



SYSTEM OCHR

na miarę potrzeb oraz współ



Fot. iStockphoto.com

GRZEGORZ GIELERAK

Wstęp

Niezbędna jest jak najszybsza modyfikacja krajowego medycznego systemu ochrony i obrony ludności przed skutkami zdarzeń kryzysowych. Głównym celem tych zmian jest umożliwienie mu udzielania skutecznej pomocy podczas konfliktu zbrojnego toczącego się na własnym terenie. Realizacja tego zamierzenia wymaga rzetelnie zaplanowanej i przemyślanej konsolidacji i wykorzystania zgromadzonych w systemie zasobów, wspartych kompetencjami

szluzb i organów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo państwa.

Zmiany w polityce międzynarodowej i wynikające z nich zagrożenia dla Polski jasno pokazują, że wybrane zdolności operacyjne, które do tej pory były niemal wyłącznie domeną wojska, niezwłocznie powinny stać się również elementem cywilnych segmentów życia społeczno-gospodarczego. Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego narodu jest obowiązkiem zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, jak i szpitali wojsko-



TYLKO ZDROWIA

czesnych wyzwań i zagrożeń

wych. To zorganizowana forma odpowiedzialnego zaangażowania wszystkich uczestników rynku zdrowia w realizację zadań. Ich adekwatny do potrzeb i możliwości podział pomiędzy segmenty rynku jest kluczowym warunkiem budowy odpornego na sytuacje kryzysowe systemu ochrony zdrowia.

Krajowa sieć podmiotów leczniczych uczestniczących w działaniach na rzecz bezpieczeństwa państwa powinna obejmować jednostki gotowe do prowadzenia kompletnej wielospecjalistycznej pomocy medycznej ze szczególnym naciskiem na leczenie obrażeń pola walki.

W związku z nowymi okolicznościami kompetencje w zakresie taktycznej opieki bojowej nad poszkodowanymi nie mogą być tylko domeną zaangażowanych pasjonatów, ale powinny się stać powszechnym, głęboko uświadomionym obowiązkiem całego personelu medycznego. Dlatego jak najszybciej trzeba zmodyfikować programy szkolenia przed- i podyplomowego, poszerzając je o zagadnienia teoretyczne i praktyczne związane z medycyną pola walki. Podstawowym obszarem działalności krajowych podmiotów leczniczych w najbliższych miesiącach powinno się stać natomiast gromadzenie sprzętu i materiałów koniecznych do zapewnienia opieki medycznej w sytuacji kryzysowej, w tym w trakcie konfliktu zbrojnego.

Państwo odporne na zagrożenia, bezpieczne z perspektywy potrzeb społeczeństwa, wymaga posiadania kierunkowych, wariantowych planów działania, które pozwolą w jednych obszarach działalności odtworzyć, a w innych zbudować od nowa zdolności i kompetencje niezbędne do skutecznej odpowiedzi – neutralizacji skutków zagrożeń związanych z wystąpieniem sytuacji kryzysowej, w tym konfliktu zbrojnego toczącego się na własnym terenie. Bez ogromnego wysiłku, nowego sposobu myślenia i działania, porzucenia strategii opartej wyłącznie na zasobach i zdolnościach przeniesionych

w niezmienionej formie z epoki wiary w wieczny pokój, w nowy porządek „końca historii” nie zagwarantujemy przyszłym pokoleniom życia w pokoju. Zamiast tego oferujemy im niestabilność i zagrożenie spowodowane stałym ryzykiem wybuchu trzeciej w historii ludzkości światowej hekatomby.

Przedstawione w opracowaniu zmiany są niezbędne, aby polski system ochrony zdrowia osiągnął zdolność szybkiej i skutecznej odpowiedzi na zagrożenia związane z konfliktem zbrojnym. Z jednej strony to kwestia sporządzenia i realizacji w ramach obowiązkowego programu kształcenia kadr medycznych szkolenia w zakresie przeciwdziałania skutkom obrażeń pola walki, z drugiej – przygotowanie struktur państwa do skutecznej odpowiedzi na wszelkie ryzyka związane z konfliktem zbrojnym. Posiadanie odpowiedniej infrastruktury, rezerw materiałowych wraz z odwodami przeszkolonego personelu medycznego to dziś priorytety dla instytucji państwa.

Cel planowanych działań naprawczych i reorganizacyjnych

Cel główny to opracowanie strategii zabezpieczenia medycznego państwa w sytuacji kryzysu (K) i wojny (W) oraz w działaniach niekonwencjonalnych.

Cele dodatkowe:

- opracowanie zasad i warunków funkcjonowania spójnego i kompletnego krajowego systemu zabezpieczenia medycznego sytuacji kryzysowych, opartej na zasobach jednostek systemu państwowego ratownictwa medycznego oraz podmiotów leczniczych współpracujących z systemem;
- określenie warunków kwalifikacji i sposobu rozmieszczenia podmiotów szpitalnych oraz jednostek leczenia ambulatoryjnego wchodzących w skład krajowej sieci podmiotów zabezpieczenia medycznego czasu K i W;

ROSYJSKA INWAZJA NA UKRAINĘ

TO BARDZO WAŻNA LEKCJA

– SKUTKI KONFLIKTU PROWADZONEGO

W TRADYCYJNEJ FORMIE W ZAKRESIE

STRAT SANITARNYCH WYMAGAJĄ

W PRZEWAŻAJĄCEJ CZĘŚCI

KLASYCZNEGO PODEJŚCIA DO ZASAD

REALIZOWANIA POMOCY MEDYCZNEJ



ZDROWY POMYSŁ

RANKING INICJATYW REFORMATORSKICH

- wypracowanie warunków do powstania, utrzymania i doskonalenia zdolności prowadzenia na terenie kraju operacji połączonych w dziedzinie ratownictwa medycznego, uwzględniających specyfikę spodziewanych rodzajów zdarzeń kryzysowych. Są to działania ratownicze realizowane z udziałem uzupełniających się fachowo i organizacyjnie zasobów jednostek ratownictwa medycznego pozostających w różnej podległości resortowej;
- ujednoczenie norm prawnych, etatowych, wyposażenia, szkolenia i certyfikacji, systemów kierowania i dowodzenia związanych z organizacją oraz funkcjonowaniem jednostek ratownictwa medycznego statutowo uczestniczących w przeciwdziałaniu skutkom zdarzeń kryzysowych;
- opracowanie oraz wdrożenie krajowego systemu doskonalenia kadr medycznych podmiotów leczniczych w dziedzinie umiejętności związanych z udzielaniem pomocy osobom z obrażeniami pola walki.

