

# **PLAN OPERACYJNY NA WYPADEK EPIDEMII GRYPY**



Podstawowa opieka medyczna, w świetle ustaleń Wojewódzkiego Zespołu ds. pandemii grypy realizowana będzie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i przez podmioty lecznicze szczebla powiatowego, które realizować będą własne plany na wypadek epidemii i które m.in. zwiększyłyby swoją bazę miejsc szpitalnych na oddziałach wewnętrznych o 10%. Z ogólnej ilości zachorowań na grypę w przypadku epidemii do tych podmiotów leczniczych może trafić 1% chorych z powikłaniami. W przypadku wyczerpania wszystkich możliwości w zakresie hospitalizacji powikłań pogrypowych, chorych kierować się będzie do Szpitala Wojewódzkiego przy ul. Kośnego.

### **Zasady uruchomienia wojewódzkiego planu operacyjnego na wypadek epidemii grypy**

W przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii grypy Opolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny wnioskuje do Wojewody Opolskiego o wprowadzenie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii na obszarze województwa opolskiego lub jego części.

Stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii na obszarze województwa lub jego części ogłasza i odwołuje Wojewoda, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Głównego Inspektora Sanitarnego. Rozporządzenie ogłaszane jest niezwłocznie w Dzienniku Urzędowym Województwa Opolskiego i wchodzi w życie z dniem ogłoszenia. Wojewoda ma obowiązek poinformowania obywateli o obowiązkach wynikających z rozporządzenia za pośrednictwem środków masowego przekazu oraz obwieszczeń.

Opolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny prowadzi, we współpracy z Państwowymi Powiatowymi Inspektorami Sanitarnymi, stały monitoring sytuacji epidemicznej na obszarze województwa oraz opracowuje analizy i wnioski niezbędne do podejmowania przez Wojewodę decyzji mających na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się choroby oraz minimalizowanie strat.

W tym zakresie będzie realizowana **Moduł Zadaniowy M.Z. nr V.1**

### **Wojewódzkiego Planu Zarządzania Kryzysowego**

– „Uruchomienie, koordynacja i nadzór nad realizacją „Planu postępowania na wypadek epidemii lub wystąpienia chorób szczególnie niebezpiecznych na terenie województwa opolskiego”

Zakłada się, że **Szpital Wojewódzki** przy ul. Kośnego 53 w Opolu, będzie centralnym podmiotem leczniczym epidemicznym w zakresie powikłań pogrypowych w przypadku epidemii grypy na terenie województwa, gdzie oddziały: zakaźny, dermatologiczny, pulmonologiczny i wewnętrzny będą przeznaczone wyłącznie do ciężkich przypadków powikłań pogrypowych.

Przyjmuje się, że sygnałem do uruchomienia niniejszego planu będzie sytuacja, kiedy oddział zakaźny Szpitala Wojewódzkiego zostanie zapełniony chorymi i zostanie wydane rozporządzenie wojewody w sprawie utworzenia bazy epidemicznej w oparciu o ten podmiot. **Oddział zakaźny** dysponuje **30** łóżkami szpitalnymi. Informację, w trybie natychmiastowym, z chwilą wyczerpania się łóżek na oddziale zakaźnym, dyrektor Szpitala lub osoba przez niego upoważniona przekazuje do Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego

Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego (WBiZK) – Wojewódzkiego Centrum Zarządzania Kryzysowego i Wojewódzkiego Centrum Powiadamiania Ratunkowego.

## **PRZYGOTOWANIE SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W OPOLU**

### ***ETAP I***

W tym etapie uzyskujemy **47** łóżek w Szpitalu Wojewódzkim dla potrzeb ciężkich przypadków powikłań pogrypowych, wykorzystując w tym celu dwa oddziały:

- **oddział dermatologiczny – 15** łóżek,
- **oddział pulmonologiczny – 32** łóżek.

Co łącznie z **oddziałem zakaźnym (30)** stanowi liczbę **77** łóżek.

Odpowiedzialnym za przeniesienia chorych z oddziałów dermatologicznego i pulmonologicznego jest dyrektor Szpitala a odpowiedzialnym za zabezpieczenie stanowisk respiratorowych – ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej opieki medycznej.

