

Natalia Wąsik

Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego we Wrocławiu

ORCID: 0000-0002-4687-0082

Szpital jako obiekt infrastruktury krytycznej

Wstęp

W piśmiennictwie poświęconym naukom o bezpieczeństwie podkreśla się, że zdrowie obywateli, tudzież zdrowie całego społeczeństwa, coraz częściej rozpatrywane jest nie tylko z punktu widzenia medycznego, ale postrzegane jest także jako wartość polityczna, ekonomiczna i prawna. Stanowi bowiem istotny element konstytucyjnego pojęcia dobra wspólnego. Konstytucja RP nakłada na władze publiczne obowiązek realizacji podstawowych praw jednostki poprzez podejmowanie działań zarówno w celu zabezpieczenia przed ich naruszeniem, jak i przeciwdziałaniu ich zagrożeniom. Nie istnieje definicja legalna bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, niemniej jednak składają się na nie takie elementy, jak rozpoznanie i przeciwdziałanie zagrożeniom dla zdrowia i życia obywateli oraz dla środowiska, w którym żyje człowiek, a nadto podejmowanie systemowych działań polegających na opiece zdrowotnej¹.

Wychodząc z założenia, że bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa jest wartością konstytucyjną, a organa władzy publicznej mają szczególny obowiązek dbania o realizację idei płynących z powyższej sfery, zasadnym

¹ Zob. I. Bernatek-Zaguła (2011). *Bezpieczeństwo zdrowotne – prawne podstawy dbałości o stan zdrowotny społeczeństwa*. W L. Grochowski, A. Letkiewicz, A. Misiuk (red.), *Nauka o bezpieczeństwie. Istota, przedmiot badań i kierunki rozwoju*. Szczytno, s. 387–388.

jest twierdzenie, iż stanowi ono newralgiczny obszar polityki państwa. Ujawnienie się jakichkolwiek nieprawidłowości i uchybień w systemie ochrony zdrowia powodować będzie realne zagrożenie zdrowia i życia wszystkich obywateli. Wystąpienie jakiegokolwiek zagrożenia, czy to o charakterze wewnętrznym, czy też mającego pochodzenie zewnętrzne wymagać będzie natychmiastowej reakcji odpowiednich jednostek organizacyjnych. Reakcja taka powinna być uprzednio zaplanowana i właściwie skoordynowana, czemu służy zarządzanie kryzysowe. Baza logistyczna podmiotów leczniczych tworzących system ochrony zdrowia z racji swojego znaczenia dla prawidłowego funkcjonowania państwa, zaliczane jest do tzw. obiektów infrastruktury krytycznej. Przez wzgląd na stopień zorganizowania i zakres zadań spoczywających na podmiotach leczniczych centralną jednostką systemu jest szpital. To właśnie na przykładzie szpitala można wskazać chociażby cele zarządzania w sytuacji katastrofy, mianowicie ochronę i utrzymanie życia, ustabilizowanie miejsca zdarzenia oraz ochronę i utrzymanie własności rozumianej jako mienie i środowisko. Dość wspomnieć, że w USA już w latach 80-tych XX w. opracowano system HICS (Hospital Incident Comand System), który miał pomóc szpitalom przygotować się na sytuację zagrożenia, odpowiedzieć na nią w konkretny sposób, a następnie powrócić do stanu poprzedniego. Stanowił on system opracowany przez grupę ekspertów i w założeniach był zespołem pewnych procedur mającym na celu zarządzanie różnymi zdarzeniami zarówno planowymi, jak i awaryjnymi².

Metody

Zasadniczym celem niniejszego opracowania jest umiejscowienie szpitala jako zorganizowanego podmiotu leczniczego w systemie zarządzania kryzysowego, przedstawienie jego specyfiki jako obiektu infrastruktury krytycznej, a także wyszczególnienie – w oparciu o wieloletnie badania naukowe prowadzone przez autorkę w obszarze przyczyn i skutków tzw. medycznych błędów organizacyjnych – zdarzeń stanowiących realne zagrożenie dla funkcjonowania szpitala, wymagających podjęcia natychmiastowych działań deeskalujących i stabilizujących sytuację. W publikacji wykorzystano w szczególności wyniki badań aktowych prowadzonych od 2015 r., w ramach których przeanalizowano m.in. 104 postępowania karne o przestępstwa z art. 155 k.k., art. 156 § 2 k.k., art. 157 § 1 i 3 k.k. oraz art. 160 § 1 – 3 k.k. przepisy będące podstawą zarzutu formułowanego w akcie oskarżenia

² J. Konieczny (2011). *Zdrowie publiczne w sytuacjach kryzysowych*. W.L. Grochowski, A. Letkiewicz, A. Misiuk (red.), *Nauka o bezpieczeństwie. Istota, przedmiot badań i kierunki rozwoju*. Szczytano, s. 509, 512.

lub podstawą skazania) na przestrzeni lat 2012–2017 w sądach powszechnych w województwach warmińsko-mazurskim (19 spraw), pomorskim (24 sprawy), kujawsko-pomorskim (29 spraw), mazowieckim (31 spraw) i dolnośląskim (1 sprawa).