Obszary prowadzonych analiz oraz tryb realizacji wypracowanych rekomendacji i zaleceń

Opisane w przedmiocie oceny zakresy zagadnień związanych bezpośrednio z celem projektu zostały ujęte w następujące grupy tematyczne:

- krajowe ratownictwo medyczne czasu kryzysu i wojny,
- podmioty lecznicze – organizacja i sposób realizacji zabezpieczenia medycznego w warunkach kryzysu i wojny oraz w działaniach niekonwencjonalnych,
- wojskowe podmioty szpitalne – rola i znaczenie w kreowaniu polityki obronnej i bezpieczeństwa państwa,
- kadry medyczne – nowe kompetencje i umiejętności w dziedzinie przeciwdziałania skutkom konfliktu zbrojnego,
- zabezpieczenie operacji niekonwencjonalnych.

Najważniejszym celem zamierzenia jest przygotowanie merytorycznych podstaw do przeprowadzenia kierunkowych zmian formalnoprawnych, strukturalnych i organizacyjnych, których zasadniczym celem jest podniesienie poziomu gotowości i zdolności operacyjnej struktur państwa odpowiedzialnych za zapewnienie pomocy medycznej na terenie kraju w warunkach K i W.

W celu nadania ujętym w projekcie zagadnieniom odpowiedniej rangi (priorytetu wykonawczego) ich realizację przewidziano w trzech oknach czasowych:

- grupa 1 – zadania pilne, realizowane w trybie natychmiastowym – 2–4 tygodnie,
- grupa 2 – zadania węzłowe, realizowane w trybie przyspieszonym – 3–6 miesięcy,
- grupa 3 – zadania planowe, realizowane w trybie odroczonym – 1–2 lata.

Zadania: grupa 1

Krajowe ratownictwo medyczne czasu K i W. Zespoły medyczne reagowania kryzysowego (ZMRK)

Kompletne zabezpieczenie potrzeb medycznych w odpowiedzi na zdarzenia kryzysowe wymaga powołania dwóch rodzajów zespołów medycznych:

- SOST (*Special Operations Surgical Team*) – niewielki operacyjny zespół medyczny, przede wszystkim chirurgiczno-anestezjologiczny, którego głównym zadaniem jest zaawansowane zabezpieczenie medyczne operacji specjalnych. Szczególne wykorzystanie zespołu jest przewidziane w sytuacji, gdy realizowane są zadania wysokiego ryzyka, a transport do placówki medycznej zdolnej do zaopatrzenia poszkodowanego może okazać się niemożliwy w istotnym z medycznego punktu widzenia czasie;
- LMSC (*Lightweight Mobile Surgical Capability*) – lekki, mobilny zespół chirurgiczny (poziom 1+). To wysoce specjalistyczny zespół szczególnie przydatny w miejscach, w których czas oczekiwania na ewakuację medyczną jest wydłużony, co może utrudniać wypełnienie wytycznych mówiących o potrzebie zapewnienia w ciągu dwóch godzin od urazu dostępu do zabiegów chirurgicznych ratujących życie. W przeciwieństwie do innych jednostek medycznych zespół koncentruje się na resuscytacji i opiece chirurgicznej. Placówka LMSC powinna zapewnić działania w zakresie *resuscitation damage control*, ratunkowych zabiegów chirurgicznych (*damage control surgery*) oraz ograniczonej intensywnej opieki pooperacyjnej jeszcze przed możliwie szybką ewakuacją do placówki o wyższym poziomie referencyjnym. Zespół powinien stanowić element systemu zabezpieczenia medycznego sytuacji kryzysowych w kraju.

Proponowany sposób organizacji i działania ZMRK stwarza warunki do możliwie najbardziej skutecznego i efektywnego wykorzystania posiadanych zasobów, podczas gdy jego alternatywa w postaci powszechnie dziś stosowanych rozwiązań dotyczących zaspokojenia wyłącznie jednej potrzeby operacyjnej jest nie tylko bardziej kosztowna, lecz także obciążona ryzykiem ograniczeń w dostępie do niezbędnych zasobów oraz utraty korzyści wynikających z efektu synergii działań.

Dostępność zasobów wymaganych do osiągnięcia stanu gotowości operacyjnej, i to bez konieczności ponoszenia dodatkowych nakładów i wydatków, podobnie jak elastyczność w aktywowaniu kolejnych zdolności do działania skalowana potrzebami określonymi rodzajem i zakresem sytuacji kryzysowej to tylko niektóre atuty ZMRK. Kompetentny zespół medyczny, program szkolenia zakończony jego certyfikacją, równomierne rozmieszczenie na terenie kraju bazy sprzętowo-materiałowej utrzymującej w gotowości środki



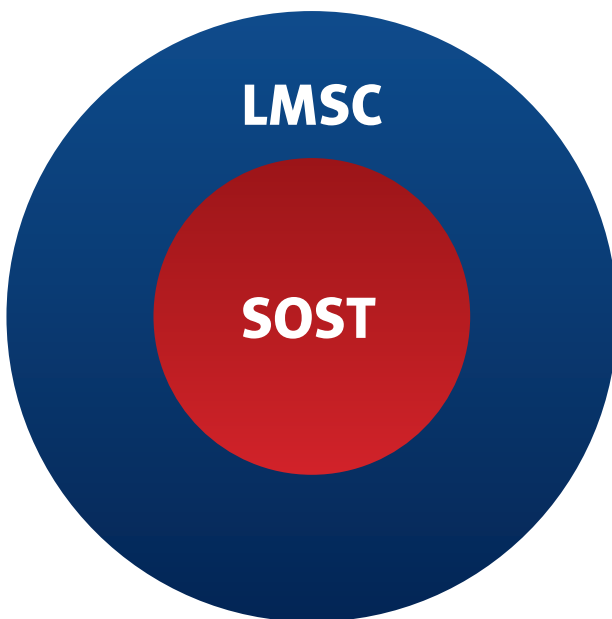
transportu, leki i materiały medyczne dopełniają obrazu.

