

Politechnika Częstochowska
Wydział Zarządzania

Praca doktorska

mgr Karolina Malicka-Peryga

**Strategie zarządzania kryzysem w sektorze służby zdrowia
w Polsce**

Crisis management strategies in the healthcare sector in Poland

Rozprawa doktorska napisana pod opieką naukową
dr hab. inż. Anny Brzozowskiej, profesor uczelni

Częstochowa 2024

Spis treści

WSTĘP	5
Rozdział 1	
Teoretyczne podstawy zarządzania kryzysowego	13
1.1. Definicje i koncepcje zarządzania kryzysowego	13
1.2. Teorie i modele zarządzania kryzysowego	22
1.3. Zarządzanie kryzysowe w sektorze służby zdrowia	27
1.4. Technologie informatyczne w zarządzaniu kryzysowym	36
Rozdział 2	
Strategie zarządzania kryzysowego	49
2.1. Rodzaje strategii zarządzania kryzysowego	49
2.2. Strategie proaktywne vs. reaktywne	57
2.3. Kluczowe elementy skutecznych strategii zarządzania kryzysowego	67
Rozdział 3	
Specyfika sektora służby zdrowia w Polsce.....	77
3.1. Struktura organizacyjna polskiego systemu służby zdrowia	77
3.2. Mechanizmy finansowania służby zdrowia w Polsce.....	83
3.3. Kluczowe wyzwania i problemy w polskim sektorze ochrony zdrowia.....	91
3.4. Przykłady kryzysów w polskim sektorze zdrowia – studia przypadków.....	107
Rozdział 4	
Czynniki determinujące skuteczność zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia	119
4.1. Rola zasobów finansowych i materialnych w zarządzaniu kryzysowym	120
4.2. Strukturalne i organizacyjne determinanty zarządzania kryzysowego	132
4.3. Kompetencje menedżerów i personelu medycznego	141
4.4. Systemy komunikacji i ich znaczenie w zarządzaniu kryzysowym	150
Rozdział 5	
Założenia metodyczne pracy badawczej.....	159
5.1. Metodyka prowadzonych badań empirycznych.....	159
5.2. Diagnoza elastyczności procesów decyzyjnych w kontekście zarządzania kryzysem w placówkach służby zdrowia	168
5.3. Korelacje między czynnikami wpływającymi na skuteczność zarządzania kryzysem w placówkach służby zdrowia	178
5.4. Modelowanie wpływu technologii, zasobów ludzkich i elastyczności decyzji na skuteczność zarządzania kryzysem w placówkach służby zdrowia.....	185
Rozdział 6	
Analiza porównawcza strategii zarządzania kryzysowego.....	199
6.1. Zarządzanie kryzysowe w sektorze służby zdrowia w wybranych krajach.....	199
6.2. Najlepsze praktyki w zarządzaniu kryzysowym w sektorze ochrony zdrowia.....	214
6.3. Możliwości adaptacji międzynarodowych strategii w Polsce.....	223
6.4. Rekomendacje dotyczące strategii zarządzania kryzysowego w Polsce	230
6.5. Propozycje usprawnień w polskim sektorze ochrony zdrowia	239
PODSUMOWANIE.....	245

Literatura.....	253
Spis tabel	267
Spis rysunków.....	268
Spis wykresów	270
Załączniki.....	271
Streszczenie.....	275

WSTĘP

Skuteczne zarządzanie kryzysowe w sektorze służby zdrowia stanowi niezbędny element dla zapewnienia ciągłości i sprawności świadczenia usług zdrowotnych w obliczu różnorodnych zagrożeń, takich jak pandemie, katastrofy naturalne, czy kryzysy finansowe. W kontekście zarządzania, analiza strategii kryzysowych umożliwia identyfikację najlepszych praktyk oraz opracowanie procedur, których implementacja stanowić powinna priorytet dla menedżerów i decydentów w sektorze służby zdrowia. W praktyce orientacja ta obejmować może optymalizację procesów decyzyjnych, skuteczne alokowanie zasobów oraz zarządzanie personelem w sytuacjach kryzysowych, co znacząco podnosi odporność systemu służby zdrowia w kontekście przyszłych kryzysów.

Pandemia COVID-19 wyraźnie uwidoczniała konieczność doskonalenia strategii zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia. W trakcie pandemii wiele systemów opieki zdrowotnej, w tym polski system, zmuszonych zostało do szybkiej adaptacji do dynamicznie zmieniających się warunków i podejmowania kluczowych decyzji w sytuacjach niepewności. Badania koncentrujące się wokół zagadnień strategii zarządzania kryzysowego w tym kontekście pozwalają na ocenę skuteczności dotychczasowych działań oraz identyfikację obszarów wymagających doskonalenia. Analiza doświadczeń związanych z pandemią dostarcza również cennych wniosków, które posłużyć mogą jako swoiste remedium w celu skutecznego przygotowania na przyszłe kryzysy. Zarządzanie kryzysowe stanowi dynamicznie rozwijającą się dziedzinę nauk o zarządzaniu. Pomimo rosnącej liczby badań w tym obszarze, istnieje potrzeba dalszej ewolucji teorii i modeli zarządzania kryzysowego, szczególnie w kontekście specyficznych uwarunkowań krajowych. Rewizja strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia może stanowić przyczynek do rozwoju nowych teoretycznych ram oraz modeli, uwzględniających specyfikę lokalnych warunków. W szczególności, rozwój modeli decyzyjnych, analizę czynników wpływających na skuteczność zarządzania oraz identyfikację najlepszych praktyk, które mogą znaleźć zastosowanie w podobnych systemach służby zdrowia na całym świecie. Polski system opieki zdrowotnej posiada unikalne cechy, wynikające z jego struktury organizacyjnej, mechanizmów finansowania oraz uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. W kontekście zarządzania, weryfikacja poszczególnych aspektów zarządzania kryzysowego w tym specyficznym środowisku pozwala na uwzględnienie lokalnych uwarunkowań i specyfiki, co odgrywa

kluczową rolę dla formułowania skutecznych strategii. Specyficzne cechy polskiego systemu służby zdrowia, takie jak centralizacja zarządzania oraz dominacja finansowania publicznego, stawiają unikalne wyzwania, wymagające adekwatnych rozwiązań zarządczych. Analiza porównawcza w kontekście innych krajów może również dostarczyć cennych wniosków dotyczących potencjalnych reform i usprawnień, których implementacja w Polsce również może przynieść oczekiwane efekty.

Istotę skutecznego zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia stanowi sprawnie działający personel medyczny oraz cała infrastruktura organizacyjna placówek medycznych. Niezbędne zatem staje się prawidłowo skoordynowane zarządzanie w strukturach wewnętrznych oraz centralnych. Określenie najbardziej precyzyjnego i skutecznego planu antykryzysowego przewidującego różnorodne sytuacje kryzysowe o charakterze globalnym jest niewystarczające, gdy struktury wewnętrzne organizacji, w tym jednostek ochrony zdrowia, nie posiadają odpowiednich zasobów oraz wykazują deficyty w funkcjonowaniu oraz w codziennej działalności. Polski system służby zdrowia od lat znajduje się w obliczu trwającego chronicznego kryzysu o charakterze wewnętrznym. Większość personelu medycznego jest przeciążona wykonywaną pracą i doświadcza zjawiska wypalenia zawodowego, co stanowi samo w sobie duże zagrożenie w kontekście kluczowej roli zawodowej, w optyce odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Uwarunkowania, takie jak braki kadrowe, niedofinansowanie służby zdrowia czy brak wystarczających zasobów materialnych pogłębiają występujące zjawisko kryzysu w jednostkach szpitalnych i ochronie zdrowia, przyczyniając się do powstawania kryzysu wewnętrznego ograniczającego skuteczność zarządzania w sytuacjach kryzysowych. Stąd też, skuteczne zarządzanie kryzysem, szczególnie w sektorze zdrowia, uwzględniać powinno przede wszystkim kryteria charakterystyki kryzysu wewnętrznego, który określa stopień przygotowania organizacji do realizacji wyzwań związanych z sytuacją kryzysową.

Temat rozprawy dotyczy charakterystyki zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia i zwraca uwagę na niezbędne czynniki wzmacniające lub ograniczające skuteczność zarządzania. Zarządzanie kryzysowe, rozpatrywane jedynie jako plan antykryzysowy w kontekście pojawiających się zagrożeń o nagłym i nieprzewidywalnym charakterze w sektorze służby zdrowia w Polsce jest niewystarczające i nie ukazuje złożoności całego problemu. Opracowanie właściwie funkcjonującego planu zarządzania kryzysem w sytuacji pojawienia się kryzysu w wymiarze nagłym i nieprzewidywalnym, bez uwzględnienia wewnętrznych czynników i obecnego poziomu funkcjonowania personelu i jednostek ochrony

zdrowia w codziennym trybie pracy, stanowi istotny problem w procesie zarządzania kryzysem w sektorze służby zdrowia, stąd też podjęcie niniejszej tematyki w dysertacji.

Na podstawie badań literatury oraz przeglądu niezbędnych raportów autorka dokonała identyfikacji luki badawczej, tj. braku odniesienia do istoty zarządzania kryzysem wewnątrz placówek medycznych w codziennym trybie funkcjonowania pracy lekarzy i pielęgniarek, co determinuje skuteczność zarządzania kryzysem w sytuacji pojawienia się nagłych i nieprzewidywalnych kryzysów. Przeprowadzona kwerenda literatury wykazała brak modelu zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia, uwzględniającego wewnętrzne czynniki oraz specyficzne uwarunkowania zawodów medycznych w pracy codziennej wpływające na funkcjonowanie służb ochrony zdrowia w trakcie kryzysu oraz poziom zarządzania kryzysowego. Istniejące modele zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia określają niezbędne zadania i praktyki dotyczące funkcjonowania w sytuacjach kryzysowych, jednakże nie uwzględniają istoty czynników wewnętrznych, takich jak zarządzanie zasobami ludzkimi, zarządzanie stresem i zdrowiem psychicznym, niezbędną infrastrukturą bądź kluczowymi kompetencjami miękkimi, w odniesieniu do skutecznego kompleksowego zarządzania w sytuacjach kryzysowych o charakterze globalnym. Asumpt stanowi uzupełnienie wykazanej przez autorkę luki badawczej, poprzez ukazanie kluczowych czynników wewnątrz systemu ochrony zdrowia, w szczególności wewnątrz placówek medycznych, determinujących skuteczne zarządzanie kryzysem oraz krystalizację rozwiązań zwiększających szanse na sprawne zarządzanie kryzysem w sektorze ochrony zdrowia. Zaprezentowany w dysertacji model stanowi uzupełnienie wskazanej luki badawczej.

Celem głównym dysertacji jest *identyfikacja determinant strategii zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia w Polsce oraz opracowanie rekomendacji mających na celu poprawę skuteczności tych strategii w kontekście przyszłych kryzysów*. W dysertacji wyszczególniono następujące cele szczegółowe:

- C1. Zidentyfikowanie i scharakteryzowanie stosowanych strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia.
- C2. Identyfikacja skuteczności poszczególnych strategii zarządzania kryzysowego na podstawie wybranych studiów przypadków oraz danych empirycznych.
- C3. Zbadanie kluczowych czynników determinujących skuteczność zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia.
- C4. Sformułowanie rekomendacji dotyczących poprawy strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia, z uwzględnieniem wniosków z przeprowadzonych analiz.

Na podstawie powyższych celów, dokonano weryfikacji postawionych hipotez. W pracy przyjęto następującą hipotezę główną: *stosowane strategie zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia są niewystarczająco skuteczne, co wynika z braku przygotowania strukturalnego i organizacyjnego systemu służby zdrowia w kontekście sytuacji kryzysowych*. Wyszczególniono również hipotezy szczegółowe:

H1. Strategie zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia są w dużej mierze reaktywne, a nie proaktywne, co negatywnie wpływa na ich skuteczność.

H2. Skuteczność zarządzania kryzysowego jest zależna od stopnia przygotowania infrastruktury oraz dostępności zasobów finansowych i materialnych.

H3. Kompetencje menedżerów oraz systemy komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej odgrywają kluczową rolę w skutecznym zarządzaniu kryzysowym w sektorze służby zdrowia.

H4. Istnieją znaczące różnice w skuteczności strategii zarządzania kryzysowego między polskim sektorem zdrowia a sektorami zdrowia w innych krajach o podobnych uwarunkowaniach, co sugeruje potrzebę adaptacji najlepszych praktyk międzynarodowych.

H5. Implementacja zidentyfikowanych praktyk oraz rekomendacji może poprawić skuteczność strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia.

H6. Cechy określające elastyczne procesy decyzyjne i ich skutecznością są związane z (a) wyczerpaniem zawodowym, (b) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.

H7. Cechy związane z (a) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.

H8. Cechy związane ze (a) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym oraz (c) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.

H9. Istnieje model cech wyjaśniającego skuteczną strategię zarządzania kryzysowego.

W celu weryfikacji postawionych hipotez oraz realizacji założonych celów, dysertacja została podzielona na sześć rozdziałów. Rozdziały te poprzedzono wstępem, a zakończono podsumowaniem. Struktura dysertacji pozwala na przedstawienie, w części teoretycznej, weryfikacji polskiej i zagranicznej literatury przedmiotu, obejmującej teoretyczne podstawy zarządzania kryzysowego. Empiryczny aspekt pracy prezentuje poszczególne etapy tworzenia modelu zarządzania kryzysem w ochronie zdrowia z uwzględnieniem praktycznych strategii

oraz kluczowych determinant wpływających na skuteczność opanowania sytuacji kryzysowych.

