich dostępnych zasobów w celu umożliwienia reagowania na sytuacje krytyczne. Wskazane jest, aby odpowiedzialność za szczegóły była delegowana, zgodnie z liniami uprawnień nakreślonymi w samym CPP¹¹⁷. Do procedur zarządzania kryzysowego powinny zostać opatrzone stosownymi instrukcjami i aktami prawnymi uwzględniającymi celowe finansowanie tych przedsięwzięć. Ponadto powinny być one opracowane na podstawie jednolitych wytycznych, dostosowane do możliwości oraz środków, jakimi dysponuje podmiot medyczny, opracowane przez zespół specjalistów, poddawane ocenie i testowaniu.

Badanie M. Mahbobi et al. (2013) miało na celu wdrożenie planu zarządzania kryzysowego w szpitalu Imam Reza, a także ocenę jego wpływu na przygotowanie szpitala do klęsk żywiołowych w 2009 roku. Narzędziem do zbierania danych była lista kontrolna składająca się z 5 wymiarów i 147 pytań. Poprawność kwestionariusza została potwierdzona opiniami profesorów uniwersyteckich, menedżerów szpitali, którzy brali udział w kryzysie, ekspertów w zarządzaniu kryzysowym organizacji Czerwonego Półksiężyca prowincji Kermanszah. W pierwszej kolejności przeprowadzono zajęcia szkoleniowe z zakresu

zarządzania kryzysowego dla wszystkich kierowników, władz i personelu. Następnie opracowano i wdrożono schemat organizacyjny zarządzania kryzysowego w szpitalu, zorganizowano zasoby ludzkie zgodnie z tym schematem, a na koniec przeprowadzono manewry i ćwiczenia z zakresu przygotowania kryzysowego. Wyniki badań wskazują, że poziom przygotowania systemu informacyjnego na wypadek sytuacji kryzysowej poprawił się z 61,8% przed badaniem do 90,9% po interwencji. Poziom przygotowania centrum dowodzenia do sytuacji kryzysowej w szpitalu Imam Reza wzrósł z 74,1% do 90,3% po interwencji. Poziom wyszkolenia w zakresie radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi poprawił się z 58,3% przed interwencją do 91,8% po eksperymencie. W wyniku badania poprawiła się organizacja personelu na wypadek sytuacji kryzysowej z 75% do 93,5%. Przed interwencją w szpitalu nie prowadzono żadnych manewrów w sytuacji kryzysowej; eksperyment poprawił ten wskaźnik z 0% do 93,3%. W efekcie ogólne przygotowanie szpitala do nadchodzącego kryzysu poprawiło się z 53,8% do 92%¹¹⁸.

Wpływ implementacji ustrukturyzowanego systemu zarządzania kryzysowego na efektywność szpitala w sytuacji zagrożenia badali W. Lin et al. (2016) na grupie szpitali publicznych w Tajwanie. Wyniki pokazały, że działanie mechanizmu zarządzania kryzysowego jest ściśle związane ze zmianą środowiska zewnętrznego i ustanowieniem systemu ryzyka medycznego środowiska wewnętrznego. Działanie mechanizmu zarządzania kryzysowego musi również działać przy współpracy wewnętrznego sprzętu i narzędzi. Wykazano również, że kultura organizacji nie jest niezbędną podstawą dla działania mechanizmu zarządzania szpitala publicznego, ale tylko wsparcie kierownictwa wyższego szczebla prawdopodobnie jest jednym z niezbędnych warunków do skutecznej implementacji planu zarządzania kryzysowego. Naukowcy podali również rekomendacje na zwiększenie skuteczności implementacji systemu zarządzania kryzysowego w szpitalu publicznym. Po pierwsze, należy omówić elementy zakłócające, wpływające negatywnie na ustanowienie mechanizmu zarządzania kryzysowego i ich działanie, na przykład efekt zakłócający stylu przywództwa zarządzania i polityki firmy na ustanowienie mechanizmu zarządzania kryzysowego. Następnie warto jest wybrać sprzęt i oprogramowanie odpowiednie dla szpitala w celu ustanowienia zarządzania kryzysowego z perspektywy kluczowych kompetencji, jak również by wykorzystać go do walidacji. Możliwe jest zintegrowanie innych atrybutów zarządzania wpływających na ustanowienie mechanizmu kryzysowego, na przykład szkolenia kadr. Rekomendowane jest również wykorzystanie różnych metod badawczych do weryfikacji wyników podjętych działań¹¹⁹.

Należy zasadniczo stwierdzić, iż dla omawianych w przedmiotowej pracy założeniach polityki bezpieczeństwa medycznego wspólnym mianownikiem jest występowanie kluczowych parametrów odnoszących się do utrzymania ciągłości działania w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych. Działania w tych sytuacjach w zakresie np. działań lekowych doczekały się usystematyzowania i ram prawnych na świecie^{120 121}. W zakresie odpowiedzialności za podjęte decyzje w czasie trwania epidemii istnieją procedury na poziomie państwa¹²². Jednak cele organizacji opieki medycznej w ramach funkcjonowania szpitala zasadniczo nie powielają systemowych założeń państwa w tej materii. Szpital jako jednostka medyczna skupia swoje wysiłki na realizacji bieżących procedur, niekoniecznie w odniesieniu do możliwości wystąpienia sytuacji kryzysowej. Działania na tej płaszczyźnie nie należą do priorytetów przyjmowanych przez dyrekcję. Jednym z głównych powodów są w tym przypadku kwestie finansowania. Obowiązujący model referencyjności podmiotów medycznych opiera się na opłacaniu konkretnych wykonanych procedur medycznych, nie zaś na finansowaniu przedsięwzięć związanych z przygotowaniem na wypadek sytuacji kryzysowej. Szpital nie otrzymuje również środków za utrzymanie stanu wyższej gotowości. Stan ten może być główną przyczyną ogólnie niskiego poziomu przygotowania jednostek medycznych na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowej. Podejmowanie jakichkolwiek działań w tej materii musi zasadniczo uwzględniać zasoby oraz możliwości finansowe jednostki. Zatem zasadnym stało się skonstruowanie oraz weryfikacja zapisów modelowej procedury odnoszącej się w swoich założeniach do priorytetowych zadań realizowanych na rzecz bezpieczeństwa państwa w zakresie zarządzania kryzysowego. Niezmiernie ważnym stało się zbadanie możliwości i efektywności wykonania tych procedur przy jednoczesnym przyjęciu pewnego progu, od którego podejmowane są decyzje dotyczące wdrożenia zasad zarządzania ciągłością działania w odniesieniu do sytuacji kryzysowej.

