

Studia Bezpieczeństwa Narodowego
Zeszyt 31 (2024)
ISSN 2028-2677, s. 37-56
DOI: 10.37055/sbn/176770

Instytut Bezpieczeństwa i Obronności
Wydział Bezpieczeństwa, Logistyki i Zarządzania
Wojskowa Akademia Techniczna
w Warszawie

National Security Studies
Volume 31 (2024)
ISSN 2028-2677, pp. 37-56
DOI: 10.37055/sbn/176770

Institute of Security and Defense
Faculty of Security, Logistics and Management
Military University of Technology
in Warsaw

DZIAŁALNOŚĆ SZPITALI PODCZAS SYTUACJI KRYZYSOWEJ W OPARCIU O DOŚWIADCZENIA Z PANDEMII COVID-19

HOSPITAL ACTIVITIES DURING AN EMERGENCY BASED ON THE COVID-19 PANDEMIC EXPERIENCE

Żaneta Mrożek

ORCID: 0000-0003-2926-2920

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Abstrakt. Szpital stanowi istotny element systemu ochrony zdrowia, który pełni kluczową rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego ludności, również podczas zdarzeń o charakterze kryzysowym. Niestety w obliczu zagrożenia biologicznego jakim była pandemia COVID-19, mimo licznych wdrażanych rozwiązań, szpitale nie zapewniły realizacji wszystkich potrzeb zdrowotnych. Celem artykułu jest przedstawienie roli szpitali w sytuacjach nadzwyczajnych oraz analiza ich funkcjonowania podczas pandemii COVID-19. W artykule wykorzystano metodę analizy dostępnych źródeł i danych statystycznych oraz metodę sondażu diagnostycznego, techniki wywiadu skategoryzowanego, skoncentrowanego na problemie badawczym dotyczącym oceny działalności szpitali przez personel medyczny podczas zagrożenia biologicznego jakim była pandemia.

Słowa kluczowe: szpital, bezpieczeństwo, sytuacja kryzysowa, COVID-19, zdrowie

Abstract. The hospital is an essential part of the health system, which plays a key role in ensuring the health security of the population, including during crisis events. Unfortunately, in the face of a biological threat such as the COVID-19 pandemic, despite the numerous solutions implemented, hospitals did not ensure that all health needs were met. The aim of the article is to present the role of hospitals in emergency situations and to analyse their performance during the COVID-19 pandemic. The article uses the method of analysis of available sources and statistical data and the method of diagnostic survey, a categorised interview technique, focused on the research problem concerning the evaluation of the performance of hospitals by medical personnel during a biological threat such as the pandemic.

Keywords: hospital, safety, emergency, COVID-19, health

Wprowadzenie

Szpital stanowi integralny element systemu ochrony zdrowia, który pełni kluczową rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego ludności, również podczas zdarzeń o charakterze kryzysowym. W zależności od rodzaju i zasięgu katastrofy, może nastąpić gwałtowne zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia, nierzadko przekraczające możliwości szpitala i całego systemu. Sytuacją kryzysową była pandemia COVID-19, która miała znaczący wpływ na funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia na całym świecie. Rolą państwa jest zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych i zakażeń oraz ich zwalczanie. Zadanie w powyższym zakresie państwo realizuje za pomocą prawa, wydając akty normatywne, w których określa instrumenty zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych oraz zakażeń. W Polsce podjęto liczne działania celem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom zakażonym oraz tym, którzy wymagali zachowania ciągłości leczenia na inne schorzenia. Niestety pomimo wdrażanych rozwiązań w obliczu zagrożenia biologicznego jakim była pandemia COVID-19, szpitale nie zapewniły realizacji wszystkich potrzeb zdrowotnych. Co więcej według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Instytutu Badawczego, pandemia przyczyniła się do znacznego pogorszenia stanu zdrowia ludności Polski. COVID-19 spowodował m.in. trudności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, zaopatrzeniu w środki ochrony osobistej czy problemy infrastrukturalne związane z adaptacją placówek medycznych. Właściwe przygotowanie podmiotów leczniczych w zasoby oraz opracowanie procedur, które umożliwią szybkie wdrożenie planów zarządzania kryzysowego w placówce jest szczególnie istotne.

Doświadczenia z pandemii COVID-19 wywołały liczne dyskusje na temat bezpieczeństwa publicznego. Nadal konieczna jest dogłębna analiza bezpieczeństwa państwa i poczucia bezpieczeństwa wśród społeczeństwa w sytuacjach zagrożeń nadzwyczajnych. Pandemia COVID-19 szybko pokazała jak wiele jeszcze należy zmienić nie tylko w kwestii organizacji systemu ochrony zdrowia, ale również w zakresie edukacji społeczeństwa dotyczącej zagrożeń biologicznych.

Celem badań było ukazanie roli podmiotów leczniczych w sytuacjach zagrożeń nadzwyczajnych oraz analiza funkcjonowania szpitali podczas pandemii COVID-19. W artykule podjęto próbę odpowiedzi m.in. na pytania: jaką rolę pełnią szpitale w sytuacjach kryzysowych? W jaki sposób poradziły sobie w obliczu zagrożenia biologicznego jakim była pandemia COVID-19? oraz w jaki sposób pod względem organizacyjnym można usprawnić funkcjonowanie szpitali i przygotować je na kolejne potencjalne sytuacje nadzwyczajne?