Wojewódzki Koordynator Ratownictwa Medycznego po konsultacji z dyrektorem WBiZK podejmie decyzję, o konieczności przeniesienia chorych z oddziału pulmonologicznego Szpitala Wojewódzkiego do Stobrawskiego Centrum Medycznego w miejscowości Kup i Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głucholazach. W tym celu Lekarz Koordynator Ratownictwa Medycznego wystosuje pisma do dyrektorów ww. podmiotów leczniczych w sprawie przyjęcia pacjentów z oddziału pulmonologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Opolu. Przemieszczenie pacjentów odbywać się będzie transportem systemu ratownictwa medycznego i/lub innym przystosowanym do przewożenia osób chorych.

Z oddziału dermatologicznego wypisuje się chorych do domu.

W przypadku kiedy zabraknie respiratorów dyrektor Szpitala powiadamia Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego, który po uzyskaniu akceptacji ze strony Wojewody Opolskiego przekaże odpowiednie pismo do Ministerstwa Zdrowia i Rządowego Centrum Bezpieczeństwa.

## **ETAP II**

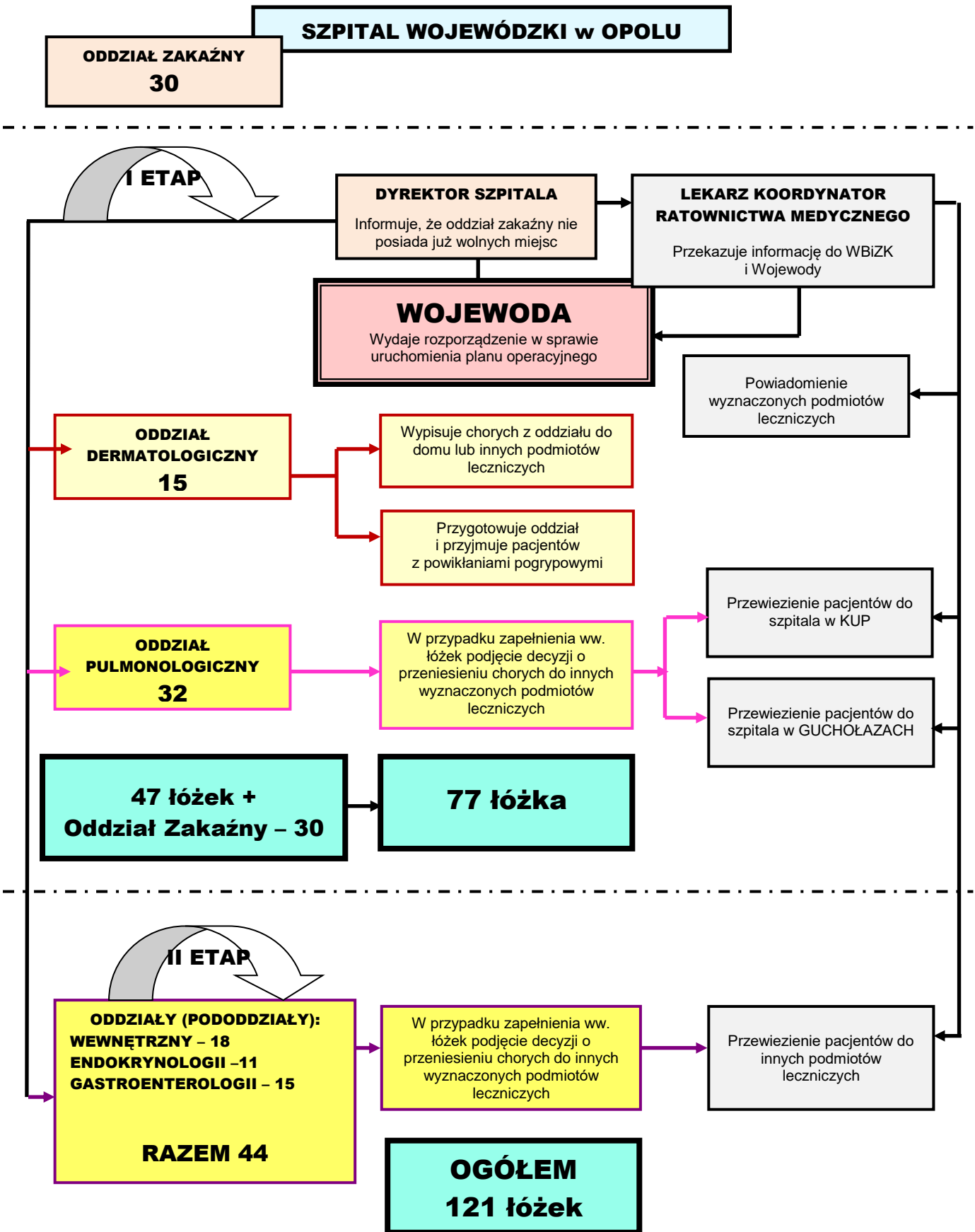
W tym etapie uzyskujemy dodatkowo **44** łóżka szpitalne (łącznie **122** łózek) w Szpitalu Wojewódzkim dla potrzeb ciężkich przypadków powikłań pogrypowych, wykorzystując w tym celu dodatkowo oddział wewnętrzny wraz z pododdziałami endokrynologii, gastroenterologii i chorób układu krążenia:

- **oddział wewnętrzny – 18** łózek,
- **pododdział endokrynologii – 11** łózek,
- **pododdział gastroenterologii – 15** łózek.

W przypadku, kiedy łóżka w Szpitalu Wojewódzkim zostaną zajęte przez pacjentów z ciężkimi powikłaniami pogrypowymi, oddział wewnętrzny i ww. pododdziały przekażą chorych do wskazanych przez Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego szpitali – Stobrawskie Centrum Medyczne w Kup, oddział wewnętrzny ZOZ MSWiA w Opolu, oddział wewnętrzny 116 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Opolu.

Wobec tego, że oddział wewnętrzny Szpitala Wojewódzkiego będzie przyjmował wyłącznie chorych z powikłaniami pogrypowymi, uruchomione zostaną ostre dyżury na oddziałach wewnętrznych ZOZ MSWiA w Opolu i 116 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Opolu.

# PRZYGOTOWANIE SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO



**STRATEGIA ORGANIZACJI  
OPIEKI MEDYCZNEJ  
PODCZAS EPIDEMII GRYPY**





## 1. PODSTAWY PRAWNE

- 1) Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. **o zarządzaniu kryzysowym.**
- 2) Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. **o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.**
- 3) Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. **o stanie klęski żywiołowej.**
- 4) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 lutego 2003 r. **w sprawie szczegółowych zasad udziału pododdziałów i oddziałów Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej w zapobieganiu skutkom klęski żywiołowej i ich usuwaniu.**

## 2. WSTĘP

Celem niniejszej strategii jest przedstawienie zarysu planu przygotowania i świadczenia pomocy medycznej przez sektor ochrony zdrowia podczas trwania epidemii grypy osobom wymagającym pomocy medycznej z powodu epidemii, jak i pacjentom wymagającym opieki medycznej z powodu chorób stanowiących codzienne zagrożenia zdrowia lub życia. Nadrzędnym celem strategii jest zapewnienie kontroli nad wydatkami, zapobieżenie niewłaściwemu wykorzystaniu środków finansowych, technicznych i ludzkich.

W strategii przyjęto gradację w zakresie wykorzystania dostępnych sił i środków, która oznacza użycie kolejnych, wcześniej przygotowanych zasobów, dopiero po wyczerpaniu możliwości sektora ochrony zdrowia oraz służb medycznych i sanitarno-epidemiologicznych, działających na co dzień.

Podkreślić przy tym należy, że sprawne przeorganizowanie systemu ochrony zdrowia i dostosowanie do nietypowej sytuacji wywołanej rozwojem epidemii uzależnione jest od właściwego przygotowania planów działania na wypadek epidemii na terenie województwa.

Rodzaj podejmowanych działań, stopień wprowadzenia odmiennych procedur oraz zakres użycia sił i środków zgromadzonych na wypadek takiej sytuacji kryzysowej, jak epidemia grypy, nie wiąże się ściśle z ogłoszeniem kolejnej fazy epidemii, natomiast będzie bezpośrednio uzależniony od kryterium wydolności systemu ochrony zdrowia.

Innymi słowy, podstawowym kryterium powinno być zapewnienie przynajmniej minimalnych warunków do świadczenia pomocy medycznej gwałtownie wzrastającej liczbie osób chorych, a w szczególności pacjentom w stanie poważnego zagrożenia zdrowia lub życia, przy pomocy pozostającej do dyspozycji infrastruktury podmiotów leczniczych, personelu medycznego i zgromadzonych rezerwach państwowych zapasów wyrobów medycznych, produktów leczniczych oraz dodatkowego asortymentu (np. ubrania ochrony osobistej, maski, sprzęt do dekontaminacji dużych obiektów).