Temat finansowania zarządzania kryzysowego w jednostkach ochrony zdrowia jest pomijany lub marginalizowany. W literaturze obecnych jest niewiele analiz finansowych, które dotyczyły tego obszaru, zwłaszcza dotyczących systemów opieki zdrowotnej w Europie. Jednym z nielicznych badań jest to przeprowadzone przez R. De Lorenzo (2007) dla sektora usług medycznych w Stanach Zjednoczonych. Gotowość na wypadek sytuacji kryzysowych i reagowanie na nie zyskały w Stanach Zjednoczonych zwiększoną uwagę w wyniku zagrożeń związanych z terroryzmem i katastrofami. Jednak finansowanie systemu zarządzania kryzysowego szpitali, a zwłaszcza zdolności do reagowania w sytuacjach kryzysowych, pozostaje w tyle za innymi priorytetami. Jedyne niewielka część pieniędzy przeznaczonych na bezpieczeństwo narodowe była kierowana do sektora ochrony zdrowia, a szpitale otrzymują

z tego bardzo niewiele. Zgodnie z ówczesną polityką, praktycznie cały strumień finansowania bezpieczeństwa szpitali pochodził z ogólnych wpływów podatkowych. Płatnicy medyczni (np. Medicare, Medicaid i ubezpieczenia prywatne) bezpośrednio finansowali niewiele, jeśli w ogóle, z ówczesnego rachunku. Opcje finansowania w celu poprawy gotowości obejmowały zwiększenie dotacji federalnych przyznawanych szpitalom, wykorzystanie opłat od płatników lub podatku do subsydiowania gotowości oraz finansowanie innych form rozszerzania możliwości, takich jak szpitale mobilne. Alternatywnie można utrzymać status quo, czyli marginalną gotowość. W każdym przypadku osiągnięcie wyższego poziomu bezpieczeństwa prawdopodobnie wymagałoby połączonego zaangażowania branży szpitalnej, płatników publicznych i prywatnych oraz władz federalnych, stanowych i lokalnych. Ostatecznie koszty gotowości poniesie społeczeństwo w formie podatków, wyższych kosztów opieki zdrowotnej lub poprzez akceptację większego ryzyka¹²³.

Prawdopodobnie jedną z przyczyn braku analiz finansowych dotyczących implementacji systemu zarządzania kryzysowego w szpitalach jest brak rozwiązań systemowych, jak potencjalnymi środkami dystrybuować. Wydatkowanie środków publicznych słusznie wymaga uzasadnienia ich celowości. W ostatnich latach większość agencji publicznych boryka się z coraz bardziej napiętymi budżetami i rosnącą presją na zapewnienie maksymalnej wartości swoich wydatków. Wobec braku twardych danych na temat skuteczności działań w zakresie bezpieczeństwa kryzysowego, przekonanie decydentów o pilnej potrzebie zainwestowania odpowiednich środków może być trudne. Oznacza to, że alternatywne priorytety, takie jak inwestycje w edukację, opiekę zdrowotną czy infrastrukturę, często wydają się być bardziej bezpośrednim problemem. Jednak brak odpowiednich inwestycji w gotowość na wypadek sytuacji kryzysowych może mieć monstrualne konsekwencje, jeśli i kiedy dojdzie do sytuacji kryzysowej w zakresie zdrowia publicznego. Ponadto, brak efektywnej dystrybucji przyznanych funduszy może zmniejszyć skuteczność działań w zakresie zarządzania kryzysowego w jednostkach opieki zdrowotnej. Ogólnie rzecz biorąc, potrzebne są dodatkowe badania, aby lepiej zrozumieć, jak najlepiej mierzyć stopień gotowości na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym, a także najlepszy sposób zapewnienia, że zasoby i możliwości są dystrybuowane w celu zmniejszenia redundancji i barier administracyjnych oraz w celu zapewnienia, że żadna społeczność nie jest nieprzygotowana pod względem medycznym na wystąpienie sytuacji kryzysowej¹²⁴.

W przedmiotowej pracy podjęto próbę opracowania wzorca obliczania skuteczności wdrażanych i realizowanych procedur w związku z wystąpieniem sytuacji kryzysowej.

Zaproponowany wzór i określenie parametrów czasu gotowości wykonania procedur pozwoliły na uzyskanie danych wyjściowych które można porównywać zmieniając okoliczności realizacji poszczególnych zadań. Tym samym powstało modelowe, autorskie rozwiązanie, umożliwiające badanie efektów zastosowania procedur w oparciu o czasy realizacji celów w poszczególnych fazach. Jako obszar testowy posłużyły wnioski z ćwiczeń w zakresie realizacji procedur w związku z przyjęciem dużej ilości rannych poszkodowanych w wypadku masowym. Porównano wyniki przed i po wdrożeniu procedury zarządzania ciągłością działania. Wynikiem przeprowadzonych badań było dowiedzenie efektywności w zakresie zmniejszenia czasu jaki musiał upłynąć do uzyskania pełnej gotowości Klinicznego Oddziału Ratunkowego do realizacji poszczególnych zadań. Na podstawie tych wyników wnioskować można że wdrożony wzorzec procedury zawiera właściwie opisane zadania których realizacja przyczynia się do podniesienia efektywności realizowanych przez szpital zadań w sytuacji kryzysowej. Tym samym może mieć ten fakt znaczenie dla podniesienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Jest to niezmiernie ważne w kontekście rosnącej liczby pacjentów oddziałów ratunkowych.