Szpital w systemie zarządzania kryzysowego – aktualny stan prawny

Dbłość o infrastrukturę krytyczną związaną z realizacją zadań z zakresu ochrony zdrowia stanowi wyraz odpowiedzialności władzy publicznej za bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa. Szczególne znaczenie sektora służby zdrowia dla interesów państwa już z natury rzeczy nakłada na podmioty aktywne w tym dziale szczególne obowiązki, także publicznoprawne. Z uznaniem za element infrastruktury krytycznej wiążą się określone obowiązki związane z szeroko rozumianym dysponowaniem obiektami, instalacjami, urządzeniami i usługami wchodzącymi w skład infrastruktury krytycznej³. Z perspektywy prawidłowego funkcjonowania państwa wymagane jest wdrożenie specjalnych mechanizmów skutecznego monitorowania zagrożeń i podejmowania działań w celu ich eliminacji lub przynajmniej znacznego ograniczenia w stosunku do obiektów infrastruktury krytycznej.

Zgodnie z definicją szpitala, określoną w art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2025r., poz. 450), pod pojęciem tym rozumieć należy zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, tj. wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (por. art. 2 ust. 1 pkt 11 ww. ustawy).

Definicję legalną infrastruktury krytycznej zawiera Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 122), dalej jako „u.z.k.”. Zgodnie z art. 3 pkt 2 ww. aktu prawnego przez infrastrukturę krytyczną należy rozumieć systemy oraz wchodzące w ich skład powiązane ze sobą funkcjonalnie obiekty, w tym obiekty budowlane, urządzenia, instalacje, usługi kluczowe dla bezpieczeństwa państwa i jego obywateli oraz służące zapewnieniu sprawnego funkcjonowania organów

³ Por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 lipca 2012 r., sygn. akt K 22/09, LEX nr 1169359.

administracji publicznej, a także instytucji i przedsiębiorców. Infrastruktura krytyczna obejmuje m.in. systemy ochrony zdrowia. Warto zauważyć, że zgodnie z art. 2 u.z.k. odtwarzanie zasobów i infrastruktury krytycznej jest elementem kierowania bezpieczeństwem narodowym przez organy administracji publicznej i jednym z przejawów zarządzania kryzysowego. W art. 3 pkt 3 u.z.k. zdefiniowano również pojęcie ochrony infrastruktury krytycznej jako wszelkie działania zmierzające do zapewnienia funkcjonalności, ciągłości działań i integralności infrastruktury krytycznej w celu zapobiegania zagrożeniom, ryzykom lub słabym punktom oraz ograniczenia i neutralizacji ich skutków oraz szybkiego odtworzenia tej infrastruktury na wypadek awarii, ataków oraz innych zdarzeń zakłócających jej prawidłowe funkcjonowanie.

Bezpieczeństwo funkcjonowania szpitala i jego odporność na sytuacje kryzysowe powiązane są ściśle z jakością zarządzania. Wymagania w tym zakresie przewidziane są w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz. Urz. MZ z 2024 r., poz. 73). W szczególności każdy szpital powinien mieć opracowany i wdrożony plan postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych. Do takich zaliczają się np. pożar na terenie szpitala, awaria systemu ciepłowniczego w okresie grzewczym, poważna awaria sieci wodno-kanalizacyjnej uniemożliwiająca eksploatację budynku szpitalnego, powódź, naruszenie konstrukcji, czy atak terrorystyczny. Plan powinien uwzględniać współdziałanie ze służbami zewnętrznymi np. Państwową Strażą Pożarną, Policją, przedsiębiorstwem usług komunikacyjnych i być tworzony we współpracy z tymi służbami. Spełnianie przez szpital wymogów przeciwpożarowych powinno wyrażać w instalacji środków zabezpieczenia przeciwpożarowego, obecności czujników dymu, nieblokowaniu dróg ewakuacyjnych i wyjść awaryjnych, oznakowaniu dróg ewakuacyjnych, czy posiadaniu skutecznego systemu komunikacji z Państwową Strażą Pożarną. Ponadto każdy szpital powinien posiadać systemy zabezpieczenia awaryjnego, będące niezależnymi źródłami zasilania w energię elektryczną, wodę oraz gazy medyczne. System zasilania awaryjnego w energię elektryczną służy do zapewnienia dostawy energii elektrycznej, gdy zanika napięcie w źródle podstawowym. Zabezpieczenie stałej dostawy energii elektrycznej jest szczególnie istotne w obszarach zabiegowych i opieki nad krytycznie chorymi. Powinno ono obejmować również sprzęt i urządzenia chłodnicze w serologii, laboratorium czy aptece. Szpital zobowiązany jest określić zabezpieczenie w wodę na wypadek awarii, braku lub zanieczyszczenia wody. Pobór wody z miejskiej sieci wodociągowej nawet w przypadku dwóch różnych ujęć oznacza tożsame źródło zasilania w wodę i nie spełnia kryterium bezpieczeństwa w przypadku awarii. Podobnie jest w przypadku awaryjnego źródła zasilania w formie