Pokrycie zwiększonego zapotrzebowania na usługi medyczne wymaga określenia dostępności szczepionek i odpowiednich leków przeciwwirusowych oraz materiałów i sprzętu medycznego. Bardzo ważną rolę, szczególnie w zakresie gromadzenia danych, jak i szybkiego reagowania, spełniać będzie system zarządzania kryzysowego oparty na Centrach Zarządzania Kryzysowego.

### **3. ZAŁOŻENIA OGÓLNE**

Należy przyjąć, że na terenie województwa podczas oczekiwanej epidemii grypy zachoruje od około 50 800 do 63 500 dzieci (przy prognozowanej zachorowalności na poziomie 40-50% populacji) oraz około 212 tys. osób dorosłych (przy zachorowalności na poziomie 25%).

Należy ponadto przyjąć, że hospitalizacji wymagać będzie od 3 tys. do około 7,5 tys. osób (przy odsetku hospitalizowanych chorych na poziomie 1-2, 5%), w tym od około 450 do 1100 pacjentów wymagać będzie intensywnej opieki medycznej, zaś wentylację mechaniczną będzie trzeba stosować u grupy chorych liczącej od około 200 do 550 osób.

Taki rozwój sytuacji doprowadzi najpierw do przeciążenia, a następnie wyczerpania możliwości zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej wszystkim potrzebującym przy pomocy dostępnych na co dzień infrastruktury i procedur działania systemu ochrony zdrowia w województwie. Należy także uwzględnić, że podczas epidemii grypy, kiedy wskaźniki zachorowalności są stosunkowo wysokie, nawet niska część występowania powikłań będzie również skutkowałą znaczącym wzrostem wskaźnika hospitalizacji.

Prognozuje się, że epidemia grypy wystąpi w falach trwających od 6 do 8 tygodni.

Biorąc powyższe pod uwagę należy spodziewać się wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne zapewniane w podmiotach leczniczych w miejscach, gdzie wystąpiły przypadki zakażeń wirusem pandemicznym w okresie kilku tygodni.

Pomiędzy kolejnymi falami epidemii należy odtwarzać zapasy produktów leczniczych i wyrobów medycznych, a także realizować odroczone planowe świadczenia medyczne.

#### **Założenia strategii postępowania z pacjentami**

Dla celów strategii postępowania z pacjentami przyjęto następujące założenia:

1) Przeciążenie systemu ochrony zdrowia.

Wzrost liczby porad medycznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz konsultacji specjalistycznych, a także zwiększenie liczby hospitalizacji i przypadków zgonów spowoduje poważne przeciążenie systemu ochrony zdrowia. Aktualnie racjonalizacja kosztów funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia wymusza niemal całkowite wykorzystanie istniejących łóżek szpitalnych. Natomiast zwiększenie lub nawet utrzymanie istniejącej bazy łóżkowej w przypadku wystąpienia epidemii wymagać będzie skierowania do pracy dodatkowego personelu medycznego.

Ponadto, zdolność podmiotów leczniczych do świadczenia pomocy medycznej znacząco zwiększonej liczbie pacjentów, ograniczają niedostatek personelu oraz braki w zaopatrzeniu i sprzęcie.

Wyżej wymienione przyczyny ograniczają również przyjęcia planowe pacjentów.

2) Czynniki warunkujące funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w przypadku epidemii i w zakresie racjonalnego wykorzystania zasobów:

- a) sposób realizacji potrzeb kadrowych i sprzętowych,
- b) wykorzystanie zapasów i rezerw medycznych w całym systemie opieki medycznej województwa,
- c) przyjęcie pacjentów w celu leczenia w podmiotach leczniczych,
- d) stosowanie u pacjentów w stanie ciężkim respiratoroterapii i innych procedur wymagających użycia urządzeń medycznych niedostępnych na szeroką skalę.

Należy liczyć się z potrzebą skierowania personelu medycznego do pracy w innym oddziale tej samej jednostki ochrony zdrowia lub innego zakładu ochrony zdrowia. Obsada lekarska szpitalnych oddziałów ratunkowych zostanie wzmocniona przez zaangażowanie

lekarzy internistów oraz lekarzy stażystów. Wzmocnione zostaną obsady lekarzy izb przyjęć w podmiotów leczniczych nieposiadających oddziałów ratunkowych. Przesunięcia kadrowe wewnątrz podmiotów leczniczych pozostaną w gestii kierowników tych podmiotów.