Pandemia COVID-19 – problematyka, skala zjawiska oraz weryfikacja literatury

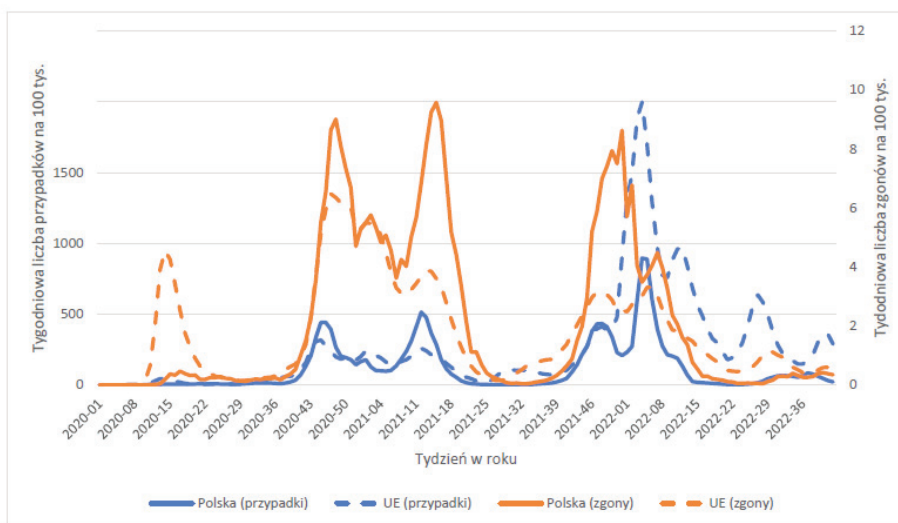
Pandemia COVID-19 była sytuacją nadzwyczajną przed jaką stanął świat i która zmieniła funkcjonowanie wielu państw (Zob. Furman i in., 2020, s. 176-184). Trudność związana z odpowiednim reagowaniem na pojawiające się zagrożenie wynikała z faktu, że była to nowa choroba wywoływana wcześniej nieznanym wirusem. Początkowy brak wiedzy o zjadliwości patogenu oraz sposobie jego rozprzestrzeniania się, przyczynił się do wielu chaotycznych działań i nieracjonalnych decyzji. Nowe zagrożenie wymagało zaangażowania wielu instytucji również o zasięgu międzynarodowym celem opracowania strategii walki oraz przygotowaniu procedur m.in. dla podmiotów leczniczych i personelu medycznego będącego na pierwszej linii frontu. Dodatkowo wśród społeczeństwa pojawił się strach przed nieznanym zagrożeniem, a także obserwowano różne skrajne emocje i zachowania, które towarzyszyły ludziom w kolejnych miesiącach walki, czasem dyskredytując wdrażane rozwiązania i tym samym utrudniając ich realizację (Zob. Sideris, 2021, s.35-51; Dymecka, 2021, s. 1-10).

COVID-19 jest chorobą układu oddechowego wywołowaną wirusem SARS-CoV-2, najczęściej powoduje objawy ze strony układu oddechowego, które przypominają przeziębienie, grypę lub zapalenie płuc. Sam przebieg choroby może być różny, łagodny, ale też ciężki bezpośrednio zagrażający życiu człowieka. U osób chorych na COVID-19 zgłaszano także szeroki zakres objawów. Najczęstsze wymieniane możliwe objawy choroby to gorączka lub dreszcze, kaszel, duszność lub trudność w oddychaniu, zmęczenie, ból mięśni i ciała, ból głowy, utrata smaku i zapachu, ból gardła, zatkaany nos lub katar, nudności, wymioty oraz biegunka. Nie są to wszystkie objawy, ponieważ zmieniały się one wraz z pojawiającymi się nowymi wariantami wirusa oraz zależały od statusu szczepienia. Osoby starsze z chorobami współistniejącymi, takimi jak np. choroby serca, cukrzyca są bardziej narażone na ciężkie zachorowanie na COVID-19 (CDC, 2019; Nowakowska, Sulimiera-Michalak, 2020, s. 227-236). Choroba może również zaatakować inne części ciała uszkadzając tkanki. Do pozapłucnych manifestacji choroby można zaliczyć te od strony układu krążenia, ośrodkowego układu nerwowego, zaburzenia krzepnięcia krwi i zmiany naczyniowe, uszkodzenie nerek i wątroby, objawy żołądkowo-jelitowe, objawy oczne oraz zmiany skórne (Duszyński i in., 2020).

Początek pandemii miał miejsce w mieście Wuhan, w prowincji Hubei, w środkowych Chinach 17 listopada 2019 roku. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) do października 2023 roku odnotowano ponad 771 mln przypadków zachorowań oraz 6,9 mln zgonów na całym świecie (WHO, 2023). W Polsce sytuacja związana z liczbą i dynamiką zakażeń zmieniała się wraz z kolejnymi falami. Według danych Ministerstwa Zdrowia z dnia 10 października 2023

r. w Polsce odnotowano od 4 marca 2020 roku ponad 6,5 mln zakażeń oraz blisko 120 tys. zgonów (*Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2)*, 2023).

Rozwój pandemii był determinowany wieloma czynnikami, w tym przez wprowadzane działania przeciwepidemiczne, opracowanie szczepień ochronnych następnie program ich wdrażania oraz rozprzestrzenianie się kolejnych wariantów wirusa w społeczeństwie. W początkowej tzw. „pierwszej fali” wprowadzono restrykcyjne ograniczenia co pozwoliło na prawie całkowite jej zahamowanie. Działania te dotyczyły głównie na redukcji kontaktów społecznych i ograniczeniu mobilności. Dało to czas na organizację działań i przygotowanie opieki zdrowotnej na przyjęcie większej liczby osób z COVID-19. W kolejnych sezonach liczba rozpoznań pozostawała na poziomie poniżej średniej europejskiej (Rosińska i in., 2022, s. 375-392).



Rys. 1. Tygodniowa zapadalność i umieralność związana z COVID-19 w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w Polsce i ogółem w Unii Europejskiej

Źródło: Rosińska i in. (2022, s. 383)

Natomiast w przypadku umieralności, w kolejnych falach ich liczba przewyższała średni wskaźnik w UE. Ekspertcy za przyczynę wskazywali na niedorejestrowanie przypadków zachorowań w Polsce oraz jako wynik cięższego przebiegu zachorowań osób niezaszczepionych. W Polsce prawie 40% osób nie zaszczepiło się przeciwko COVID-19 (Rosińska i in., 2022, s. 375-392).

Wśród metod ograniczania i zapobiegania transmisji czynnika biologicznego, szczepienia są jednym z głównych podejść do zapobiegania zakażeniom. Uodpornienie populacji poprzez zaszczepienie lub naturalnym przechorowaniu prowadzi do wygaszenia epidemii. Innym sposobem ograniczania transmisji jest likwidacja

źródła zakażenia – głównie poprzez izolację osoby zakażonej (metoda ta wymaga dobrej strategii testowania, sprawnej identyfikacji i objęcia kwarantanną osób z kontaktu) oraz przecięcie dróg szerzenia, czyli wyraźna redukcja liczby kontaktów poprzez m.in. ograniczanie zgromadzeń, pracę zdalną, utrzymywanie dystansu, noszenie maseczek ochronnych i właściwa higiena. Skuteczność tych podstawowych metod wymaga współpracy społeczeństwa i właściwych służb (Zob. Mrożek, 2022, s. 573-577).