przepływowego, rezerwowego zbiornika wodnego zasilanego z tej samej sieci wodociągowej. Gospodarka gazami medycznymi – lekami i wyrobami medycznymi, powinna z kolei obejmować zasady nadzoru, bezpiecznego transportu i przechowywania, z uwzględnieniem terminu ważności użycia gazu oraz sprawności rozprężalni rezerwowej. Wreszcie w zakresie stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych wszystkie urządzenia medyczne będące na stanie szpitala powinny podlegać ocenie sprawności i konserwacji według określonego harmonogramu. Częstotliwości przeglądów jest określona na podstawie zaleceń producenta sprzętu. Realizacja zaplanowanych przeglądów powinna zostać udokumentowana, np. w systemach zarządzania aparaturą medyczną czy w formie adnotacji w paszportach technicznych. Przeglądy konserwacyjne powinny być realizowane przez serwisy firmowe lub osoby o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach, potwierdzonych stosownym zaświadczeniem. Urządzenia używane sporadycznie podlegają także regularnym przeglądom i ocenie sprawności. Sprzęt, który uległ awarii jest wyraźnie i czytelnie oznakowany, a niesprawne urządzenia medyczne nie mogą być przechowywane w dotychczasowym miejscu użytkowania.

Rodzaje i specyfika zagrożeń w obszarze funkcjonowania szpitala jako obiektu infrastruktury krytycznej

Opracowanie planu strategii zarządzania kryzysowego w ochronie zdrowia wymaga zdefiniowania czynników zagrożenia i oszacowania możliwości poradzenia sobie z nim. W celu efektywnego zarządzania działaniami w momencie kryzysu oraz opracowania skutecznego planu postępowania należy zidentyfikować zagrożenie. Takimi mogą być zagrożenia pożarowe, promieniotwórcze, epidemiologiczne, zagrożenia terrorystyczne, skażenie obiektów i terenów przyszpitalnych toksycznymi środkami.

Wśród zagrożeń wewnętrznych w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na zagrożenia lokalowe związane z budynkiem oraz działką, na której wybudowany jest szpital, czy terenem ściśle przyległym. Do możliwych sytuacji kryzysowych zaliczyć należy awarie istotnych dla funkcjonowania szpitala instalacji dostarczających gaz, prąd, wodę, gaz techniczny, czy elementy konstrukcji. Zagrożenie epidemiologiczne wewnętrzne określane jest jako zagrożenie spowodowane wirusowymi, bakteryjnymi i innymi chorobotwórczymi patogenami, powodującymi epidemię lub pandemię, a także generującymi zachorowania dużej ilości ludzi wewnątrz szpitala – personelu medycznego oraz pacjentów. Wewnętrzne zagrożenie leczenia dotyczy procesu leczenia i powiązanych z tym elementów zaopatrzenia w leki, wyroby medyczne, żywność etc. w ilości nieadekwatnej do poziomu zachorowalności pacjentów czy sposobu leczenia. Zagrożenie terrorystyczne może być zagrożeniem

wewnętrzny szpitala, w momencie, gdy stanie się on celem terrorystów lub domniemanym celem (np. zamachy bombowe, użycie broni biologicznej etc.). Wśród innych zagrożeń wewnętrznych wymienia się niekiedy zagrożenia medyczne (związane z ewolucją wiedzy medycznej i sposobów leczenia, farmakoterapii etc.), zagrożenia prawne (postępowania sądowe, kwestie własności lokalowych, przekształcanie szpitala w inną niż dotychczas formę prawną etc.), zagrożenie psychologiczne (wypalenie zawodowe personelu, panika itd.), zagrożenie organizacyjne (organizacja pracy, czas pracy, motywacja, zastępowalność pracowników oraz ich hierarchizacja), zagrożenie ekonomiczne (sfera zarządzania szpitalem, finansowanie i funkcjonowania na rynku usług medycznych) i zagrożenie z powodu podwyższonej gotowości szpitala (wystąpienie zdarzeń radiacyjnych, zagrożenia epidemicznego i epidemii, zagrożenia wystąpienia choroby zakaźnej zwierząt, zagrożenia hydrometeorologiczne, stan klęski żywiołowej, powódzie, stan wyjątkowy oraz nietypowe sytuacje kryzysowe)⁴.

