

Elżbieta PRUSSAK

Szpital im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego w Puszczykowie S.A.

## **Sieć szpitali w systemie bezpieczeństwa publicznego w oparciu o doświadczenia z COVID-19**

**Streszczenie:** Wyzwania, jakie zapoczątkował rok 2020, stanowią odpowiedni moment do przeglądu i weryfikacji istniejących rozwiązań organizacyjnych pod kątem dotychczas mało rozpoznanych, dotyczących zarządzania szpitalem w sytuacji pandemii, zagrożenia epidemicznego. Celem niniejszego artykułu jest przegląd obowiązujących norm regulujących prowadzenie działalności szpitali oraz doświadczenia w stanie pandemii we wdrażaniu zmian organizacyjnych wywołanych uruchamianiem „oddziałów covidowych”.

**Słowa kluczowe:** pandemia, COVID, procedury

---

### **1. Wstęp**

Kwestie bezpieczeństwa publicznego trudno rozpatrywać bez wiedzy o zarządzaniu jednostkami organizacyjnymi, należącymi do tzw. infrastruktury krytycznej, służącej zapewnieniu sprawnego działania organów publicznych, do których zaliczamy szpitale.

Państwo zgodnie z kompetencjami odpowiada za funkcjonalność, ciągłość działań i integralność systemu bezpieczeństwa, w którym ochrona zdrowia ma fundamentalne znaczenie. Istotna dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli pozostaje organizacja funkcjonowania szpitali, zwłaszcza w sytuacjach nadzwyczajnych, kryzysowych, w których pomocne jest wdrożenie określonych procedur postępowania, zasad współpracy wewnątrz zakładu oraz współpracy z jednostkami zewnętrznymi, jak również przepływ informacji między jednostkami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo publiczne.

### **2. Zasady prowadzenia działalności podmiotów leczniczych przed pandemią**

Do podstawowych regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania jednostek udzielających świadczeń opieki zdrowotnej należą:

- a) ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r., określająca zasady wykonywania działalności leczniczej, definiuje podstawowe pojęcia dotyczące:
  - dokumentacji medycznej,
  - osób wykonujących zawód medyczny,
  - pacjenta,
  - promocji zdrowia,
  - podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

- szpitala,
  - świadczeń zdrowotnych – mając na względzie, iż szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia,
  - świadczeń szpitalnych,
  - działalności leczniczej, tj. wymogów jakie musi spełniać podmiot leczniczy w zakresie pomieszczeń, kadry, wyposażenia, finansowania świadczeń, wypełniania obowiązków informacyjnych wobec Policji, wojewody oraz statystyki publicznej;
- b) ustawa z 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która reguluje kwestie funkcjonowania „sieci szpitali” oraz określa:
- warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - zasady i tryb finansowania świadczeń,
  - zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych,
  - zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń,
  - zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego,
  - zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia,
  - zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
  - zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń;
- c) ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, określa organizację i zasady działania systemu informacji w ochronie zdrowia. „Systemem informacji” przetwarza dane niezbędne do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa, podnoszenia jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia. Pacjentowi w ramach Internetowego Konta Pacjenta zapewnia dostęp do:
- informacji i raportów (Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych);
  - informacji o kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej;
  - informacji o posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa, a w przypadku gdy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, także o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz numerze identyfikacji podatkowej (NIP) i numerze REGON płatnika ubezpieczenia zdrowotnego – na podstawie informacji przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;
  - składania oświadczeń o upoważnieniu osoby do dostępu do dokumentacji medycznej lub o wyrażeniu zgody na udostępnienie jednostkowych danych z systemu teleinformatycznego lub ich wycofaniu;

- składania oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, lub o jej wycofaniu;
  - składania oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, lub o jej odmowie;
  - dostęp do informacji o wystawionych zaświadczeniach lekarskich;
  - dostęp do informacji o wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne płaconej przez usługobiorcę;
  - dostęp do informacji o wysokości kwoty podlegającej refundacji dla poszczególnych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych wydanych usługobiorcy;
  - składania oświadczeń o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych i jednostkowych danych medycznych usługobiorcy koniecznych w procesie realizacji recepty transgranicznej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub o jej wycofaniu;
  - składania deklaracji wyboru świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
  - dostęp do informacji o usługodawcy i udzielanych przez niego świadczeniach opieki zdrowotnej;
  - składania wniosków o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego – „EKUZ”;
  - dostęp do informacji o wycofanych z obrotu produktach leczniczych lub wyrobach medycznych, jeżeli zostały one usługobiorcy przepisane na podstawie recepty w postaci elektronicznej lub przez niego nabyte;
  - składania wniosków lub skarg do Rzecznika Praw Pacjenta, ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia;
  - dostęp do informacji o profilaktyce i zdrowym trybie życia na podstawie jednostkowych danych medycznych usługobiorcy;
  - udzielania odpowiedzi na badania ankietowe w zakresie jakości opieki zdrowotnej;
  - dostęp do informacji o wystawionych zleceniach, o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
- d) mapy potrzeb zdrowotnych przygotowane w oparciu o Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. „Obejmują dane demograficzne i epidemiologiczne, dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych. Na ich podstawie sporządzana jest prognoza przyszłych potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych województw i całego kraju. Dotychczas opracowano mapy dla 16 województw oraz zbiorcze dla kraju mapy w zakresie lecznictwa szpitalnego – opublikowane w 2016 i 2018 roku oraz mapy w zakresie onkologii – opublikowane w 2015 i 2017 roku; mapy w zakresie kardiologii – opublikowane w 2015 i 2017 roku; mapy dla 30 grup chorób – opublikowane w 2017 i 2018 roku” (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/mapa-potrzeb-zdrowotnych>).

Od 2017 roku świadczeniodawca, który posiadał SOR lub izbę przyjęć przez okres najmniej 2 lat, umowę z NFZ na określone w ustawie zakresy świadczeń, został zakwalifikowany do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – PSZ – tzw. „sieci szpitali”, dzięki czemu zyskał gwarancję finansowania działalności ze środków publicznych przez okres 4 lat.

W kraju do sieci szpitali zostały zakwalifikowane 594 placówki, z czego 516 to szpitale publiczne, a 78 niepubliczne. Poza siecią pozostało 355 szpitali, 16 z nich to placówki publiczne (<https://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/niezbednik-pacjenta/siec-szpitali-na-czym-polega-ktore-szpitala-sa-w-sieci-lista-aa-Tx1h-eAd4-JMvu.html>).

Z uwagi na pandemię obecny wykaz szpitali zakwalifikowanych do sieci krajowej obowiązuje do 30.06.2022 r. (<https://www.prawo.pl/zdrowie/zmiana-terminu-kwalifikacji-do-sieci-szpitali,507131.html>, 3.12.2021).

### 3. Szpitale pierwszego stopnia referencji

Najczęściej w tej kategorii mieszczą się szpitale powiatowe, które udzielają świadczeń w zakresie:

- chirurgii ogólnej;
- chorób wewnętrznych;
- położnictwa i ginekologii (jeden z poziomów referencyjnych);
- neonatologii (jeden z poziomów referencyjnych);
- pediatrii.