W Polsce regulacje związane z wystąpieniem i zapobieganiem groźnej choroby zakaźnej określa ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570). Według ustawy, kroki jakie są podejmowane w sytuacji zagrożenia biologicznego, dotyczą odpowiednio uruchomienia Organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w celu monitorowania i gromadzenia przypadków oraz rozpoznania choroby zakaźnej, a także dalszych algorytmów postępowania w trwającym zagrożeniu. Dokument ten reguluje kwestie związane z obowiązkiem zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych w kraju, ale również traktuje o współpracy z organami UE i innymi państwami członkowskimi w ramach wspólnotowego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570; Paszkowska, 2020, s. 83).

Kluczową rolę w celu zapewnienia skuteczności działań chroniących społeczność przed chorobami zakaźnymi pełni wojewoda, który sporządza plan (na okres 3 lat) działania na wypadek wystąpienia epidemii. Według art. 44 plan taki obejmuje:

- charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- wykaz i rozmieszczenie na obszarze województwa zakładów leczniczych podmiotu leczniczego i innych obiektów użyteczności publicznej, które mogą zostać przeznaczone do leczenia, izolowania lub poddawania kwarantannie;
- liczbę osób, które mogą zostać poddane leczeniu, izolacji lub kwarantannie w zakładach leczniczych podmiotu leczniczego i innych obiektach użyteczności publicznej;
- imienne listy osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi;
- oraz inne informacje służące ochronie zdrowia publicznego oraz niezbędne do sporządzenia planu (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570).

Przygotowanie planu wymaga pozyskania informacji z jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów leczniczych oraz innych ważnych dysponentów obiektów użyteczności publicznej. Plan ten stanowi uzupełnienie zapisów Wojewódzkich Planów Zarządzania Kryzysowego w zakresie działań na wypadek wystąpienia epidemii i zachorowań na choroby zakaźne.

Podczas zagrożenia biologicznego, aby podjąć działania zapobiegawcze, zgodnie z przepisami prawa, można wprowadzić stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii. Oba wymienione stany mogą dotyczyć obszaru województwa lub całego kraju i są ogłaszane odpowiednio przez wojewodę lub ministra właściwego do spraw zdrowia. Na czas ogłoszenia któregoś ze stanów, na drodze rozporządzenia, mogą zostać wprowadzone ograniczenia w ramach funkcjonowania społeczeństwa (np. czasowe ograniczenie dotyczące sposobu przemieszczania się itd.). Od skali zagrożenia oraz decyzji administracji publicznej, zależy rodzaj i zakres obostrzeń, a także sposób funkcjonowania m.in. szpitali. Należy przypuszczać, że w związku z epidemią wzrośnie zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne, zapasy placówek zostaną szybko wyczerpane, a dotychczasowe usługi medyczne ograniczone. W chwili ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, postanowienia, które zostały zawarte w planach są wiążące dla wszystkich podmiotów uczestniczących w zwalczaniu zagrożenia biologicznego. Plany, mają na celu przede wszystkim dostarczenie praktycznego narzędzia umożliwiającego opracowanie działań przez podmioty lecznicze, organy administracji państwowej i samorządowej w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej. Aby wszystkie podejmowane decyzje i działania były racjonalne, w sytuacji wystąpienia zagrożenia biologicznego przyjmuje się, że celem jest utrzymanie zachorowalności na bezpiecznym poziomie, przy minimalizacji zakłóceń życia społecznego. Obostrzenia powinny więc zależeć od stopnia nasilenia epidemii (Duszyński i in., 2020; Tomiczek, 2021, s. 39-54).

Metodyka badań

Prowadzone badania obejmowały dwa etapy. W pierwszym dokonano analizy dostępnych materiałów źródłowych w ramach problematyki badawczej. W drugim etapie badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego techniką wywiadu skoncentrowanego na problemie wśród personelu medycznego, który brał bezpośredni udział w działaniach na rzecz zwalczania COVID-19 na tzw. oddziałach covidowych oraz w powstałych szpitalach tymczasowych na terenie miasta Krakowa. Pytania dotyczyły m.in. opinii na temat funkcjonowania podmiotów leczniczych podczas pandemii COVID-19 oraz wsparcia ze strony żołnierzy obrony terytorialnej. Zabieg ten umożliwił szerzej przyjrzeć się problematyce dotyczącej funkcjonowania głównie szpitali w sytuacjach kryzysowych oraz wskazać na wybrane elementy wymagające poprawy, jak również przedstawić rekomendacje w celu usprawnienia ich funkcjonowania.

Szpital jako ważny element infrastruktury krytycznej w zakresie systemu ochrony zdrowia

Sytuacja kryzysowa jaką była pandemia COVID-19 miała znamienny wpływ na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Podmioty lecznicze musiały zmierzyć się z zagrożeniem biologicznym niemal całkowicie reorganizując swoje działanie. Natomiast szpitale jako kluczowe jednostki systemu opieki zdrowotnej, w głównej mierze przejęły ciężar i odpowiedzialność za bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa.

Szpital według ustawy o działalności leczniczej to zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, czyli świadczenia kompleksowe wykonywane całodobowo, w sytuacji nagłej lub w trybie planowym. Realizowane świadczenia stacjonarne, polegają na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji od momentu przyjęcia pacjenta do chwili jego wypisania lub zgonu (hospitalizacja). Są to świadczenia, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są również świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie 24 godzin (Dz.U. z 2022 r., poz. 633; Dz.U. z 2021 r., poz. 290).