Do zagrożeń zewnętrznych zalicza się zagrożenie klęsk żywiołowych, katastrof i wypadków masowych (katastrofy naturalne i spowodowane przez człowieka, np. w obrębie środków komunikacji – wypadków samochodowych, kolejowych, lotniczych itp.), zagrożenie epidemiologiczne/pandemiczne (spowodowane wirusowymi, bakteryjnymi i innymi chorobotwórczymi patogenami mogącymi powodować zachorowanie ludności w obszarze działania szpitala, tudzież wynikające z użycia broni biologicznej), zagrożenie chemiczne (stosowanie niebezpiecznych środków chemicznych, np. środków owadobójczych, środków ochrony roślin, środków konserwujących, broni chemicznej, występowanie zanieczyszczeń chemicznych przemysłowych), zagrożenie farmaceutyczne (stosowanie leków przeterminowanych, zanieczyszczonych lub niewłaściwe stosowanie leków i preparatów leczniczych, całościowe wykorzystanie zapasów magazynowych itd.), zagrożenie środowiskowe (związane z środowiskiem naturalnym – zjawiska hydrometeorologiczne, osuwanie się gruntów, powódzie i podtopienia), zagrożenia urbanistyczne (problemy logistyczne i infrastrukturalne), zagrożenie ze strony medialnych środków przekazu, zagrożenie cywilizacyjne i kulturowe, zagrożenie etniczne i religijne, zagrożenie ekonomiczne, a także zagrożenie ubezpieczeniowe⁵.

Podczas sytuacji kryzysowej powinna być zachowana sprawność działania wszystkich procesów logistycznych jednostki, tj. zaopatrzenie w materiały medyczne, utrzymanie czystości, wyżywienie pacjentów, pralnia,

⁴ Zob. B. Juras (2011). *Planowanie zarządzania kryzysowego w szpitalu*. Praca doktorska. Poznań, s. 65–66. <https://www.wbc.poznan.pl/Content/234867/PDF/index.pdf> [Dostęp: 7 kwietnia 2025 r.].

⁵ *Ibidem*, s. 67–68.

ogrzewanie, transport, gospodarka materiałowa i magazynowa czy system obiegu informacji. Kierownicy poszczególnych oddziałów szpitalnych powinni mieć pozostawioną swobodę decyzyjną co do ewentualnego wypisywania pacjentów zgodnie z procedurami. Wszystkie zabiegi lecznicze planowe, działalność opieki ambulatoryjnej niezwiązana z sytuacją kryzysową oraz wykonywanie niezbędnych świadczeń powinny zostać zawieszone. Wreszcie komórki organizacyjne szpitala powinny zmobilizować dostępne zasoby ludzkie i materiały, w szczególności ustalić zmianowość pracowników szpitala w celu utrzymania ciągłości opieki medycznej w najpilniejszych przypadkach⁶.

Zagrożenie działalności szpitala jako konsekwencja popełnienia błędu organizacyjnego

Błąd organizacyjny określany jest jako przypadek, w którym osoby kierujące placówkami służby zdrowia podejmują wadliwe decyzje związane ze zorganizowaniem pracy tych ośrodków, skutkujące negatywnym wpływem na udzielaną tam pomoc lekarską. Błędem organizacyjnym będzie zatem niewłaściwa organizacja leczenia, która staje się przyczyną popełniania błędu terapeutycznego przez pracującego w danym podmiocie lekarza i w konsekwencji powoduje ujemne dla zdrowia pacjenta skutki. Pod pojęciem błędu organizacyjnego rozumie się też wadliwą organizację pomocy lekarskiej, która nie pozostaje bez wpływu na stan zdrowia pacjenta, przy czym chodzi tutaj jednak nie tylko o organizację działania całej placówki medycznej, ale także o nadzór nad poszczególnymi zespołowo wykonywanymi czynnościami leczniczymi (np. nadzór chirurga nad personelem pomocniczym w trakcie przeprowadzania operacji). Tym samym do błędów organizacyjnych zaliczane są wszelkiego rodzaju niepoprawne decyzje kierowników zespołów tj. ordynatorów, kierowników zespołów operacyjnych, szefów laboratoriów i pracowni diagnostycznych, wadliwe decyzje osób kierujących szpitalami, specjalistycznymi szpitalami czy nawet osób odpowiadających za organizację opieki zdrowotnej na szczeblu regionu i kraju⁷.