### 4. Szpitale drugiego stopnia referencji

Do szpitali drugiego stopnia referencji zaliczają się podmioty świadczące usługi z zakresu:

- chirurgii dziecięcej;
- chirurgii plastycznej;
- kardiologii;
- neurologii;
- okulistyki;
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
- otorynolaryngologii;
- reumatologii;
- urologii.

### 5. Szpitale trzeciego stopnia referencji

Szpitale trzeciego stopnia referencji, to najczęściej ośrodki wojewódzkie świadczące usługi z zakresu:

- chirurgii klatki piersiowej;
- chirurgii klatki piersiowej dla dzieci;
- chirurgii naczyniowej (jeden z poziomów referencyjnych);
- chorób płuc;
- chorób płuc dla dzieci;

- chorób zakaźnych;
- chorób zakaźnych dla dzieci;
- kardiologii;
- kardiologii dla dzieci;
- kardiologii dla dzieci;
- nefrologii;
- nefrologii dla dzieci;
- neurochirurgii;
- neurochirurgii dla dzieci;
- neurologii dla dzieci;
- okulistyki dla dzieci;
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci;
- otorynolaryngologii dla dzieci;
- toksykologii klinicznej;
- toksykologii klinicznej dla dzieci;
- transplantologii klinicznej;
- transplantologii klinicznej dla dzieci;
- urologii dla dzieci.

## **6. Szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne**

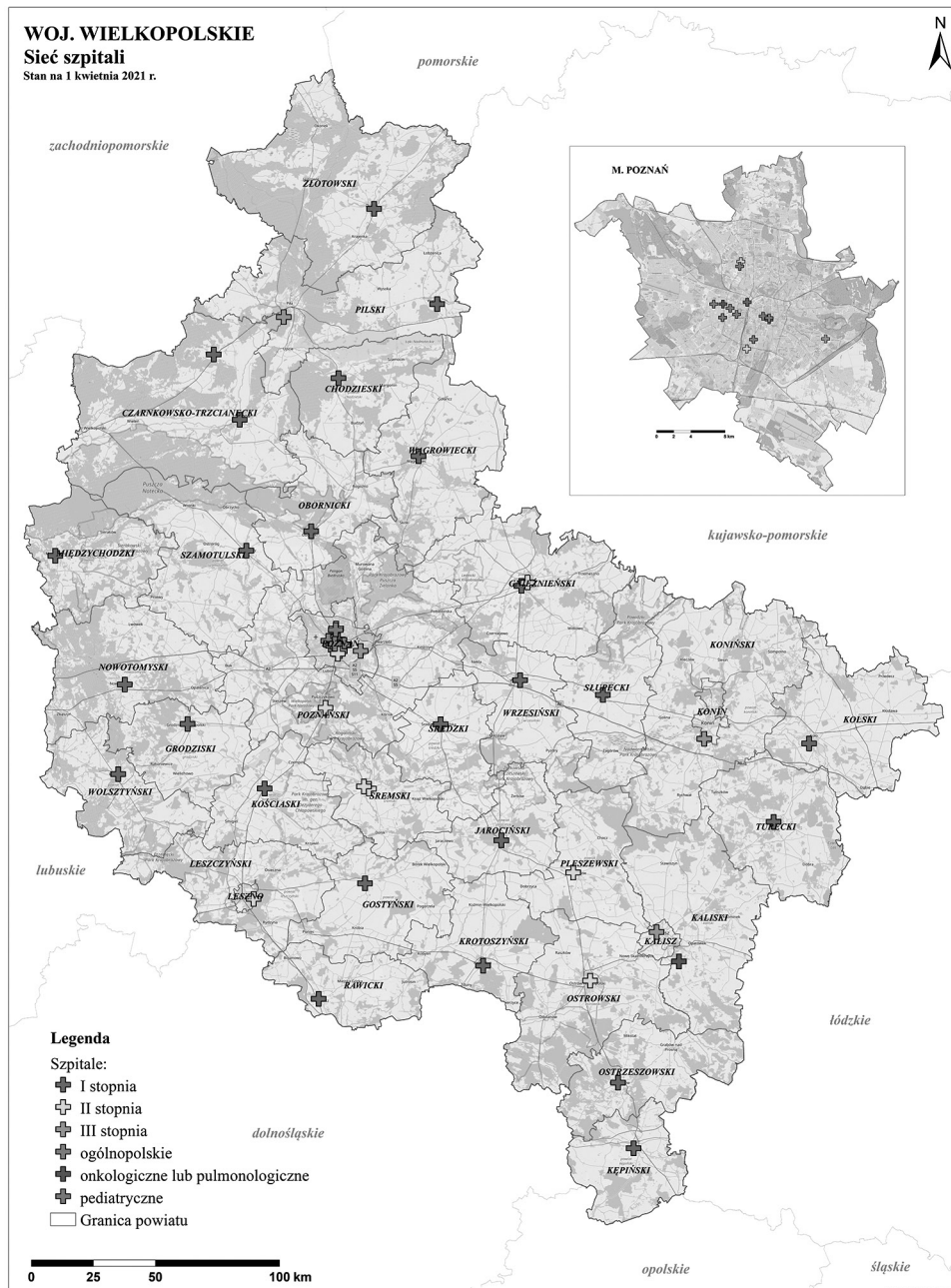
- a) profile dla szpitali onkologicznych:
  - brachyterapia;
  - ginekologia onkologiczna;
  - chemioterapia hospitalizacja;
  - chirurgia onkologiczna;
  - chirurgia onkologiczna dla dzieci;
  - hematologia;
  - onkologia i hematologia dziecięca;
  - onkologia kliniczna;
  - radioterapia;
  - terapia izotopowa;
  - transplantologia kliniczna;
  - transplantologia kliniczna dla dzieci;
- b) profile dla szpitali pulmonologicznych:
  - chemioterapia hospitalizacja;
  - chirurgia klatki piersiowej;
  - chirurgia klatki piersiowej dla dzieci;
  - choroby płuc;
  - choroby płuc dla dzieci.

## **7. Szpitale pediatryczne**

Szpitale pediatryczne to wszystkie profile systemu zabezpieczenia dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego.

## 8. Szpitale ogólnopolskie

Szpitale ogólnopolskie to wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego.



Rys. 1. Rozmieszczenie szpitali pozostających w sieci na terenie Wielkopolski

Źródło: Opracowanie własne.

## **9. Funkcjonowanie „sieci szpitali” w warunkach pandemii COVID-19**

Pandemia wymusiła wypracowanie nowych rozwiązań organizacyjnych dotychczas niemających precedensu w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. W skali kraju zaplanowano oraz systematycznie uruchamiano szpitale zlokalizowane w miejscach nieprzeznaczonych dotychczas do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – powstały tzw. szpitale tymczasowe oraz oddziały covidowe.

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 określiła:

- 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;
- zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażenia lub choroby zakaźnej;
- uprawnienia i obowiązki, świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców i innych osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażenia lub choroby zakaźnej;
- zasady pokrywania kosztów realizacji zadań.