Nowa funkcjonalność medyczna okresu kryzysu z powodzeniem może zostać rozwinięta i skoordynowana w kraju i poza jego granicami na podstawie kierunkowej decyzji uprawnionych organów państwa definiujących taką potrzebę.

Podstawowym celem budowania przedmiotowych kompetencji jest dążenie do utworzenia kompletnego systemu zabezpieczenia medycznego sytuacji kryzysowych, uwzględniającego specyfikę poniżej wymienionych okoliczności:

- rodzaj czynnika odpowiedzialnego za wystąpienie zdarzenia masowego,
- skala strat,
- czas reakcji (odpowiedzi),
- miejsce operacji oraz jego otoczenie – lokalne zagrożenia.

Konieczne jest zapewnienie możliwości elastycznego zarządzania zasobami zaangażowanymi w działania, dysponowania nimi, kompletowania i wykorzystania w zależności od bieżących potrzeb, a więc łatwego i szybkiego skalowania zdolności operacyjnej do wielkości zagrożenia związanego z kryzysem. Powinny one być oparte na tożsamy, zunifikowanych i podlegających okresowej certyfikacji standardach szkolenia, prowadzenia działań operacyjnych, wyposażenia i organizacji, gwarantować optymalne wykorzystanie oraz najwyższą jakość i bezpieczeństwo prowadzonych operacji (ryc. 1).



Rycina 1. Grupy operacyjne medycznego reagowania kryzysowego. Zadaniowa elastyczność i skalowalność proponowanego rozwiązania

Zaletami proponowanego sposobu organizacji zabezpieczenia medycznego sytuacji kryzysowych są:

- wielofunkcyjność – ujednolicony system szkolenia oraz efektywne zarządzanie zasobami kadrowymi, materiałowymi i sprzętowymi,
- zmotywowany, właściwie przeszkolony i gotowy do działania personel, z możliwością wykorzystania w warunkach konfliktów zbrojnych i zagrożenia terrorystycznego,
- działanie w trybie natychmiastowego wykorzystania.

Dodatkowe korzyści wynikające z dostępnego w Siłach Zbrojnych (SZ) wsparcia logistycznego:

- wykorzystanie wojskowego zaplecza sprzętowego – niewielkie nakłady na wyposażenie ZMRK w specjalistyczny sprzęt,
- utrzymanie zasobów sprzętowych i materiałowych w rejonowych bazach zaopatrzenia medycznego – minimalizacja kosztów sprzętowych i materiałowych tak po stronie wyposażenia, jak i przechowywania, rotacji.

Podmioty lecznicze – organizacja i sposób realizacji zabezpieczenia medycznego w warunkach kryzysu i wojny oraz w działaniach niekonwencjonalnych

Przygotowanie krajowego systemu ochrony zdrowia do kryzysów o charakterze podobnym jak obecny – migracyjny i zagrożenia wojennego – w porównywalnym stopniu jak nabycie zdolności do prowadzenia skutecznej pomocy medycznej podczas konfliktu zbrojnego toczącego się na własnym terenie jest dziś jednym z najważniejszych i najpilniejszych wyzwań organizacyjnych, jakie stoją przed systemem ochrony zdrowia w Polsce. Skala związanych z tym wyzwań – konieczność posiadania specyficznych zasobów materiałowych, odpowiedniej liczby przeszkolonego personelu medycznego, zdolności organizacyjnych – stanowi przesłankę do planowania działań realizowanych w trybie operacji wykorzystujących wszystkie dostępne w państwie zasoby i kompetencje.

Punktem wyjścia do przebudowy i otwarcia na zmieniającą się rzeczywistość jest poparte doświadczeniem przekonanie, że obecne zagrożenia budują potencjał, a wraz z nim warunki do nowego ustrukturyzowania systemu ochrony zdrowia oraz wzrostu jego produktywności. Z uwagi na potrzeby oraz możliwości najwłaściwsze wydaje się utworzenie na terenie kraju sieci szpitali, których rozmieszczenie, liczba i zdolności będą odpowiadać szacowanej wielkości strat sanitarnych związanych z potencjalnym konfliktem.

Profil jednostek tworzących krajową sieć szpitali powinien obejmować podmioty gotowe do prowadzenia kompletnej, wielospecjalistycznej pomocy



ZDROWY POMYSŁ

RANKING INICJATYW REFORMATORSKICH

medycznej ze szczególnym naciskiem na leczenie obrażeń pola walki. Wiedza i doświadczenie personelu medycznego, posiadane środki materiałowe, w tym również zasoby zgromadzone w formie zapasów nie naruszalnych na czas K i W w rejonowych bazach zaopatrzenia, powinny stanowić stały element wyróżniający te podmioty spośród innych placówek funkcjonujących na rynku ochrony zdrowia. Co zrozumiałe, listę wymienionych placówek powinny otwierać główne szpitale wojskowe, do których na podstawie zdefiniowanych potrzeb powinny być dołączane inne podmioty: szpitale wielospecjalistyczne, centra urazowe – jednostki, które minimalnym nakładem sił i środków byłyby w stanie sprostać stawianym wymaganiom (załącznik 1).