⁶ Zob. P. Robakowski, J. Synowiec, K. Skelnik, A. Tyrańska-Fobke, D. Ślęzak, M. Robakowska (2024). Zarządzanie bezpieczeństwem w sytuacjach kryzysowych w szpitalu dydaktycznym – propozycja działania (przypadek). *Journal of Modern Science* 2024, vol. 4 (58), s. 555, 558.

⁷ Zob. N. Wąsik (2020). *Błąd organizacyjny podmiotu leczniczego. Aspekty prawne*. Toruń, s. 67; R. Kędziora (2009). *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*. Warszawa, s. 228; T. Tołoczko (2000). *Błąd lekarski. Spojrzenie klinicysty*, PiM, nr 5, s. 48 i nast.; A. Engler-Jakubiak (2013). *Organizacyjny błąd medyczny*. Zeszyty Naukowe Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego, nr 27, s. 277–278. Tak też

Nieprawidłowe zarządzanie określonym obszarem działalności szpitala, jako cecha błędu organizacyjnego, dotyczyć może całego podmiotu leczniczego, jak i poszczególnych jego jednostek organizacyjnych. Należy pamiętać, że szpital jest placówką strukturalnie złożoną, a świadczenie przez niego pomocy medycznej na ogół ma charakter interdyscyplinarny. Decydują o tym profile oddziałów, zakres wykonywanych w nich procedur medycznych, specjalizacje lekarzy, pielęgniarek i położnych tworzących personel oddziałów. Pacjent zgłaszający się do szpitala po pomoc medyczną musi mieć zapewnioną usługę kompleksową, uwzględniającą konieczność pilnego wdrożenia leczenia również innej jednostki chorobowej, niż pierwotnie zdiagnozowana, tudzież wykonania szeregu badań uprzednio nieplanowanych. Oddziały szpitalne nie funkcjonują w oderwaniu od innych jednostek organizacyjnych szpitala, tworzonych głównie w celu wspierania prawidłowości i skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Wymienić w tym miejscu należy laboratoria, aptekę szpitalną, centralną sterylizatornię, pracownie diagnostyczne (RTG, USG, TK, hemodynamika etc.), czy dział żywienia i higieny szpitalnej. Nie można też zapominać o jednostkach tzw. pierwszego kontaktu, tj. ogólnej izbie przyjęć, szpitalnym oddziale ratunkowym czy poradniach i przychodniach przyszpitalnych, gdzie często następuje kwalifikacja pacjenta do wdrożenia lub kontynuacji leczenia specjalistycznego w warunkach hospitalizacji. Abstrahując od działalności podstawowej szpitala równolegle tworzone są w nim jednostki techniczne i administracyjne, mające zapewnić utrzymanie właściwej bazy klinicznej oddziałów (np. działy budowlany, techniczny, informatyczny, zaopatrzenia i transportu, zamówień publicznych, kadry czy statystyka medyczna). Struktura organizacyjna szpitali ma na ogół charakter pionowej struktury funkcjonalnej i odznacza się skomplikowanym systemem zależności poszczególnych komórek organizacyjnych. To z kolei wpływa na odpowiednie rozłożenie odpowiedzialności za ewentualne błędy i uchybienia. Nieprawidłowe zarządzanie szpitalem może ujawnić się w takich obszarach, jak utrzymanie w należyтым stanie wyposażenia (wyróbów medycznych), zapewnienie właściwych i bezpiecznych warunków ogólnobudowlanych, technicznych czy epidemicznych obiektów i pomieszczeń szpitalnych, gospodarka lekowa, organizacja dyżurów, zatrudnianie osób z wymaganymi kwalifikacjami, zakup wyróbów medycznych i produktów leczniczych odpowiedniej jakości, prowadzenie kolejki osób oczekujących na hospitalizację, czy nawet stanowienie – poprzez wydawanie zarządzeń, regulaminów i instrukcji – zasad współpracy pomiędzy komórkami organizacyjnymi (np. oddziałami szpitalnymi) w zakresie przekazywania pacjentów do leczenia. Mówiąc o błędzie organizacyjnym podmiotu leczniczego

w kontekście nieprawidłowego zarządzania należy zatem mieć na względzie wszystkie obszary jego działalności – podstawową (udzielenie świadczeń zdrowotnych), gospodarczą, techniczną i administracyjną⁸.