Problemy związane z przyrostem liczby pacjentów mogą w przypadku niepodjęcia właściwych działań w zakresie zarządzania ciągłością działania prowadzić do nieprzewidzianego rozwoju sytuacji kryzysowych. Problem nie jest jednak nowy. Pierwsze wzmianki na ten temat pojawiły się w lokalnych mediach w 2014 r. Na łamach Dziennika Bałtyckiego pisano „Gwałtownie rośnie liczba pacjentów zgłaszających się na Kliniczny Oddział Ratunkowy w nowej części Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, czyli w gdańskim Centrum Medycyny Inwazyjnej. Zarząd szpitala i władze Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego alarmują: jeśli ten trend się utrzyma, około września dojdzie do całkowitego paraliżu pracy oddziału”. Według NIK w tym czasie 35 proc. chorych w ogóle nie powinno trafiać na szpitalne oddziały ratunkowe. Pomoc im należy wówczas do obowiązków lekarzy rodzinnych. Medycy już wtedy postrzegali ten problem w kategoriach systemowych, powiązanych z komercjalizacją gdańskich szpitali. Stan ten wskazuje na niepokojące zjawisko dowodzące tezy, iż to niewłaściwa organizacja i brak przygotowania na sytuacje kryzysowe mogą same w sobie być przyczyną tego typu sytuacji niepożądanych - często wymagających wprowadzenia specjalnych procedur w zakresie zarządzania ciągłością działania. Aby móc stawić czoła takim wyzwaniom, szpital musi być właściwie przygotowany i posiadać stosowne procedury odnoszące się do zarządzania kryzysowego.

Podobną tezę w swojej pracy „Planowanie zarządzania kryzysowego w szpitalu” udowodnił Bartłomiej Juras z Wydziału Nauk o Zdrowiu z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Autor odniósł się do przedmiotowego problemu w następujący sposób: „Przygotowanie się szpitali na wypadek sytuacji kryzysowych, katastrof i temu podobnych, a zatem skonstruowanie odpowiednich rozwiązań na wypadek kryzysu, wydaje się bezdyskusyjne. Nie ma jednak szczegółowych badań nad kwestią zasadności planów kryzysowych w szpitalach, nie istnieją także elementarne wzorce dla takich planów.”

Wdrażanie procedur na wypadek sytuacji kryzysowych wiąże się również z jednym z największych problemów, jakim są finanse. Jak wielokrotnie wspomniano w tej pracy, najmniejszym ogniwem całego systemu są Szpitalne Oddziały Ratunkowe, na których funkcjonowaniu skupia się całe spektrum działań kryzysowych. W październiku 2019 roku w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Pomorskiego (UMWP) w Gdańsku odbyła się konferencja pt. „Na ratunek oddziałom ratunkowym”. W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele samorządów, dyrektorzy, prezesi szpitali, lekarze, ratownicy medyczni i naukowcy z Pomorza. Głównym celem spotkania było wypracowanie wspólnego stanowiska oraz apelu do władz centralnych w sprawie koniecznych zmian w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, a w szczególności szpitalnych oddziałów ratunkowych¹²⁵. Wśród wystosowanych postulatów znalazły się m.in.:

1. Pilne zwiększenie nakładów na funkcjonowanie publicznej ochrony zdrowia zgodnie z duchem i literą przyjętej przez Sejm ustawy z dnia 24 listopada 2018 roku nowelizującej Ustawę o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych i przeznaczenie dodatkowych środków w pierwszej kolejności na poprawę bezpieczeństwa pacjentów.

2. Odciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych w zakresie leczenia i nadzoru nad bardzo liczną, a w przypadku większości oddziałów przeważającą grupą pacjentów, którzy powinni uzyskać pomoc w innych miejscach systemu opieki zdrowotnej.

3. Podniesienie wyceny świadczeń pozwalających na sfinansowanie rzeczywistych kosztów leczenia zarówno samych SOR, jak i tych oddziałów szpitalnych, które są zamykane z powodów ekonomicznych i braków kadrowych. Decyzje w powyższym zakresie powinny być oparte nie tylko o dane historyczne, ale także realne potrzeby kliniczne pacjentów leczonych zarówno na oddziałach ratunkowych, jak i w innych oddziałach szpitalnych.

4. Zwiększenie kompetencji i zasobów POZ oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, aby mogły realnie poprawić jakość i efektywność opieki nad pacjentami z drobniejszymi lub mniej pilnymi problemami zdrowotnymi.

5. Przeorganizowanie nocnej i świątecznej opieki lekarskiej w kierunku zintegrowanych centrów diagnostyczno-leczniczych, gdzie pacjent mógłby znaleźć kompleksową pomoc w przypadku pilnych, jednak nie zagrażających życiu, problemach zdrowotnych.

Podsumowując całość powyższych rozważań, można przyjąć, iż jednym z głównych czynników wpływających na możliwość właściwej realizacji polityki bezpieczeństwa medycznego, jest pilna zmiana modelu finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Ograniczenia badania

Jednym z najistotniejszych ograniczeń badania podjętego w niniejszej pracy jest przede wszystkim brak możliwości precyzyjnego określenia progów definiujących wystąpienie sytuacji kryzysowej. Za każdym razem wpływ na taką sytuację mogą mieć różne zmienne czynniki. Trudne do oszacowania stają się wartości niezbędnych zasobów umożliwiających właściwe przygotowanie jednostek medycznych na wystąpienie sytuacji kryzysowych. Tym samym brak jest wskazań jasno określających poziom wsparcia zewnętrznego dla takich jednostek ze strony władz wyższego szczebla.

Pewnym istotnym ograniczeniem jest również stosunkowo niewielka możliwość testowania procedur zarządzania kryzysowego. Mamy tu do czynienia z pewną mało reprezentatywną próbą ograniczoną przez możliwości natury technicznej. O ile istnieje łatwość przetestowania procedur na poziomie decyzyjnym, dużo większym problemem jest poziom praktyczny ich wykonania. Może to mieć wpływ na możliwość nieujęcia dość znaczących czynników ograniczających funkcjonalność pewnych zaproponowanych rozwiązań.

Rozdział V. Wnioski

Celem głównym analizy było opracowanie procedur zarządzania ciągłością działania UCK w zakresie wystąpienia możliwych sytuacji kryzysowych. Przeanalizowano zapisy procedur i oceniono możliwości ich szerszego zastosowania. Rozpoznano stan aktualnego przygotowania szpitala na sytuacje kryzysowe, przeanalizowano pod kątem aktualnych zagrożeń przetestowano wybrane procedury. Cel główny został wypełniony i jest załącznikiem nr 2 do niniejszej pracy. Dzięki rozpoznaniu stanu aktualnego przygotowania szpitali na sytuacje kryzysowe oraz analizie pod kątem aktualnych zagrożeń udało się też opracować wzorzec obliczania skuteczności wdrażanych i realizowanych procedur w związku z wystąpieniem sytuacji kryzysowej i przetestować wybrane procedury.