Wystąpić może również potrzeba oddelegowania właściwego personelu medycznego, przeniesienia łóżek szpitalnych, respiratorów i innego sprzętu medycznego do obiektów zaadaptowanych na potrzeby poszerzenia bazy łóżkowej. Działania takie wymagają oceny uwarunkowań logistycznych, prawnych i etycznych na terenie powiatów i województwa.

Dostępność pracowników ochrony zdrowia oraz pracowników służb niezbędnych dla ograniczenia niepokojów społecznych podczas pandemii może ulec ograniczeniu z powodu zachorowań na grypę szerzących się wśród tych grup zawodowych lub wśród członków ich rodzin. W przypadku konieczności wojewoda, zgodnie z kompetencjami zawartymi w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wyda decyzje dotyczące uzupełnienia (przeniesienia) personelu medycznego w podmiotach leczniczych odczuwających braki kadrowe z ambulatoriów, przychodni, gabinetów lekarskich itp.

Ponadto przy skrajnym braku kadr medycznych planuje się wykorzystanie na zasadzie wolontariatu personelu medycznego – z powodów emerytalnych – nie aktywnego zawodowo.

### **Ograniczone przekazywanie zasobów i zapasów**

Skala sytuacji kryzysowej wywołanej wystąpieniem epidemii, może spowodować, że zasoby i zapasy będą udostępniane bardzo niechętnie lub nie będzie do nich dostępu. Transport zarówno między poszczególnymi województwami, jak również poszczególnymi powiatami, może być bardzo utrudniony, a w szczególnych przypadkach niemożliwy. Stąd potrzeba ich przechowywania w magazynach, hurtowniach itp., funkcjonujących na co dzień. Należy liczyć się z tym, że nie będzie możliwości wykorzystania zasobów i środków transportowych jednostek wojskowych SZ RP.

Zapotrzebowanie na leki oraz sprzęt i materiały medyczne ulegnie zasadniczemu wzrostowi. Dostawcy mogą odczuwać utrudnienia w pokryciu zwiększonego zapotrzebowania ze względu na niedobór personelu, brak surowców, zakłócenia transportu.

Dodatkowo ze względu na fakt, że istotna część leków, specjalistycznego sprzętu medycznego, specjalistycznego sprzętu ochrony biologicznej oraz testów diagnostycznych jest produkowana poza granicami kraju – mogą powstać trudności w ich pozyskaniu podczas pandemii ze względu na ewentualne restrykcje w transgranicznym ruchu towarowym, embargo kraju producenta na wywóz określonego asortymentu poza granice kraju lub ograniczenia możliwości transportowych ze względu na absencję chorobową pracowników

W przypadku narastającego braku bieżącego dostępu do produktów leczniczych, spowodowanego trudnościami w produkcji farmaceutycznej krajowej i zagranicznej (absencja chorobowa personelu wytwórni farmaceutycznych, restrykcje w ruchu transgranicznym, skutkujących m.in. brakiem dostaw półproduktów dla przemysłu farmaceutycznego) podejmowane będą działania na szczeblu centralnym, w zakresie uwolnienia rezerw państwowych i uruchomienia zapasów krajowych producentów i hurtowni (podmioty te posiadają około 1 – miesięczny zapas służący utrzymaniu ciągłości produktu i obrotu).

### **Dostępność szczepionki pandemicznej**

Prawdopodobnie szczepionka pandemiczna nie będzie osiągalna do 3 miesięcy od wystąpienia pierwszej fali epidemii lub dłużej, zależnie od czasu niezbędnego dla wyizolowania wirusa pandemicznego, opracowania szczepionki oraz jej przetestowania i uruchomienia produkcji. W przypadku udostępnienia takiej szczepionki uruchomione zostaną punkty masowych szczepień.

Wojewoda aktem prawa miejscowego ogłosi, na wniosek Opolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, zasady dotyczące prowadzenia akcji szczepień,

wskazując grupy ludności, które należy objąć szczepieniami przy użyciu szczepionki pandemicznej w pierwszej kolejności oraz określić czas i miejsca organizacji szczepień.