Minister Zdrowia 8 października 2020 r. wprowadził w drodze rozporządzenia standard organizacyjny opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19). Powyższy obejmuje zadania podejmowane w związku ze: skierowaniem pacjenta do izolacji lub izolacji w warunkach domowych; skierowaniem pacjenta do leczenia w szpitalu oraz zlecaniem badań diagnostycznych w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Działając z mocy powyższej ustawy Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzeniem nr 187/2020/DSOZ uregulował zasady sprawozdawania oraz warunki rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 dla świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalach z racji polecenia lub nałożonego obowiązku.

Wojewoda decyzją administracyjną na podstawie art. 11 ust. 1 i 4 ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanymi nimi sytuacjami kryzysowymi w zw. z art. 42 ustawy z 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, oraz art. 104 ustawy z 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, wydawał dla podmiotów leczniczych polecenia do odwołania o realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 – poprzez zapewnienie odpowiedniej liczby łóżek np. obserwacyjnych, intensywnej terapii z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2.

W czasie pandemii wojewoda na wniosek szpitali udostępnił sprzęt i aparaturę medyczną, dysponował żołnierzy służby zasadniczej oraz wojsk obrony terytorialnej do pracy w szpitalu.

Powstał „System zabezpieczenia COVID-19” obejmujący IV poziomy:

- poziom I – łóżka dedykowane dla pacjentów z podejrzeniem SARS-CoV-2;
- poziom II – łóżka dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżka intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej;
- poziomi III – realizacja świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu;
- poziom IV – hybrydowy, łóżka dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżka respiratorowe oraz udzielanie świadczeń wyłącznie pacjentom z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 wskazanych w poleceniu z wyłączeniem świadczeń, w odniesieniu do których dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydał zgodę na ich udzielanie również pacjentom innym niż zakażeni wirusem SARS-CoV-2.

Szpitala, które uzyskały decyzję wojewody o utworzeniu oddziału covidowego, w krótkim czasie – dzięki uzyskanemu wsparciu w postaci doposażenia w sprzęt (kardiomonitory, respiratory, łóżka), środki ochrony indywidualnej (takie jak: maski, rękawiczki, środki dezynfekcyjne) oraz wprowadzonym doraźnym zmianom organizacyjnym m.in. w zakresach udzielanych świadczeń sprostaly wymogom i uruchamiały oddział lub oddziały covidowe zgodnie z zaleceniami (np. w miejsce oddziału rehabilitacji nieczynnego z powodu zawieszenia przyjęć pacjentów powoływano oddział covidowy).

W początkowej fazie pandemia wpłynęła na wysoką absencję chorobową wśród personelu szpitali, która stanowiła duży problem przy wdrażaniu niezbędnych zmian organizacyjnych w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej – również w trybie jedyniennym covidowym (brak zainteresowania leczeniem covidu przez specjalistów np. z dziedzin zabiegowych). Szpitale stanęły w obliczu braków kadrowych, a niespotykane dotychczas nasilenie rotacji pracowników medycznych szczególnie wśród lekarzy i pielęgniarek stanowiło podstawowy element ryzyka przy realizacji powierzonych zadań. Sytuacja uległa poprawie z chwilą wprowadzenia, zwłaszcza dla personelu jednostek medycznych, szczepień ochronnych przeciw covid oraz zachęt w postaci dodatkowego 100% wynagrodzenia między innymi dla lekarzy, pielęgniarek, ratowników oddziałów covidowych i jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego (Zespołów Specjalistycznych, Podstawowych).

Priorytetowe podejście systemu ochrony zdrowia do walki z covid przy jednoczesnym ograniczeniu dostępu pacjenta „niecovidowego” do lekarza pierwszego kontaktu oraz opieki szpitalnej przyspieszyło, a właściwe wymusiło korzystanie z istniejących rozwiązań związanych z teleporadą, e-receptą, e-zwolnieniem L4, e-skierowaniem oraz dostępem do elektronicznej dokumentacji medycznej.

Powszechne wykorzystanie zdalnej diagnostyki i poradnictwa zwiększyło obciążenie placówek medycznych w zakresie wydatków na wyposażenie w narzędzia, sprzęt teleinformatyczny oraz oprogramowanie spełniające wymogi bezpieczeństwa przy przetwarzaniu danych szczególnej kategorii, jakimi są dane dotyczące zdrowia.

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania zobowiązał podmioty lecznicze do stosowania właściwych zabezpieczeń. Wśród obowiązków jest:

- a) systematyczne szacowanie ryzyka zagrożeń oraz zarządzanie ryzykiem;

- b) opracowanie i stosowanie udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji, systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania; stosowanie środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń, uwzględniających najnowszy stan wiedzy; dbałość o aktualizację oprogramowania;
- c) bieżąca kontrola funkcjonowania organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;
- d) przygotowanie i realizacja planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.

Mając na względzie sprostanie obowiązującym wymogom szpitale mogą korzystać w kwestiach dotyczących udokumentowania opracowanych i wdrożonych lub planowanych do wdrożenia zaleceń i regulacji dotyczących obszaru bezpieczeństwa informacji z międzynarodowej normy PN-ISO/IEC 27001. Opracowanie w oparciu o powyższą normę wewnętrznej polityki bezpieczeństwa informacji zapewni odpowiedni poziom bezpieczeństwa informacji dla całej organizacji (Szpitala), ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych osobowych, wymogów krajowego systemu cyberbezpieczeństwa (KSC) oraz krajowych ram interoperacyjności (KRI). Zarządzanie bezpieczeństwem informacji znacząco ogranicza ryzyko utraty poufności, integralności oraz dostępności do przetwarzanych danych – zwłaszcza szczególnej kategorii – jakimi są dane dotyczące zdrowia.

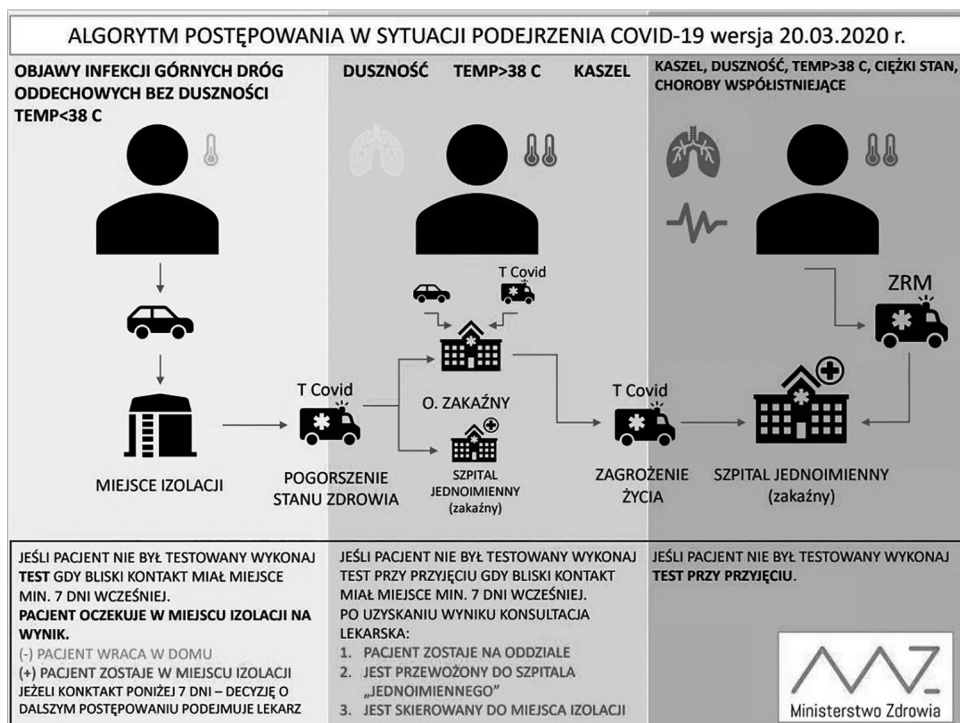
## **10. Ochrona i bezpieczeństwo personelu, pacjentów – wytyczne, zalecenia, procedury**