Postawiona hipoteza główna została potwierdzona, zagrożeniem dla sprawnego funkcjonowania polityki zdrowotnej państwa jest niewłaściwe przygotowanie na sytuacje kryzysowe placówek medycznych.

Pierwsza hipoteza szczegółowa, dotycząca rozwiązań prawnych w sytuacjach kryzysowych, na poziomie makropolitycznym, nie została potwierdzona. Rozwiązania prawne na poziomie kraju dotyczące sytuacji kryzysowych są niewystarczające.

Hipotezy druga i trzecia zostały potwierdzone. Plany ciągłości działania szpitala zwiększają sprawność systemu organizacji szpitala a szpital posiadający procedurę zarządzania ciągłością działania jest w stanie utrzymać możliwość zapewnienia ciągłości świadczeń medycznych w obliczu sytuacji kryzysowej, a szpital posiadający właściwe procedury bezpieczeństwa i plany operacyjne na wypadek sytuacji kryzysowych jest w większym stopniu przygotowany do sprawnego działania w obliczu zagrożenia.

Hipoteza czwarta dotycząca wzorców procedur bezpieczeństwa, stworzonych w ramach przedmiotowej pracy, wykazała ich funkcjonalność.

Wnioski:

- Opracowano procedurę zarządzania ciągłością działania UCK na wypadek sytuacji kryzysowej (PZ nr 2) i sprawdzono procedurę w praktyce.
- Opracowano wzorce procedur.
- Stwierdzono niewystraszający zakres powiązań prawnych i organizacyjnych w obowiązujących przepisach dotyczących sytuacji kryzysowych.

Należy jednocześnie stwierdzić, iż dla omawianych w przedmiotowej pracy założeniach polityki bezpieczeństwa zdrowotnego wspólnym mianownikiem jest występowanie kluczowych parametrów odnoszących się do utrzymania ciągłości działania w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych. Niemniej jednak cele organizacji opieki medycznej w ramach funkcjonowania szpitala zasadniczo nie powielają systemowych założeń państwa w tej materii. Szpital jako jednostka medyczna skupia swoje wysiłki na realizacji bieżących procedur niekoniecznie w odniesieniu do możliwości wystąpienia sytuacji kryzysowej.

Podsumowując powyższe rozważania, można wysunąć następujące zalecenia:

1. Szpitale powinny przygotować procedury zarządzania kryzysowego oparte na uniwersalnych wytycznych. Powinny być one skoordynowane z innymi planami nadrzędnymi. Należałoby opracować stosowne do nich instrukcje i akty prawne, uwzględniające celowe finansowanie tych przedsięwzięć.
2. Procedury powinny być opracowane na podstawie jednolitych wytycznych, dostosowane do możliwości oraz środków, jakimi dysponuje podmiot medyczny, przygotowane przez zespół specjalistów, poddawane ocenie i testowaniu.
3. Szpital dysponujący właściwymi procedurami oraz zasobami jest w stanie właściwie zareagować na sytuację kryzysową. Jest to niezwykle ważne z uwagi na potrzebę kontynuacji realizacji świadczeń medycznych, również w momencie wystąpienia ograniczeń, będących wynikiem wystąpienia sytuacji kryzysowej. Przygotowanie placówki służby zdrowia, jaką jest szpital, na szeroko rozumiany kryzys może poprawić bezpieczeństwo pacjentów, pracowników i samego szpitala jako organizacji.
4. Posiadane i poddane ocenie oraz testowane plany ciągłości działania stanowią niezbędne procedury bezpieczeństwa i plany operacyjne na wypadek sytuacji kryzysowych, dzięki którym placówka jest w większym stopniu przygotowana do sprawnego działania w obliczu zagrożenia.
5. Należy budować plany ciągłości działania szpitala, zgodne z Wojewódzkim Planem Kryzysowym, gdyż zwiększają sprawność systemu organizacji szpitala oraz całego systemu ochrony zdrowia.

Streszczenie

Praca składała się z kilku zasadniczych etapów powiązanych ze sobą oraz nawzajem z siebie wynikających. Pierwszym etapem była szeroka analiza literatury w odniesieniu do polityki zdrowotnej Polski. W zakresie oddziaływania procesów społecznych ukierunkowanych na problematykę w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa. Następnie podjęto analizę w zakresie aspektów prawno-organizacyjnych funkcjonowania systemu bezpieczeństwa medycznego w odniesieniu do funkcjonowania sieci szpitali. Przeprowadzono badania w zakresie realizacji głównych celów strategicznych na płaszczyźnie funkcjonowania szpitali. Analiza literatury została uzupełniona o zakres dotyczący kluczowych pojęć oraz rozwiązań systemowych w zakresie zarządzania kryzysowego.

Niezwykle istotna była analiza procedur wewnętrznych badanego szpitala, Planu Zarządzania Kryzysowego Województwa Pomorskiego, Narodowego Programu Ochrony Infrastruktury Krytyczne Załącznika Nr 1 „Standardy służące zapewnieniu sprawnego funkcjonowania IK, wytycznych WHO i innych dokumentów. Kolejnym etapem była analiza procedur wewnętrznych w odniesieniu do zagrożeń dla szpitali, wykonana w oparciu o identyfikację potencjalnych zagrożeń dla szpitala ujętych w planie postępowania w sytuacjach kryzysowych i podczas wypadków masowych dla Uniwersyteckiego. Kolejnym etapem było wypracowanie wzoru zapisów procedury zarządzania ciągłością działania. Procedurę poddano konsultacjom oraz przetestowano w ramach ćwiczeń klinicznego Oddziału Ratunkowego. Uzgodniona i wdrożona procedura zarządzania ciągłością działania stała się obowiązująca w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym. Jest ona zarazem wypełnieniem wszystkich zobowiązań w zakresie zarządzania kryzysowego stawianych przed jednostkami medycznymi stanowiąc jednocześnie realizację strategicznych założeń w zakresie bezpieczeństwa państwa w obszarze medycznym.