Przyjęcie okoliczności wywołania stanu zagrożenia bezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjentów za cechę błędu organizacyjnego znajduje swoje uzasadnienie w tym, że warunkiem stwierdzenia występowania zaniedbań w obszarze zarządzania podmiotem leczniczym nie jest wyrządzenie rzeczywistej krzywdy pacjentom hospitalizowanym w placówce. Wartością eksponowaną w systemie zarządzania jakością w odniesieniu do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego jest zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa pobytu na danym oddziale. Jeżeli więc na skutek uchybień w organizacji pracy którejkolwiek z komórek szpitala dochodzi chociażby do powstania czynnika ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta, to okoliczność taka jest wystarczająca dla przyjęcia koncepcji błędu organizacyjnego podmiotu leczniczego. Można sobie wyobrazić sytuację, w której pacjentom aplikowane są przeterminowane leki, co z punktu widzenia klinicznego niesie ze sobą zagrożenie powikłań, ale poza nieosiągnięciem celu terapeutycznego nie występują żadne inne efekty uboczne takiego działania. Innym przykładem może być nieprzestrzeganie wymogów sanitarnych na oddziałach (np. chorób wewnętrznych czy zakaźnych), bez konsekwencji w postaci zakażenia pacjentów leczonych w szpitalu. Niewątpliwie w ww. sytuacjach dochodzi do nieprawidłowości i wywołania stanu zagrożenia bezpieczeństwa leczonych w placówce pacjentów, które w przypadku uaktywnienia się czynnika ryzyka mogłyby zakończyć się tragicznie. Bez względu na przyczyny wskazanych uchybień w sprawach tych należałoby stwierdzić wystąpienie błędu organizacyjnego. Jednocześnie dodać należy, że dla przyjęcia koncepcji błędu organizacyjnego podmiotu leczniczego obojętna jest liczba pacjentów pozostających w obszarze ryzyka⁹.

Biorąc pod uwagę dotychczas opublikowane wyniki badań empirycznych w zakresie etiologii błędów organizacyjnych podmiotu leczniczego wśród okoliczności, których konsekwencje mogą być kwalifikowane jako zagrożenie infrastruktury krytycznej i ciągłości prowadzenia działalności leczniczej, w tym udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wymienić należy przede wszystkim: 1) niedostateczny nadzór nad pracą personelu medycznego i wynikające z tego nieterminowe wykonywanie zleceń badań diagnostycznych i zabiegów terapeutycznych, brak kontroli nad czasem pracy członków personelu medycznego, nieuprawnione cedowanie obowiązków własnych na innych członków personelu medycznego oraz brak osobistej kontroli stanu zdrowia pacjenta; 2) wprowadzanie w błąd co do rzeczywistego

⁸ N. Wąsik. *Błąd organizacyjny podmiotu leczniczego...*, s. 82–83.

⁹ *Ibidem*, s. 84–85.

potencjału osobowego i technicznego szpitala na skutek podania nieprawdziwych danych lub zaniechania ich aktualizacji, skutkujące odmową przyjęcia pacjentów transportowanych przez zespoły pogotowia ratunkowego i koniecznością przewiezienia ich do innych podmiotów leczniczych; 3) braki w podstawowym wyposażeniu podmiotu leczniczego w wyroby medyczne, nieutrzymywanie ich w należyтым stanie, używanie wyrobów medycznych wadliwych pod względem konstrukcyjnym lub produkcyjnym, w tym eksploatacja wyrobów, która niesie ze sobą wysokie prawdopodobieństwo porażenia pacjenta lub członków personelu medycznego prądem, poddania pacjenta nadmiernemu promieniowaniu, spowodowania wybuchu lub pożaru w czasie i w miejscu użytkowania (uruchamiania) wyrobu medycznego, spowodowania ryzyka zaostrzenia choroby, groźnych zakażeń, nieodwracalnych uszkodzeń narządów wewnętrznych itp.; 4) niezapewnienie infrastruktury odpowiedniej do rodzaju i zakresu prowadzonej działalności leczniczej, w tym utrzymania właściwego stanu budynków i pomieszczeń szpitalnych, stosowanie wyłącznie oświetlenia elektrycznego w salach operacyjnych i pomieszczeniach diagnostyki obrazowej, niezapewnienie odpowiedniej wentylacji w blokach operacyjnych, izolatkach oraz pomieszczeniach dla pacjentów o obniżonej odporności, czy niezapewnienie minimalnych wymogów dla rezerwowego źródła zaopatrzenia szpitala w wodę oraz rezerwowego źródłem zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną; 5) ignorowanie podstawowych zasad aseptyki, w tym brak możliwości sterylizacji całego sprzętu, który bierze udział w przerwaniu ciągłości tkanek oraz pozostaje w kontakcie m.in. ze spojówkami i śluzówkami, niewłaściwe kwalifikowanie sprzętu do zastosowanej metody sterylizacji, nieprawidłowa kontrola procesu i technologii sterylizowania, brak właściwego wyposażenia sterylizacyjnego w szpitalu, niewielka pojemność sterylizatorów parowych, czy też brak dostępności innych metod wyjaławiania (obok metod termicznych), zaniechanie kierowania pracowników mających kontakt z pacjentem, żywnością etc. na profilaktyczne badania sanitarno-epidemiologiczne, tudzież bagatelizowanie przeciwwskazań medycznych do zatrudniania osób – nosicieli bakterii i wirusów do pracy na określonym stanowisku, zakup materiałów opatrunkowych, które nie spełniają wymaganych przepisami norm bezpieczeństwa i nie są dopuszczone do obrotu w Polsce, a także błędy w organizacji ruchu chorych (np. brak izolowania pacjentów cierpiących na choroby zakaźne i umieszczanie ich w salach ogólnych); 6) niewłaściwe gospodarowanie lekami, w tym brak utylizacji leków przeterminowanych i ich podawanie pacjentom hospitalizowanym na oddziale, podawanie pacjentom leków, które utraciły swoje właściwości terapeutyczne z uwagi na niewłaściwe ich przechowywanie, nieprawidłowy nadzór nad lekami narkotycznymi, a także nieuzupełnianie na bieżąco apteczki oddziałowej i apteki szpitalnej w leki wykorzystywane w największych ilościach w bieżącej pracy oddziału; 7)