Szpital będący podmiotem leczniczym, aby mógł funkcjonować musi spełnić określone przepisami warunki. Te kluczowe, podstawowe warunki określa art. 17 ustawy o działalności leczniczej według którego, każdy podmiot ma obowiązek posiadać odpowiednie pomieszczenia lub urządzenia (spełnienie warunków przestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych), stosować wyroby, które reguluje ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2022 r., poz. 974). Ponadto świadczenia medyczne w takich podmiotach mogą być wykonywane tylko przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe. Ostatnim obligatoryjnym elementem jest wymóg związany z zawarciem umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz dodatkowo szpital powinien posiadać ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych (Rutkowska-Podołowska, Szczygieł, 2012, s. 72-88; Paszkowska, 2015, s. 25-26). Wymienione warunki nie są jedyne, ale niezbędne i elementarne, aby móc realizować świadczenia szpitalne. Usługi medyczne o których mowa odbywają się zgodnie z przyjętą procedurą. Procedura taka jest uzależniona od danej jednostki chorobowej i przebiega według przyjętego standardu (Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późn. zm.). Ustawa o działalności leczniczej, również reguluje kwestie związane z obowiązkiem udzielania pomocy przez podmioty lecznicze, w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia. Zgodnie z art. 15 podmiot leczniczy nie może odmówić udzielania świadczenia zdrowotnego osobie, potrzebującej natychmiastowego udzielenia świadczenia. Natomiast według art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować

niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (Dz.U. z 2022 r., poz. 1731). Treść tych regulacji narzuca obowiązek realizacji świadczeń niezależnie od panujących warunków. Termin realizacji świadczeń medycznych jest determinowany jego rodzajem, pilnością i możliwościami danej placówki medycznej. Polski system opieki zdrowotnej od lat boryka się z problemem dostępności do usług zdrowotnych oraz niewystarczającym finansowaniem (NIK, 2018; Borkowska, 2018, s. 27-48). Należy przypuszczać, że w momencie zmiany trybu funkcjonowania podmiotów leczniczych z uwagi na zagrożenie biologiczne, efektywność i możliwość realizacji bieżących zadań stanie się jeszcze większym wyzwaniem, co można było zaobserwować podczas pandemii COVID-19 (Tomiczek, 2021, s. 39-54).

Szpital stanowi integralny element systemu ochrony zdrowia, który m.in. tworzy infrastrukturę krytyczną. Według definicji znajdującej się w ustawie o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. z 2007 r., Nr 89, poz. 590 z późn. zm., art. 3), infrastruktura krytyczna to systemy oraz wchodzące w ich skład funkcjonalne obiekty budowlane, urządzenia, instalacje, usługi, które są niezbędne i kluczowe dla bezpieczeństwa państwa oraz służą do jego sprawnego funkcjonowania. Dlatego ochrona infrastruktury krytycznej jest ważna, ponieważ uszkodzenie lub jej zniszczenie mogłoby wpływać na utrzymanie podstawowych funkcji społecznych, zdrowotnych, bezpieczeństwa, ochrony, dobrobytu materialnego lub społecznego ludności. Sytuacje kryzysowe mogą niekorzystnie wpłynąć na infrastrukturę krytyczną (Szewczyk, 2022, s. 620-627). Należy przyjąć, że szpitale jako instytucje usługowe są niezbędne do należytego funkcjonowania społeczeństwa, a zakłócenie ich prawidłowego działania będzie miało znaczny wpływ zarówno na społeczeństwo, gospodarkę, jak i powiązane z nimi inne elementy infrastruktury. Wynika to z systemowego charakteru infrastruktury krytycznej – nieprawidłowe działanie choćby jednego elementu systemu będzie miało negatywny wpływ na powiązane z nim inne elementy (Milewski, 2016, s. 99-115).

Szpital to złożona jednostka, ale także niezwykle zależna od pomocy zewnętrznej oraz źródeł zaopatrzenia. W ramach zarządzania kryzysowego to administracja publiczna poprzez swoją działalność ma za zadanie, zapobiegać, przygotować do działań, kontrolować, reagować oraz usuwać skutki sytuacji kryzysowej. W przypadku szpitala jego organizacja, przygotowanie oraz wyposażenie w niezbędny sprzęt i inne zasoby, podczas sytuacji nadzwyczajnych, jest zadaniem zarówno dla administracji publicznej, jak i przede wszystkim dla kierowników podmiotów leczniczych.

To ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, określa zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych i narzuca obowiązki kierownikom tych podmiotów. Zgodnie z regulacjami, działania podejmowane przez kierowników mają zapobiec szerzeniu się zakażeń oraz chorób zakaźnych i obejmują:

- ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;

- monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
- opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji: skóry i błon śluzowych lub innych tkanek oraz wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych,
- stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych;
- wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej;
- prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań, o których mowa w ust. 1 (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570).

Działania, które będą realizowane przez kierowników podmiotów leczniczych muszą być dokumentowane, gdyż podlegają kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dodatkowo kierownicy podmiotów leczniczych realizujących świadczenia szpitalne, są zobowiązani do wdrożenia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych obejmującego:

- powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych;
- ocenę ryzyka i monitorowanie występowania zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
- organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób zapewniający: zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych, warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne, możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby, wykonywanie badań laboratoryjnych, umożliwiających identyfikację biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących zakażenia i choroby zakaźne, oraz ich weryfikację przez podmioty, ograniczenie narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej;
- monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
- sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala;
- zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570, art. 14).

Według przepisów kierownicy szpitali muszą prowadzić rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych. Ponadto personel medyczny (lekarz, pielęgniarka,

położna) w sytuacji podejrzenia choroby zakaźnej u pacjenta, ma za zadanie informować tę osobę o sposobie postępowania i właściwej higienie. Lekarz informuje także o zaistniałej sytuacji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Ponadto w sytuacji kryzysowej jaką jest epidemia, personel medyczny może zostać przymusowo skierowany do pracy przy zwalczaniu i zapobieganiu rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej wśród społeczeństwa w ramach tego samego lub innego podmiotu leczniczego. Skierowanie do pracy następuje na wniosek wojewody lub Ministra Zdrowia na okres do 3 miesięcy (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570, art. 47). Taka relokacja personelu medycznego ma wpływ na bieżącą działalność placówki, w której medyk jest zatrudniony. Wszystkie wymienione wytyczne mają pozwolić skutecznie zarządzać podmiotem w sytuacjach nadzwyczajnych chroniąc i zapewniając bezpieczeństwo pacjentom i całemu personelowi medycznemu.