Kadry medyczne – nowe kompetencje i umiejętności w dziedzinie przeciwdziałania skutkom konfliktu zbrojnego

Realna ocena dzisiejszych zdolności systemu ochrony zdrowia wskazuje na poważne ograniczenia w dostępności odpowiedniej liczby przeszkolonego personelu medycznego oraz zasobów sprzętowych i materiałowych, których wielkość i rozmieszczenie na terenie kraju gwarantowałyby spełnienie warunków koniecznych do skutecznego przeciwdziałania skutkom masowych obrażeń towarzyszących konfliktowi zbrojnému. Fundamentalna zmiana, jaka w związku z tym musi się dokonać, dotyczy świadomości, czym są obrażenia pola walki oraz w jaki sposób organizować działania ratownicze wobec osób porażonych. Znajomość taktycznej opieki bojowej nad poszkodowanym nie powinna być już tylko umiejętnością zaangażowanych pasjonatów, ale powszechnym, głęboko uświadomionym obowiązkiem całego personelu medycznego.

Jako zadanie bliższe, z uwagi na toczące się w bezpośrednim sąsiedztwie Polski działania zbrojne, uzupełniające, fachowe szkolenie zawodowe powinno się odbyć niezwłocznie w formie zadania realizowanego wśród personelu medycznego podmiotów leczniczych zakwalifikowanych jako pierwsza linia zabezpieczenia medycznego na kierunku spodziewanego konfliktu.

Za najważniejszą należy uznać propozycję szkoleń w zakresie dwóch komplementarnych obszarów tematycznych tworzących spójny łańcuch decyzyjny taktycznej ścieżki przeżycia:

- opieka przedszpitalna nad rannym i poszkodowanym, procedury i zabiegi stabilizujące funkcje życiowe, kwalifikacja oraz przygotowanie do transportu – ewakuacji medycznej,
- kwalifikowana pomoc medyczna realizowana na bazie podmiotu szpitalnego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji szpitalnego oddziału ratunkowego. Tematyka kursów kierowanych do lekarzy, personelu pielęgniarskiego oraz ratowników medycznych powinna obejmować przede wszystkim zaawansowane metody leczenia i opieki nad rannymi, a także ich specyfikę – odrębności widoczne w zestawieniu z praktyką i metodami stosowanymi w medycynie cywilnej. W dzisiejszych okolicznościach i w związku z faktem, że zgromadzone w omawianej dziedzinie wiedza i praktyczne doświadczenia są domeną wojskowej służby zdrowia (WSZ), za oczywistą należy uznać decyzję, że na wczesnym etapie dydaktyka powinna być realizowana przez doświadczony personel medyczny WSZ na bazie jednostek szpitalnych i szkoleniowych oraz podstawy programowej uwzględnianej dziś w nauczaniu w SZ. W dalszym etapie w kształceniu będą mogły uczestniczyć certyfikowane ośrodki szkoleniowe zlokalizowane na uczelniach medycznych oraz w najważniejszych jednostkach kształcenia podyplomowego (specjalizacyjnego).

W tym celu już dziś należy zaplanować modyfikację programów szkolenia przed- i podyplomowego w celu uzupełnienia ich treści o kompletny

pakiet zagadnień teoretycznych i praktycznych związanych z tematyką medycyny pola walki. Zaktualizowana przez uczelnie medyczne oraz konsultantów krajowych podstawa programowa wybranych dziedzin medycyny, kluczowych z punktu widzenia przeciwdziałania skutkom sytuacji kryzysowych, powinna obowiązywać od nowego roku akademickiego.

Zadania: grupa 2

Szpitale modułowe – tymczasowe ogniwa pośrednie wspierające jednostki stacjonarnego systemu opieki medycznej

Doświadczenia ostatniego kryzysu pandemicznego, ale nie tylko, jednoznacznie uzasadniają powstanie krajowej sieci szpitali funkcjonujących według jednego standardu organizacji i wyposażenia, mających szerokie zdolności przeciwdziałania skutkom sytuacji kryzysowych – zdarzeń masowych, CBRN (*chemical, biological, radiological, and nuclear*) – stanowiących

**KONIECZNE JEST ZAPEWNIENIE
MOŻLIWOŚCI ELASTYCZNEGO
ZARZĄDZANIA ZASOBAMI
ZAANGAŻOWANYMI W DZIAŁANIA,
DYSPONOWANIA NIMI, KOMPLETOWANIA
I WYKORZYSTANIA W ZALEŻNOŚCI
OD BIEŻĄCYCH POTRZEB**



wsparcie zdolności reagowania kryzysowego stacjonarnych, lokalnych podmiotów szpitalnych. Powinny to być jednostki organizowane w bezpośrednim sąsiedztwie podmiotów wielospecjalistycznych, np. głównych szpitali ośmiu obwodów profilaktyczno-leczniczych WSZ (zalecana integracja struktur), zabezpieczane kadrowo przez przeszkolony i odpowiednio wyposażony personel medyczny rekrutujący się spośród pracowników medycznych regionu, w którym jest zlokalizowany szpital. W miarę możliwości personel powinien się wywodzić z grona medyków wojskowych szpitali polowych oraz jednostek operacyjnych reagowania kryzysowego.

Krajowa sieć tego rodzaju szpitali w formule, jaka od ponad roku funkcjonuje w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie (WIM), jest niezbędna w przeciwdziałaniu skutkom masowych strat sanitarnych, również wśród ludności cywilnej, gdzie kluczowe znaczenie będą mieć kategoryzacja statusu zdrowotnego, zapewnienie sprawnej ewakuacji na wyższy, kwalifikowany poziom opieki oraz przeprowadzenie podstawowych interwencji medycznych, jakich szacunkowo wymaga 65 proc. rannych – ofiar konfliktu zbrojnego.

Doświadczenia WIM nabyte w trakcie projektowania i budowy szpitala tymczasowego dowodzą, że trwałość konstrukcyjna inwestycji, tj. gotowość do realizacji procedur medycznych ogólnointernistycznych oraz intensywnej terapii, sięga co najmniej 10–15 lat przy jej nominalnym jednostkowym koszcie wynoszącym ok. 33 mln zł. Oto argumenty przemawiające za uznaniem proponowanej koncepcji kryzysowego wsparcia systemu ochrony zdrowia siecią tymczasowych, stacjonarnych i kompletnych jednostek szpitalnych, za najbardziej racjonalną tak z ekonomicznego, jak i praktycznego punktu widzenia.