Zawarte w niniejszej rozprawie doktorskiej rozważania koncentrują się na problematyce skutecznego zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem specyficznych determinant wewnętrznych warunkujących skuteczność strategii zarządzania kryzysowego. Podmiotem badawczym w dysertacji są placówki medyczne, a w szczególności szeroko pojęty personel medyczny. W badaniach uwzględniono liczną grupę badawczą w osobach personelu medycznego (N=787), z różnych obszarów terenu całej Polski.

Treści ujęte w pierwszym rozdziale dysertacji stanowią analizę literatury przedmiotu w zakresie teoretycznych podstaw zarządzania kryzysowego. W celu uporządkowania rozważań teoretycznych, usystematyzowano podstawowe zagadnienia i definicje, występujące w literaturze w zakresie zarządzania kryzysowego. Zaprezentowano teorie i modele zarządzania kryzysowego, które znajdują swoje odzwierciedlenie w przypadku postępowania z wieloma kryzysami, porządkując wiedzę z zakresu podejmowanych aktywności w przypadku wystąpienia nagłych i nieprzewidywalnych sytuacji. W dalszej części rozdziału zwrócono szczególną uwagę na istotę zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia, określając strukturę organizacyjną zarządzania kryzysowego oraz wszystkie niezbędne elementy charakterystyczne dla ochrony zdrowia w Polsce. W ostatniej części rozdziału nawiązano do znaczenia technologii informatycznych w zarządzaniu kryzysowym. Uwzględniono istotę i rangę rozwoju technologii w procesach skutecznego zarządzania kryzysem, jak również określono poziom funkcjonowania technologii informatycznych w Polsce, odnosząc się do występujących braków i deficytów przekładających się na zarządzanie kryzysowe. W rozdziale tym zaprezentowano także autorską definicję zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia.

Rozdział drugi traktuje o strategiach zarządzania kryzysowego. Przedstawiono w nim rodzaje strategii zarządzania kryzysowego wraz z podziałem na strategie proaktywne i reaktywne, które znajdują odzwierciedlenie w kontekście ochrony zdrowia w Polsce, a na podstawie których potwierdzono hipotezę szczegółową, podkreślającą przewagę strategii reaktywnych w sektorze służby zdrowia. Dalsze rozważania odnoszą się do kluczowych elementów skutecznych strategii zarządzania kryzysowego.

Rozdział trzeci stanowi analizę specyfiki sektora służby zdrowia w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich istotnych uwarunkowań funkcjonowania personelu medycznego oraz placówek medycznych w obszarze całego systemu ochrony zdrowia.

Scharakteryzowano strukturę organizacyjną polskiego systemu służby zdrowia oraz kluczowe mechanizmy finansowania służby zdrowia w Polsce, które odgrywają znamienne rolę w skutecznym zarządzaniu kryzysowym, zarówno o charakterze wewnętrznym jak i zewnętrznym. Zidentyfikowano i scharakteryzowano istotne wyzwania i problemy w polskim sektorze zdrowia oraz przedstawiono funkcjonowanie i zarządzanie kryzysem w polskiej służbie zdrowia na podstawie studiów przypadków ukazujących przykłady kryzysów, które zaistniały w polskim sektorze służby zdrowia.

Czwarty rozdział rozprawy poświęcono czynnikom determinującym skuteczność zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia. Rozdział ten został podzielony na cztery podrozdziały koncentrujące się wokół aspektów kluczowych dla funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem wewnętrznego funkcjonowania placówek medycznych, w tym pracy lekarzy i pielęgniarek. Przedstawiono strukturalne i organizacyjne determinanty zarządzania kryzysowego, rolę zasobów finansowych i materialnych w zarządzaniu kryzysowym, kompetencje menedżerów i personelu medycznego oraz systemy komunikacji w zarządzaniu kryzysowym, jako istotne korelaty i determinanty skutecznego postępowania w sytuacjach kryzysowych oraz znaczące czynniki wpływające na kwestie wypalenia zawodowego wśród lekarzy, określające poziom funkcjonowania i jakości pracy w sektorze służby zdrowia.

W rozdziale piątym przedstawiono metodykę przeprowadzonych badań, zidentyfikowano przedmiot i podmiot badawczy oraz zaprezentowano wykorzystane metody. Dokonano charakterystyki próby badawczej, wykorzystanych narzędzi oraz wszelkich niezbędnych czynności statystycznych pozwalających na opracowanie autorskiego modelu. Opracowano założenia autorskiego modelu, stanowiące podstawę jego konstrukcji. Model stanowi uzupełnienie zidentyfikowanej przez autorkę luki badawczej. W rozdziale tym zaprezentowano wyniki badań dotyczących determinant, które określają skuteczność zarządzania kryzysowego w ochronie zdrowia.

Rozdział szósty oscyluje wokół zagadnień zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia odnoszących się do analizy porównawczej strategii zarządzania kryzysowego w ujęciu międzynarodowym. Dokonano analizy porównawczej z wybranymi krajami o podobnych uwarunkowaniach oraz wyszczególniono najlepsze praktyki w zarządzaniu kryzysowym w sektorze służby zdrowia. W rozdziale tym wskazano na możliwości adaptacyjne międzynarodowych strategii w Polsce oraz scharakteryzowano kluczowe rekomendacje i propozycje usprawnień w polskim sektorze służby zdrowia.

Dysertacje zakończono podsumowaniem, stanowiącym syntetyczną prezentację przeprowadzonych przez autorkę badań oraz najważniejszych wniosków, wynikających ze sformułowanych w pracy celów i hipotez badawczych. Dopełnienie rozprawy stanowi spis zamieszczonych w pracy tabel i rysunków oraz wykorzystanej bibliografii.

Struktura pracy umożliwia identyfikację kluczowych aspektów oraz determinant oddziałujących na proces zarządzania kryzysem w sektorze służby zdrowia. Zaprezentowane rozważania, a w tym przeprowadzona kwerenda literatury przedmiotu, analiza raportów oraz studiów przypadków, a także wykonane badania statystyczne stanowią podstawę dla autorskiego modelu skutecznych strategii zarządzania kryzysem w ochronie zdrowia. Zastosowanie zróżnicowanych metod badawczych oraz kompleksowa analiza wieloaspektowa pozwala na uzyskanie pełnego obrazu skuteczności strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia oraz pozwala na sformułowanie trafnych rekomendacji dotyczących doskonalenia tych strategii.

Rozdział 1

Teoretyczne podstawy zarządzania kryzysowego

1.1. Definicje i koncepcje zarządzania kryzysowego

Podjmując pod rozważenie tematykę zarządzania kryzysowego zasadnym jest uwzględnienie w pierwszej kolejności zrozumienia i zdefiniowania kluczowych dla istoty tematu pojęć „zarządzania” oraz „zjawisk kryzysowych” w tym pojęcia samego kryzysu i sytuacji kryzysowej. W dostępnej literaturze naukowej termin „zarządzanie” odnosi się do zbioru konkretnych działań i czynności zorganizowanych, które mają daną organizację przybliżyć do najbardziej skutecznej formy kierowania własnymi zasobami oraz osiągnięcia założonych celów¹. W owy zbiór działań zalicza się formy planowania, podejmowania decyzji, kierowania jednostkami oraz kontrolowanie całego procesu. O zarządzaniu można mówić wielopłaszczyznowo, dotyczy ono bowiem wielu sfer działalności człowieka zaczynając od sfery prywatnej poprzez sferę zawodowo-biznesową, społeczną, a kończąc na sferze polityczno-militarnej². Główne założenia zarządzania opierają się na idei koncentrowania uwagi na poznawaniu i sukcesywnym rozwijaniu organizacji oraz uwzględnionych w jej strukturę jednostek. Według A.K. Koźmińskiego i D. Jemielniaka stały rozwój organizacji oraz działania skupiające się na osiągnięciu założonych celów prowadzą do zwiększania efektów i zysków w przyszłości. Według badaczy sprawne zarządzanie dostarcza przestrzeń i odpowiednie warunki do wypełniania założonych celów w sposób optymalny i zrównoważony dla organizacji³. Z kolei według B. Glińskiego pojęcie zarządzania odnosi się funkcjonowania całej struktury organizacyjnej według koncepcji i założeń zarządzającego. Funkcjonowanie to może stanowić o działaniu jednostkowym na przykład danej rzeczy, całej organizacji bądź wyszczególnionych osób⁴. Ujmując całościowo termin zarządzania, stanowi on przede wszystkim o mobilizacji strategicznej w postaci konkretnych oddziaływań, które

¹ R. Borowiecki, B. Siuta-Tokarska, Nauki o zarządzaniu w świetle paradygmatów. *Przeгляд Organizacji*, (4)/2018, s. 7-15.

² B. Siuta-Tokarska, *SMEs during the COVID-19 Pandemic Crisis. The Sources of Problems, the Effects of Changes, Applied Tools and Management Strategies – The example of Poland*, “Sustainability”, MDPI, 13(18), 2021, s. 2.

³ A.K. Koźmiński, D. Jemielniak, *Zarządzanie od podstaw*. Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 18.

⁴ T. Pszczółkowski, *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*. Ossolineum, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk 1978, s. 288

przybliżają jednostkę czy organizację do osiągnięcia założonych celów i stałego rozwoju w oparciu o zmaksymalizowaną skuteczność.

Posiadając wiedzę dotyczącą podstaw teoretycznych i koncepcji samego zarządzania zasadnym jest zwrócenie uwagi na terminologię zjawisk kryzysowych, takich jak kryzys czy sytuacja kryzysowa. Podyktowane jest to ciągłymi zmianami w otoczeniu, rozwojem technologicznym, niestabilnością geopolityczną na arenie międzynarodowej, brakiem pewności do napływających informacji, co skutkuje koniecznością podejmowania szybkich decyzji. Należy zwrócić uwagę na pewnego rodzaju rozdzielność tych dwóch pojęć. W literaturze można spotkać dwa podejścia. Jedno z nich traktuje kryzys i sytuację kryzysową jako jedność, czyli wynikające z siebie fazy całego wspólnego procesu. Drugie bowiem podejście określa sytuację kryzysową jako pojęcie zdecydowanie węższe niż samo pojęcie kryzysu. Sytuację kryzysową można definiować jako występujące zdarzenia, które poprzedzają pojawienie się kryzysu. Zdarzenia te mają bezpośredni wpływ szczególnie na przebieg kryzysu, który objawia się niepewnością, destabilizacją i eskalacją zagrożenia⁵. Również jako narastającą destabilizację określa sytuację kryzysową ustawa z dnia 26 kwietnia 2007⁶ roku stanowiąca o bezpieczeństwie obywatelskim. Zakłada ona, że wyżej wymieniona destabilizacja wpływa na naruszenie więzi społecznych, które przekładają się na problem utraty kontroli nad zdarzeniem oraz zintensyfikowaniem zagrożenia, co wiąże się z wystąpieniem reakcji społecznych powyżej przyjętego akceptowalnego poziomu ryzyka. Stąd też sytuacja kryzysowa ujmowana jest oddzielnie od kryzysu, gdzie kładzie się szczególny nacisk na zwrócenie uwagi na podejmowanie działań mających za zadanie niedoprowadzenie do pojawienia się samego kryzysu⁷.

Na kwestię odrębności tych pojęć zwrócili uwagę A. Zabłocka-Kluczka i Z. Krala, gdzie określają sytuację kryzysową jako wynik niekorzystnych zjawisk, które mimo wszystko nie stanowią zagrożenia dla istnienia przedsiębiorstwa. Z kolei kryzys w ich ujęciu traktowany jest jako stan zagrażający egzystencji organizacji, wynikający z jej długotrwałej i złej sytuacji⁸. Według naukowców sytuację kryzysową można określać w kontekście do jej natężenia oraz

⁵ J. Walas-Trębacz, J. Ziarko, *Podstawy zarządzania kryzysowego. Część 2, Zarządzanie kryzysowe w przedsiębiorstwie*. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.

⁶ Ustawa z 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym, Dz.U., nr 89, poz. 590 z późn.zm.

⁷ J. Falecki, Kryzys i sytuacja kryzysowa, [w:] P. Guła, B. Wiśniewski (red.), *Wybrane problemy zarządzania informacją i wsparcia psychologicznego w sytuacjach kryzysowych*. Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2009, s. 5-17.

⁸ Z. Kral, A. Zabłocka-Kluczka, Istota zjawisk kryzysowych, [w:] J. Skalik (red.), *Zachowania organizacji wobec zjawisk kryzysowych*. Cornetis, Wrocław 2003, s. 25-32.

występujących stanów pośrednich⁹. Główną cechą tego niezależnego podejścia jest fakt, że pojawiające się symptomy sytuacji kryzysowej nie określają i nie determinują zmian koniecznych w istocie organizacji, a jedynie stanowią możliwe wyzwanie do usprawnienia jej bytowania¹⁰. Niemniej jednak, pojawiające się sygnały powinny być kierunkiem podejmowanych działań mających na celu niedoprowadzenie do kryzysu. Powinny opierać się one na zmianie modelu zarządzania i stosowania dodatkowych czynności prewencyjnych niwelujących owe zagrożenie¹¹.