Dzięki podjętym badaniom możliwe było opracowanie wzorcowych zapisów w procedurze zarządzania ciągłością działania, które zostały dopracowane, uzupełnione i uznane przez zespół ekspertów za poprawny i możliwy do wprowadzenia. Ostatnim etapem było sprawdzenie działania i zbadanie rozwiązań zawartych w zaproponowanym planie wzorcowym.

Słowa kluczowe: zarządzanie kryzysowe, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Gdańsk.

Summary

The work consisted of several essential stages interrelated and mutually arising from each other. The first stage was an extensive analysis of the literature in relation to Poland's health policy. In terms of the impact of social processes focused on issues in the provision of security. This was followed by an analysis in terms of legal and organizational aspects of the functioning of the system of medical security in relation to the functioning of the network of hospitals. A research on the implementation of the main strategic objectives at the level of operation of hospitals. The analysis of the literature was supplemented with coverage on key concepts and system solutions in the field of crisis management. Extremely important was the analysis of the internal procedures of the studied hospital, the Plan of Crisis Management of the Pomeranian Voivodeship, the National Program for the Protection of Critical Infrastructure Appendix No. 1 "Standards for ensuring the smooth functioning of CI, WHO guidelines and other documents. The next step was to analyze of internal procedures in relation to threats to hospitals, performed based on the based on the identification of potential threats to the hospital included in the plan for handling during emergencies and mass casualties for the University. The next stage was to develop a template for the records of the business continuity management procedure. The procedure was subjected to consultation and tested in a clinical exercise of the Department of Emergency Department. The agreed and implemented business continuity management procedure became binding at the University Clinical Center. At the same time, it is a fulfillment of all the crisis management obligations placed on medical units medical units, at the same time constituting the realization of strategic assumptions in the field of state security in the medical area. Thanks to the research undertaken, it was possible to develop model provisions in the business continuity management procedure, which were refined, supplemented and recognized by the team of experts as correct and possible to implement. The final stage was to check the operation and examine the solutions contained in the proposed model plan model.

Keywords: crisis management, University Clinical Hospital, Gdansk.

Spis tabel

Tabela 1. Cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

Tabela 2 Warunki zakwalifikowania szpitala do poszczególnego poziomu referencyjności

Tabela 3 Analiza procedur wewnętrznych w odniesieniu do wypełniania założeń celów strategicznych w zakresie bezpieczeństwa państwa.

Tabela 4 Udział w zakresie reagowania na sytuacje zagrożenia na poziomie realizacji procedur oraz zadań.

Tabela 5 Liczba pacjentów w KOR w latach 2016-2019

Tabela 6 Czasowy harmonogram przebiegu ćwiczenia 2018 Wyniki wykonanych działań w 2018 roku.

Tabela 7 Czasowy harmonogram przebiegu ćwiczenia 2018 Wyniki wykonanych działań w 2019 roku.

Tabela 8 Założenia planu w latach 2018 i 2019

Tabela 9 Wyniki wykonanych działań w poszczególnych fazach- osiągnięty czas stanu gotowości w minutach

Spis rysunków

Rysunek 1 Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. Główny Urząd Statystyczny, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r., Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, Kraków 2019.

Rysunek 2 Struktury robocze NATO 2022 roku

Rysunek 3 Wyniki ankiety GRPS w kwestii poczucia bezpieczeństwa respondentów

Rysunek 4 10 najistotniejszych zagrożeń bezpieczeństwa według respondentów GRPS

Rysunek 5 Prognoza populacji w Polsce w podziale na płeć i wiek (2019 r. vs. 2035 r.)

Rysunek 6 Uchodźcy, osoby ubiegające się o azyl i Wenezuelczycy przesiedleni za granicę w latach 2000 – 2020 [mln]

Rysunek 7 Podział zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego ze względu na źródło

Rysunek 8 Wyniki wykonanych działań w poszczególnych fazach - osiągnięty czas stanu gotowości w minutach

Rysunek 9 Zmiana czasu wykonania działań w poszczególnych fazach

Spis załączników

Załącznik nr 1 Procedura zarządcza PZ-07

Załącznik nr 2 Procedura Zarządcza PZ-08

Załącznik nr 3 Zarządzenie nr 007/2019 DN z dnia 27.09.2019 w s. wprowadzenia PZ-08