### **ALGORYTM**

#### **POZYSKIWANIA I DYSTRYBUCJI SZCZEPIONKI PANDEMICZNEJ**

- 1) Konsultant Krajowy ds. Epidemiologii rekomenduje zakup szczepionki pandemicznej,
- 2) Minister Zdrowia, uwzględniając rekomendację Konsultanta Krajowego ds. Epidemiologii, składa wniosek do Prezesa Rady Ministrów o zakup szczepionki pandemicznej oraz o określenie źródeł finansowania,
- 3) zakup realizuje Agencja Rezerw Materiałowych,
- 4) zakupioną szczepionkę pandemiczną wydaje Agencja Rezerw Materiałowych na podstawie decyzji administracyjnej Ministra Gospodarki, przygotowanej we współpracy z Ministrem Zdrowia,
- 5) szczepionkę odbiera Państwowa Inspekcja Sanitarna i dystrybuje do punktów szczepień utworzonych na terenie województwa

#### **Ograniczenie dostępu do leków przeciwwirusowych**

W chwili obecnej na terenie województwa i kraju nie są wytwarzane substancje czynne służące do produkcji leków przeciwwirusowych rekomendowanych do terapii grypy, zaś istniejące zapasy takich leków są ograniczone.

Po wyczerpaniu zasobów krajowych oraz utrzymującej się konieczności kontynuacji terapii lekami antywirusowymi, Rzeczpospolita Polska wystąpi do Komisji Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia z prośbą o udostępnienie dodatkowych partii produktów leczniczych niezbędnych w profilaktyce i leczeniu epidemii grypy.

#### **4. LECZENIE AMBULATORYJNE**

W celu zapewnienia pomocy medycznej chorym niewymagającym hospitalizacji planuje się utrzymanie dotychczasowej liczby placówek lecznictwa ambulatoryjnego, wykonującego dotychczasowe zadania. W przypadku oddelegowania części personelu medycznego do wykonywania zadań w podmiotach leczniczych, przewiduje się – tam, gdzie będzie to konieczne – wydłużenie czasu pracy i/lub wprowadzenie dyżurów personelu medycznego w tych placówkach.

Ważnym odciążeniem dla podmiotów leczniczych będzie realizowanie wizyt domowych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w domu pacjenta. Świadczenia te realizować będą lekarze pierwszego kontaktu, a także pracownicy pomocy społecznej i wolontariusze, zaopatrzeni w podstawowe środki ochrony osobistej. Niezbędnym okazać się może, tworzenie punktów kontaktowych, gdzie pacjent będzie mógł uzyskać wszelkie niezbędne informacje. Służyć temu będzie również informowanie o zasadach, możliwościach i miejscach uzyskania pomocy specjalistycznej w dostępnych środkach przekazu w formie odrębnych komunikatów oraz w trakcie stałych programów informacyjnych.

## 5. LECZENIE SZPITALNE

W przypadku gwałtownie zwiększającej się liczby zachorowań i zastosowania szczególnych regulacji prawnych wynikających z ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ewentualnie ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej lub ustawa z dnia 21 czerwca 2002 r. o stanie wyjątkowym należy uwzględnić konieczność zaplanowania organizacji na obszarze województwa w oparciu o podmioty lecznicze i inne obiekty użyteczności publicznej miejsc izolacji i leczenia osób chorych lub podejrzanych o kontakt z czynnikiem zakaźnym i zachorowanie (gdy rozwój sytuacji oraz charakter zachorowań wskazywać będą na celowość wdrożenia kwarantanny i/lub izolacji).

Zgodnie z ww. ustawą. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wojewoda posiada kompetencje w zakresie żądania udostępnienia nieruchomości, lokali, obiektów, ośrodków, terenów i dostarczania środków transportu do prowadzenia działań przeciwepidemicznych (art. 46, ust. 4, pkt 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ). Miejsca leczenia osób chorych oraz ewentualnej kwarantanny izolacji podejrzanych o zachorowanie na chorobę infekcyjną wskazuje i organizuje wojewoda po konsultacji z Opolskim Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym oraz konsultantem wojewódzkim ds. chorób zakaźnych.

Standardowym postępowaniem będzie prowadzenie izolacji o charakterze domowym – osobom podejrzanym o kontakt z wirusem pandemicznym zostanie wydane w trybie rozporządzenia wojewody zalecenie pozostania w domu i powstrzymywania się od kontaktów z osobami z zewnątrz (celem ograniczenia możliwości dalszej transmisji zakażeń) z jednoczesnym poinstruowaniem o konieczności zgłoszenia się do podmiotu leczniczego lub wezwania pogotowia ratunkowego w przypadku **istotnego pogorszenia się stanu zdrowia**.

Kwarantanna i izolacja może zostać wprowadzona w specjalnie przygotowanych miejscach przy wykorzystaniu wyrobów medycznych, pochodzących z zasobów miejscowych (w tym zasobów własnych podmiotów leczniczych) oraz zgromadzonych w rezerwach państwowych – w przypadku gwałtownego szerzenia się zachorowań między osobami z bezpośredniego kontaktu, z bardzo szybkim wzrostem przypadków o pierwotnie ciężkim przebiegu.