W ujęciu kryzysu jako pojęcia węższego niż sytuacja kryzysowa, istotne jest jego pojmowanie jako konsekwencji i następstwa narastającego zagrożenia w wyniku niespodziewanych okoliczności, które wpływają na całokształt funkcjonowania organizacji, a w szczególności na utratę nad nią kontroli. Sytuacja kryzysowa powinna być rozpatrywana jako proces umiejscowiony w ciągłej jednostce czasu, gdzie dochodzi do przekształcania się pewnych odchyłeń w poważne zaburzenia w funkcjonowaniu organizacji pod wpływem pojawiających się czynników zewnętrznych, jak i wewnętrznych¹².

Niezależnie od podejścia na tle doniesień naukowych można wyodrębnić dla definicji sytuacji kryzysowej cechy wspólne. Zalicza się do nich między innymi brak kontroli nad zdarzeniami, egzystowanie w utrzymującym się stresie, działanie w sytuacji niepewności oraz niepewności informacyjnej, szczególne przeciążenie i rozstrojenie systemu komunikacyjnego, ograniczony czas i przestrzeń na podjęcie właściwych decyzji oraz występowanie realnego zagrożenia poniesienia strat lub dalszego funkcjonowania jednostki organizacyjnej. Dominującą częścią wspólną jest w swoich działaniach skupienie się na decyzjach krótkoterminowych¹³. Kluczowym jednak jest odwołanie się do definicji kryzysu. Powołując się na *Słownik wyrazów obcych* możemy zauważyć, że termin kryzys jest utożsamiany z pewnym punktem zwrotnym, w którym następuje moment przełomu i rozstrzygnięcia¹⁴.

Wielu naukowców podjęło się zdefiniowania tego terminu i poszukania jego genezy i znaczenia. W literaturze można znaleźć wytłumaczenie kryzysu jako trudnej sytuacji, która

⁹ Z. Kral, A. Zabłocka-Kluczka, *Kategoryzacja zjawisk kryzysowych organizacji*, [w:] J. Skalik (red.), *Zmiana warunkiem sukcesu. Organizacja a kryzys*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2004, s. 25-30.

¹⁰ E. Nowak, W. Kitler, A. Skrabacz, K. Gąsior, *Zarządzanie kryzysowe w sytuacji klęski żywiołowej*. Towarzystwo Wiedzy Obronnej, Zeszyt Problematyczny nr 1, Warszawa 2006, s. 26-35.

¹¹ K. Sienkiewicz-Małyjurek, F. R. Krynojewski, *Zarządzanie kryzysowe w administracji publicznej. Zarządzanie bezpieczeństwem*. Difin, Warszawa 2010.

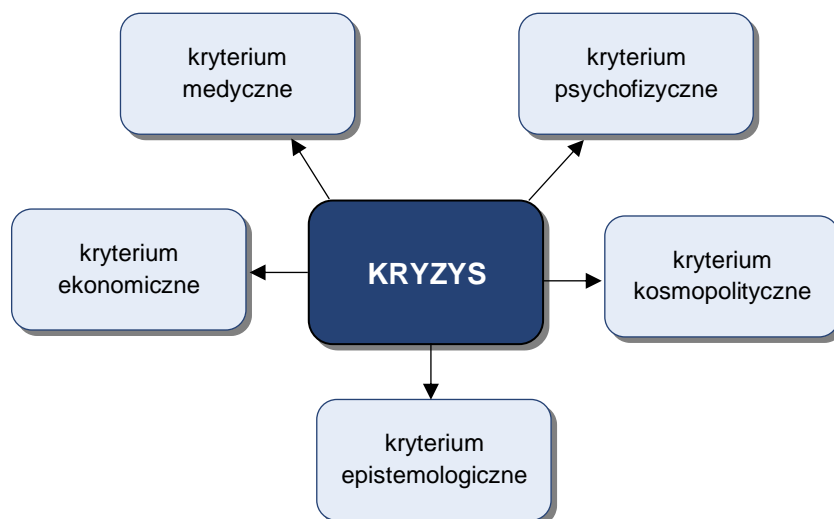
¹² W. Rydzak, *Reputacja a działania informacyjne organizacji w sytuacjach kryzysowych i determinanty ich wyboru*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2011.

¹³ P. Guła, J. Prońko, B. Wiśniewski, *Zarządzanie informacją w sytuacjach kryzysowych*. Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2009.

¹⁴ *Słownik wyrazów obcych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.

jest aktywna w konkretnym czasie, bądź taka, która ma dopiero się pojawić. W ujęciu tym sytuacja ta jawi się jako niekorzystna i negatywna, która w sposób znaczny wpływa zakłócająco na normatywne postępowanie. Określana jest jako pewnego rodzaju destabilizacja, która poprzedza decydującą zmianę w organizacji bądź jednostce. Stanowi dla ich wartości, celów i norm zagrożenie, które warunkuje podjęcie odpowiednich decyzji zmieniających status sytuacyjny kryzysu¹⁵. W dostępnym rozumowaniu kryzys można traktować wielopłaszczyznowo odnosząc się do poszczególnych kryteriów. Za Dąbrowskim można wyszczególnić pojęcie kryzysu w odniesieniu do kryterium medycznego, gdzie jest on określany jako nagły moment zwrotny w zdrowiu człowieka, w którym poszukiwane są przyczyny chorobowe dające zarówno negatywne, jak i pozytywne skutki. W kryterium psychofizycznym kryzys jawi się jako występowanie zaburzeń psychicznych, jak i fizycznych. Jest on połączony ściśle z określeniem dysfunkcji w różnych dziedzinach życia człowieka, gdzie dochodzi do kulminacji licznych konfliktów, które mogą stanowić zagrożenie dla dobra społeczeństwa. Wyróżnia się również kryterium kosmopolityczne, gdzie dochodzi pod wpływem zaistniałego kryzysu zmiana stanu heteronomicznego na stan autonomiczny.

Kryterialne ujęcie definicji kryzysu zilustrowano na rysunku 1.



Rysunek 1. Kryterialne ujęcie definicji kryzysu

Źródło: opracowanie własne.

¹⁵ J. Walas-Trębacz, J. Ziarko, *Podstawy zarządzania kryzysowego. Część 2 Zarządzanie kryzysowe w przedsiębiorstwie*. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.

Pojęcie kryzysu pojawia się na płaszczyźnie epistemologicznej oraz ekonomicznej, gdzie w ujęciu epistemologii związany jest on z trudnością przyjmowania i syntezy dostępnej wiedzy, a w ujęciu ekonomicznym odnosi się on do złego stanu koniunktury, tudzież szczególnie nawiązując do zaniku wzrostu gospodarczego oraz regresu w rozwoju danego kraju oraz zaburzenia dotychczasowej jego równowagi gospodarczej na przykład odnosząc się do takich zjawisk jak bezrobocie czy chociażby inflacja¹⁶.

Poddając analizie istotę kryzysu, warto zwrócić uwagę na model podejścia systemowego, zgodnie z którym organizacja lub jednostka traktowana jest jako część wspólnego systemu. Oznacza to, że rozpatrując system w ujęciu kompleksowym należy uwzględniać wzajemnie powiązane elementy, które determinują jego istnienie i funkcjonowanie. Opisywany system może znajdować się w stanie równowagi statycznej lub dynamicznej. Ze względu na społeczny charakter organizacji równowaga ta uwzględnia występowanie chociażby w jednym z elementów systemu stanu przejściowego, w którym dokonuje się zmiana funkcjonowania organizacji. Wyróżnia się trzy typy okresów przejściowych. Homeostatyczny, w którym pojawiające się zmiany wpływają na funkcjonowanie i zachowania systemu, ale nie prowadzą do jego restrukturyzacji, w odróżnieniu od typu innowacyjnego, według którego struktura systemu i jego podsystemy ulegają zmianie. Ostatnim rodzajem okresu przejściowego jest typ bifurkacyjny, w którym można obserwować duże nasilenie i intensyfikację zmian w zachowaniach i strukturze systemu. W momencie, gdy zmiany te stają się zbyt nasilone i zagrażają systemowi, mówi się, że system znajduje się w kryzysie. Każdy okres przejściowy stwarza możliwość rozwoju systemu w zależności od poziomu wewnętrznego potencjału organizacji i czynników zewnętrznych. Tym samym, tak rozumując i utożsamiając okresy przejściowe jako kryzys można twierdzić, że pojawiające się zmiany mogą stanowić źródło narastających objawów kryzysu organizacji bądź stanowić źródło motywacji do ich niwelowania¹⁷.

Poddając analizie charakterystykę kryzysu można zauważyć, że przez wielu badaczy jest on określany jako coś nieuchronnego i nieuniknionego, co jest wpisane w naturalny cykl życia organizacji i jednostek. R. Oldcorn traktuje kryzys jako skutek nieplanowanych zdarzeń, który może przekładać się na konflikty i zagrożenia normatywnego funkcjonowania przedsiębiorstwa. W tym ujęciu kryzys nie stanowi jednak stanu wyjątkowego, a sam autor

¹⁶ J. Dąbrowski, *Zmiany strategiczne w teorii i praktyce zarządzania*. Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2002/2003.

¹⁷ K. Krzakiewicz (red.), *Teoretyczne problemy organizacji i zarządzania*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2008.

uważa, że pojawienie się kryzysu jest z góry wpisane w cykl istnienia placówek służby zdrowia czy jednostki, niezależnie od ich funkcjonowania i prosperowania¹⁸. Definicję kryzysu rozpatrywano również pod kątem skuteczności zarządzania przedsiębiorstwem. Według I.I. Mitroffa kryzys to efekt wystąpienia nieoczekiwanych zdarzeń i zakłóceń w działalności organizacji. Kojarzy on możliwość pojawienia się kryzysu z konsekwencją podejmowanych interwencji i działań w przedsiębiorstwie. Uważa, że to konkretne działania jednostek określają ryzyko pojawienia się kryzysu, a tym samym skuteczne zarządzanie kryzysem odnosi do podejmowania dodatkowych środków zaradczych i profilaktycznych¹⁹. Również A. Zelek definiuje kryzys jako proces, w którym to sposób zarządzania i podejmowania decyzji warunkuje pojawienie się kryzysu, będącego konsekwencją dysfunkcji realizacji wybranych czynników determinujących funkcjonowanie, istnienie oraz rozwój przedsiębiorstwa²⁰. W głównym ujęciu kryzys kojarzony jest przede wszystkim z negatywnymi skutkami dla organizacji i jednostki. Taką definicję zaproponował J. Reid, akcentując, że to właśnie kryzys stanowi kompleksowe zdarzenie, które może w sposób negatywny przekładać się na ogólną kondycję organizacji z widocznymi niekorzystnymi konsekwencjami w różnych jej sferach²¹. Z kolei G. Gierszewska identyfikuje kryzys jako stan, który wynika z nagromadzenia trudności i niekorzystnych zdarzeń, co realnie wpływa na zagrożenie realizacji podstawowych założeń organizacji lub jednostki przy jednoczesnym braku wystarczających możliwości rozwiązania sytuacji, która wystąpiła²². Ostatnią definicję, którą zaprezentuję w pracy, stanowi zwracająca uwagę koncepcja W. Badury-Madej, postrzegająca kryzys jako stan braku równowagi wewnętrznej, spowodowany, dla organizacji lub jednostki, wystąpieniem wydarzenia krytycznego. Aspekt ten determinuje sferę emocjonalną, w tym stres umysłowy i zasoby osobowościowe, co uwidacznia się nadmiernym napięciem emocjonalnym, wzmożonym lękiem przed utratą kontroli, poczuciem bezradności i beznadziei sytuacyjnej oraz dezorganizacją dotychczasowego zachowania. Wymienione komponenty psychologiczne warunkują zaburzenia psychofizyczne generujące lęk i stres, co uniemożliwia odpowiednie zarządzanie strategiami wewnętrznymi oraz zewnętrznymi niwelującymi powstały kryzys²³.

¹⁸ R. Oldcorn, *Management*. MacMillan, London 1989.

¹⁹ I.I. Mitroff, *Managing Crises before they happen*. American Management Association, New York 2001.

²⁰ A. Zelek, *Zarządzanie strategiczne. Diagnozy, decyzje, strategie*. Wydawnictwo Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu, Szczecin 2000.

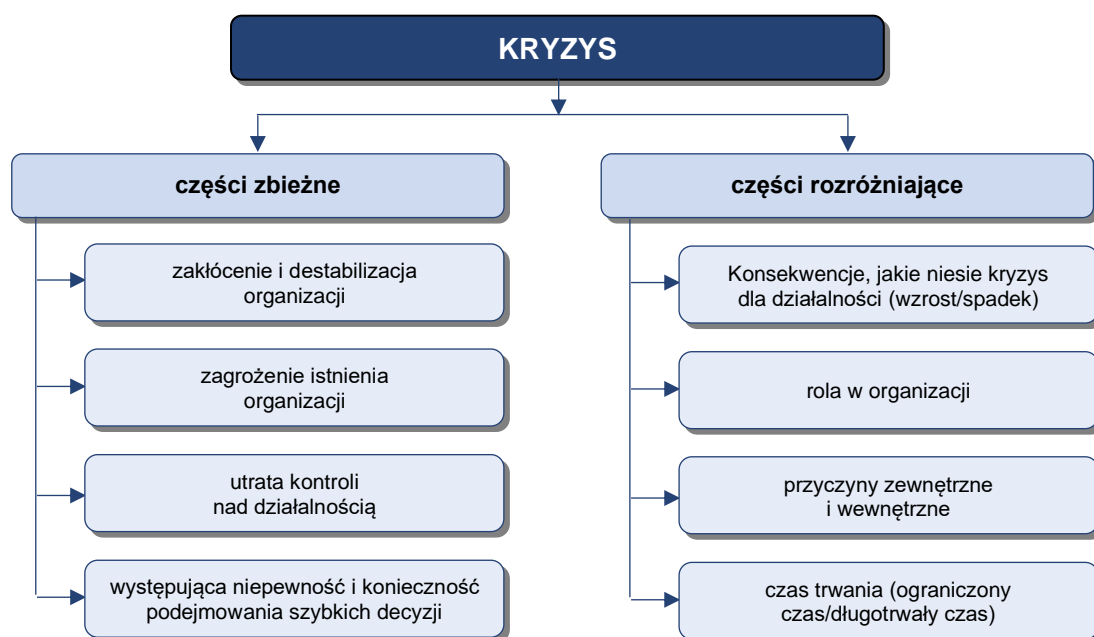
²¹ J. Reid, *Crisis Management: Planning and media Relations for The Design and Construction Industry*. John Wiley&Sons Inc, New York 2000.