Funkcjonowanie szpitali podczas pandemii COVID-19 – wyniki, dyskusja

Pandemia wywołała znaczne obciążenie systemu opieki zdrowotnej, powodując m.in. przesunięcie części zadań na okres post-pandemiczny. Reorganizacja działalności podmiotów leczniczych przyczyniła się do długu zdrowotnego wśród społeczności co potwierdzają dane m.in. Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Instytutu Badawczego. Zmiana funkcjonowania szpitali podczas pandemii COVID-19 była zależna od liczby zakażonych osób wymagających hospitalizacji, stąd trudno było planować bieżącą działalność podmiotów. W placówkach uruchamiano oddziały covidowe oraz otwierano szpitale tymczasowe działające w dodatkowo wyznaczonych do tego miejscach, które wymagały szybkiej organizacji zasobów niezbędnych do realizacji zadań. Ważnym dokumentem była *ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych*, określająca m.in.: zadania organów administracji publicznej w zwalczaniu i zapobieganiu chorobie zakaźnej, zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej tym wirusem, w tym zasady i tryb podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia i przecięcia dróg szerzenia się tej choroby zakaźnej, a także uprawnienia i obowiązki, świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców (Dz.U. z 2020 r., poz. 374). Przepisy uwzględniały m.in. możliwość reorganizacji podmiotu leczniczego, przekazania produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, a także sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do realizacji świadczeń medycznych na rzecz kontynuacji świadczeń i osób zakażonych (również z Agencji Rezerw Materiałowych). Zadania o których mowa są realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego (decyzją

województwa). Na początku pandemii w marcu 2020 r. wojewodowie wydali polecenia przeprofilowania na jednoimienne 19 szpitali znajdujących się na terenie Polski. Aby zapobiegać i przeciwdziałać zagrożeniu, osoby chore albo osoby podejrzane o zachorowanie na chorobę zakaźną, zgodnie z wytycznymi, mogły podlegać obowiązkowej hospitalizacji, a osoby zdrowe mające kontakt z osobą zakażoną kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu, jeżeli tak postanowiły organy inspekcji sanitarnej.

Wzrost liczby osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2 skutkował reorganizacją w ramach podmiotów przewidzianych do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zwalczaniu pandemii. Podmioty te stworzyły tzw. system zabezpieczenia COVID-19 poprzez zapewnienie w szpitalach (zgodnie zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia) na:

- poziomie I – łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2;
- poziomie II – łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej (oddział zakaźny/obserwacyjno-zakaźny);
- poziomie III – realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu (wielospecjalistyczny szpital COVID-19);
- poziomie IV - łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżek respiratorowych oraz udzielanie świadczeń wyłącznie pacjentom z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu z wyłączeniem świadczeń, w odniesieniu do których dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydał zgodę na ich udzielenie również pacjentom innym niż zakażeni (Zarządzenie nr 187/2020/DSOZ).

Liczba łóżek przeznaczonych dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia oraz zakażonych SARS-CoV-2 była zmniejszana lub zwiększana w zależności o sytuacji epidemicznej. Dane w tej kwestii były przekazywane przez Oddziały Wojewódzkie NFZ we współpracy z Urzędami Wojewódzkimi. Pandemia zobligowała Narodowy Fundusz Zdrowia do zmiany finansowania usług zdrowotnych oraz utrzymywania w gotowości zasoby (personalne, materiałowe) dedykowane pacjentom z COVID-19. Część personelu, decyzją wojewody, została oddelegowana do pracy w uruchomionych szpitalach tymczasowych. Funkcjonowanie szpitali na nowych warunkach ograniczyło możliwość realizacji bieżących usług danego podmiotu, opóźniając w czasie wykonywanie procedur. Niektóre świadczenia, na czas otwierania oddziałów covidowych, zostały zawieszony w realizacji. Zmieniono także część odbywających się konsultacji lekarskich z trybu stacjonarnego na zdalny tzw. teleporady. Według danych w pierwszym roku pandemii COVID-19 (rok 2020) obserwowano znaczne obniżenie częstości hospitalizacji. W 2019 r., hospitalizowano w szpitalach ogólnych 8478 tys. osób a w 2020 r., 6482 tys. osób, czyli o 31% mniej, co związane było właśnie

z pandemią i przeorganizowaniem działania szpitali m.in. poprzez przekształcenie części z nich na tzw. „szpitale jednoimienne”. W roku 2021 hospitalizacji również odnotowano mniej o 7% (7872 tys. osób) niż w roku 2019, ale więcej (o 21%) niż w 2020 r. Pandemia przyczyniła się do powstania „długu zdrowotnego”, którego przyczyną, prócz pandemii, było także zaniechanie leczenia szpitalnego przez pacjentów, którzy mieli zaplanowane hospitalizacje (Goryński i in., 2022, s. 229-230). Ponadto odnotowano wyższą śmiertelność szpitalną w latach 2020-2021 niż w 2019 r. Wyższa śmiertelność była obserwowana we wszystkich grupach chorób, przy mniejszej liczbie hospitalizacji. Największa występowała wśród pacjentów leczonych na choroby układu krążenia, układu oddechowego i choroby zakaźne (Goryński i in., 2022, s. 229-230).