Dodatkowo – niezależnie od bieżących i przyszłych wyzwań w postaci kolejnych zdarzeń epidemicznych – odpowiednio zorganizowane, wyposażone i rozmieszczone na terenie kraju szpitale tymczasowe z powodzeniem mogą stanowić zaplecze systemu zabezpieczenia medycznego sytuacji kryzysowych. Mobilność oraz funkcjonalna elastyczność, do tego szerokie możliwości w zakresie oferowanej pomocy medycznej stanowią o wyjątkowej wartości tych jednostek. Przy wsparciu właściwie zaaranżowanego systemu szkolenia i doskonalenia personelu medycznego mają one szansę na nowo zdefiniować poziom zdolności opera-

cyjnych państwa w sytuacji wystąpienia zagrożeń jego bezpieczeństwa.

Zabezpieczenie operacji niekonwencjonalnych

Działania niekonwencjonalne (*unconventional warfare* – UW), czyli działania bojowe prowadzone na terenie przeciwnika lub własnym zajęętym przez siły przeciwnika, są jednym z priorytetowych obszarów zainteresowania NSHQ (*NATO Special Operations Headquarter*) w kontekście właściwego przygotowania służb medycznych i logistycznych. W dobie konfliktów nieregularnych (Donbas – Ukraina) i wobec strategicznego położenia Polski na wschodniej flance NATO temat ten należy szczegółowo rozpoznać. Wnioski z oceny możliwości oraz warunków prowadzenia zabezpieczenia medycznego tego rodzaju działań należy bezpośrednio wdrożyć do szkolenia i planowania strategicznego, operacyjnego oraz taktycznego.

Mając na uwadze bieżące potrzeby, za priorytet należy uznać starania mające na celu organizację systemu szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego oraz medycznego wsparcia logistycznego działań niekonwencjonalnych. Zdobycie dzięki temu wiedza i doświadczenie przyczynią się do poprawy bezpieczeństwa państwa w zakresie zdolności do podejmowania doraźnych działań medycznych dotyczących skutków zdarzeń kryzysowych o charakterze humanitarnym i wojskowym zarówno w kraju, jak i poza jego granicami.

Za kluczowe należy uznać rozwijanie doświadczeń i kompetencji w zakresie medycznego reagowania na zdarzenia nietypowe o charakterze kryzysowym wśród personelu medycznego SZ, specjalistów wybranych dziedzin medycyny rynku cywilnego, a także przedstawicieli grup zawodowych odpowiedzialnych za wsparcie logistyczne.

Przesłanką do rozpoczęcia proponowanych zmian powinny być aktualne dokumenty doktrynalne, wyjściowo określające kierunki systemowej transformacji realizowanej przy zaangażowaniu zasobów ministerstw obrony narodowej, spraw wewnętrznych i administracji oraz zdrowia. Są one niezbędne do wykształcenia – głównie poprzez integrację zadaniowo-funkcjonalną – trwałych fundamentów medycznego komponentu systemu bezpieczeństwa państwa. Dzisiejsze doświadczenia (zagraniczne misje stabilizacyjne i humanitarne) oraz stojące za nimi możliwości organizacyjne (szpitale polowe, modułowe, ośrodki szkolenia) odpowiednio skonfigurowane

**JUŻ DZIŚ NALEŻY ZAPLANOWAĆ
MODYFIKACJĘ PROGRAMÓW SZKOLENIA
PRZED- I PODYPLOMOWEGO W CELU
UZUPEŁNIENIA ICH TREŚCI O KOMPLETNY
PAKIET ZAGADNIENI TEORETYCZNYCH
I PRAKTYCZNYCH ZWIĄZANYCH
Z TEMATYKĄ MEDYCyny POLA WALKI**



ZDROWY POMYSŁ

RANKING INICJATYW REFORMATORSKICH

– dostosowane do okoliczności definiujących potrzebę ich użycia – stanowią realny potencjał w tym zakresie.

Realizacja zadań przewidzianych w ramach UW będzie prowadzona w terenie, głównie w ramach współpracy jednostek Wojsk Obrony Terytorialnej oraz systemu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Utrzymanie ciągłości opieki medycznej dla ludności oraz jednostek prowadzących militarne działania operacyjne przeciwko nieprzyjacielowi na własnym terenie będzie wymagało takich działań, jak:

- zabezpieczenie minimalnej liczby przeszkolonego personelu medycznego posiadającego kompetencje i umiejętności odpowiadające potrzebom wspólnego pola walki,
- zapewnienie bezpieczeństwa personelowi medycznemu,
- zabezpieczenie źródeł zaopatrzenia placówek medycznych w leki, sprzęt i materiały medyczne,
- zabezpieczenie kluczowej infrastruktury obiektów przeznaczonych do zadań przed- i okołomedycznych,
- zapewnienie dostępu do bieżącej wody,
- zapewnienie środków łączności oraz dostępu do sieci telekomunikacyjnej,
- zapewnienie środków transportu i dróg ewakuacji ciężko chorym i ranym,
- zabezpieczenie źródeł energii elektrycznej (autonomii elektrycznej obiektów, szczególnie wyposażonych w aparaturę podtrzymującą życie),
- zapewnienie żywności i środków finansowych na prowadzenie bieżącej działalności,
- zapewnienie miejsc magazynowania środków medycznych i ochrony obiektu,
- oznakowanie placówek zgodnie z właściwymi konwencjami lub ich ukrycie chroniące przed ostrzałem i działaniami dywersyjnymi nieprzyjaciela,
- wyznaczenie miejsc na rezerwowe szpitale polowe lub tymczasowe.