²² G. Gierszewska, *Strategie kryzysowe w warunkach globalizacji*, [w:] B. Kozyra, A. Zelek (red.), *Praktyka zarządzania kryzysem w przedsiębiorstwie*. Wydawnictwo Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu, Szczecin 2002.

²³ W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej – poradnik dla pracowników socjalnych*. Inteart, Warszawa 1998.

Dostępna literatura dysponuje mnogością definicji kryzysu, jednakże podobnie jak w przypadku terminu sytuacji kryzysowej można wyodrębnić wspólne części w odniesieniu do występujących podobieństw i różnic. Niewątpliwym jest, że części wspólne, które ujednolicają ten termin, zakładają, iż kryzys to zjawisko zakłócające równowagę i funkcjonowanie organizacji, co może negatywnie wpływać na jej dalsze istnienie. Bezpośrednio bowiem determinuje sprawowanie, a w szczególności ograniczenie kontroli nad jej działalnością, wpływa na występowanie niepewności oraz konieczność podejmowania reaktywnych i szybkich decyzji. W przypadku różnic można wskazać na kwestie konsekwencji danego kryzysu, jego roli w organizacji, przyczyn pojawienia się czy chociażby czasu jego trwania.

Zestawienie podobieństw i różnic definicyjnego ujęcia kryzysu przedstawia rysunek 2.



Rysunek 2. Pojmowanie kryzysu w ujęciu podobieństw i różnic

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy istoty zarządzania i kryzysu zasadnym jest, dla celów rozprawy, odniesienie się i ujęcie kompleksowe pojęcia zarządzania kryzysowego. Odwołując się do Ustawy o zarządzaniu kryzysowym można przytoczyć definicję zarządzania kryzysowego jako działalności organów administracji publicznej, która wchodzi w skład systemu kierowania bezpieczeństwem narodowym. Główne ich zadania koncentrują się wokół monitorowania zagrożeń i zapobiegania sytuacjom kryzysowym, poczynając od kontrolowania, reagowania po

usuwanie skutków kryzysu i odbudowy infrastruktury²⁴. Inna definicja zarządzania kryzysowego stanowi o dynamicznej reakcji na pojawiające się symptomy kryzysu lub reagowania na już trwający kryzys w organizacji w sposób, który określa strategię przewidywania, planowania, postępowania z potencjalnym kryzysem oraz zdarzeniami codziennymi, jak również odbudową i usuwaniem szkód. Według W. Kitlera zarządzanie kryzysowe odnosi się do systemu zarządzania pod presją w celu rozwiązania sytuacji kryzysowych w organizacji. Podobnie jak w powyższych definicjach zarządzanie ma na celu zapobieganie, prewencję i reagowanie w sytuacjach mogących zakłócić równowagę i stabilność organizacji, postępując tak, aby istniała możliwość przywrócenia normalnego stanu funkcjonowania²⁵. W literaturze zagranicznej zarządzanie kryzysowe definiowane jest jako proces tworzenia konstruktów postępowania z pojawiającymi się trudnościami, które jawnie mogą zagrażać funkcjonowaniu danej jednostki i organizacji bądź prowadzić do uszczerbku w kondycji finansowej²⁶. Według M. Armstronga zarządzanie kryzysowe to proces reagowania na szczególnie trudne i napięte sytuacje wymagające określenia szybkiego i rozważnie przemyślanego planu postępowania rozwiązania sytuacji kryzysowej²⁷. Oprócz działań ściśle powiązanych z redukcją sytuacji kryzysowych, zarządzanie kryzysem odnosi się do przeciwdziałania negatywnym skutkom i stratom oraz ograniczenia ryzyka ich pojawienia się w organizacji²⁸. Szczególną uwagę zwraca się również na czynności zmierzające do odbudowy i odzyskania panowania i kontroli nad sytuacją²⁹. Zarządzanie kryzysowe można rozpatrywać w ujęciu szerokim i wąskim. Odnosząc się do ujęcia szerokiego, wskazać należy na trzy istotne aspekty. Pierwszy z nich odnosi się do antycypacji, czyli wczesnego wykrywania symptomów i sygnałów wskazujących na potencjalne zagrożenie oraz do przygotowania działań profilaktycznych i prewencyjnych. Kolejny aspekt podkreśla konkretne działania w samym epicentrum kryzysu, mające na celu ograniczenie strat i powrót do stanu wyjściowego. Ostatni aspekt, który stanowi o szerokim ujęciu zarządzania kryzysowego, stanowi zakres sanacji. Jest on szczególnie istotny, ponieważ motywuje jednostkę i organizację do generowania

²⁴ Ustawa z 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym, Dz.U., nr 89.

²⁵ M. Cieślarczyk, A. Grzywacz, *System zarządzania kryzysowego, aspekty teoretyczne, formalne i badawcze*. Kultura Bezpieczeństwa, no. 1-2, 2014, s. 59-90.

²⁶ W. Crandall, M. L. Menefee, *Crisis Management in the Midst of Labor Strife: Preparing for the Worst*. S.A.M. Advanced Management Journal, Winter, vol. 61, iss. 1, 1996, s. 11-16.

²⁷ M. Armstrong, *Jak być lepszym menedżerem*. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1997.

²⁸ B. Siuta-Tokarska, Zarządzanie organizacją w czasie kryzysu-badania empiryczne przedsiębiorstw w Polsce w dobie globalnego kryzysu ekonomicznego z początku XXI wieku. *Problemy Zarządzania*, 1/2011 (31), s. 8-33.

²⁹ W.M. Grudzewski, I.K. Hejduk, A. Sankowska, M. Wańtuchowicz, *Sustainability w biznesie, czyli przedsiębiorstwo przyszłości. Zmiany paradygmatów i koncepcji zarządzania*. Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010.

wniosków i refleksji, co często przekłada się na implementację i monitorowanie zmian³⁰. Szerokie ujęcie szczególnie zwraca uwagę na zakres działań przygotowujących na wystąpienie kryzysu oraz kwestie naprawcze tuż po jego zakończeniu. Można twierdzić, że szerokie ujęcie zarządzania kryzysowego stanowi kompleksowe i holistyczne podejście na całym kontinuum procesu kryzysowego, uwzględniając fazę przygotowawczą i fazę po jego wystąpieniu³¹. Zarządzanie kryzysowe w ujęciu węższym odnosi się do podejmowania działań stricte w momencie wystąpienia kryzysu, bez poprzedzającego planu i strategii przygotowawczej oraz prewencyjnej. Skupia się w danym momencie na niwelowaniu zagrożeń oraz ograniczeniu potencjalnych negatywnych skutków³². Godną wzmianki definicją zarządzania kryzysowego, która zdaje się być najbliższą współczesnym czasom, jest perspektywa rozwoju organizacji w pierwszej kolejności, a nie jej ochrona. Najważniejszym zadaniem zarządzania kryzysowego w tej koncepcji jest odnalezienie i wypracowanie takiego wzorca działań i zarządzania, który będzie skuteczny w zwalczaniu potencjalnego kryzysu. Co jednak jest sugestywne, w koncepcji tej oprócz odpowiedniego przygotowania prewencyjnego następuje porównanie do już istniejących form zapobiegania. Tego rodzaju porównywania umożliwiają organizacji reorganizację reakcyjnych i dysfunkcyjnych metod i strategii zarządzania³³.

Funkcjonowanie każdego państwa opiera się na integracji systemów mających na celu realizację strategicznych założeń rozwoju społeczno-gospodarczego. Jeden z kluczowych elementów tej struktury stanowi system ochrony zdrowia, którego zasadniczym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Skuteczność polityki zdrowotnej powinna być determinowana przez wysoki poziom transparentności zarówno w procesach decyzyjnych, jak i w mechanizmach nadzoru. Szczególną uwagę zwrócić należy na aspekty przejrzystości w zakresie zarządzania środkami finansowymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia, obejmujące zarówno ich alokację, jak i wydatkowanie³⁴.

Zarządzanie kryzysowe jako zespół działań obejmujących planowanie, działania i zapobieganie wystąpieniu możliwego kryzysu w szerokim ujęciu niebywale, w obecnych czasach, zyskuje na znaczeniu i aktualności. Kryzys, konkretyzowany w szerokim tego słowa

³⁰ W. Rydzak, *Reputacja a działania informacyjne organizacji w sytuacjach kryzysowych i determinanty ich wyboru*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2011.

³¹ M. Łuczak, *Ryzyko i kryzys w zarządzaniu przedsiębiorstwem*. Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Warszawie, Warszawa 2003.

³² W.T. Coombs, *Ongoing Crisis Communications: Planning, Managing and Responding*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 2011.

³³ B. Nogalski, H. Macinkiewicz, *Zarządzanie antykryzysowe przedsiębiorstwem. Pokonać kryzys i wygrać*. Difin, Warszawa 2004.

³⁴ M. Węgrzyn, Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, (410)/2015, s. 111-131.

znaczeniu, tworzy spectrum, towarzyszące ludziom od zamierzchłych czasów i zdaje się, że żaden postęp technologiczny nie spowoduje, że pojęcie kryzysu zaniknie. Kryzys w świecie społecznym jest obiektem stałym, niezmiennie ewoluującym pod wpływem coraz to nowych czynników. Dlatego tak istotne jest monitorowanie i analiza wszystkich zależności, w aspekcie opracowania nowych strategii zarządzania kryzysowego mającego na celu zapewnienie bezpieczeństwa obywatelom.

1.2. Teorie i modele zarządzania kryzysowego

Pojawianie się zarówno globalnie, jak i w warunkach lokalnych, sytuacji kryzysowych oraz ich multiplikacja determinuje opracowywanie nowych modeli i programów zarządzania kryzysowego oraz strategii antykryzysowych. Ich głównym celem jest eliminacja konsekwencji potencjalnego zagrożenia, umiejętne postępowanie z sytuacją zaistniałą w kryzysie, ale przede wszystkim tworzenie optymalnych środowisk i warunków, w których ryzyko wystąpienia kryzysu zostałyby zredukowane do minimum.

Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej powinien być analizowany w ujęciu wielowymiarowym, co wynika z charakteru zdrowia jako zasobu o strategicznym znaczeniu dla funkcjonowania jednostek i organizacji. W kontekście zarządzania zdrowie stanowi specyficzne dobro publiczne, którego efektywna alokacja i dystrybucja wymagają zastosowania zaawansowanych narzędzi zarządczych, obejmujących planowanie, organizację i kontrolę procesów mających na celu zapewnienie równości w dostępie oraz optymalizację wykorzystania zasobów w systemie ochrony zdrowia³⁵.

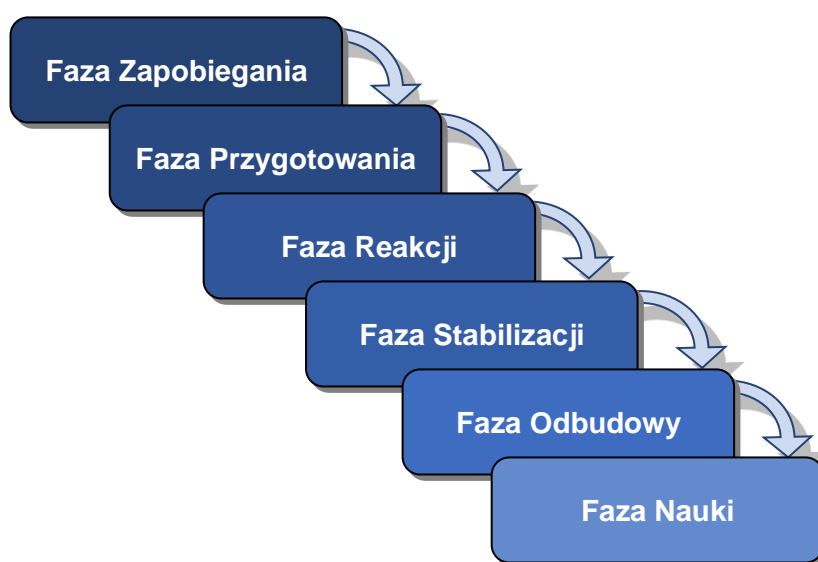
Literatura przedmiotu prezentuje modele zarządzania kryzysowego. W świetle badań i modeli zagranicznych wskazać można między innymi na model sześciu faz zarządzania kryzysowego opracowanego przez W.T. Coombs. W swojej teorii zakłada on, że zarządzanie kryzysowe powinno opierać się na sześciu przenikających się fazach (rysunek 3)³⁶:

- Faza Zapobiegania – mająca na celu głównie zapobieganie i prewencję wystąpienia kryzysu,
- Faza Przygotowania – obejmuje ona planowanie i opracowanie procedur, konkretnych czynności oraz dostępnych zasobów gotowych do wykorzystania na wypadek kryzysu,

³⁵ M. Węgrzyn, Koszty badań profilaktycznych w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, (84 (2)/2016, s. 141-149.