Według Najwyższej Izby Kontroli (NIK) szczególnie newralgicznym okresem dla szpitali był początek pandemii, kiedy nie było konkretnych informacji o wirusie oraz wypracowanych metod diagnostycznych i terapeutycznych dla ludności. Trudnym okresem była także druga fala zakażeń (jesień 2020 r.), co wymagało dodatkowego uruchamiania szpitali tymczasowych w budynkach użyteczności publicznej. Kontrola NIK wybranych szpitali publicznych wykazała, że podmioty te były nieprzygotowane do działania w warunkach epidemii, a zmiany w ich organizacji nie zapewniły prawidłowego funkcjonowania, m.in. nie pozwoliły na zabezpieczenie odpowiedniego dostępu pacjentów innych niż zakażonych SARS-CoV-2 do świadczeń zdrowotnych (co potwierdziły również badania przeprowadzone przez NIZP-PIB) oraz na pełną eliminację rozprzestrzeniania się patogenu wśród pacjentów i personelu medycznego (NIK, 2021). Kierownicy podmiotów leczniczych, pomimo stosowania się do poleceń, z uwagi na bariery architektoniczne nie mogli w sposób skuteczny rozdzielić drogi pacjentów zakażonych i innych chorych. Problem pojawił się również na poziomie testowania na obecność wirusa. Jak wykazała kontrola NIK, zarówno personel nie był regularnie testowany, ale także (w niektórych skontrolowanych podmiotach) pacjenci przyjmowani do szpitala w trybie planowym. Ponadto odnotowano przypadki szpitali, które nie wykorzystwały w sposób optymalny łóżek przeznaczonych dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 nawet w okresach zwiększonej zachorowalności, co przyczyniło się w ocenie NIK do zwiększenia długu zdrowotnego ludności (NIK, 2021). Działalność szpitalom utrudniało przede wszystkim: zwiększenie kosztów zakupów środków ochrony indywidualnej i do dezynfekcji, konieczność zabezpieczenia odpowiedniej ilości tlenu, praca w podwyższonym standardzie sanitarnym, zwiększona absencja kadry medycznej, konieczność dostosowania się do poleceń dotyczących pozostawania w gotowości oraz zapewnienia lub likwidacji łóżek covidowych. Ponadto działalność podmiotom utrudniała konieczność zawieszenia normalnej działalności i przenoszenia pacjentów z przekształconych oddziałów covidowych na inne oddziały lub do innych szpitali. Według kontroli NIK, Minister Zdrowia nie koordynował tworzenia szpitali tymczasowych i nie zapewnił korelacji liczby łóżek covidowych

z potrzebami wynikającymi z przebiegu epidemii, zarówno w odniesieniu do szpitali tymczasowych, jak i do całego systemu ochrony zdrowia, generując tym samym koszty utrzymania w gotowości jednostek do udzielania świadczeń dla pacjentów z COVID-19. Sytuacja ta w ocenie NIK przyczyniła się do ograniczenia dostępu do leczenia szpitalnego dla pacjentów z innymi schorzeniami (NIK, 2022).

Natomiast aby zapewnić ciągłość funkcjonowania szpitali podczas pandemii, większość kierowników podmiotów wyznaczyło pracowników odpowiedzialnych za monitorowanie zmian przepisów w funkcjonowaniu ochrony zdrowia w trakcie pandemii. W podmiotach też wyznaczano osoby odpowiedzialne za monitorowanie sytuacji epidemicznej (np. pielęgniarki epidemiologiczne, zespoły ds. zakażeń itd.), a także nawiązywano współpracę z samorządem lokalnym i innymi podmiotami leczniczymi w celu koordynacji działań. Po ogłoszeniu stanu epidemii, kierownictwo przeprowadziło analizę ryzyka wystąpienia transmisji wirusa oraz zweryfikowało i wprowadziło procedury postępowania, aby zapewnić bezpieczeństwo personelowi i pacjentom (np. wymóg użycia środków ochrony indywidualnej, wyznaczenie stref do przechowywania rzeczy osobistych, regularna dezynfekcja, ograniczenie odwiedzin, ograniczenie obiegu dokumentacji, oddzielenie miejsc wejścia do poszczególnych budynków) (NIK, 2021).

Realizowane przez szpitale zadania w ramach decyzji administracyjnych, uniemożliwiły i znacznie ograniczyły leczenie pacjentów z innymi chorobami. Pacjenci zgłaszali zażalenia na zaistniałą sytuację m.in. do Rzecznika Praw Pacjenta. Według raportu Rzecznika w zakresie lecznictwa szpitalnego, w początkowym okresie pandemii odnotowano zgłoszenia pacjentów, które dotyczyły odmowy udzielania świadczeń w ramach kontroli leczenia, a także odmowy kwalifikacji do leczenia szpitalnego. Pacjenci mieli problemy z dozwonieniem się do placówek, odmawiano im kontynuacji leczenia oraz uzależniano przyjęcie do szpitala od wykonania testu na COVID-19 bez skierowania na to badanie. Pacjenci zwracali uwagę na odwoływanie zaplanowanych zabiegów, na które czas oczekiwania był długi oraz brak wyznaczenia nowego terminu. Wraz z rozwojem pandemii, pacjenci zgłaszali również uwagi dotyczące standardów i warunków udzielanych świadczeń. Głównie miało to związek z wprowadzonym w tamtym okresie zakazu odwiedzin i braku informacji o stanie zdrowia. W szpitalach, które decyzją wojewody zostały przekształcone na jednoimiennie, pacjenci skarżyli się, że zostali pozbawieni dostępu do leczenia w wyspecjalizowanych ośrodkach lub mieli trudność z uzyskaniem świadczenia w innych podmiotach. Ważnym problemem zgłaszanym Rzecznikowi była organizacja opieki okołoporodowej, w szczególności zakaz przeprowadzania porodów rodzinnych lub znaczne ich ograniczenie (zależne od wyniku testu na COVID-19 wykonywanego prywatnie przez pacjenta) oraz pojawiające się praktyki rozdzielania matki od dziecka bezpośrednio po porodzie (Rzecznik Praw Pacjenta, 2020, s. 34-38). Trudności w uzyskaniu świadczeń medycznych, podczas pandemii COVID-19, również potwierdziły badania CBOS. Blisko co trzeci badany zadeklarował, że

z powodu epidemii przełożono mu lub odwołano wizytę u lekarza specjalisty (30%). Porównywalne grupy badanych mówiły o odwoływaniu i przekładaniu zaplanowanych badań diagnostycznych i zabiegów niewymagających dłuższego pobytu w szpitalu niż 24 godziny. Natomiast planowe leczenie szpitalne odwoływane było rzadziej i dotyczyło 4% respondentów spośród 16% których ta kwestia dotyczyła. Jak wynika z badań CBOS co siódmy (15%) badany miał także problemy z umówieniem się na wizytę lub uzyskaniem potrzebnej porady medycznej. Wszystkie niedogodności związane z przekładaniem i odwoływaniem wizyt, planowych zabiegów oraz trudności w dostępie do opieki medycznej, w tym problemy z uzyskaniem recept i zwolnień lekarskich z powodu epidemii koronawirusa dotyczyły według danych CBOS 40% ogółu badanych (Omyła-Rudzka, 2020).