Bibliografia

- ¹ C. Włodarczyk, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- ² H. Izdebski, *Doktryny polityczno-prawne. Fundamenty współczesnych państw*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- ³ S. Grycner, *Polityka zdrowotna*, CeDeWu, Warszawa 2015
- ⁴ S. Kawałko, *Istota i zadania współczesnej polityki ochrony zdrowia*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 4/2014, s. 325-338.
- ⁵ M. Leśnowska-Gontarz, *System ochrony zdrowia w Polsce Wyd.2*, CeDeWu, Warszawa 2019.
- ⁶ A. Wojtczak, *Zdrowie Publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2018.
- ⁷ C. Włodarczyk, *Systemy Zdrowotne*, PZWL, Warszawa 2021.
- ⁸ Ministerstwo Zdrowia, *NPZ 2007 – 2015*, <http://www.archiwum.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2007-2015> [1/09/2021].
- ⁹ A. Małodzińska, *Narodowy Program Zdrowia wyrazem polskiej publicznej polityki zdrowia*, „Zarządzanie Publiczne” 25(1)/2014, s. 105-114.
- ¹⁰ Dz.U.2016poz.1492 *Narodowy Program Zdrowia*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia-ogloszenia> [01/09/2020]
- ¹¹ Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, Kraków 2019.
- ¹² Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, Kraków 2021.
- ¹³ World Health Organization, *Global Spending on Health: A World in Transition*, WHO, Geneva 2019.
- ¹⁴ CBOS, *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej. Komunikat z badań nr 89/2018*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2018.
- ¹⁵ CBOS, *Zdrowie i prozdrowotnej zachowania Polaków. Komunikat z badań nr 138/2016*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2016.
- ¹⁶ CBOS, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych. Komunikat z badań nr 97/2018*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2018.
- ¹⁷ G. Magnuszewska-Otulak, *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 21(2) /2013, s. 85-107.
- ¹⁸ Art. 24 pkt. 1 Traktatu z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, sporządzony w Lizbonie dnia 13 grudnia 2007 r., tekst jedn. Dz.U. 2009 nr 203 poz. 1569 z późn. zm.
- ¹⁹ Art. 26 Traktatu z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, sporządzony w Lizbonie dnia 13 grudnia 2007 r., tekst jedn. Dz.U. 2009 nr 203 poz. 1569 z późn. zm.
- ²⁰ W. Pokruszyński, *Polityka a strategia bezpieczeństwa*, Wydawnictwo WSGE, Józefów 2011, s. 19-20.
- ²¹ B. Wiśniewski, S. Zalewski, *Bezpieczeństwo wewnętrzne RP w ujęciu systemowym*, WSA, Bielsko – Biała 2006, s. 33.
- ²² https://www.nato.int/nato-welcome/index_pl.html [dostęp 15.01.2022].
- ²³ W. Pokruszyński, *Bezpieczeństwo teoria i praktyka*, WSBPiI APEIRON, Kraków 2017.
- ²⁴ M. Kulickowski, *Polityka a strategia bezpieczeństwa państwa*, file:///C:/Users/komp/Downloads/kulickowski_przygotowania%20obronne.pdf [2/10/2021].
- ²⁵ Z. Polcikiewicz, P. Siemiątkowski, P. Tomaszewski (red.), *Współczesne wyzwania polityki bezpieczeństwa państwa*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, Toruń 2019, s. 31-31.
- ²⁶ World Economic Forum, *The Global Risks Report 2022*, WEF 2022.
- ²⁷ World Economic Forum *Global Risks Perception Survey 2021-2022*.
- ²⁸ Doctrine and Training Centre of the Polish Armed Forces, *Security environment out to 2035 – NUP 2X35: Polish perspective*, Doctrine and Training Centre of the Polish Armed Forces, Bydgoszcz 2020.
- ²⁹ https://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Global_Risks_Report_2022.pdf [14/02/2022].
- ³⁰ M. Okólski, *Wyzwania demograficzne Europy i Polski*, „Studia Socjologiczne” 4/2010, s. 37-78.
- ³¹ https://cdissz.wp.mil.pl/u/Security_Environment_out_to_2035_-_NUP_2X35_Polish_Perspective_bL2IL6B.pdf [20/02/2022].
- ³² <https://www.oecd.org/newsroom/russia-s-war-of-aggression-against-ukraine-generates-historic-migration-flows.html> [01.09.2022]
- ³³ S.Babulal, K.Parveen *Essentials of Global Health*, Elsevier, 2018.
- ³⁴ H. Izdebski, *Doktryny polityczno-prawne. Fundamenty współczesnych państw*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- ³⁵ C. Włodarczyk, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- ³⁶ S. Kawałko, *Istota i zadania współczesnej polityki ochrony zdrowia*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 4/2014, s. 325-338.

- ³⁷ V. Korporowicz, *Polityka zdrowotna w systemie nauk o polityce publicznej*, SGH, Warszawa 2015 .
- ³⁸ Raport NIK System ochrony zdrowia w Polsce, KZD.034.001.2018 Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD.
- ³⁹ Ministerstwo Zdrowia, *NPZ 2007 – 2015*, <http://www.archiwum.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2007-2015/> [01.09.2020].
- ⁴⁰ A. Małodzińska, *Narodowy Program Zdrowia wyrazem polskiej publicznej polityki zdrowia*, „Zarządzanie Publiczne” 25(1) /2014, s. 105-114.
- ⁴¹ Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, Kraków 2019.
- ⁴² World Health Organization, *Global Spending on Health: A World in Transition*, WHO, Geneva 2019.
- ⁴³ CBOS, *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej. Komunikat z badań nr 89/2018*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2018.
- ⁴⁴ CBOS, *Zdrowie i prozdrowotnej zachowania Polaków. Komunikat z badań nr 138/2016*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2016.
- ⁴⁵ CBOS, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych. Komunikat z badań nr 97/2018*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2018.
- ⁴⁶ G. Magnuszewska-Otulak, *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 21(2) /2013, s. 85-107.
- ⁴⁷ Aldis, W. (2008). Health security as a public health concept: a critical analysis. *Health Policy and Planning*(23), strony 369-375.
- ⁴⁸ World Health Organization. (2001). *Global health security: epidemic alert and response*. Geneva. Pobrano 08 24, 2020 z lokalizacji http://archives.who.int/prioritymeds/report/append/microb_wha5414.pdf
- ⁴⁹ Wojtczak, A. (2009). *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- ⁵⁰ World Health Organization. (2007). *World Health Day 2007 issue paper: invest in health, build a safer future*. Geneva: World Health Organization
- ⁵¹ World Health Organization. (2007). *World Health Report 2007: A Safer Future*. Geneva: World Health Organization
- ⁵² P.Nowicka, J. Kocik, *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*. „Studia BAS”, 2018 4(56), strony 103-121.
- ⁵³ World Health Organization. (2020). *Universal Health Coverage*. Pobrano 08 25, 2020 z lokalizacji https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1
- ⁵⁴ Martin, G. i Boland, M. (2018). *Planning and preparing for public health threats at airports. Globalization and Health*, 14(28). Pobrano z lokalizacji <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0323-3>
- ⁵⁵ BBC News. (2013, 09 24). *Syria chemical attack: What we know*. Pobrano 08 25, 2020 z lokalizacji <https://www.bbc.com/news/world-middle-east-23927399>
- ⁵⁶ The New York Times. (2006, 10 02). *Global Sludge Ends in Tragedy for Ivory Coast*. Pobrano 08 25, 2020 z lokalizacji <https://www.nytimes.com/2006/10/02/world/africa/02ivory.html>
- ⁵⁷ M. Siemiński *Środowiskowe zagrożenia zdrowia* PWN Warszawa 2001.
- ⁵⁸ A. Moniuszko-Malinowska, *Zagrożenia cywilizacyjne XXI wieku* Alfa Medica Press, Warszawa 2020.
- ⁵⁹ Sieć szpitali w pigułce. Syntetyczne omówienie ustawy. *Prawo Medyczne - porady i opinie ekspertów*: <http://prawo-medyczne.info/siec-szpitali-w-pigulce> [26/08/2020]
- ⁶⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398)
- ⁶¹ M. Jabłońska, J. Mrowicka, M. Małecki-Tepicht . *Zarządzanie podmiotem leczniczym akredytowanym* Wolters Kluwer Polska 2017.
- ⁶² M. Tavakoli, H. T. O. Davies *Quality in Health Care: Strategic Issues in Health Care Management* ISBN-13: 9781138724181 2021.
- ⁶³ NIK *Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli. 2019
- ⁶⁴ H. Bukowski, K. Pogorzelski, *Polish healthcare sector: overview evolution and opportunities*. <https://www.innowo.org/userfiles/publikacje/Polish%20Healthcare%20Sector.pdf> [29/08/2020]
- ⁶⁵ P.Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*. Katowice 2017 Uniwersytet Śląski.
- ⁶⁶ B. Bober, *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*. „Studia nad bezpieczeństwem” 1/2016, strony 33-64.
- ⁶⁷ NIK. *Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli. 2019.