³⁶ W.T. Coombs, *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing and Responding*. Sage Publications 2014.

- Faza Reakcji – jest to faza w trakcie trwania kryzysu, podczas której następuje bezpośrednia reakcja na kryzys oraz wdrożenie zaplanowanych działań,
- Faza Stabilizacji – oparta na próbie opanowania sytuacji kryzysowej i minimalizacji strat,
- Faza Odbudowy – w fazie tej działania organizacji koncentrują się na odbudowaniu pierwotnego bądź proporcjonalnie poprawnego jej funkcjonowania,
- Faza Nauki – po sytuacji kryzysowej i doświadczonym kryzysie następuje moment analizy i przeformułowania wartości i celów tak, aby w przyszłości sytuacja się nie powtórzyła. Dotyczy ona ewaluacji przyszłych działań.



Rysunek 3. Teoria zarządzania kryzysowego według W.T. Coombsa

Źródło: opracowanie własne na podstawie: W.T. Coombs, *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing and Responding*. Sage Publications 2014

W kontekście zarządzania kryzysowego można wyszczególnić również model podwójnej pętli zaproponowany przez Ch. Argyrisa i D. Schöna, który zakłada istotność nauczania na podstawie doświadczeń. W kontekście kryzysu istotna jest nie tylko analiza skutków kryzysu dla dobra przyszłości organizacji, ale również przyczyn i objawów umożliwiających w późniejszym etapie optymalną modyfikację programów antykryzysowych³⁷. Innym modelem jest model zarządzania kryzysowego Finki (*Fink's Crisis Management Model*), który został opisany pod względem występujących pięciu następujących po sobie stadiów³⁸:

³⁷ Ch. Argyris, D. A. Schön, *Organizational Learning II: Theory, Method, and Practice*. Addison-Wesley 1996.

³⁸ I.I. Mitroff, Ch.M., Pearson, *Crisis Management: A diagnostic Guide for Improving Your Organization's Crisis-Preparedness*. Jossey-Bass 1993.

- ostrzeżenie (*Prodromal Crisis Stage*) – stadium ostrzegawcze z pojawiającymi się pierwszymi symptomami możliwości pojawienia się kryzysu
- kryzys (*Crisis*) – stadium, w którym organizacja mierzy się z trwającym kryzysem
- przerwanie działalności (*Acute Crisis Stage*) – stadium kulminacji fazy kryzysu, w której funkcjonowanie organizacji zostaje zakłócone
- odzyskiwanie (*Chronic Crisis Stage*) – stadium podejmowania próby powrotu do normy w funkcjonowaniu organizacji
- rezolucja (*Crisis Resolution Stage*) – stadium końcowe umożliwiające organizacji powrót do funkcjonowania.

Kolejnym modelem uwzględnionym w literaturze przedmiotu jest model zarządzania kryzysowego Mitroffa oraz model zarządzania kryzysowego Lerba. W pierwszym wskazanym modelu, opisanym przez I.I. Mitroff, również można wyodrębnić pięć faz opracowania kryzysu. Pierwsza faza nazwana „poszukiwaniem sygnałów ostrzegawczych” odnosi się do identyfikacji i rejestrowania wczesnych potencjalnych zagrożeń. W kolejnej fazie następuje przygotowanie i planowanie oddziaływań zapobiegających kryzysowi. Faza główna, odnosząca się do zarządzania kryzysem, skupia się na działaniach redukujących negatywne skutki i straty dla organizacji lub jednostki. Dwie ostatnie fazy (Odzyskiwanie i Nauka) opierają się na czynnościach przywracających struktury organizacji do normalności oraz analizie doświadczonej sytuacji w celu usprawnienia funkcjonowania w przyszłości³⁹.

Natomiast J.L. Lerb dzieli zarządzanie kryzysowe w oparciu o trzy kryteria: kryterium prekryzysowe, kryzysowe i postkryzysowe. W kryterium prekryzysowym, podobnie jak w wyżej wymienionych modelach, następuje etap przygotowania do wystąpienia ewentualnego zagrożenia i wyodrębnienie wstępnych i wczesnych symptomów kryzysu. W kolejnym kryterium organizacja mierzy się z trwającym kryzysem. W okresie poskryzysowym szczególną uwagę zwracać należy na wszelkie działania odbudowujące normatywne funkcjonowanie organizacji oraz analizę sytuacji kryzysowej i skonstruowanie odpowiednich wniosków⁴⁰.

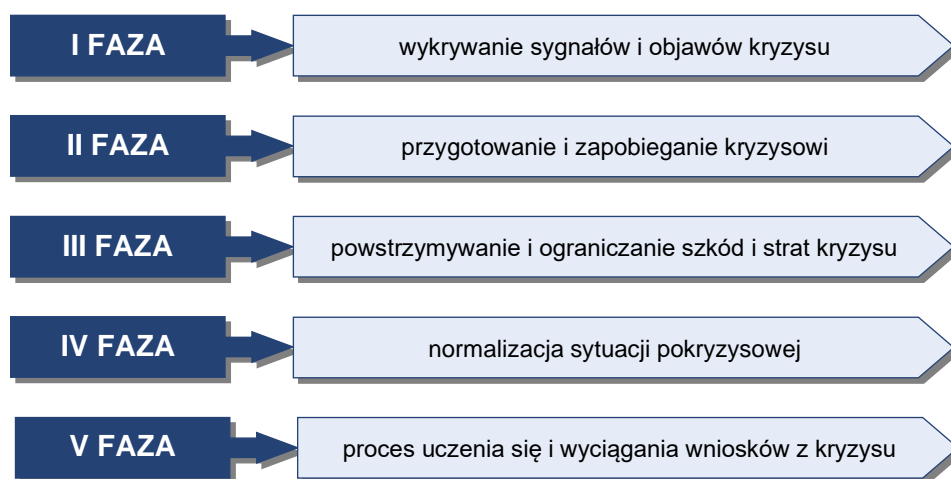
Godny uwagi model zarządzania kryzysowego przedstawili Y. Lu i Y. Huang wskazując stan emocjonalny i pojawiające się emocje jako najsilniejszy czynnik determinujący sposób postępowania z sytuacją kryzysową i zarządzania nią. Model *emotion - cognition dual - factor model of crisis communication* nawiązuje do istoty komunikacji w zarządzaniu kryzysem oraz

³⁹ I.I. Mitroff, *Crisis Leadership: Planning for Unthinkable*. Wiley 2004.

⁴⁰ J.L. Lerb, *Crisis Management in Organizations*. Palgrave Macmillan 2011.

integracji wiedzy i zasobów z psychologii komunikowania. Podobna koncepcja oparta na emocjach została odwzorowana w modelu *integrated crisis mapping model*, który zakłada kluczowy aspekt lokalizacji i identyfikacji różnorodnych emocji danych jednostek w organizacji, które są doświadczane w trakcie kryzysu. Oprócz podstawowych form zabezpieczania przedsiębiorstwa z punktu widzenia przetrwania, modele te uwzględniają kwestie psychofizyczne człowieka, co często stanowi niezbędną zmienną w zarządzaniu kryzysem⁴¹.

Analizując dostępną polską literaturę przedmiotu również można wskazać na kilka modeli zarządzania kryzysem. W tworzeniu modelu i programów zarządzania należy zwrócić uwagę na cztery istotne komponenty: typ i rodzaj kryzysu, etapy rozwoju kryzysu, systemy oraz udziałowców kryzysu. Pierwszy z nich odnosi się do identyfikacji głównych przyczyn oraz charakteru doświadczanego kryzysu. Drugi komponent ukazuje proces rozwoju kryzysu w poszczególnych fazach, co ilustruje rysunek 4.



Rysunek 4. Fazy rozwoju kryzysu

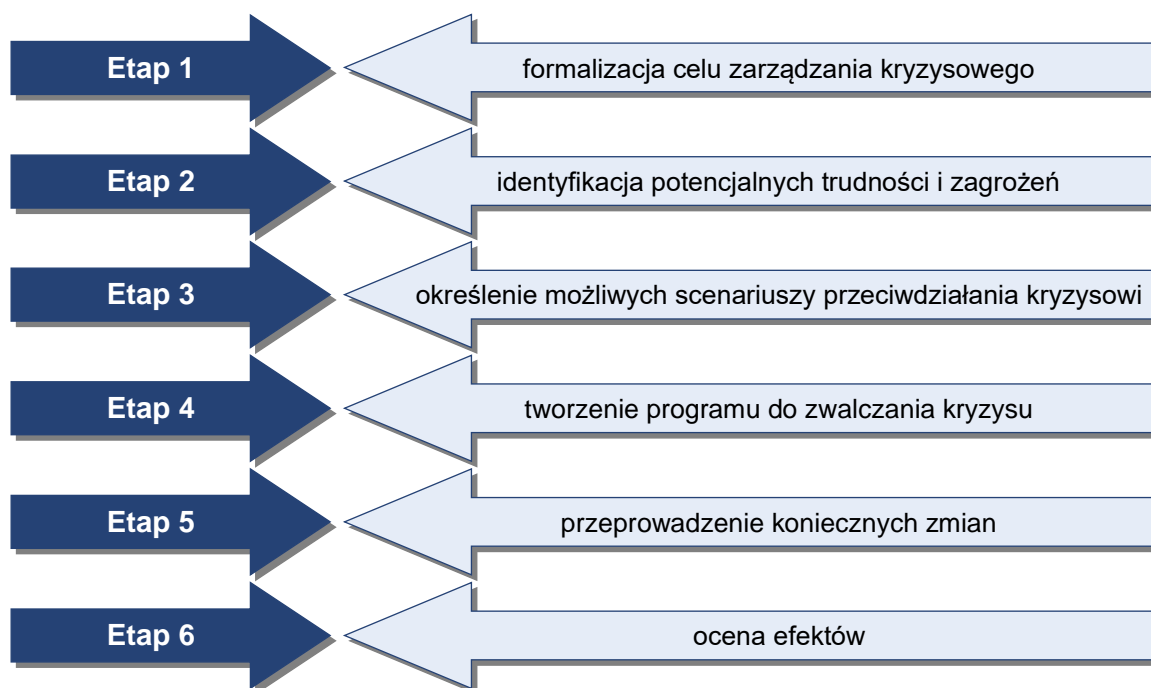
Źródło: opracowanie własne.

Odnosząc się do systemów, rozważyć należy ściśle opracowane scenariusze przeciwdziałania kryzysowi w oparciu o dostosowanie działań do procedur, dostępną technologię czy struktury danej organizacji. Ostatni komponent modelu zarządzania kryzysowego obejmuje zbiór osób powiązanych wewnątrz i zewnątrz z organizacją. Przedstawiony przez A. Zelek model zarządzania kryzysowego opiera się w swojej budowie na

⁴¹ D. Tworzydło, S. Gawroński, *Model skuteczności reakcji w organizacji czulej na zdarzenia kryzysowe oraz wizerunkowe elementy składowe systemu odpornościowego organizacji. Na podstawie badań przeprowadzonych wśród polskich przedsiębiorców*. *Studia Medioznawcze*, T. 23, nr 3(90), 2022.

podstawowych elementach zarządzania określanych jako proces podzielony na 6 etapów (rysunek 5)⁴²:

- formalizacja celu zarządzania kryzysowego – zapewnienie przetrwania organizacji,
- etap diagnostyczny – identyfikacja potencjalnych trudności i zagrożeń; ocena przyczyn i objawów kryzysu; określenie typu kryzysu; określenie etapu i udziałowców sytuacji kryzysowej,
- etap decyzyjny – określenie możliwych scenariuszy przeciwdziałania kryzysowi; ocena i weryfikacja dostępnych innych możliwości; optymalizacja programu; weryfikacja oddziaływań antykryzysowych,
- etap projektowy – tworzenie programu do zwalczania kryzysu; określenie budżetu i harmonogramu zdarzeń; określenie elementów podlegających zmianie,
- etap wdrożeniowy – przeprowadzenie koniecznych zmian; kwestie informacyjne i realizacja opracowanego programu; monitorowanie zmian,
- etap kontrolny – ocena efektów; weryfikacja dotychczasowych ustaleń organizacyjnych oraz implementacja ewentualnych korekt.

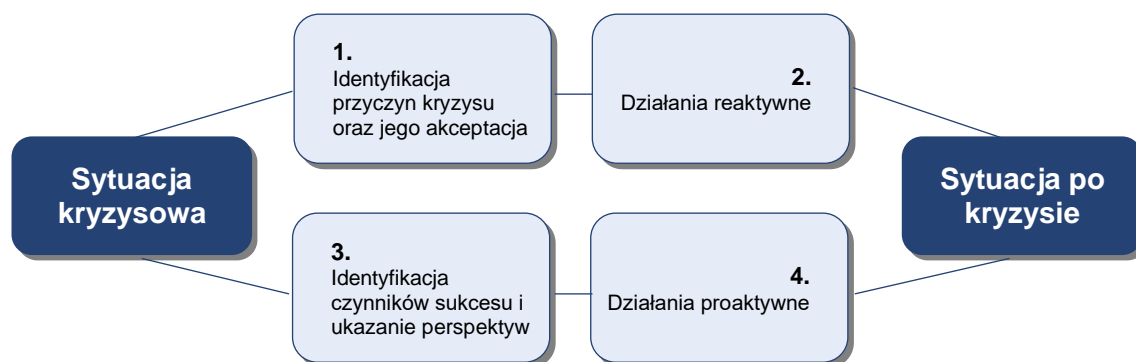


Rysunek 5. Model zarządzania kryzysowego według A. Zelek

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Tubielewicz, *Koncepcja zarządzania kryzysowego w tworzeniu strategii współczesnego przedsiębiorstwa*. Zeszyty Naukowe, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, nr 171, s. 397-407, Poznań 2011.