Personel medyczny był najbardziej przeciążony obowiązkami związanymi z walką z COVID-19. I podobnie jak pacjenci wyrażali swoje niezadowolenie, które dotyczyło reorganizacji pracy, a także obawiali się o swoje zdrowie. Uzupełniające do wcześniejszych analiz badania empiryczne dotyczące opinii o funkcjonowaniu podmiotów leczniczych oraz o wsparciu pracy medyków podczas pandemii (głównie Wojsk Obrony Terytorialnej), zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, techniki wywiadu skoncentrowanego na problemie z wykorzystaniem ankiety wywiadu. Wywiady przeprowadzono osobiście oraz online z personelem (lekarze, pielęgniarki, elektroradiolodzy), który bezpośrednio brał udział w zwalczaniu COVID-19 pracując na przekształconych oddziałach tzw. covidowych oraz w szpitalu tymczasowym na terenie miasta Krakowa (Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie, Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie oraz Szpital Tymczasowy EXPO KRAKÓW). Badania dotyczyły pracy medyków w okresie od kwietnia 2020 do kwietnia 2021 roku.

Wyniki badań wykazały słabość systemu opieki zdrowotnej pod wieloma względami, zarówno organizacyjnymi oraz w zakresie zasobów. Najważniejsze wyniki i wnioski z badań przedstawia się następująco:

- według personelu medycznego, kluczowym problemem systemu opieki zdrowotnej jest brak zasobów ludzkich co szczególnie uwidoczniło się podczas pandemii. Stąd sugerowali, że w sytuacjach kryzysowych jaką była pandemia COVID-19, powinna być lepsza współpraca z innymi służbami, których wykorzystanie w ich opinii przyczyniłoby się do usprawnienia pracy medyków. Dodatkowo wyrazili swoje niezadowolenie, że podczas pandemii generalnie musieli sami sobie ze wszystkim radzić;
- wsparcie m.in. udzielone przez WOT było bardzo ważne i widoczne na początku pandemii, kiedy brakowało jednoznacznych procedur oraz zasobów. Wsparcie dotyczyło m.in. na dostarczaniu zasobów potrzebnych do walki z COVID-19 (np. środków ochrony indywidualnej, aparatury

- medycznej), logistyki związanej z ruchem chorych oraz wydzielaniem i przygotowaniem pomieszczeń na potrzeby pacjentów z COVID-19;
- respondenci stwierdzili, że praca zwłaszcza w początkowym okresie pandemii była bardzo stresująca i wyczerpująca a pomoc innych służb zwiększyła ich poczucie bezpieczeństwa co przedkładało się na efektywność pracy;
 - początkowy stres, który towarzyszył medykom był związany z brakiem: środków ochrony osobistej, jednoznacznych procedur postępowania z pacjentem zakażonym oraz informacji o reorganizacji działania placówek dla innych pacjentów, którym ograniczono możliwość korzystania ze świadczeń medycznych. Dodatkowo spora część personelu została skierowana w tamtym okresie na kwarantannę, co jeszcze bardziej zdeorganizowało funkcjonowanie szpitali i wpłynęło na samopoczucie personelu;
 - z uwagi na wyraźny brak przygotowania systemu opieki zdrowotnej na tego typu zagrożenia i mając na uwadze prognozowane dalsze braki kadrowe (i ich uszczuplenie w trakcie zagrożenia wynikające m.in. z odbywania kwarantanny), personel medyczny sugerował szkolenia podnoszące kwalifikacje dla pozostałych służb, tak aby w przyszłości zwiększyć zakres i efektywność współpracy. W ich opinii powinna być również uproszczona możliwość angażowania innych służb do współdziałania. Ponadto stwierdzili, że należy zwiększyć rezerwy materiałowe oraz usprawnić i skrócić czas dostarczania do placówek potrzebnych środków i sprzętu;
 - Respondenci wskazali na konkretne zadania jakie mogliby realizować np. żołnierze WOT, byłyby to prace związane z reorganizacją placówek dotyczącą przygotowania pomieszczeń dla pacjentów zakażonych, wymagających hospitalizacji, izolacji. Następnie zaangażowanie ich w masowych szczepieniach, triage, wykonywaniu prac administracyjnych związanych z rejestrem pacjentów oraz pomoc na szpitalnych oddziałach ratunkowych, które jak zauważyli podczas pandemii były przepełnione i wymagały przynajmniej wsparcia logistycznego.

Wszystkie problemy związane z funkcjonowaniem podmiotów leczniczych podczas pandemii, miały wpływ na poczucie bezpieczeństwa Polaków i na nowo zdefiniowały rolę jaką pełni personel medyczny oraz wskazały na konieczność opracowania rozwiązań na przyszłość, aby móc skuteczniej reagować w obliczu zagrożenia biologicznego. Dużym problemem prócz braków w zasobach i chaosu organizacyjnego, okazały się ograniczenia w udzielaniu świadczeń, które odbiły się na zdrowiu ludności i będą odrabiane w ciągu kolejnych lat.

Wnioski

Szpital jest podstawową i zasadniczą jednostką realizującą potrzeby zdrowotne ludności. Stanowi ostatni etap prowadzonych czynności ratunkowych, również w sytuacjach kryzysowych czy zdarzeniach masowych stąd musi sprawnie działać w każdych warunkach. Pandemia COVID-19 pokazała, że podmioty lecznicze nie są wystarczająco przygotowane na działanie w obliczu zagrożenia biologicznego. Nie zapewniały realizacji wszystkich potrzeb zdrowotnych. Ponadto według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Instytutu Badawczego, pandemia przyczyniła się do znacznego pogorszenia stanu zdrowia ludności Polski. Największe trudności dotyczyły m.in. dostępności do świadczeń medycznych, zaopatrzeniu w środki ochrony osobistej (zwłaszcza na początku pandemii), organizacji pracy na poziomie podmiotów leczniczych oraz problemów infrastrukturalnych związanych z przystosowaniem placówek na potrzeby pacjentów zakażonych i innych. Dużym problemem były braki kadrowe, stąd według opinii medyków, konieczna jest stała współpraca z innymi służbami oraz ich szkolenie, które umożliwi podjęcie szybkich działań w obliczu podobnych sytuacji i zagrożeń nadzwyczajnych w przyszłości. Potrzebne jest również przygotowanie i zabezpieczenie rezerw materiałowych oraz rozwiązań informatycznych oraz ustaleń w zakresie zabezpieczenia finansowego i prawnego.