nieprawidłowości w organizacji dyżurów – niewłaściwa obsada kadrowa na oddziałach, w izbach przyjęć lub w szpitalnym oddziale ratunkowym (lekarze i pielęgniarki o nieodpowiedniej do profilu jednostki organizacyjnej specjalizacji, nieposiadający wymaganej specjalizacji, kwalifikacji i doświadczenia) oraz niewystarczająca pod względem liczby personelu obsada dyżurowa; 8) nieprawidłowa organizacja obszaru opieki nad pacjentem, w tym spóźnione stosowanie wymaganych procedur medycznych, stosowanie określonej procedury medycznej względem nieodpowiedniego pacjenta, uszkodzenie ciała w wyniku zabiegu operacyjnego, samobójstwo w szpitalu, niewłaściwe podanie leku, upadki pacjentów w oddziałach podmiotu leczniczego, nieterminowe dostarczenie opieki medycznej, reoperacje, nieplanowane i powtórne hospitalizacje, a także samowolne oddalenie się pacjenta¹⁰.

Podsumowanie

Złożoność form prawno-organizacyjnych, w jakich funkcjonują podmioty lecznicze, i specyfika prowadzonej przez nie działalności wymuszają położenie szczególnej uwagi na kwestię zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów leczonych w tych placówkach. Oczekiwania społeczne wobec realizowanych świadczeń zdrowotnych dotyczą nie tylko wprowadzania nowych, skutecznych procedur medycznych, ale wymuszają działania poprawiające ich jakość. Nieprawidłowa organizacja pracy personelu zakładów opieki zdrowotnej niejednokrotnie może niweczyć dążenie do osiągnięcia najważniejszego z celów prowadzonej przez nie działalności – efektu terapeutycznego w skomplikowanym procesie leczenia pacjentów. Zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych nie tylko przekonują o nadaniu przez ustawodawcę szczególnej rangi obowiązkowi zapewnienia należytej staranności w opiece nad chorymi, ale na równi trzeba myśleć o stworzeniu w tym celu właściwego, sprawnie funkcjonującego zaplecza organizacyjnego do prowadzenia działalności leczniczej. Szczególne znaczenie szpitali jako centralnych jednostek systemu ochrony zdrowia podkreśla fakt umiejscowienia obiektów szpitalnych jako infrastruktury krytycznej w obszarze zarządzania kryzysowego.

Sytuacją kryzysową jest na ogół zjawisko lub zdarzenie zagrażające istnieniu szpitala jako podmiotu leczniczego i realizacji jego celów na płaszczyźnie działalności leczniczej. Bezpośrednim skutkiem sytuacji kryzysowej, która może być wynikiem systematycznie postępujących niekorzystnych czynników jest kryzys. Ma on z reguły charakter zaskakujący, redukuje do minimum czas na podjęcie działań zaradczych i jest *sui generis* punktem kulminacyjnym sytuacji kryzysowej. Istotna jest wówczas identyfikacja

¹⁰ *Ibidem*, s. 91–137.

źródeł kryzysu (wewnętrznych i zewnętrznych), a także rozpoznanie jego symptomów i poziomu przekroczenia subiektywnego poziomu ryzyka. Koniecznym jest określenie tempa i czasu trwania kryzysu (czy jest on nagły czy przewlekły), miejsca jego wystąpienia, przyczyny oraz rzeczywistych i potencjalnych skutków. Przejęcie kontroli nad sytuacją kryzysową prowadzi się natomiast do jej deeskalacji, minimalizowania strat, minimalizowania wpływu kryzysu na zasoby i funkcjonalność szpitala oraz stabilizacji działalności leczniczej.