⁴² K. Tubielewicz, *Koncepcja zarządzania kryzysowego w tworzeniu strategii współczesnego przedsiębiorstwa*. Zeszyty Naukowe, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, nr 171, s. 397-407, Poznań 2011.

Należy jednak zwrócić uwagę, że system zarządzania kryzysowego podobnie jak w innych modelach, aby odnieść zamierzone efekty, powinien bazować na proponowanych wymiarach prewencji, zapobiegania eskalacji kryzysu, interwencji właściwej oraz interwencji pokryzysowej. Ostatnim z modeli jest model zaproponowany przez B. Nogalskiego i H. Macinkiewicza, którzy zaprezentowali wzorec reagowania kryzysowego w oparciu o kryteria działań reaktywnych i proaktywnych, co przedstawia rysunek 6⁴³.



Rysunek 6. Wzorec zarządzania w sytuacji kryzysowej

Źródło: B. Nogalski, H. Macinkiewicz, *Zarządzanie antykryzysowe przedsiębiorstwem. Pokonać kryzys i wygrać*. Difin, Warszawa 2004, s. 101

Analizując i integrując wiedzę oraz podstawy teoretyczne dostępnych modeli zarządzania kryzysowego należy przyjąć perspektywę kompleksowego oddziaływania antykryzysowego w oparciu o poszczególne etapy, rozpoczynając od etapu identyfikującego zagrożenia a kończąc na etapie konstruowania wniosków i implementacji programów naprawczych. Niezależnie od dostępnej nomenklatury danych faz i kryteriów w rozpatrywaniu sytuacji kryzysu w organizacji, w ujęciu politycznym czy nawet jednostkowym, należy mieć na względzie kompleksowy proces przeciwdziałania kryzysowi i uwzględniania wszelkiej niezbędnej wiedzy w celu interpretacji zdarzeń i określania ewaluacji postępów w funkcjonowaniu organizacji.

1.3. Zarządzanie kryzysowe w sektorze służby zdrowia

Podmioty medyczne w kompleksowym ujęciu sektora służby zdrowia pełnią naczelną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa medycznego i leczniczego obywateli kraju, co dowodzi,

⁴³ B. Nogalski, H. Macinkiewicz, *Zarządzanie antykryzysowe przedsiębiorstwem. Pokonać kryzys i wygrać*. Difin, Warszawa 2004.

że sektor służby zdrowia jest nieodzownym elementem systemu bezpieczeństwa narodowego. Jest on szczególnie narażony na różnego rodzaju sytuacje kryzysowe, z którymi musi adekwatnie postępować. Wszelkiego rodzaju podmioty medyczne jak przychodnie, prywatne praktyki lekarskie czy szpitale i kliniki podlegają ustalonym zasadom i procedurom organizacyjnym, determinowanym przez politykę bezpieczeństwa państwa na wypadek pojawienia się kryzysów warunkowanych wewnątrznie lub zewnątrznie. Zarządzanie kryzysowe w tym sektorze wymaga szczególnego podejścia, które powinno łączyć specyficzne metody zarządzania, zaawansowaną logistykę i umiejętność szybkiego i elastycznego reagowania na zmieniające się warunki.

W kontekście zarządzania, koszty społeczne w ochronie zdrowia to wydatki ponoszone przez państwo lub organizacje publiczne w celu minimalizacji skutków negatywnych zdarzeń, takich jak choroby cywilizacyjne, których analiza powinna obejmować nie tylko bezpośrednie nakłady finansowe, ale także utracone korzyści gospodarcze i społeczne, co jest kluczowe dla skutecznego planowania i alokacji zasobów⁴⁴.

Analizując strategie postępowania w sytuacjach nagłych należy zaprezentować uwarunkowania prawno-ustrojowe polityki zdrowotnej państwa. Polityka zdrowotna skupia się na celowych i zorganizowanych działaniach organizacji publicznych i jednostek, których głównym celem jest rozwój i prawidłowa ochrona zdrowia danego kraju. Polityka zdrowotna kraju jest ściśle uwarunkowana funkcjonowaniem społeczeństwa, co wiąże się z tym, że powinna ona stanowić odzwierciedlenie rzeczywistej sfery ekonomicznej i społecznej danego kraju, tak aby móc zapewnić optymalne warunki zachowania zdrowia. Działania polityki zdrowotnej kraju są szczególnie zauważalne w obszarze ochrony środowiska, prewencyjnych działaniach zapobiegania chorobom i innym katastrofom, w promowaniu zdrowego stylu życia oraz ogólnej organizacji systemu ochrony zdrowia⁴⁵.

Polityka ochrony zdrowia zakłada w swojej idei ustawiczne dążenie do poprawy zdrowia społeczeństwa, aby to uzyskać korzysta z różnych narzędzi i technik, które opierają się na⁴⁶:

- wprowadzeniu profilaktyki polityki zdrowotnej dotyczącej zachowań prozdrowotnych i poprawy jakości funkcjonowania społecznego,
- ogólnym dostępie do usług medycznych,

⁴⁴ T. Holecki, M. Węgrzyn, Koszty społeczne w ochronie zdrowia. Namysł nad pojęciem w kontekście chorób onkologicznych. *Współczesne problemy zarządzania opartego na dowodach w sektorze publicznym*, 2023.

⁴⁵ H. Izdebski, *Doktryny polityczno-prawne. Fundamenty współczesnych państw*. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

⁴⁶ C. Włodarczyk, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*. Wolters Kluwer, Warszawa 2010.

- gwarantowaniu wysokiej jakości usług zdrowotnych,
- optymalizacji stabilności finansowej danych usług,
- prowadzeniu rejestru satysfakcji pacjentów.

Kształtowanie polityki zdrowotnej jest działaniem wielopłaszczyznowym, które wymaga podejmowania licznych procesów decyzyjnych uwzględniających kluczowe czynniki, takie jak: postęp cywilizacyjny i technologiczny, który obejmuje w swoim obszarze permanentny rozwój wiedzy medycznej i diagnostycznej oraz dostępną wiedzę odnośnie potencjalnie możliwych i nowych zagrożeń czy wszelkiego rodzaju zmiany demograficzne, do których zaliczyć można przyrost naturalny czy starzenie się społeczeństwa. Do czynników kształtujących politykę zdrowotną zalicza się również czynniki zdrowotne, ekonomiczne i polityczne kraju. Aby móc określić optymalny i zrównoważony system ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej należy respektować wszelkiego rodzaju kwestie finansowe zabezpieczane w sektorze zdrowotnym, jak również elementy jednostkowe, jak na przykład poziom bezrobocia czy zamożności danego państwa. Czynniki polityczne i zdrowotne koncentrują się na problemach zdrowotnych, które w aktualnym czasie istnieją w przestrzeni publicznej oraz na analizie skutków i konsekwencji poprzednio realizowanych polityk zdrowotnych. Polityka zdrowotna państwa określana jest jako proces publiczny, który uwzględnia nie tylko współdziałanie poszczególnych obywateli z innymi podmiotami, ale przede wszystkim współpracę władzy publicznej, która ma za zadanie w sposób bieżący zapewniać bezpieczeństwo i spełniać potrzeby zdrowotne obywateli⁴⁷.

Głównym celem tworzenia polityki zdrowotnej jest zabezpieczenie społeczeństwa przed różnymi zagrożeniami na tle zdrowotnym. Nadrzędnym założeniem każdego państwa jest kształtowanie bezpieczeństwa zdrowotnego, ujmującego walkę z ryzykiem wystąpienia różnych epidemii i chorób, niwelowanie możliwości powstawania różnych zagrożeń dla zdrowia, przeciwdziałanie bioterroryzmowi i tworzenie odpowiedniej polityki promowania zdrowia⁴⁸. Każdorazowe naruszenie bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga implementacji odpowiednich interwencji. Zagrożenia te można podzielić na wewnętrzne i zewnętrzne. Zagrożenia wewnętrzne dotyczą głównie problemu związanego z brakiem zaspokajania potrzeb zdrowotnych, w tym leczenia, diagnostyki, profilaktyki i szeroko pojętej jakości opieki medycznej. Można przyjąć, że zagrożenia wewnętrzne dotyczą szczególnie zindywidualizowanych czynników zdrowotnych determinujących funkcjonowanie instytucji

⁴⁷ V. Korporowicz, *Polityka zdrowotna w systemie nauk o polityce publicznej*. SGH, Warszawa 2015.

⁴⁸ P. Nowicka, J. Kocik, *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*. Studia BAS, 4(56), 2018, s. 103-121.

publicznych. Do zagrożeń zewnętrznych zaliczamy szczególnie wszelkiego rodzaju zagrożenia o charakterze biologicznym, chemicznym czy środowiskowym, co pokazuje rysunek 7⁴⁹.



Rysunek 7. Rodzaje i źródła zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: P. Nowicka, J. Kocik, *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*. Studia BAS, 4(56), 2018, s. 103-121.

Występowanie zagrożeń w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego w placówkach służby zdrowia można nazwać sytuacją kryzysową, która pojawia się w tym sektorze. Dotyczy to również przyczyn kryzysu w ochronie zdrowia. Analizując źródła kryzysu, jego przyczyny również możemy rozdzielić na wewnętrzne i zewnętrzne. Podział ten skupia swoją uwagę na szerokim ujęciu specyficznych przyczyn kryzysu, charakterystycznych dla sektora ochrony zdrowia, uwzględniając kluczowe dla służby zdrowia aspekty, a niekoniecznie będące istotnym aspektem dla polityki bezpieczeństwa zdrowotnego w odniesieniu do polityki państwa. W podziale tym można znaleźć typowe problemy występujące w sektorze medycznym, które często w literaturze dotyczącej polityki bezpieczeństwa zdrowia są pomijane na rzecz źródeł globalnych obejmujących szersze spektrum. Do zewnętrznych przyczyn kryzysów w obszarze ochrony zdrowia należy zaliczyć⁵⁰:

- wszelkiego rodzaju negatywne zjawiska dotyczące ekonomii i gospodarki danej placówki medycznej – w ujęciu tym rozumie się na przykład niewystarczający budżet w systemie

⁴⁹ Tamże, s. 103-121.

⁵⁰ J. Szydło, I. Witczak, *Odnowa zakładu opieki zdrowotnej jako reakcja na zjawiska kryzysowe w Polskim systemie opieki zdrowotnej*. Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 128, Wrocław 2010.

zdrowotnym, co przekłada się na niewystarczającą ilość zasobów finansowych na zakup odpowiednich świadczeń medycznych po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, a co za tym idzie, wszelkie trudności w zatwierdzaniu niektórych świadczeń i odpowiednią oraz optymalną wycenę procedur medycznych względem realnych kosztów pracy;

- przekazywanie negatywnego obrazu i negatywnej opinii na temat instytucji medycznych w środkach masowego przekazu;
- nagłe sytuacje, które wymagają od sektora służby zdrowia natychmiastowego zaangażowania się w niesienie pomocy społeczeństwu wykorzystując przy tym zintensyfikowane środki finansowe i zasoby kadrowe, odbiegające od rzeczywistego charakteru świadczenia usług medycznych na co dzień. Do nagłych sytuacji zalicza się wypadki, katastrofy, klęski żywiołowe i wszelkiego rodzaju kataklizmy naturalne, jak również stan nadzwyczajny wywołany wirusami i bakteriami (pandemia i epidemia).

Z kolei analizując wewnętrzne przyczyny kryzysów w placówkach ochrony zdrowia można wyszczególnić takie źródła kryzysów, jak⁵¹:

- kwestie ekonomiczne w podejściu indywidualnym – trudności z utrzymaniem płynności finansowej oraz utratę poczucia bezpieczeństwa ze strony personelu medycznego;
- trudności organizacyjne – zaburzony system organizacyjny placówki, w tym nadmierna bądź niewystarczająca hierarchia decyzyjna, nadmierna biurokratyzacja oraz zaburzony system przepływu informacji, ryzyko wystąpienia oporu pracowników przed zmianami;
- spadek jakości usług medycznych;
- niska jakość relacji personelu medycznego z organami zarządzającymi objawiająca się możliwą wewnętrzną opozycją oraz brakiem wspólnego zrozumienia, co może prowadzić do licznych strajków i niepokojów społecznych;
- niska jakość przygotowania i podwyższania kompetencji w zakresie pełnienia funkcji menadżera i kierownika zakładu opieki medycznej;
- brak opracowanego klarownego planu strategicznego.

Ze względu na charakter funkcjonowania sektora służby zdrowia, występowania licznych źródeł i przyczyn kryzysów w opiece medycznej oraz centralnego zarządzania kreowaniem polityki bezpieczeństwa zdrowotnego, zasadnym jest tworzenie i zwracanie szczególnej uwagi na zarządzanie kryzysowe w tym właśnie sektorze. Analizując charakterystykę podmiotów leczniczych zasadnym jest przyjęcie szerszego ujęcia

⁵¹ K. Krzakiewicz, *Zarządzanie antykryzysowe w organizacji*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2008.

definicyjnego zarządzania kryzysowego, które obejmuje nie tylko organy administracji publicznej, ale wszelkie struktury decyzyjne w kompleksowej hierarchii zarządzania. Odnosi się to do odpowiedzialności podmiotów medycznych, które podlegają instytucjom publicznym takim jak Wojewoda, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Samorządom. Każdy z tych organów zobligowany jest do realizacji szeregu obowiązków związanych z zarządzaniem kryzysowym oraz zapewnienia odpowiedniej ochrony dla całej infrastruktury krytycznej. System zdrowia w Polsce jest elementem kompleksowej infrastruktury krytycznej kraju.