Zadania: grupa 3

Wojskowe podmioty szpitalne (WPL)

– rola i znaczenie w kreowaniu polityki obronnej i bezpieczeństwa państwa

Niezbędnym uzupełnieniem trwałych zdolności reagowania państwa na zdarzenia kryzysowe w części dotyczącej wojskowych podmiotów leczniczych jest

ich kompetencyjne wyposażenie pod kątem właściwie dobranych do najpilniejszych potrzeb medycznych rodzajów i zakresów udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz wzmocnienie kadrowe. Dlatego niezwykle ważne jest, aby ww. placówki, funkcjonujące od kilkunastu już lat w strukturze obwodów profilaktyczno-leczniczych realizujących między innymi zadania profilaktyczno-lecznicze, mobilizacyjne oraz wsparcia wojsk przebywających na ich terenie, miały realne zdolności przeciwdziałania skutkom zdarzeń kryzysowych. Powinny one stanowić naturalne wsparcie, jako jednostki pierwszego rzutu, krajowej sieci obronnej tworzonej przez resort zdrowia w porozumieniu z resortem obrony narodowej na podstawie zadaniowej i merytorycznej kwalifikacji wybranych podmiotów szpitalnych.

W strukturze systemu ochrony zdrowia podmioty lecznicze podległe i nadzorowane przez Ministerstwo Obrony Narodowej powinny lokować się trwale pomiędzy szpitalami polowymi bądź innymi rozwiniętymi jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego a placówkami systemu powszechnego. Proponowana centralna pozycja placówek WSZ gwarantuje najbardziej efektywne wykorzystanie ich zasobów oraz wysoką synergię współpracy z pozostałymi elementami systemu w warunkach kryzysu (zdarzeń masowych, incydentów o charakterze terrorystycznym) i wojny.

Z punktu widzenia potrzeby stworzenia zintegrowanego systemu bezpieczeństwa narodowego obszary wiedzy i kompetencji, takie jak: chirurgia, ortopedia i traumatologia, medycyna podwodna i hiperbaryczna, intensywna terapia, choroby wewnętrzne oraz epidemiologia i choroby zakaźne, wyznaczają kierunki rozwoju medycyny wojskowej, stanowią oś budowy kluczowych kwalifikacji i umiejętności definiujących rolę, zadania i znaczenie WSZ.

W strukturze organizacyjnej krajowego systemu ochrony zdrowia szpitale podległe i nadzorowane przez Ministerstwo Obrony Narodowej, obok podmiotów klinicznych i niektórych wojewódzkich, należy ująć jako miejsca koncentracji infrastruktury i wysoko wyspecjalizowanych kadr. Zakres udzielanych w nich świadczeń opieki zdrowotnej powinien być definiowany na podstawie trzech głównych kryteriów:

W STRUKTURZE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

PODMIOTY LECZNICZE PODLEGŁE

I NADZOROWANE PRZEZ MON

POWINNY LOKOWAĆ SIĘ TRWALE POMIĘDZY

SZPITALAMI POLOWYMI BĄDŹ INNYMI

ROZWIĘTYMI JEDNOSTKAMI

PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

A PLACÓWKAMI SYSTEMU POWSZECHNEGO



- podstawowe zabezpieczenie zdrowotne – choroby wewnętrzne, chirurgia, ratownictwo medyczne, intensywne terapie;
- zakresy świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadające potrzebom SZ i bezpieczeństwa państwa – ortopedia i traumatologia, chirurgia plastyczna i oparzeniowa, okulistyka, psychiatria, choroby zakaźne, medycyna hiperbaryczna. Z uwagi na podnoszoną podczas wielu dyskusji potrzebę „uzbrojenia” państwa w możliwości i kompetencje specjalistycznych jednostek ochrony zdrowia gotowych do podejmowania działań w warunkach kryzysu i wojny konieczne jest uruchomienie działań wspierających WPL w obszarach infrastruktury i zasobów kadrowych, które umożliwią realizację tych zadań. Posiadane dziś specjalistyczne zasoby sprzętowe, infrastruktura oraz unikatowe na krajowym rynku medycznym kompetencje powinny być nie tylko zachowane, lecz także zadaniowo wykorzystywane i rozwijane stosownie do roli, jaką przewidziano dla WPL w powierzonych obszarach odpowiedzialności;
- usługi wysokospecjalistyczne odpowiadające potrzebom regionu – dostępność świadczeń wysokospecjalistycznych z uwzględnieniem stopnia zabezpieczenia podstawowego, infrastruktury regionu, demografii oraz regionalnych czynników ryzyka występowania chorób.

Każdy oddział w szpitalach wojskowych powinien mieć zdefiniowaną referencyjność poziomu udzielanych usług zdrowotnych, która docelowo określałaby jego miejsce w hierarchii opieki koordynowanej nad pacjentem i jednocześnie była podstawą szacowania zakresu potrzeb w obszarze inwestycji realizowanych ze środków publicznych. Sposób organizacji działalności podmiotów resortu obrony narodowej powinien gwarantować wymaganą potrzebami SZ i bezpieczeństwa państwa kompleksowość usług medycznych i wpisywać się w regionalne plany zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, co z kolei zapewni odpowiednie finansowanie bieżącej działalności placówek ze środków publicznych.

Realizacja omawianego zadania wymaga, aby liczba ww. jednostek, a w jeszcze większym stopniu ich fachowe zdolności mierzone różnorodnością zakresów, poziomem referencyjnym oraz dostępnością świadczeń opieki zdrowotnej, pozwalały na możliwie

najskuteczniejsze przeciwdziałanie skutkom dających się przewidzieć zdarzeń kryzysowych i umożliwiały oddziaływanie adekwatne do potrzeb szacowanych skalą i rodzajem spodziewanych strat sanitarnych. Do tego niezbędne jest, aby decyzje o zakresach usług realizowanych przez ww. podmioty oraz o ich dostępności były podejmowane nie tylko na podstawie potrzeb rynkowych czasu pokoju, lecz także prognoz dotyczących skutków konfliktu zbrojnego. Z tego powodu planowane przez Ministerstwo Zdrowia zmiany ujęte w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa powinny zostać uzupełnione o jeszcze jeden zestaw wskaźników – kryteria optymalizujące działanie systemu w szeroko rozumianym kontekście potrzeb obronnych państwa. Pozwoli to skutecznie i efektywnie połączyć oczekiwania stawiane systemowi ochrony zdrowia w czasie K i W oraz w warunkach pokoju. Jako motywację podmiotów leczniczych do zaangażowanego uczestnictwa w szpitalnej sieci obronnej z powodzeniem

można zastosować powszechnie praktykowane dziś przez płatnika rozwiązanie finansowe polegające na przydzielaniu poprzez wskaźnik dodatkowej wartości kontraktu, która pozwoliłaby skompensować pośrednie i bezpośrednie koszty związane z realizacją ww. zadań zleconych. Obok wymiernych korzyści pochodzących z dodatkowych inwestycji materiałowych, sprzętowych

oraz szkoleń personelu, przygotowujących podmiot szpitalny do realizacji zadań obronnych, rozwiązanie takie może stanowić atrakcyjną formę angażu kierowanego do placówek spełniających normy kwalifikacyjne uczestnictwa w sieci.