Szpital jako obiekt infrastruktury krytycznej powinien pozostawać w ciągłej gotowości do udzielania pomocy medycznej lokalnej społeczności, gwarantować ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, przyczyniać się do osiągania celów polityki zdrowotnej państwa oraz wspierać aparat administracji publicznej we wszystkich przedsięwzięciach. Należy bowiem podkreślić, że zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności jest warunkiem *sine qua non* prawidłowego wykonywania wielu zadań publicznych, takich jak chociażby organizacja imprez masowych, zapewnienie bezpieczeństwa transportu (w tym zbiorowego) i komunikacji (ruchu drogowego), przeciwdziałanie zagrożeniom epidemicznym, prowadzenie działalności oświatowej, udzielanie pomocy społecznej i utrzymanie ośrodków i zakładów opiekuńczych, wspieranie inicjatyw kultury fizycznej, czy zapewnienie porządku publicznego. Jakakolwiek destabilizacja w funkcjonowaniu szpitali przekładać się będzie na obniżenie zdolności administracji publicznej do realizacji podstawowych potrzeb społeczności lokalnej.

Bibliografia

- Bernatek-Zagula I. (2011). *Bezpieczeństwo zdrowotne – prawne podstawy dbałości o stan zdrowotny społeczeństwa*. W L. Grochowski, A. Letkiewicz, A. Misiuk (red.), *Nauka o bezpieczeństwie. Istota, przedmiot badań i kierunki rozwoju*. Szczytно.
- Engler-Jakubiak A. (2013). *Organizacyjny błąd medyczny*. Zeszyty Naukowe Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego. nr 27.
- Juras B. (2011). *Planowanie zarządzania kryzysowego w szpitalu*. Praca doktorska. Poznań 2011.
- Kędziora R. (2009). *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*. Warszawa.
- Konieczny J. (2011). *Zdrowie publiczne w sytuacjach kryzysowych*. W L. Grochowski, A. Letkiewicz, A. Misiuk (red.), *Nauka o bezpieczeństwie. Istota, przedmiot badań i kierunki rozwoju*. Szczytно.
- Marek Z. (2007). *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*. Kraków.
- Robakowski P., Synowiec J., Skelnik K., Tyrańska-Fobke A., Ślęzak D., Robakowska M. (2024). *Zarządzanie bezpieczeństwem w sytuacjach kryzysowych w szpitalu*

dydaktycznym – propozycja działania (przypadek). *Journal of Modern Science* 2024, vol. 4 (58).

Tołłoczko T. (2000). *Błąd lekarski. Spojrzenie klinicysty*. PiM 2000. nr 5.

Wąsik N. (2020). *Błąd organizacyjny podmiotu leczniczego. Aspekty prawnokarne*. Toruń.

Streszczenie

Bezpieczeństwo zdrowotne stanowi newralgiczny obszar polityki państwa. Szpital jako obiekt infrastruktury krytycznej powinien pozostawać w ciągłej gotowości do udzielania pomocy medycznej lokalnej społeczności, gwarantować ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, przyczyniać się do osiągania celów polityki zdrowotnej państwa oraz wspierać aparat administracji publicznej we wszystkich przedsięwzięciach. Zasadniczym celem niniejszego opracowania jest umiejscowienie szpitala jako zorganizowanego podmiotu leczniczego w systemie zarządzania kryzysowego, przedstawienie jego specyfiki jako obiektu infrastruktury krytycznej, a także wyszczególnienie zdarzeń stanowiących realne zagrożenie dla funkcjonowania szpitala, wymagających podjęcia natychmiastowych działań deeskalujących i stabilizujących sytuację.

Hospital as a critical infrastructure facility

Abstract

Health security is a critical area of state policy. A hospital as a critical infrastructure facility should remain in constant readiness to provide medical assistance to the local community, guarantee the continuity of healthcare services, contribute to achieving the goals of the state's health policy and support the public administration apparatus in all undertakings. The main goal of this study is to place the hospital as an organized medical entity in the crisis management system, present its specificity as a critical infrastructure facility, and also to specify events that pose a real threat to the functioning of the hospital, requiring immediate de-escalation and stabilization actions.

Słowa kluczowe: szpital, działalność lecznicza, zarządzanie kryzysowe, obiekt infrastruktury krytycznej, błąd organizacyjny podmiotu leczniczego

Keywords: hospital, medical activity, crisis management, critical infrastructure facility, organizational error of the medical entity