Pandemia zweryfikowała dotychczasowe doświadczenia w zakresie rozwiązań prawno-organizacyjnych systemu ochrony zdrowia również w Polsce. Odpowiedzialne organy państwa szczebla rządowego, samorządowego, instytucje nadzoru i kontroli, jednostki naukowo-badawcze, a zwłaszcza zakłady opieki zdrowotnej podjęły wyłączone działania zmierzające do opanowania wyjątkowej sytuacji kryzysowej w obliczu niedoboru czasu, kadry, sprzętu oraz uruchamiania oddziałów covidowych.

Mając na względzie maksymalizację wykorzystania posiadanych zasobów w placówkach medycznych (we wszystkich zakresach – podstawowej opiece zdrowotnej, specjalistycznej, szpitalnej oraz ratownictwie medycznym) na podstawie publikowanych przez Resort Zdrowia, Konsultantów Krajowych, Instytuty Badawcze, a nawet Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polskiego Zakładu Ubezpieczeń zaleceń, rekomendacji i wytycznych, przystąpiono do aktualizowania oraz wdrażania stosownych polityk, procedur, instrukcji. Poszczególne szpitale w ramach już obowiązujących rozwiązań organizacyjnych zaktualizowały, a niekiedy wdrożyły nowe polityki, procedury oraz instrukcje dotyczące np. zasad stosowania środków ochrony indywidualnej dla personelu, postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, przyjmowania pacjentów w SOR w czasie pandemii koronawirusa, postępowania w przypadku wyhodowania wirusa SARS-CoV-2 od pacjenta lub personelu, pobierania i transportu materiału do badań metodą RT-RCP – w kierunku zakażeń powodowanych przez SARS-CoV-2.

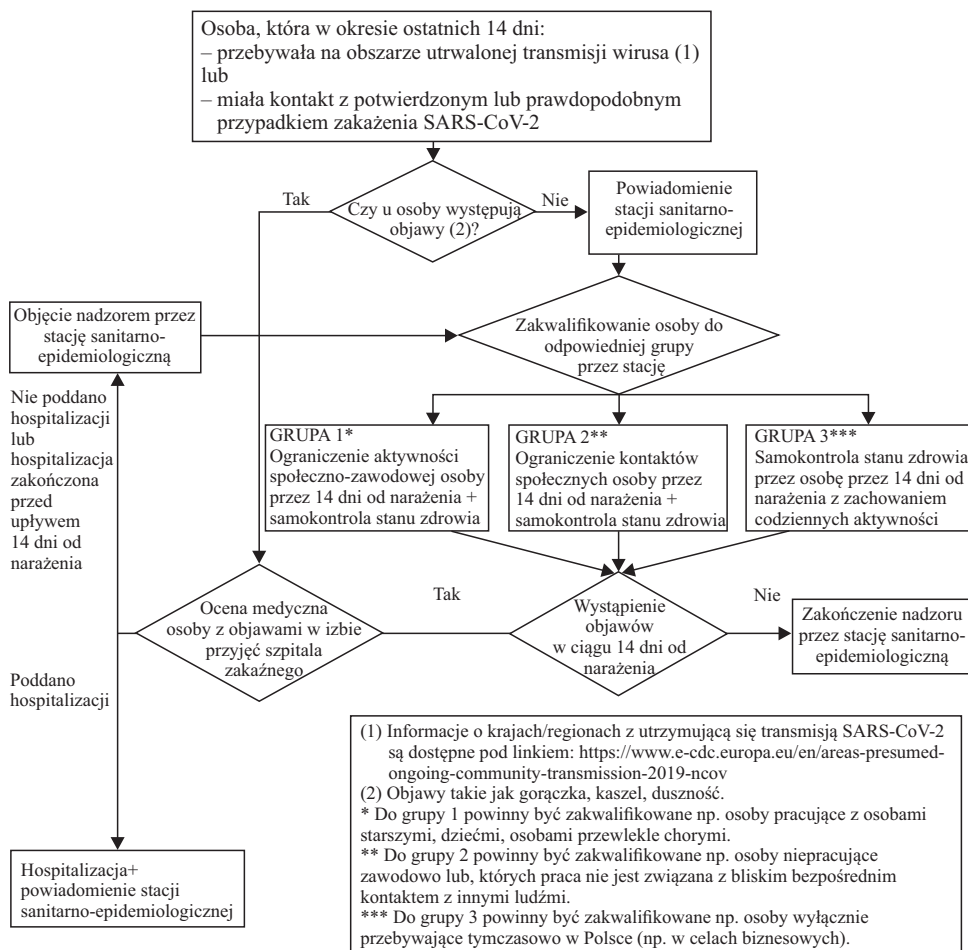
Główny Inspektor Sanitarny 27 lutego 2020 r. przedstawił informację dla szpitali oraz zasady postępowania epidemiologicznego i medycznego w związku z ryzykiem zawleczenia na obszar Polski nowego koronawirusa (SARS-CoV-2). Informacja obejmowała definicję przypadku zakażenia z uwzględnianiem kryterium:

- klinicznego tj. „Każda osoba, u której wystąpił Grupa A. Kryteria wymagające dodatkowo spełnienia kryterium epidemiologicznego. Co najmniej jeden z wymienionych objawów ostrej infekcji układu oddechowego: – gorączka – kaszel – duszność Grupa B. Kryteria niewymagające spełnienia kryterium epidemiologicznego – osoba hospitalizowana, diagnozowana w kierunku wirusowego zapalenia płuc lub z objawami ciężkiej infekcji układu oddechowego – osoba należąca do ogniska/klastra wirusowego zapalenia płuc o nieznannej etiologii”;
- laboratoryjnego – „Kryteria przypadku potwierdzonego: – wykrycie kwasu nukleinowego COVID-19 z materiału klinicznego 1 potwierdzone badaniem molekularnym ukierunkowanym na inny obszar genomu wirusa 2. Kryteria laboratoryjne przypadku prawdopodobnego: Co najmniej jedno z następujących kryteriów: – dodatni wynik testu w kierunku obecności koronawirusów (pan-coronavirus test) – niejednoznaczny wynik badania wykrywającego kwas nukleinowy COVID-19”;
- epidemiologicznego – „Każda osoba, która w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów spełniała co najmniej jedno z następujących kryteriów: – miała bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym). Jako bliski kontakt należy rozumieć:



Ryc. 2. Algorytm postępowania w sytuacji podejrzenia COVID-19, 20.03.2020 r.

Źródło: Kolegium lekarzy rodzinnych, <https://klrwp.pl/strona/663/schemat-postepowania-mz/pl>, 30.11.2021.