Centralnym punktem ochrony systemu zdrowia w ujęciu praktycznym są szpitale. Można twierdzić, że szpital jako instytucja to ostatnie ogniwo łańcucha sztabu zarządzania kryzysowego. Szpitale podlegają wytycznym ustalonym przez samorząd terytorialny, wykonując działania i czynności w zakresie strategii zarządzania kryzysowego i ochrony społecznej na poziomie samorządowym. W sytuacjach, gdy działanie na poziomie samorządowym jest niewystarczające, wynikające z niedostatecznych zasobów finansowych i wpływu działań, procedury zarządzania kryzysowego przejmowane są przez struktury wojewody na poziomie wojewódzkim. W tym zakresie wojewoda przejmuje obowiązki i realizuje wyznaczone cele i strategie zarządzania kryzysowego oraz wdraża wszelkie procedury poprzez podległe sobie wojewodzie jednostki⁵². W przypadku, gdy kryzys ma charakter zdarzenia bądź katastrofy obejmującej większy obszar oraz generuje nasilone skutki, a samorząd i wojewoda nie posiadają właściwych wpływów do postępowania w takich sytuacjach, procedury zarządzania kryzysowego obejmują poziom krajowy. W realizację tych procedur zaangażowane są poszczególne ministerstwa pod nadzorem Rządowego Centrum Bezpieczeństwa. Warto zwrócić szczególną uwagę na fakt, że podmioty medyczne, zwłaszcza szpitale, realizują działania kryzysowe na każdym z poziomów, co warunkuje szczególną ostrożność w planowaniu strategii antykryzysowej z uwzględnieniem wszelkich dostępnych zasobów i możliwości danej organizacji⁵³.

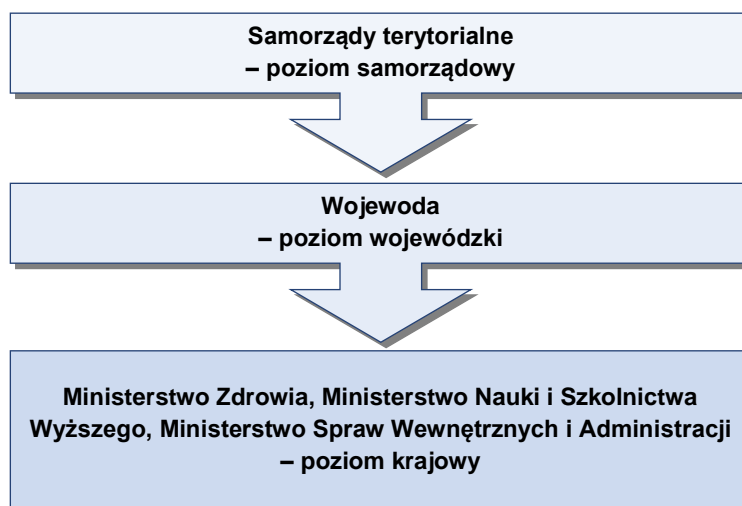
Podział odpowiedzialności implementacji procedur zarządzania kryzysowego w ochronie zdrowia został przedstawiony na rysunku 8.

Analizując charakterystykę zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia, należy zwrócić uwagę na istotne role, jakie odgrywają jednostki medyczne. Do głównych zadań

⁵² R. Borowiecki, T. Kusio, B. Siuta-Tokarska, Innowacje otwarte w MSP. *Studia i prace WNEiZ US*, 52/2018, s. 71-86; A. Brzozowska, J. Kabus, Źródła podejmowania decyzji w e-usługach. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*, (86)/2015, s. 457-467.

⁵³ R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*. PWN, Warszawa 2017.

jednostek medycznych w trakcie trwania kryzysu, jak i w sytuacjach przygotowawczych do przeciwdziałania kryzysowi, należy zdolność do integrowania, przetwarzania, internalizowania i odbioru informacji dotyczących realizacji i finalizacji poszczególnych oddziaływań. Kryterium i czynnikiem świadczącym o właściwym zarządzaniu kryzysowym jest realizacja przyjętej strategii, wyznaczonych celów i wartości, które dążą do zarządzania zasobami ludzkimi, materialnymi i deklaratywnymi.



Rysunek 8. Podział odpowiedzialności implementacji procedur zarządzania kryzysowego w ochronie zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku kryzysów i nieprzewidzianych zdarzeń podmioty medyczne kierują się międzynarodową normą ISO 22301, która reguluje sprawne kierowanie oraz implementację rozwiązań zabezpieczających organizację przed wystąpieniem dotkliwych zakłóceń i strat. Możliwie szybkie wprowadzenie Systemu Zarządzania Ciągłością Działania umożliwi szybki powrót do potencjalnie właściwego funkcjonowania. W myśl założeń zarządzania kryzysowego każda jednostka medyczna w sytuacji wyższej konieczności wdraża w aktywne działanie przyjęte procedury i wytyczne, według których, w najbliższym okresie do zakończenia kryzysu, funkcjonuje. Zarządzanie kryzysowe w ochronie zdrowia nie koncentruje się jedynie na działaniu w sytuacji kryzysu, ale również na sprawnym przygotowaniu placówek na wypadek wystąpienia potencjalnego zagrożenia. Sprawny system zarządzania kryzysowego w placówkach medycznych obejmuje przygotowanie rezerw i konkretnych planów wdrażania oddziaływań kryzysowych. Do takich planów zalicza się obliczanie prawdopodobieństwa występowania określonych zdarzeń, co stanowi element prognostyczny dla funkcjonowania

całej organizacji⁵⁴. Podmioty medyczne zaangażowane w plany zarządzania kryzysowego zobligowane są działań zgodnych z aspektami prawnymi na gruncie ustawy mówiącej o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Ustawa ta warunkuje powołanie lekarza koordynatora, który ma za zadanie uczestniczyć we wszelkiego rodzaju projektach i pracach Wojewódzkiego Zespołu Zarządzania Kryzysowego, który dysponuje władzą decyzyjną w celu określenia stanu podwyższonej gotowości jednostek medycznych, w tym szpitali⁵⁵.

Oprócz opracowania strategii zarządzania kryzysowego dla podmiotów medycznych w ochronie zdrowia na szczeblach państwowych warto zwrócić również uwagę na istotę indywidualnych planów kryzysowych tworzonych w oparciu o własne analizy i kryteria danej, konkretnej jednostki, na przykład danego szpitala. Traktowanie służby zdrowia jako ostatniego ogniwa łańcucha zarządzania kryzysowego, z punktu widzenia państwa, zobligowanego do realizacji procedur i wytycznych sporządzonych przez organy samorządowe, wojewódzkie bądź ministerialne, stanowi ujęcie niewystarczające do rozumienia całego kontekstu działania w kryzysie w sektorze służby zdrowia. Aby móc skutecznie postępować z kryzysem i przeciwdziałać jego skutkom, konieczna staje się akceptacja indywidualnych czynników i atrybutów danej placówki, między innymi uwarunkowań środowiskowych oraz uwarunkowań wewnętrznych samej placówki. Ważnym kryterium poznania specyfiki danej placówki jest zrozumienie jej działalności, warunków lokalowych, organizacji, charakterystyki personelu medycznego i okołomedycznego zatrudnionego w placówce oraz wszelkich czynników leczniczo-ekonomicznych. Nie wolno zapominać, że w procesach planowania strategii i planów zarządzania kryzysowego jeden z ważniejszych elementów stanowi jednostka ludzka, która w cały proces wnosi swoją wiedzę, umiejętności oraz system wartości. Wymaga to od niej stałego rozwoju i podwyższania kompetencji, aby móc w sposób prawidłowy i odpowiedni reagować na potrzeby sytuacji kryzysowej⁵⁶.

Analizując charakterystyki poszczególnych zawodów medycznych oraz dostępną na ten temat literaturę przedmiotu można zauważyć, że w zawodach tych występuje istotnie wysokie ryzyko wypalenia zawodowego. Obserwując nadmierne przeciążenie systemu ochrony zdrowia często już w warunkach normatywnych personel medyczny doświadcza pierwszych objawów wypalenia zawodowego. Jak zatem mówić o działaniu w kryzysie, kiedy brakuje odpowiednich

⁵⁴ B. Juras, J. Zdanowska, *Jak przygotować się na sytuację kryzysową w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych?*, [w:] M.D. Głowacka, E. Mojs, (red.), *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008.

⁵⁵ Ustawa z dnia 18 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.).

⁵⁶ M.D. Głowacka, *Wybrane uwarunkowania zarządzania promocją zdrowia*, [w:] M.D. Głowacka (red.), *Promocja Zdrowia Konteksty społeczno-kulturowe*. Wolumin, Poznań 2000.

zasobów intrapsychologicznych do działania na większą skalę. Obserwuje się podwyższone ryzyko dezorientacji oraz chaotycznego działania⁵⁷.

Z tego też względu, szczególnie w aspekcie sektora służby zdrowia, oprócz ogólnego planu zarządzania kryzysowego, kreowanego na najwyższych szczeblach hierarchii decyzyjności, należy przede wszystkim uwzględnić indywidualność i jednostkowość podmiotów wykonujących procedury zarządzania kryzysowego, a mianowicie szpitali i innych placówek medycznych. Zatem w strategii zarządzania kryzysowego powinny zostać uwzględnione wszelkiego rodzaju innowacje, mające na celu realizację procesu doskonalenia zawodowego, szkolenia pracowników oraz podwyższania umiejętności odpowiedniego postępowania z czynnikami szkodliwymi pracy w kryzysie, tak, aby móc w sposób bezpieczny świadczyć usługi mające ten kryzys niwelować.

Na podstawie analizy literatury oraz dostępnych źródeł dotyczących zarządzania kryzysowego autorka dysertacji określiła i odnalazła lukę badawczą stanowiącą o niewystarczającej prezentacji procedur postępowania z kryzysem w ujęciu zarządzania kryzysowego. Na podstawie istniejącej luki definicyjnej, na potrzeby dysertacji naukowej oraz istniejącej luki badawczej, autorka dysertacji zaproponowała definicję zarządzania kryzysowego w oparciu o kluczowe potrzeby zarządzania kryzysowego w ochronie zdrowia. Przedstawiona propozycja definicji w dysertacji jest następująca: *Skuteczne zarządzanie kryzysowe obejmuje kierunkowe działanie wzajemne względem zarządzania kryzysem o charakterze wewnętrznym oraz zarządzania o charakterze zewnętrznym. Zarządzanie kryzysowe o charakterze wewnętrznym odnosi się do zabezpieczenia prawidłowo funkcjonującego środowiska pracy na co dzień ujmując determinanty takie jak zrównoważone podejście do zasobów ludzkich, czynniki psychologiczne określające ryzyko wypalenia zawodowego, odpowiednie kompetencje miękkie i interpersonalne, zabezpieczenie zasobów finansowych i materialnych oraz zarządzanie satysfakcjonującymi warunkami pracy. Procedury zarządzania kryzysowego o charakterze wewnętrznym warunkuje skuteczność zarządzania kryzysem o charakterze zewnętrznym, traktowanym jako sytuacje nagłe i nieprzewidywalne, takie jak klęski naturalne, epidemie bądź sytuacje geopolityczne.*

⁵⁷ M.D. Głowacka, M. Dłużewska, *Wypalenie zawodowe występujące w środowisku pielęgniarów – przyczyny i konsekwencje*, [w:] M.D. Głowacka, E. Mojs, (red.), *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008.

1.4. Technologie informatyczne w zarządzaniu kryzysowym

Zarządzanie kryzysowe obejmuje wiele kluczowych elementów, które mają na celu zminimalizowanie skutków różnego rodzaju zagrożeń, takich jak klęski żywiołowe, ataki terrorystyczne, pandemie, zagrożenia geopolityczne, jak również kryzysy o charakterze wewnętrznym występujące w strukturze organizacyjnej oraz kwestie zarządzania zasobami ludzkimi. Działania antykryzysowe to proces planowania, koordynacji i wdrażania czynności przeciwdziałających kryzysowi. Postęp cywilizacyjny w kontekście postępu technologicznego sprawił, że cały świat stał się obiektywnie społeczeństwem mobilnym. Niemal każdy człowiek posługuje się mobilnymi urządzeniami, takimi jak smartfon czy tablet, które dostarczają szeroki wachlarz danych informacyjnych. Wszelkiego rodzaju narzędzia pomiarowe, techniki satelitarne oraz globalny internet umożliwiły pozyskiwanie i wykorzystywanie informacji w każdym możliwym miejscu na ziemi⁵⁸.