Ponadto wojewoda może, decyzją administracyjną, skierować do pracy przy zwalczaniu epidemii pracowników podmiotów leczniczych i inne osoby, z wyłączeniem tych, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat, kobiet w ciąży lub wychowujących dzieci w wieku do lat 14 oraz osób niepełnosprawnych (art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r.).

W przypadku wzrostu zachorowań związanych z rozwijającą się pandemią grypy pacjenci wymagający hospitalizacji kierowani będą do podmiotów leczniczych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W pierwszej kolejności w celu hospitalizacji chorych wykorzystywane będą funkcjonujące na terenie województwa oddziały zakaźne oraz obserwacyjno-zakaźne. W przypadku dalszego napływu chorych, szczególnie z powikłaniami w przebiegu zakażenia wirusem pandemicznym, zakłada się wykorzystanie łóżek podmiotów leczniczych na innych oddziałach zachowawczych takich jak: oddziały chorób wewnętrznych, oddziały pulmonologiczne i pediatryczne, po uprzednim wypisaniu pacjentów, których stan pozwala na kontynuację **leczenia pod nadzorem lekarskim w domu**.

W sytuacji dalszego rozwoju epidemii, przy gwałtownie wzrastającej liczbie osób wymagających hospitalizacji, przewiduje się przekształcenie wcześniej wytypowanych placówek w podmioty lecznicze o charakterze epidemicznym. Placówki takie znacząco

ograniczą lub całkowicie zawieszą przyjmowanie pacjentów oraz świadczenie usług medycznych niezwiązanych z leczeniem chorych z powodu grypy pandemicznej lub powikłań w przebiegu takiej grypy (np. czasowo wstrzymają planowane zabiegi chirurgiczne i ograniczą zabiegi tylko do sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia).

Podkreślić należy, że na każdym szczeblu organizowanej pomocy szpitalnej rozwój sytuacji wymusi konieczność poszerzenia istniejącej na co dzień bazy łóżkowej – w oparciu o istniejące plany, przygotowane na szczeblu województwa, na podstawie odrębnych przepisów. Służyć temu będą zapasy łóżek szpitalnych utrzymywane w części podmiotów leczniczych na wypadek sytuacji kryzysowych i zdarzeń masowych oraz zgromadzone w rezerwach państwowych produkty lecznicze, wyroby medyczne i inny asortyment, służący zwiększeniu możliwości leczniczych szpitali (m.in. sprzęt i ubrania ochronne dla personelu medycznego, izolatoria oddechowe, urządzenia do dezynfekcji, łóżka szpitalne).

W przypadku wystąpienia masowych zachorowań, w sytuacji skrajnie niepomyślnej, skutkującej obniżeniem bezpieczeństwa państwa oraz wyczerpaniem, pomimo wyżej opisanych działań, możliwości podmiotów leczniczych, przewiduje się uruchomienie przedsięwzięć planowanych na okres zagrożenia bezpieczeństwa państwa, ujętych w wojewódzkim „Planie przygotowań publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa”. Rozwiązania organizacyjne przyjęte w planie wojewódzkim wiążą się z poszerzeniem istniejącej bazy łóżkowej i utworzeniem innych elementów systemu zabezpieczenia medycznego w skali umożliwiającej sprostanie wyzwaniom, jakie niosą sytuacje kryzysowe, w tym przede wszystkim wiążące się ze znacznym wzrostem liczby chorych. Realizacja tych rozwiązań polega także na przekształceniu podmiotów leczniczych resortowych na dodatkowe oddziały szpitalne oraz rozwinięciu dodatkowych oddziałów szpitalnych w istniejących zakładach opiekuńczo – leczniczych i w obiektach przydzielonych w ramach świadczeń rzeczowych, zgodnie z odrębnymi przepisami. Działania te będą prowadzone w oparciu o zasoby własne, część państwowych rezerw produktów leczniczych i wyrobów medycznych, zestawy medyczne przechowywane przez jednostki ochrony zdrowia, z wykorzystaniem takich obiektów, jak internaty, hotele i ośrodki wypoczynkowe.