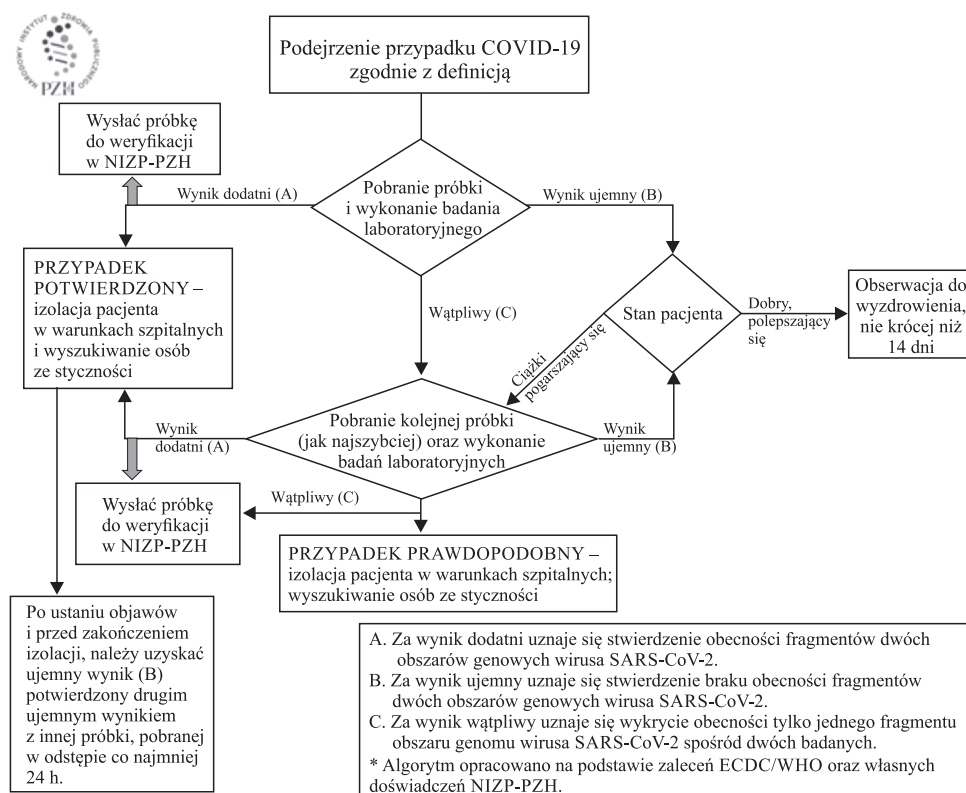
Ryc. 3. Algorytm kwalifikacji osoby do dalszego postępowania jeśli miała kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie koronawirusem lub w okresie 14 dni przebywała na obszarze, gdzie występują przypadki zakażeń. Postępowanie rozstrzygające podejmują pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej

**Źródło:** Zasady postępowania epidemiologicznego i medycznego w związku z ryzykiem zawleczenia na obszar Polski nowego koronawirusa (SARS-CoV-2), <https://www.gov.pl/web/gis/zasady-postepowania-epidemiologicznego-i-medycznego-w-zwiazku-z-ryzykiem-zawleczenia-na-obszar-polski-nowego-koronawirusa-sars-cov-2-aktualizacja-na-dzien-14-lutego-2020r>, 30.11.2021.

- 1) zamieszkiwanie z przypadkiem COVID-19, 2) bezpośredni kontakt fizyczny z przypadkiem COVID-19 (np. podanie ręki), 3) bezpośredni kontakt bez zabezpieczenia z wydzielinami osoby z COVID-19 (np. dotykanie użytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej), 4) przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) osoby chorej, w odległości mniejszej niż 2 m przez ponad 15 minut, 5) przebywanie w tym samym pomieszczeniu co osoba chora COVID-19 w odległości mniejszej niż 2 m przez co najmniej 15 minut (np. klasie, poczekalni szpitala/przychodni, sali konferencyjnej), 6) personel medyczny lub inna osoba

bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób chorych na COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia lub w przypadku gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej, 7) kontakt na pokładzie samolotu i innych zbiorowych środków transportu obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19, osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu); – podróżowała/przebywała w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się szeroko rozpowszechnioną transmisję COVID-19; – powróciła z obszaru, w którym podejrzewa się lokalną lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisję COVID-19 i której stan kliniczny został oceniony przez lekarza jako wymagający diagnostyki w kierunku COVID-19”.

Wskazana kwalifikacja przypadków na A – podejrzenie przypadku, B – przypadek prawdopodobny, C – przypadek potwierdzony oraz opracowane algorytmy definiowały sposób postępowania personelu medycznego zwłaszcza wobec pacjentów.



Ryc. 4. Algorytm postępowania diagnostycznego z 5 marca 2020 r. PZH

Źródło: Algorytm postępowania diagnostycznego w przypadku osób zakażonych/podejrzanych o zakażenie 2019-nCoV od 5.03.2020, <https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/229747,algorytm-postepowania-diagnostycznego-w-przypadku-osob-zakazonych-podejrzanych-o-zakazenie-sars-cov-2>, 30.11.2021.



**Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych i Prezesa Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z dnia 15-03-2020**

W obecnej sytuacji epidemiologicznej związanej ze stwierdzeniem transmisji lokalnej koronawirusa SARS-CoV-2 w Polsce, zgodnie z zaleceniami ECDC rekomenduje się przyjąć następujący sposób postępowania:

Osobą spełniającą kryteria przypadku podejrzanego o COVID-19 jest pacjent z ostrą infekcją dróg oddechowych o nagłym początku i przynajmniej z jednym z objawów:

**KASZEL, GORĄCZKA, DUSZNOŚĆ**

Dodatkowo prawdopodobieństwo COVID-9 wzrasta, jeśli wystąpiło jedno z poniższych:

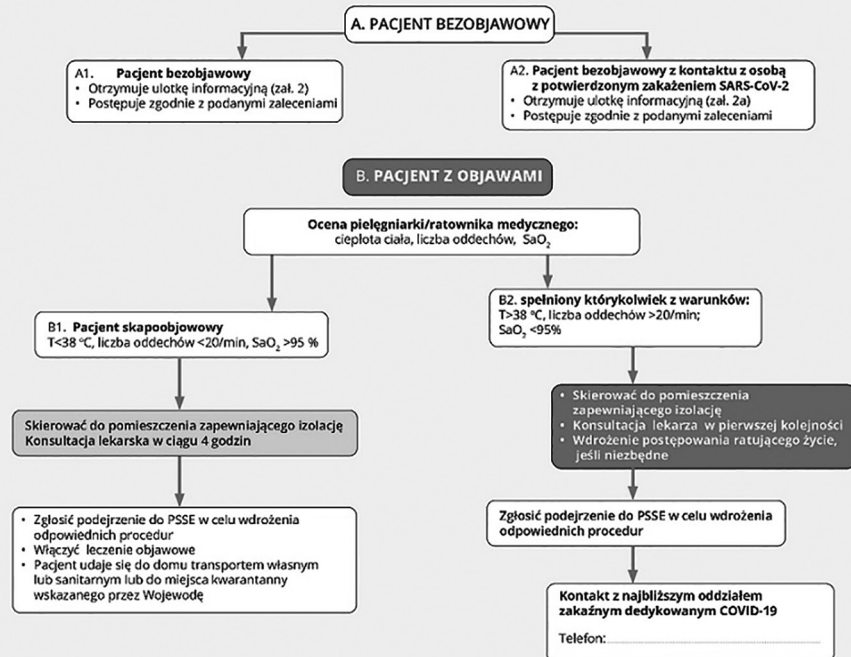
- a) bliski kontakt z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem COVID-19 w ostatnich 14 dniach  
lub
- b) wyjazd podróży lub pobytu w ostatnich 14 dniach, licząc od początku choroby, w regionie w którym odnotowano zachorowania na COVID-19  
lub
- c) ciężki stan wymagający hospitalizacji przy braku innej etiologii mogącej tłumaczyć obraz kliniczny.