Planowana przebudowa polskiego szpitalnictwa jest również doskonałą okazją do trwałego zaimplementowania w systemie nowych potrzeb poprzez uzupełnienie i aktualizację drabiny decyzyjnej płatnika, sformatowanej na gruncie rozpoznanych „cywilnych” wymagań oraz dążeń związanych z potrzebami zdrowotnymi wprost odnoszącymi się do obronności i bezpieczeństwa państwa. Stanowi też niepowtarzalną szansę na jednoczesne przeprowadzenie pożądanych i oczekiwanych reform i działań naprawczych oraz stojących za nimi celowych zmian kapitałowych i inwestycji, które łącznie będą miały kluczowe znaczenie zarówno dla podniesienia efektywności działalności operacyjnej, jak i odporności systemu ochrony zdrowia na zdarzenia kryzysowe.

**PAŃSTWO ODPORNE NA ZAGROŻENIA,
BEZPIECZNE Z PERSPEKTYWY
POTRZEB SPOŁECZEŃSTWA,
WYMAGA POSIADANIA KIERUNKOWYCH,
WARIANTOWYCH PLANÓW DZIAŁANIA**



ZDROWY POMYSŁ

RANKING INICJATYW REFORMATORSKICH

Skuteczna realizacja zadań, o jakich mowa, wymaga także wsparcia kadrowego WPL, co oznacza doprowadzenie do sytuacji, w której na początek 2–3, a docelowo wszystkie 8 głównych podmiotów leczniczych w strukturze organizacyjnej i etatowej dziedzin medycyny odpowiadających potrzebom reagowania kryzysowego państwa powinno zatrudniać co najmniej 40 proc. personelu lekarskiego, pielęgniarskiego oraz ratowników medycznych w ramach stosunku służbowego zawodowej służby wojskowej. Gwarantowana w ten sposób dyspozycyjność i lojalność kluczowej dla utrzymania działalności szpitala części personelu medycznego minimalizuje ryzyko wyłączenia podmiotu leczniczego z udzielania świadczeń, co w dzisiejszych warunkach może się zdarzyć niemal w każdej chwili, nie wykluczając tak banalnych z punktu widzenia interesów państwa zdarzeń, jak np. toczący się spór – negocjacje płacowe z pracodawcą.

Udział resortu obrony narodowej we współfinansowaniu części kosztów osobowych personelu medycznego pozostającego „w służbie” umożliwiłby także prowadzenie bieżącej polityki kadrowej w sposób bardziej elastyczny i efektywny, pozwalający sprostać potrzebom związanym z realizacją zadań na rzecz obronności przy jednoczesnym spełnieniu wymagań realnych oraz formalnych (etatowych płatnika – NFZ) wynikających ze specyfiki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Dzięki takiemu podejściu pojawiające się nagle w odpowiedzi na potrzeby obronne ubytki kadrowe wśród personelu medycznego będą mogły na bieżąco być uzupełniane z finansowanej ze środków spoza budżetu szpitala „nadwyżki” etatowej medyków przygotowanych pod względem fachowym do realizacji zadań obronnych.

Podsumowanie

Rosyjska inwazja na Ukrainę to bardzo ważna lekcja. Skutki konfliktu prowadzonego w tradycyjnej formie w zakresie strat sanitarnych wymagają w przeważającej części klasycznego podejścia do zasad realizowania pomocy medycznej – wykorzystania niezbędnej do tego infrastruktury, zasobów ludzkich i sprzętowych w sposób maksymalizujący skuteczność i efektywność podejmowanych działań.

To pokazuje, jak dalece właściwa i organizacyjnie dojrzała z punktu widzenia bieżących wydarzeń jest konstrukcja współcześnie uznawanych za najdoskonalniejsze narodowych systemów ochrony zdrowia (Holandia, Dania), które oparto na dążeniu do możliwie najlepszego wykorzystania wszystkich zasobów, jakimi w tej dziedzinie dysponuje państwo i społeczeństwo. Wszystkie środki materiałowe i sprzętowe zaangażowane w realizację zadań z obszaru zdrowia i opieki podlegają koordynacji w ramach opracowanego pod kątem lokalnych potrzeb programu, wspieranego dodatkowo przez liderów opinii i autorytety w dziedzinie zarządzania rynkiem zdrowia. Jednocześnie dzięki zachowaniu wyjściowego zróżnicowania stanu posiadania – pochodzenia zasobów – utrzymana zostaje zdolność ich sprawnego dopasowania do zmieniających się w miejscu i czasie potrzeb populacji podlegającej ochronie.

Przeprowadzona analiza oraz formułowane na jej podstawie propozycje kierunkowych zmian, reorganizacji pokazują, że przeciwdziałanie skutkom zagrożeń zdrowia i życia związanych z sytuacją kryzysową, w tym z konfliktem zbrojnym, wymaga działań kompleksowych i zaangażowanych: przedsięwzięć likwidujących bariery organizacyjne i formalnoprawne – prze-

szkody w przepływie wiedzy, ludzi oraz niezbędnych do wykorzystania w nowych okolicznościach zasobów materiałowo-sprzętowych; wspierających w pierwszej kolejności inicjatywę i zgromadzone do tej pory personalne oraz instytucjonalne zdolności i kwalifikacje; ograniczających przepływ środków finansowych w miejsca, gdzie ich celowe wykorzystanie będzie możliwe w niebezpiecznie odległej przyszłości, tj. po pokonaniu wysokich barier wejścia – kompetencyjnych, organizacyjnych i finansowych. Tylko sprawne i umiejętne połączenie wiedzy, doświadczenia oraz pozostających w dyspozycji państwa i społeczeństwa zasobów jest gwarantem sukcesu w powstaniu nowej formuły organizacyjnej rynku zdrowia – rozwiązania dającego szansę na kompleksową i trwałą ochronę w warunkach nowej, niestabilnej rzeczywistości najcenniejszego kapitału państwa, jakim są jego obywatele.

Gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerek,
dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

NAJWŁĄCZYSZE WYDAJE SIĘ

UTWORZENIE NA TERENIE KRAJU

SIECI SZPITALI, KTÓRYCH ROZMIESZCZENIE,

LICZBA I ZDOLNOŚCI BĘDĄ ODPOWIADAĆ

SZACOWANEJ WIELKOŚCI STRAT

SANITARNYCH ZWIĄZANYCH

Z POTENCJALNYM KONFLIKTEM



Załącznik 1. Kryteria kwalifikacji podmiotów szpitalnych do sieci placówek systemu bezpieczeństwa państwa

1. Rozmieszczenie podmiotów szpitalnych na mapie kraju oraz poziom ich referencyjności.

Podstawą organizacji sieci placówek – podmiotów szpitalnych przeznaczonych do zabezpieczenia medycznego osób porażonych w następstwie konfliktu zbrojnego – jest:

- a) Równomierne rozmieszczenie jednostek ochrony zdrowia w terenie, np. regionie na kierunku spodziewanego konfliktu:
 - priorytetem jest zabezpieczenie dostępności zakresów świadczeń opieki zdrowotnej kluczowych z punktu widzenia prognozowanych potrzeb, realizowanych w warunkach, w których długość ramienia ewakuacji nie przekracza czasu jednej godziny od chwili zranienia do udzielenia kwalifikowanej pomocy medycznej,
 - osoby dokonujące kwalifikacji rannych do dalszego etapu leczenia powinny mieć pełną wiedzę na temat dostępności metod diagnostyki i terapii w poszczególnych placówkach, tak aby prowadzony na miejscu proces decyzyjny był realizowany w sposób gwarantujący możliwie najlepsze zestrojenie indywidualnych potrzeb medycznych rannych z możliwościami opieki, którymi dysponują podmioty szpitalne,
 - skala przewidywanych potrzeb medycznych pozwala przypuszczać, że kluczowe znaczenie w ich zaspokojeniu będą miały podmioty poziomu 1.–3., stanowiące otoczenie szpitali wielospecjalistycznych (poziom 6.), odpowiedzialnych za zabezpieczenie dostępu do wybranych procedur wysokospecjalistycznych,
 - zespoły szpitali działających na danym terenie okresowo powinny weryfikować i doskonalić swoje zdolności operacyjne poprzez uczestnictwo w ćwiczeniach doskonalących stosowanie procedur dotyczących zdarzeń masowych, z udziałem dużej liczby poszkodowanych, tj. wg planu MASCAL.

Kluczowe znaczenie dla jakości i skuteczności oferowanej pomocy mają decyzje podjęte podczas wstępnej kwalifikacji do leczenia. Zgodnie z przyjętą pragmatyką zadania tego typu muszą być realizowane bez zbędnego opóźnienia, z udziałem personelu lekarskiego mającego największe doświadczenie w terapii chorych z obrażeniami pola walki. Wstępna kwalifikacja – segregacja medyczna – powinna być prowadzona możliwie najbliżej miejsca przekazania chorych pod opiekę stronie polskiej. Za wysoce niewskazane z medycznego punktu widzenia należy uznać podejmowanie dodatkowych działań transportowych, o ile nie służą poprawie jakości opieki medycznej, np. z poziomu opieki lekarskiej podstawowej do kwalifikowanej.

- b) Zróznicowanie fachowych kompetencji mierzone nie tylko zakresem, lecz także poziomem referencyjnym udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:
 - gwarancja dostępności zakresów świadczeń opieki zdrowotnej najbardziej pożądanym z punktu widzenia charakteru obrażeń wojennych,
 - poziom dostępności zakresów świadczeń – mierzony długością ramienia ewakuacji oraz liczbą miejsc – adekwatny do częstości występowania rodzajów obrażeń (kolejno: chirurgia, ortopedia i traumatologia, anestezjologia, neurochirurgia, chirurgia oparzeniowa, choroby wewnętrzne).
- c) Posiadanie wyposażenia materiałowo-sprzętowego specyficznego dla rodzaju, sposobu i zakresu udzielanej pomocy medycznej:
 - aparaty do szybkiego przetaczania płynów i krwi, łatwa dostępność zaopatrzenia w krew i preparaty krwio pochodne, dodatkowe zasoby w postaci odpowiedniej ilości i rodzaju opatrunków mających zastosowanie na polu walki,
 - ewakuacja powinna być prowadzona za pomocą wydzielonych środków transportu medycznego – jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego, w tym Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, zgodnie z decyzjami, jakie zostaną podjęte w trakcie procedur indywidualnej kwalifikacji do leczenia. Wyjściowe ramię ewakuacji nie powinno być dłuższe niż 60–90 min z możliwością przekroczenia proponowanego limitu w związku z koniecznością zapewnienia dodatkowych miejsc hospitalizacji lub szczególnych warunków opieki, np. w ośrodku posiadającym adekwatne do potrzeb ранego możliwości terapii.

2. Fachowy personel medyczny (zgodnie z punktem Kadry medyczne – nowe kompetencje i umiejętności w dziedzinie przeciwdziałania skutkom konfliktu zbrojnego).

3. Zaplecze mobilizacyjne oraz logistyka materiałowo-sprzętowa.

Docelowo szpitale, zwłaszcza poziomu 3. i 6., powinny dysponować zapleczem logistycznym (materiałowo-sprzętowym) umożliwiającym rozwinięcie adekwatnie do potrzeb spowodowanych zdarzeniem kryzysowym zdolności opieki nad wymienioną grupą chorych.