## **6. TRANSPORT**

Transport osób chorych, znajdujących się w ciężkim stanie, będzie prowadzony na terenie powiatów i województwa w oparciu o system ratownictwa medycznego, składający się z centrów powiadamiania ratunkowego, szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz zespołów ratownictwa medycznego. W przypadku gwałtownego wzrostu zachorowań może wystąpić konieczność wydzielenia części ambulansów o standardzie „S” i „P”, wyłącznie na potrzeby transportu osób chorych zakaźnie, znajdujących się w ciężkim stanie.

W celu zorganizowania transportu chorych znajdujących się w stanie, który nie stanowi zagrożenia życia, wykorzystane zostaną ambulanse ogólne, pełniące funkcje karettek przewozowych.

W przypadku konieczności zorganizowania transportu dużej liczby chorych na tej samej trasie (np. między obiektem prowadzenia kwarantanny a szpitalem), wykorzystane mogą zostać przechowywane na terenie województwa urządzenia sanitarne typu US – 71, umożliwiające adaptację wybranych typów autobusów na potrzeby sanitarnego transportu wielonoszowego.

Nie planuje się zmian w zakresie wykorzystania podczas pandemii ambulansów neonatologicznych („N”). Ich zadaniem będzie zabezpieczenie potrzeb w zakresie transportu dzieci w ciężkim stanie.

Szczegółowe plany zabezpieczenia transportu sanitarnego na terenie województwa z uwzględnieniem konieczności przeznaczenia części pozostającego do dyspozycji sprzętu tylko na potrzeby transportu chorych zakaźnie, określa wojewoda.

W planach tych również uwzględniono pojazdy świadczeniobiorców niepublicznych i prywatnych.

W przypadku masowej absencji chorobowej wśród kierowców ambulansów sanitarnych planuje się przesunięcie do pracy na stanowisku kierowcy pojazdów sanitarnych policjantów z wydziału ruchu drogowego, posiadających uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych (ww. przesunięcia dokonane zostaną na podstawie odrębnych uzgodnień między wojewodą a Ministrem Spraw Wewnętrznych i Komendą Główną Policji), a w dalszej kolejności kierowców komunikacji miejskiej i firm transportowych.

## **7. INSTYTUCJE WSPÓŁDZIAŁAJĄCE**

W działaniach prowadzących do ograniczenia rozmiarów oraz zminimalizowania skutków epidemii uczestniczyć będą m.in. następujące służby i instytucje:

- a) organa administracji publicznej,
- b) Państwowa Inspekcja Sanitarna,
- c) Państwowa Inspekcja Sanitarna MSWiA,
- d) Policja,
- e) Państwowa Straż Pożarna
- f) Siły Zbrojne RP.

Wyżej wymienione instytucje będą współpracować w ramach systemu zarządzania kryzysowego, działającego w oparciu o zapisy ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym.

## **8. FINANSOWANIE**

Zasady finansowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych, mających na celu unieszkodliwienie źródła zakażeń, przecięcia dróg ich szerzenia (w tym również uodpornienie osób wrażliwych na zakażenie) oraz ograniczenie rozmiarów i powstrzymanie pandemii określone zostały w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych w celu zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, oraz świadczeń zdrowotnych związanych przyczynowo z tymi zakażeniami i chorobami zakaźnymi, udzielonych:

- 1) ubezpieczonym - są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego – są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

## **9. PODSUMOWANIE**

Negatywne skutki epidemii dotyczyć mogą części lub całego województwa, zaś okres zagrożenia może okazać się znacznie dłuższy w porównaniu ze skutkami większości zdarzeń o charakterze kryzysowym.

Istniejące plany kryzysowe powstawały z myślą o likwidacji następstw sytuacji kryzysowych, innych niż wywołane epidemią grypy, mogących wystąpić nagle, w określonym miejscu, skutkujących powstaniem dużej liczby poszkodowanych. W procesie ich uaktualniania bierze się pod uwagę także zagrożenia pandemiczne, a zawarte w nich dane są uwzględniane i wykorzystywane na wypadek wystąpienia pandemii grypy.

Przedstawiona w niniejszej strategii koncepcja przygotowania systemu opieki zdrowotnej określa kierunki działań w warunkach kryzysu spowodowanego zagrożeniem pandemią lub wystąpieniem pandemii grypy.

Jej celem nie jest tworzenie nadrzędnych regulacji opisujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w sytuacjach kryzysowych powodowanych wyżej wymienionym zagrożeniem, lecz uwzględnienie i respektowanie już istniejących regulacji obowiązujących w Polsce, wraz ze wskazaniem metod i obszarów działania.