W każdej jednostce ochrony zdrowia, do której się taka osoba się zgłosi, należy stosować następującą procedurę:

1. **pacjent** wypełnia ankietę według załącznika 1
2. **personel** jednostki ochrony zdrowia postępuje zgodnie z podanym poniżej algorytmem postępowania.

**ALGORYTM POSTĘPOWANIA Z OSOBAMI Z PODEJRZENIEM COVID-19**

Każdy pacjent zgłaszający się do każdej placówki ochrony zdrowia i/lub SOR/izby Przyjęć z podejrzeniem COVID-19 otrzymuje i zakłada maskę zakrywającą nos i usta oraz otrzymuje zalecenie zachowania odległości co najmniej 1m od innych osób i wypełnia ankietę (zał. 1)



Ryc. 5. Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych i prezesa Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

Źródło: Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych z 15 marca 2020 r., <https://www.mp.pl/covid19/covid19-aktualnosci/230063,zalecenia-konsultanta-krajowego-ds-chorob-zakaznych-i-prezesa-pt-eilchz>, 30.11.2021.

Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych i prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych 15 marca 2020 r. przedstawili zalecenia oraz algorytm postępowania z osobami podejrzanymi o COVID gdzie:

- wskazano osobę spełniającą kryteria przypadku podejrzanego;
- przypadki prawdopodobieństwa wystąpienia zachorowania;
- postępowanie z pacjentem bezobjawowym i objawowym.

Rekomendacje określone w opracowaniu pod redakcją: prof. dr hab. n. med. Walerii Hryniewicz z lek. Grzegorza Dubiela *Profilaktyka zakażeń powodowanych przez SARS-CoV-2 w zakładach opieki zdrowotnej* autorzy zalecają:

1. „Dla pracowników w celu zmniejszenia ryzyka transmisji zakażenia poprzez:
  - a) noszenie maski chirurgicznej w przypadku objawów ze strony układu oddechowego i przestrzeganie higieny rąk po wyrzuceniu maski,
  - b) utrzymywanie fizycznej odległości (minimum 1 metr, zalecane 1,5–2 m) od innych osób, częstą dezynfekcję/mycie rąk,
  - c) unikanie dotykania oczu, nosa i ust,
  - d) przestrzeganie higieny kaszlu poprzez kaszel lub kichanie w chusteczkę lub zgięty łokieć, a następnie natychmiastowe wyrzucenie chusteczki i wykonanie dezynfekcji rąk,
  - e) rutynowe mycie/dezynfekcję powierzchni.
2. Podczas oceny stanu zdrowia pacjentów przy przyjęciu do szpitala (TRIAGE):
  - a) podczas przyjęcia do szpitala w izbie przyjęć/oddziale ratunkowym, jak i przy przyjęciu do przychodni przyszpitalnej/oddziałów dziennych szpitala powinna być prowadzona ocena stanu zdrowia pacjentów pod kątem występowania objawów COVID-19 i kontaktu z osobami z zakażeniem;
  - b) w izbie przyjęć powinny być wydzielone dwie oddzielne strefy dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19 oraz poddawanych kwarantannie i dla pozostałych pacjentów”.

4 marca 2020 w związku z COVID 19 Rada Naukowa Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych, organ doradczy i konsultacyjny w obszarze medycznym, opracowujący standardy oraz wytyczne w zakresie minimalizacji ryzyka medycznego (<https://www.tuwpzuw.pl/covid-19-rekomendacje-tuwpzuw.html>, 30.11.2021), przedstawiła rekomendacje dla podmiotów leczniczych obejmujące:

- „1. Rozwiązania organizacyjne – „ścieżka” dla pacjentów:
- a) najlepiej, aby trakt komunikacyjny, poczekalnia i punkt przyjęć zlokalizowane były poza głównym traktem przyjęć do szpitala, może być to wydzielona część budynku albo tymczasowo wydzielone pomieszczenie, z poczekalnią, może być to także ogrzewany namiot/kontener przy izbie przyjęć/SOR;
  - b) wydzielone pomieszczenie/pomieszczenia dla pacjentów z podejrzeniem choroby koronawirusowej powinny mieć zabezpieczony dostęp do toalety (optymalnie);
  - c) pomieszczenie należy wyposażać w:
    - środki ochrony osobistej,
    - termometr,
    - pulsoksymetr,
    - dostęp do gazów,
    - kardiomonitor (opcjonalnie)/EKG (opcjonalnie),

- dostęp do pobrania krwi i badań mikrobiologicznych oraz diagnostyki radiologicznej i laboratoryjnej, zestaw do resuscytacji,
  - środki do dezynfekcji rąk, narzędzi i powierzchni;
  - d) należy wyznaczyć osobę spośród personelu, która skoordynuje ruch pacjentów w ww. pomieszczeniu/pomieszczeniach;
  - e) ocena pacjentów powinna być przeprowadzana na jak najwcześniejszym etapie np. poprzez instalację domofonu przy wejściu do izby przyjęć/oddziału ratunkowego albo wydzielenie oddzielnego traktu komunikacyjnego i poczekalni dla pacjentów z objawami zakażenia układu oddechowego;
  - f) celem jednoznacznej komunikacji należy przygotować plakat informacyjny dla pacjentów, wskazujący drogi komunikacji i tryb zgłoszenia oraz poinformować/przeszkolić personel medyczny, ochronę szpitala, pracowników rejestracji i szatni o ww. zasadach postępowania;
  - g) Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadza w trybie pilnym szkolenia całego personelu, ze szczególnym uwzględnieniem personelu izby przyjęć/SOR;
  - h) przy wejściu do izby przyjęć/SOR zamontować należy dozowniki z płynem do dezynfekcji rąk w dozownikach uruchamianych bez kontaktu z dłonią.
2. Kryteria kliniczne.
3. Kryteria laboratoryjne.
4. Rejestracja pacjentów – po zgłoszeniu pacjenta do wyznaczonego punktu w IP lub SOR:
- a) pracownik rejestracji przeprowadza uproszczony wywiad potwierdzający występowanie u pacjenta ww. objawów oraz styczność z ogniskiem epidemicznym/osobą zakażoną;
  - b) podczas wywiadu epidemiologicznego należy ustalić również wszystkie osoby, z którymi pacjent miał kontakt;
  - c) dane te mogą być pomocne przy wdrażaniu kwarantanny, w razie potwierdzenia zakażenia;
  - d) wywiad jest zbierany, w miarę możliwości bez kontaktu bezpośredniego twarzą w twarz (szyba działowa, komunikator głosowy etc.), a jeśli nie ma takich możliwości, pracownik rejestracji rozmawia z pacjentem po założeniu maski i okularów ochronnych. Należy spytać o objawy kliniczne, czas ich występowania oraz styczność w ciągu 14 dni z ogniskiem epidemii lub osobą z zakażeniem układu oddechowego.
5. Kolejne kroki:
- a) jeśli po zebraniu wywiadu pacjent spełnia kryteria, otrzymuje maskę chirurgiczną i oczekuje na dalsze działania;
  - b) rejestracja wzywa personel medyczny, uprzedzając o ryzyku kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie koronawirusem;
  - c) personel medyczny (lekarz, pielęgniarka) zajmujący się pacjentem, jest zabezpieczony indywidualnymi środkami ochronnymi: maską/półmaską twarzową (co najmniej FFP2), okularami/gogle, fartuchem barierowym/kombinezonem, rękawiczkami ochronnymi;
  - d) pacjent jest przeprowadzony do pomieszczenia izolacyjnego, w którym podejmowane są kolejne czynności (pełne badanie podmiotowe i przedmiotowe).
6. Po zbadaniu pacjenta, ustala się dalsze postępowanie – tj. wskazania do hospitalizacji i dalszej diagnostyki w kierunku choroby zakaźnej (m.in. w zależności od