⁶⁸ W. Walczak Zarządzanie kryzysowe. Rola i zadania organów administracji państwowej. Seria SWSPiZ w Łodzi: Przedsiębiorczość i zarządzanie Tom X – Zeszyt 8 – 2009 s. 93–10.

⁶⁹ Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym, Dz. U. 2007 nr 89, poz. 590. Art.2

⁷⁰ Konsytuacja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku

⁷¹ D. Ladak, T. Pilch, Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1999, s. 72

⁷² R.W. Griffin *Podstawy zarządzania organizacjami* wyd.3 Warszawa 2017 s.209-213

⁷³ Australian Institute of Health and Welfare, *Australian bushfires 2019–20: Exploring the short-term health impacts*, AIHW, Canberra 2020.

⁷⁴ M. Ojino, M. Ishii., *Reconstruction of the Radiation Emergency Medical System From the Acute to the Sub-acute Phases After the Fukushima Nuclear Power Plant Crisis*, „Japan Medical Association Journal” 57(1)/2014, 40-48.

⁷⁵ European Commission, *Terrorism*, https://ec.europa.eu/home-affairs/e-library/glossary/terrorism_en, [05.04.2021]

⁷⁶ TVN24, *Atak w czeskim szpitalu, są zabici i ranni. Policja: sprawca popełnił samobójstwo*, <https://tvn24.pl/swiat/ostrawa-strzaly-w-szpitalu-szesc-osob-nie-zyje-ra992035-2565747> [05.04.2021]

⁷⁷ WP, *Masakra w Ostrawie. Dramatyczna relacja pacjentów szpitala*, <https://wiadomosci.wp.pl/masakra-w-osprawie-dramatyczna-relacja-pacjentow-szpitala-6455208608376961a?nil=&src01=f1e45>, [05.04.2021]

⁷⁸ J. Kięczkowska, *Bioterroryzm jako zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego*, „Teki of Political Science and International Relations – UMCS” 14 (1) /2019, 31-43.

⁷⁹ WHO, *Managing epidemics. Key fact about major deadly diseases*, World Health Organization, Geneva 2018.

⁸⁰ J.Solarz, *Skażenia chemiczne: typologia zagrożeń*, „Zeszyty Naukowe AON” 4(93) /2012, 310-325.

⁸¹ Ustawa o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U.2021.0.372 t.j.

⁸² A. Tyrańska-Fobke A., M. Robakowska, P. Robakowski i in., *Szpitalne Oddziały Ratunkowe jako element systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce*, W: Prawno-społeczne aspekty życia człowieka / Pytka Agnieszka, Szala Mirosław (red.), 2017, Lublin, Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, s.171-182

⁸³ Committee on Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations; Institute of Medicine. *Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2012 Mar 21. B, Hospital Emergency Operations Plan Crisis Standard of Care Annex. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201071/>

⁸⁴ J. Bundy et al., *Crisis and Crisis Management: Integration, Interpretation, and Research Development*, „Journal of Management”43(6) /2017, 1661-1692.

⁸⁵ World Health Organization. (2020). *Universal Health Coverage*. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1 [25/08/2020]

⁸⁶ Johns Hopkins University, *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)*, <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> [08/09/2020]

⁸⁷ T. Bielecki. „Czy Unia Europejska robi za mało w sprawie koronawirusa?” *wyborcza.pl*. https://wyborcza.pl/7,75399,25786156,czy-unia-europejska-robi-za-malo-w-sprawie-koronawirusa.html#S.main_topic-K.C-B.1-L.2.duzy [09/06/2020]

⁸⁸ Ministerstwo Zdrowia, *Pierwszy przypadek koronawirusa w Polsce*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce> [05/09/2020]

⁸⁹ Ministerstwo Zdrowia. „Cztery nowe potwierdzone przypadki koronawirusa w Polsce.” 06 03 2020. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cztery-nowe-potwierdzone-przypadki-koronawirusa-w-polsce> [09/06/2020]

⁹⁰ CBOS, *Opinie o epidemii koronawirusa i związanych z nią restrykcjach. Komunikat z badań nr 58/2020*, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2020.

⁹¹ Rzecznik Praw Pacjenta, *Rekomendacje Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta: Ochrona zdrowia w czasie epidemii*, <https://www.gov.pl/web/rpp/ochrona-zdrowia-w-czasie-epidemii-rekomendacje-rady-ekspertow-przy-rzeczniku-praw-pacjenta> [06/09/2020]

⁹² GazetaPrawna.pl, *Walka z koronawirusem. Sejm uchwalił zmiany w 14 „zdrowotnych” ustawach*, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1464626,koronawirus-w-polsce-ustawa-tarcza-antykryzysowa.html> [06/09/2020]

⁹³ GazetaPrawna.pl, *Walka z koronawirusem. Sejm uchwalił zmiany w 14 „zdrowotnych” ustawach*, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1464626,koronawirus-w-polsce-ustawa-tarcza-antykryzysowa.html> [15/09/2020]

⁹⁴ CBOS, *Opieka medyczna w czasie pandemii. Komunikat z badań nr 88/2020*, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2020.