Doświadczenia z pandemii COVID-19 powinny stać się przedmiotem dalszych badań i analiz celem opracowania planów zarządzania podmiotami leczniczymi w sytuacjach kryzysowych. Poprawa skuteczności i efektywności funkcjonowania szpitali wymaga wprowadzenia lepszych rozwiązań i opracowania procedur, które pozwolą szybko i sprawnie uruchomić działania aktywizujące zasoby podmiotu i innych służb na zagrożenia w zmieniającym się środowisku bezpieczeństwa. Pandemia ukazała jak ważna jest współpraca z administracją publiczną oraz innymi jednostkami działającymi w obszarze ochrony zdrowia.

Zasadne wydaje się również zwrócenie uwagi na problematykę edukacji zdrowotnej społeczeństwa dotyczącej zagrożeń biologicznych, ponieważ sceptycznie podchodzono do wdrażanych rozwiązań. Szczepieniom ochronnym, które stanowiły przełom w walce z COVID-19, nie poddało się 40% Polaków (Rosińska i in., 2022, s.376-377). Brak zaufania do instytucji działających na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego, utrudnia efektywną realizację działań. Jednak z całą pewnością, zarówno państwo jak i społeczeństwo nie było przygotowane na takie wyzwanie zdrowotne, a doświadczenie pandemii COVID-19 tylko potwierdziło konieczność wdrożenia kompleksowych rozwiązań systemowych.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Borkowska, I., 2018. Ocena kondycji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce, *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 165, 27-48.
- [2] CDC, 2019. Symptoms of COVID-19 [online]. Dostępne pod adresem: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html> [dostęp: 10 października 2023].
- [3] Duszyński, J. i.in., 2020. Zrozumieć COVID-19. Opracowanie zespołu ds. COVID-19 przy Prezesie Polskiej Akademii Nauk [online]. Dostępne pod adresem: <https://informacje.pan.pl/>

- images/2020/opracowanie-covid19-14-09-2020/ZrozumiecCovid19_opracowanie_PAN.pdf [dostęp: 5 października 2023].
- [4] Dymecka, J., 2021. Psychospołeczne skutki pandemii COVID-19, *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, vol. 16, 1-2, 1-10.
- [5] Furman, M., Kowalska-Bobko, I., Sowada, Ch., 2020. Działania władz publicznych w zakresie zwalczania pandemii COVID-19 w wybranych krajach europejskich, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(2), 176-184.
- [6] Goryński, P., Wojtyniak, B., Seroka, W., Moskalewicz, B., 2022. Chorobowość hospitalizowana w Polsce – zmiany trendów w okresie pandemii COVID-19. W: B. Wojtyniak, P. Goryński, red. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022*. Warszawa: NIZP PZH-PIB, 197-232.
- [7] Milewski, J., 2016. Identyfikacja infrastruktury krytycznej i jej zagrożeń, *Zeszyty Naukowe AON*, 4(105), 99-115.
- [8] Mrożek, Ż., 2022. *Pandemia*. W: O. Wasiuta, S. Wasiuta, red. *Encyklopedia bezpieczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo LIBRON - Filip Lohner, T. 5, 573-577.
- [9] NIK, 2021. Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19 [online]. Dostępne pod adresem: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,26701,vp,29499.pdf> [dostęp: 20 kwietnia 2023].
- [10] NIK, 2022. Przygotowanie i działanie odpowiedzialnych organów państwa, instytucji i służb w sytuacji zagrożenia i wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych powstałych w związku z epidemią COVID-19 [online]. Dostępne pod adresem: https://www.nik.gov.pl/plik/id,28131,v,artykul_27347.pdf [dostęp: 20 października 2023].
- [11] NIK, 2018. System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian [online]. Dostępne pod adresem: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> [dostęp: 21 października 2023].
- [12] Nowakowska, E., Sulimiera-Michalak, S., 2020. COVID-19 – choroba wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 globalnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego, *Postępy Mikrobiologii*, 56(3), 227-236.
- [13] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r., poz. 290).
- [14] Omyła-Rudzka, M., 2020. Opieka medyczna w czasie epidemii, *Komunikat z badań CBOS*, 88.
- [15] Paszkowska, M., 2015. *Zarządzanie podmiotami wykonującymi działalność leczniczą*. Warszawa: Difin.
- [16] Paszkowska, M., 2020. *Polski system ochrony zdrowia*. Warszawa: Difin.
- [17] Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2) [online], 2023. Dostępne pod adresem: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> [dostęp: 10 października 2023].
- [18] Rosińska, M., Sadkowska-Todys, M., Stępień, M., 2022. Rozwój pandemii COVID-19 w Polsce. W: B. Wojtyniak, P. Goryński, red. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022*. Warszawa: NIZP PZH-PIB, 375-392.
- [19] Rutkowska-Podołowska, M., Szczygieł, N., 2012. Ubezpieczenie od zdarzeń medycznych. W: I. Rudawska, E. Urbańczyk, red. *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*. Warszawa: Difin, 72-88.
- [20] Rzecznik Praw Pacjenta, 2020. *Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19*. Warszawa.

-
- [21] Sideris, E., 2021. Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19. *Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka*, 2, 35-51.
- [22] Szewczyk, Ł., 2022. Infrastruktura krytyczna. W: O. Wasiuta, S. Wasiuta, red. *Encyklopedia bezpieczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo LIBRON - Filip Lohner, T. 2, 620-627.
- [23] Tomiczek, C., 2021. Działania podmiotu leczniczego w sytuacjach zagrożenia bezpieczeństwa powszechnego na przykładzie choroby zakaźnej ludzi. *Wiedza Obronna*, 276 (3), 39-54.
- [24] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. - O działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r., poz. 633).
- [25] 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. z 2020 r., poz. 374).
- [26] Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. - O zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. z 2007 r., Nr 89, poz. 590 z późn. zm.).
- [27] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. - O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
- [28] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. - O zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2022 r., poz. 1731).
- [29] Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. - O zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570).
- [30] Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. - O wyrobach medycznych (Dz.U. z 2022 r., poz. 974).
- [31] WHO, 2023. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [online]. Dostępne pod adresem: <https://covid19.who.int/> [dostęp: 11 października 2023].
- [32] Zarządzenie nr 187/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 listopada 2020 r. - W sprawie zasad sprawozdania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.