wskazań: morfologia, CRP, prokalcytonina, transaminazy, LDH, RTG kl. piersiowej, saturacja, szybki test w kierunku grypy i innych patogenów oddechowych):

- a) jeśli nie ma wskazań do hospitalizacji, mimo występujących objawów infekcji – pacjent jest kierowany do leczenia domowego z ZLA wystawionym w szpitalu;
- b) jeśli są wskazania do hospitalizacji – o ile jest to możliwe, należy przesłać pacjenta do szpitala zakaźnego albo innej wytypowanej przez wojewodę placówki, specjalistycznym transportem, jeśli brak miejsc w ww. szpitalach, należy zabezpieczyć miejsce w szpitalu, adekwatnie do stanu pacjenta;
- c) jeśli pacjent pozostaje w szpitalu, do którego się zgłosił, należy wdrożyć procedurę transportu i izolacji kropelkowej, a w oddziale, w którym będzie przebywał zabezpieczyć salę z możliwością izolacji kropelkowej; pacjent – oczekując na badania – nie opuszcza wyznaczonej strefy izolacji i ma założoną maskę, która może być używana maksymalnie przez 1 godzinę; po użyciu maskę należy usunąć do odpadów zakaźnych i założyć pacjentowi świeżą maseczkę, o ile jest taka potrzeba;
- d) w pomieszczeniu izolacyjnym, jeśli nie ma wentylacji mechanicznej, zaleca się stosowanie przepływowych urządzeń dezynfekujących powietrze dopuszczonych do użycia w obecności ludzi;
- e) po opuszczeniu przez pacjenta strefy izolacji, przeprowadza się dezynfekcję pomieszczeń, w których przebywał pacjent, w szczególności powierzchni dotykowych – środkami dezynfekcyjnymi o działaniu wirusobójczym (wirus SARS-CoV-2 jest wirusem otoczkowym o pełnej wrażliwości na podstawowe preparaty biobójcze o spektrum działania wirusobójczym);
- f) odpady medyczne powstałe podczas opieki nad pacjentem są traktowane jak odpady medyczne zakaźne i przekazywane w czerwonych workach do utylizacji”.

12 marca 2020 r. opublikowano Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) – kierowane do personelu medycznego oraz służb sanitarno-epidemiologicznych obejmują sugerowany zestaw środków ochrony indywidualnej oraz zasady dezynfekcji rąk, zakładania i zdejmowania odzieży ochronnej.

Typ	Sprzęt
Ochrona układu oddechowego	Półmaska FFP2 lub FFP3 (z zastawką lub bez)*
Ochrona oczu	Gogle/okulary ochronne lub przyłbica
Ochrona ciała	Wodoodporny fartuch z długim rękawem (np. chirurgiczny)
Ochrona rąk	Rękawiczki

Ryc. 6. Minimalny zestaw ŚOI przeznaczony dla personelu opiekującego się pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19)

\* W przypadku braku półmasek FFP2/FFP3 zaleca się stosowanie zwykłych maseczek chirurgicznych. W takim wypadku należy na bieżąco oceniać ryzyko i adekwatność ŚOI w kontekście konkretnych pacjentów.

**Źródło:** Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19), <https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/229175,zalecenia-ecdc-dotyczace-zakladania-i-zdejmowania-srodkow-ochrony-indywidualnej-w-czasie-opieki-nad-pacjentami-z-podejrzeniem-lub-potwierdzonym-zakazeniem-wirusem-sars-cov-2-covid-19,2.12.2021>.

Problemy występujące w szpitalach będących w sieci szpitali są porównywalne i dotyczą spraw organizacyjnych, kadrowych, finansowych jak również zaopatrzenia w środki ochrony indywidualnej, sprzęt i aparaturę medyczną, tlen. Szpitale funkcjonujące dotychczas w określonych stabilnych warunkach w czasie pandemii zostały poddane nowym, dynamicznym zmianom organizacyjnym w celu dostosowania posiadanych zasobów do wymagań epidemiologicznych przy leczeniu chorych na COVID-19. Zmiana profilu istniejących zasobów sprzętowych i kadrowych np. chirurgii, rehabilitacji na oddziały covidowe, każdy szpital prowadził indywidualnie, poprzez między innymi wdrażanie niezbędnych do bezpiecznego funkcjonowania procedur „covidowych” np.:

- procedurę stosowania środków ochrony indywidualnej dla personelu szpitala podczas opieki nad pacjentami podczas pandemii koronawirusa;
- procedurę postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2;
- procedurę przyjmowania pacjentów w SOR w czasie pandemii koronawirusa;
- procedurę postępowania w przypadku wyhodowania wirusa SARS-CoV-2 od pacjenta lub personelu;
- procedurę pobierania i transportu materiału do badań metodą RT-RCP – w kierunku zakażeń powodowanych przez SARS-CoV-2.

Wprowadzane na obszarze kraju obostrzenia pandemiczne znacząco ograniczyły, a niekiedy uniemożliwiły dostęp do leczenia szpitalnego pacjentom z innymi jednostkami chorobowymi. W obliczu narastającej fali zachorowań na covid na szczeblu centralnym podjęto decyzję o powołaniu szpitali tymczasowych, jednoimiennych dedykowanych chorym „covidowym”, umożliwiło to przywrócenie przyjęć planowych w szpitalach będących w sieci.

Realizacja zadań w dobie pandemii wymaga umiejętnego zarządzania zmianą polegającą m.in. na zabezpieczeniu pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej, leków, tlenu, środków ochrony indywidualnej, żywienia, gospodarki odpadami medycznymi, transportu sanitarnego, których sprawne utrzymywanie przekłada się na bezpieczeństwo personelu oraz pacjentów.

Rozmiar pandemii oraz niepewność co do czasu jej trwania wskazuje na konieczność podjęcia długofalowych działań organizacyjnych umożliwiających sprostanie sytuacjom kryzysowym w nadchodzących latach, a „Współczesne problemy bezpieczeństwa ekologicznego i zdrowotnego określają potrzebę współpracy w procesie badawczym z różnymi środowiskami naukowymi” (Konieczny, 2014, s. 24).