⁹⁵ Polityka Zdrowotna, *Telemedycyna wychodzi na prowadzenie*, <https://www.politykazdrowotna.com/57910,telemedycyna-wychodzi-na-prowadzenie> [06/09/2020]

- ⁹⁶ *Koronawirus – informacje i zalecenia*, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/aktualne-zasady-i-ograniczenia> [06/09/2020]
- ⁹⁷ Ministerstwo Zdrowia, *Strategia walki z pandemią COVID-19 – jesień 2020*, <https://www.gov.pl/web/gis/strategia-walki-z-pandemia-covid-19> [07/09/2020]
- ⁹⁸ Puls Medycyny, *Pandemia koronawirusa: trudny sprawdzian i katalizator zmian w systemie ochrony zdrowia*, [09/09/2020]
- ⁹⁹ Deloitte, *2019 Global life sciences outlook*, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-ls-outlook-2019.pdf> [09/09/2020]
- ¹⁰⁰ Professional Crisis Management Association, *Revised Pre-crisis Market Analysis (PCMA)*, http://www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/PMCA_FINAL_WEB.pdf, s. 47-55 [04/04/2021]
- ¹⁰¹ Committee on Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations; Institute of Medicine. *Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2012 Mar 21. B, Hospital Emergency Operations Plan Crisis Standard of Care Annex. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201071/>
- ¹⁰² Country Health Systems Division WHO Regional Office for Europe, *A practical tool for the preparation of a hospital crisis preparedness plan, with special focus on pandemic influenza*, WHO Europe, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/90498/E89763.pdf [03/04/2021]
- ¹⁰³ L. Michalewski, M. Robakowska, P. Robakowski *System ochrony zdrowia w obliczu terroryzmu: szacowanie ryzyka*, w: II Ogólnopolska Konferencja Naukowa: Terroryzm: zagrożenia, prewencja, perspektywy, Lublin, 23 lutego 2018 r.: abstrakty, Fundacja na rzecz promocji nauki i rozwoju TYGIEL, Lublin 2018.
- ¹⁰⁴ P. Robakowski, K. Pogorzelski *Rola i zadania sieci szpitali publicznych w procesie kształtowania bezpieczeństwa zdrowotnego*, „Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego” 14(2) /2020, s. 67-85.
- ¹⁰⁵ Robakowski P., Synowec J., *Polityka zdrowotna RP – co zmieniło się w dobie COVID-19*, „Studia Polityczne” 48(3) /2020, s. 85-106.
- ¹⁰⁶ K. Grzbowska, *Podstawy logistyki*, Difin, Warszawa 2010.
- ¹⁰⁷ P. Jarzynkowski, J. Książek, R. Piotrkowska *Specyfika procesów logistycznych ochrony zdrowia*, „Logistyka” 5/2016, s. 13-16.
- ¹⁰⁸ M.M. Smoleń *Zarządzanie finansami, logistyka i marketing w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej: wybrane problemy: aspekt teoretyczno-praktyczny: praca zbiorowa*, Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, 2002.
- ¹⁰⁹ A. Tyrańska-Fobke, M. Robakowska, P. Robakowski i in., *Szpitalne Oddziały Ratunkowe jako element systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce*, W: Prawno-społeczne aspekty życia człowieka / Pytka Agnieszka, Szala Mirosław (red.), 2017, Lublin, Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, s.171-182
- ¹¹⁰ L. Hattenbach et al., *Crisis management strategies of hospitals during the pandemic*, “Der Ophthalmologe: Zeitschrift der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft” 117(7) /2020, 6552-658.,
- ¹¹¹ I. Švarcová, S. Hosková-Mayerová, J. Navrátil. “Crisis Management and Education in Health.” 2016.
- ¹¹² Art. 1 zarządzenia Ministra Inwestycji i Rozwoju z dnia 6 września 2019 r. w sprawie organizacji systemu stałego dyżuru, Dz.Urz.MInR.2019.31.
- ¹¹³ P.B. Patterson, P. Hawe, P. Clarke et al., *The Worldview of Hospital Security Staff: Implications for Health Promotion Policy Implementation*, “Journal of Contemporary Ethnography” 38(3)/2009, 336-357.
- ¹¹⁴ S.B.Senberg, W.C. McGaghie, E. Petrusa et al. *Features and uses of high-fidelity medical simulation that lead to effective learning: a BEME systematic review*. Med Teach 2005; 27: 10-28.
- ¹¹⁵ S. Gillion et al, *Crisis resource management, simulation training and the medical emergency team*. Critical care and resuscitation: journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine 14(3)/2012:227-35 https://www.researchgate.net/publication/230827867_Crisis_resource_management_simulation_training_and_the_medical_emergency_team [11/04/2021]
- ¹¹⁶ T.W. York, D. MacAlister *Hospital and healthcare security*, Butterworth-Heinemann, Oxford 2015.
- ¹¹⁷ WHO Europe, *A practical tool for the preparation of a hospital crisis preparedness plan, with special focus on pandemic influenza*, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/90498/E89763.pdf [20/02/2022]
- ¹¹⁸ M. Mahbobi, S. Ojaghi, M. Rezayi, E. Khorasani, *The Impact of Implementing Operational Crisis Management Plan in Educational Hospital*, “Iranian Red Crescent medical journal” 15(10) /2013, p. 4725
- ¹¹⁹ W. Lin, S. Lee, M. Tsao, *Establishment of crisis management mechanism in public hospital*, “The International Journal of Organizational Innovation” 8(3)/2016, p. 186-
- ¹²⁰ https://www-fda-gov.translate.google/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/emergency-use-authorization?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pl&_x_tr_hl=pl&_x_tr_pto=sc [03/10/2022]
- ¹²¹ https://aspr-hhs-gov.translate.google/legal/PREPACT/Pages/default.aspx?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pl&_x_tr_hl=pl&_x_tr_pto=sc [03/10/2022]

¹²² https://www.federalregister.gov.translate.google.com/documents/2020/03/17/2020-05484/declaration-under-the-public-readiness-and-emergency-preparedness-act-for-medical-countermeasures?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pl&_x_tr_hl=pl&_x_tr_pto=sc [03/10/2022]

¹²³ R. De Lorenzo, *Financing hospital disaster preparedness*, "Prehospital and disaster medicine" 22(5)/2007, p. 436-439.

¹²⁴ J. Pines, W. Pilkington, S. Seabury, *Value-based models for sustaining emergency preparedness capacity and capability in the United States*, <https://www.nap.edu/resource/21809/v2Final-white-paper-Preparedness-FinancingJan14.pdf> [20/02/2022]

¹²⁵ *Chcą wspólnie ratować SOR-y – wystosowali apel do rządu*, Nadmorski24.pl, Wejherowo 2019, dostępny w: <https://www.nadmorski24.pl/aktualnosci/41741-chca-wspolnie-ratowac-sor-y-wystosowali-apel-do-rzadu> [12/11/2020].