Zbieżne założenie zaprezentowano w ogłoszonym 16 września 2021 r. Stanowisku 21. zespołu ds. COVID-19 przy prezesie PAN – Aby walka z pandemią była efektywna, potrzebny jest szerszy dostęp do danych (*Polska Akademia*).

Danymi o zdrowiu publicznym, a w przypadku pandemii informacjami dotyczącymi bezpośrednich doświadczeń organizacyjnych skutecznych w sytuacjach nagłych dysponują szpitale i placówki medyczne świadczące usługi opieki zdrowotnej. Tak jak w przypadku realizacji obowiązków sprawozdawczych wynikających ze statystyki publicznej generują informacje dla GUS, NFZ, GIS czy organów centralnych takich jak: ministerstwa, instytuty badawcze, uniwersytety, samorządy zawodów medycznych, jednostki samorządu terytorialnego szczebla wojewódzkiego, powiatowego i gminnego, lokalne społeczności. Efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów może

zwiększyć bezpieczeństwo zdrowia publicznego. Wymiana informacji sprzyja prewencji i profilaktyce, gdyż „Mimo intensywnego rozwoju nauk i technologii nie można mówić o wykluczeniu większości chorób, przedwczesnych zgonów czy wypadków, w miejsce dotychczasowych problemów pojawiają się nowe. Postępujące starzenie się populacji, niedofinansowanie systemów zabezpieczenia zdrowotnego i społecznego oraz zagrożenia cywilizacyjne wymagają podejmowania skutecznych działań prewencyjnych. Doświadczenia utwierdzają w przekonaniu, iż najbardziej efektywnym sposobem utrzymania populacji w długim zdrowiu jest profilaktyka, natomiast jej charakter oraz zasięg zależy od sytuacji społecznej, warunków ekonomicznych oraz przyjętej polityki zdrowotnej” (Prussak, 2019).

Nowe wyzwania zdrowotne wymusiły konieczność wprowadzenia restrukturyzacji szpitali działających w „sieci”. W planach na rok 2022 dotyczących projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa resort zdrowia zakłada, że „szpitale będą zmieniać profil swojej działalności, tak aby dostosować do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali. Celem ustawy ma być także współpraca pomiędzy podmiotami nadzorującymi oraz pomiędzy podmiotami szpitalnymi, w tym w zakresie konsolidacji funkcji medycznych i koncentracji zasobu ludzkiego oraz świadczeń” (<https://www.prawo.pl/zdrowie/reforma-i-restrukturyzacja-szpitali-projekt-ustawy-o-modernizacji,509342.html>, 14.12.2021).

## Wnioski

Doświadczenia w prowadzeniu przez szpitale działalności w stanie pandemii roku 2020 oraz 2021, utrwaliły problemy znane takie jak: mnogość zaleceń, komunikatów, instrukcji oraz stanowisk; niedobry kadr medycznych – lekarzy, pielęgniarek oraz uwypukliły dodatkowe takie jak przerwanie łańcucha opieki nad pacjentem niecovidowym oraz powszechne wdrożenie narzędzi teleinformatycznych w procesie diagnozowania i leczenia na skalę dotychczas niespotykaną.

Działalność szpitali w pandemii wykazała na konieczność:

- 1) stworzenie systemu, który w sposób czytelny określi zasady funkcjonowania szpitali w sytuacjach kryzysowych, wyjątkowych, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa zasobów kadrowych oraz alokacji aparatury, sprzętu medycznego jak również wykorzystania baz danych i narzędzi teleinformatycznych;
- 2) zachowania ciągłości łańcucha opieki zdrowotnej dla poszczególnych grup pacjentów.

## Bibliografia

GIS – informacja dla szpitali oraz zasady postępowania epidemiologicznego i medycznego w związku z ryzykiem zawleczenia na obszar Polski nowego koronawirusa (SARS-CoV-2), <https://www.gov.pl/web/gis/zasady-postepowania-epidemiologicznego-i-medycznego-w-zwiazku-z-ryzykiem-zawleczenia-na-obszar-polski-nowego-koronawirusa-sars-cov-2-aktualizacja-na-dzien-14-lutego-2020r,15.11.2021>.

- <https://www.gov.pl/web/zdrowie/mapa-potrzeb-zdrowotnych>.
- <https://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/niezbednik-pacjenta/siec-szpitali-na-czym-polegaj-kto-re-szpitali-sa-w-sieci-lista-aa-Tx1h-eAd4-JMvu.html>.
- <https://www.prawo.pl/zdrowie/zmiana-terminu-kwalifikacji-do-sieci-szpitali,507131.html>, 3.12.2021.
- <https://www.prawo.pl/zdrowie/reforma-i-restrukturyzacja-szpitali-projekt-ustawy-o-modernizacji,509342.html>, 14.12.2021
- Konieczny J. (2014), *Bezpieczeństwo w zrównoważonym rozwoju. Projekt badań zintegrowanych*, w: *Studia nad bezpieczeństwem. Teoria i praktyka człowiek – technika – środowisko*, red. J. Konieczny, M. Skarżyński, Poznań.
- Konieczny J., Skarżyński M. (red.) (2014), *Studia nad bezpieczeństwem. Teoria i praktyka człowiek – technika – środowisko*, Poznań.
- Polska Akademia Nauk w walce z pandemią*, <https://bip.pan.pl/artukul/209/758/aby-walka-z-pandemia-byla-efektywna-potrzebny-jest-szerszy-dostep-do-danych- stanowisko-nr-21-z-16-wrzesnia-2021r>, 3.12.2021.
- Prussak E. (2020), *Profilaktyka w ujęciu zdrowia publicznego, w systemie zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce*, „Medyczna Wokanda”, Naczelna Izba Lekarska, <http://www.wil.org.pl/>.
- Wytyczne Rady Naukowej TUW PZUW z 3 marca 2020 r. dla podmiotów, wykonujących działalność leczniczą, udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie postępowania z pacjentami z podejrzeniem zakażenia koronawirusem*, <https://www.tuwpzuw.pl/covid-19-rekomendacje-tuwpzuw.html>, 30.11.2021.
- Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)*, <https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/229175,zalecenia-ecdc-dotyczace-zakladania-i-zdejmowania-srodkow-ochrony-indywidualnej-w-czasie-opieki-nad-pacjentami-z-podejrzeniem-lub-potwierdzonym-zakazeniem-wirusem-sars-cov-2-covid-19>, 2.12.2021.
- Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych z 15 marca 2020 r.*, <https://www.mp.pl/covid19/covid19-aktualnosci/230063,zalecenia-konsultanta-krajowego-ds-chorob-zakaznych-i-prezesa-pteilchz>, 30.11.2021.

## Hospital network in the public safety system based on the experience of COVID-19

### Summary

The challenges initiated by the year 2020 constitute the right moment to review and verify the existing organizational solutions in terms of the so far little known, concerning hospital management in a pandemic situation, epidemic threat. The purpose of this article is to review the applicable standards governing the operation of hospitals and experience in the pandemic in implementing organizational changes caused by the launch of “covid wards”.

**Key words:** pandemic, covid, procedures