Cyfrowa gospodarka, wraz z technologiami takimi jak systemy płatności mobilnych, bankowość online, czy nowe modele zarządzania danymi, może znacząco wzmocnić zdolność placówek służby zdrowia do podejmowania szybkich reakcji na kryzysy, takie jak pandemie czy cyberataki. Dzięki zastosowaniu nowoczesnych technologii, takich jak e-commerce, telemedycyna i zdalne zarządzanie, placówki służby zdrowia mogą usprawnić przepływ informacji i zwiększyć dostępność do kluczowych zasobów (jak leki czy sprzęt medyczny) w sytuacjach nagłych. Umiejętność zarządzania ryzykiem przy wykorzystaniu cyfrowych narzędzi pozwala na sprawne monitorowanie sytuacji, a także na podejmowanie szybkich i informowanych decyzji, co jest kluczowe w zarządzaniu kryzysowym. Kwestie bezpieczeństwa cyfrowego, są niezwykle ważne w kontekście ochrony danych pacjentów i funkcjonowania systemów medycznych. W placówkach służby zdrowia, które wdrażają procesy cyfryzacji, zarządzanie kryzysem musi obejmować również strategie ochrony przed cyberzagrożeniami, które mogą paraliżować systemy opieki zdrowotnej⁵⁹.

Współczesne technologie informatyczne oraz systemy teleinformatyczne odgrywają kluczową rolę w procesie zarządzania kryzysowego, umożliwiając bardziej skuteczną koordynację i bardziej precyzyjny monitoring sytuacji kryzysowych. Wszelkie elementy technologii informatycznych bazujące na szybkiej wymianie informacji są obecne na każdym etapie zarządzania kryzysowego od prewencji, aż po proces odbudowy. Rolą technologii

⁵⁸ I. Nakonieczna, *System Informacji Przestrzennej jako narzędzie wspomagające proces planistyczny i decyzyjny w samorządzie. Miasto. Pamięć i Przyszłość*, 3/1, 2018.

⁵⁹ A. Brzozowska, D. Bubel, L. Nekrasenko, *Organisation Management in the Digital Economy: Globalization Challenges*. Taylor & Francis Grou, 2022.

informatycznych jest przede wszystkim identyfikacja potencjalnych zagrożeń oraz opracowanie strategii minimalizujących potencjalne konsekwencje wynikające z ewentualnych kryzysów⁶⁰.

W kontekście technologii informatycznych w zarządzaniu kryzysowym warto zwrócić uwagę na kwestie definicyjne. Technologia informatyczna obejmuje przetwarzanie informacji przy pomocy dostępnych narzędzi i technik, obejmujących wiedzę z zakresu problematyki informatyki w zarządzaniu, telekomunikacji, matematyki oraz socjologii. Technologia informacyjna skupia się przede wszystkim na gromadzeniu, przetwarzaniu i dystrybucji informacji oraz niezbędnej wiedzy poprzez narzędzia, takie jak komputer, smartfon, radio czy telewizja. Analizując współczesny świat i współczesny rozwój technologii, obieg informacji również odbywa się poprzez globalny internet, social media, aplikacje i inne platformy, które funkcjonują w oparciu o procesy szybkiego przetwarzania danych⁶¹.

Do najważniejszych celów stosowania technologii informatycznej zalicza się (rysunek 9)⁶²:

- gromadzenie, przetwarzanie, przesyłanie oraz udostępnianie dostępnych danych oraz pozostałych zasobów informacyjnych,
- umożliwianie łatwego dostępu i przechowywania danych,
- doskonalenie procesów analizowania i podejmowania kluczowych decyzji w odniesieniu do strategii zarządzania,
- wzrost autonomizacji i automatyzacji procesów informacyjnych i procesów zarządzania ograniczających wpływ i rolę człowieka,
- umożliwienie skutecznego i sprawniejszego monitorowania przebiegu całego procesu zarządzania na każdym z jego poszczególnych etapów,
- doskonalenie procesów komunikacyjnych,
- doskonalenie i integrowanie procesów informacyjnych.

Z kolei systemy teleinformatyczne w rozumieniu polskiego ustawodawcy⁶³ określa się jako zespół ściśle ze sobą powiązanych urządzeń informatycznych i oprogramowania, które

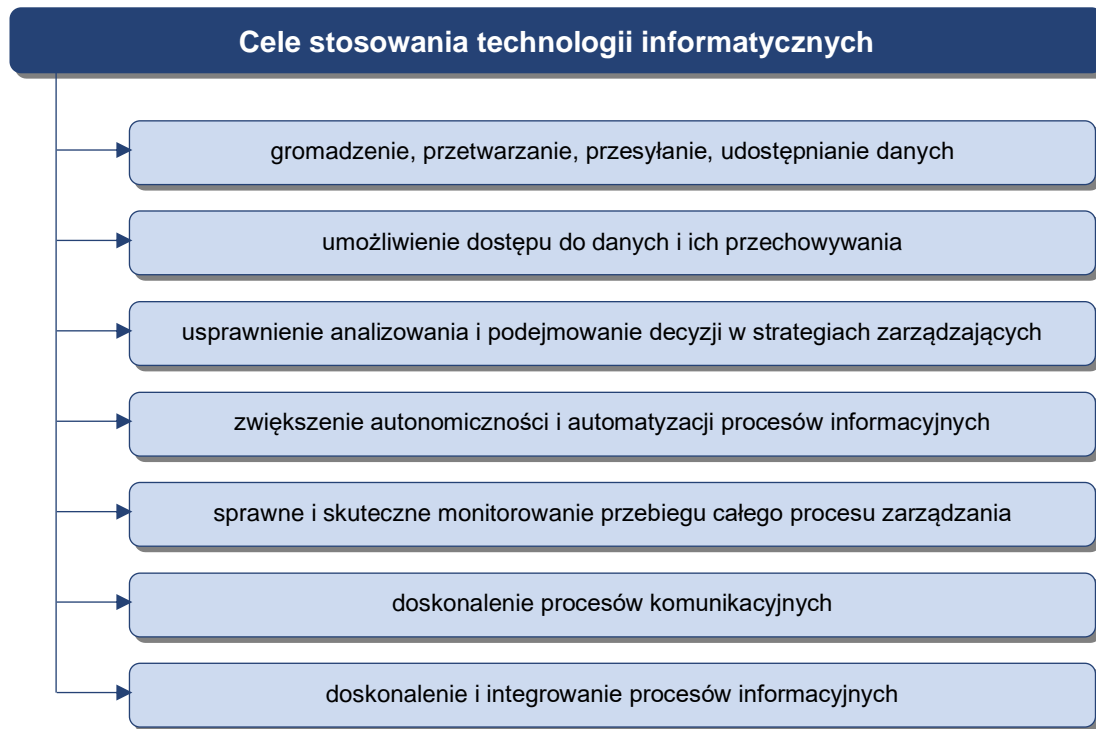
⁶⁰ B. Biernacik, *Możliwości wykorzystania HMS Web Portal na potrzeby zarządzania kryzysowego. Systemy teleinformatyczne w zarządzaniu kryzysowym*, 2012, s. 41-60.

⁶¹ W. Wrotek, *Informatyka Europejska. Technologia informacyjna*. Helion, Warszawa 2006.

⁶² D. Dziembek, *Model SaaS jako forma zdalnej eksploatacji aplikacji dla przedsiębiorstw*. Prace Naukowe UE Wrocław nr 118, IE nr 17, Wrocław 2010.

⁶³ Ustawa z 16 lipca 2004 roku Prawo telekomunikacyjne, Dz. U. 2004, Nr 171, poz. 1800.

zapewniają ciągłość procesu przetwarzania danych z wykorzystaniem sieci telekomunikacyjnych i właściwych urządzeń końcowych⁶⁴.



Rysunek 9. Najważniejsze cele stosowania technologii informatycznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: D. Dziembek, *Model SaaS jako forma zdalnej eksploatacji aplikacji dla przedsiębiorstw*. Prace Naukowe UE Wrocław nr 118, IE nr 17, Wrocław 2010.

Zarówno kwestie technologii informatycznych jak i bezpieczeństwa teleinformatycznego mają kluczowe znaczenie dla polityki państwa. Technologie informacyjne przyczyniają się do wzmacniania bezpieczeństwa zarówno militarnego, jak i społeczno-ekonomicznego. Wspierają wykrywanie zagrożeń patologiami, biorą udział w bezpośredniej ochronie danych osobowych oraz uczestniczą w kluczowych obszarach rozwoju gospodarczego. Systemy teleinformatyczne oraz wszelkie nowoczesne technologie stanowią obecnie ścisły element infrastruktury zarządzania kryzysem. Mają na celu zapewnienie skutecznego funkcjonowania organów administracji publicznej oraz innych instytucji poprzez sprawny proces reagowania na pojawiające się kryzysy. Technologie te pozwalają na integrację i analizę danych pochodzących z różnych źródeł, co umożliwia skuteczną koordynację

⁶⁴ Ustawa z 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Dz.U. 2002, Nr 144, poz. 1204.

i podejmowanie trafnych decyzji w czasie rzeczywistym⁶⁵. Definicja teleinformatycznej infrastruktury krytycznej obejmuje wszelkie systemy i sieci teleinformatyczne, których zaburzona praca i funkcjonowanie może doprowadzić do zdecydowanego pogorszenia się zarówno życia i stanu zdrowia ludzi, jak i bezpieczeństwa państwa oraz obywateli⁶⁶.

Permanently rozwijający się postęp technologiczny na świecie oraz rozwój technik i systemów teleinformatycznych przyczynia się do doskonalenia strategii zarządzania kryzysowego jak również wpływa na znacznie bardziej skuteczny obieg informacji. Analizując strategię zarządzania kryzysowego w Polsce można stwierdzić występowanie różnych wyspecjalizowanych systemów technologicznych skoncentrowanych wokół wykorzystania nowoczesnych technik komputerowych oraz aplikacyjnych. Często systemy te są stricte wyspecjalizowane w celu badania i przetwarzania danych w konkretnym, wybranym obszarze. Technologie informatyczne cechuje powszechna dostępność na świecie oraz szybkie tempo pozyskiwania i gromadzenia niezbędnych informacji dla obywateli⁶⁷. Rozwijająca się sztuczna inteligencja i postęp technologiczny warunkują usprawnienie mechanizmów przewidywania niektórych katastrof naturalnych, jak również zdecydowanie bardziej skuteczne procesy analizy danych dotyczących zachowania ekosystemów, danych społecznych jak również militarnych⁶⁸. Odnosząc się do kwestii zarządzania kryzysowego w Polsce należy zwrócić szczególną uwagę na kilka kluczowych aspektów dla charakterystycznych i wyspecjalizowanych systemów technologii informatycznej, usprawniającej funkcjonowanie państwa w kontekście bezpieczeństwa.

Jednym z takich przykładów jest System Informacji Geograficznej GIS (rysunek 10). Ma on szerokie spektrum znaczeniowe i jest wykorzystywany na wiele sposobów. Służy przede wszystkim wprowadzaniu, gromadzeniu, przetwarzaniu oraz wizualizacji danych geograficznych. System Informacji Geograficznych GIS jest skoncentrowany głównie na wspomaganie procesu decyzyjnego na różnych szczeblach⁶⁹. Funkcjonuje głównie w oparciu o przestrzennie zorientowane dane, sprzęt i oprogramowanie, a także użytkowników tworzących i wykorzystujących system oraz zadania i kwestie wymagające rozwiązania oraz udzielenia odpowiedzi⁷⁰.

⁶⁵ F. Kowalska, Hakerzy w służbie państwa – wirtualna strona patriotyzmu. *Refleksje*, nr 17/2018, s. 37-49.

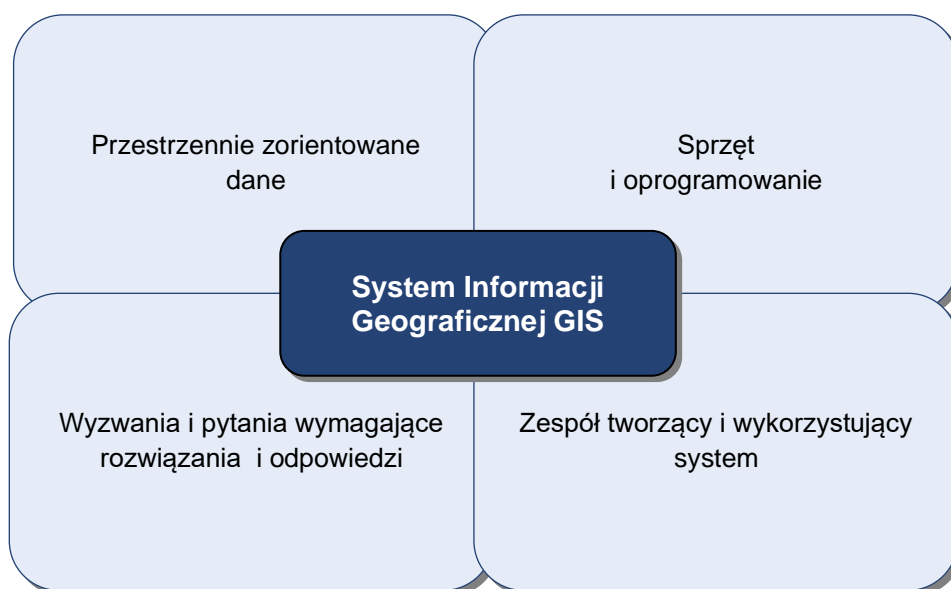
⁶⁶ G. Krasnodębski, *Zagrożenia krytycznej infrastruktury teleinformatycznej w dobie rozwoju społeczeństwa informacyjnego*, (2008). Pobrane z: <https://www.uwm.edu.pl/.../42>.

⁶⁷ T.R. Aleksandrowicz, Bezpieczeństwo w cyberprzestrzeni ze stanowiska prawa międzynarodowego. *Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego*, 8(15)/2016, s. 11-28.

⁶⁸ P. Dąbrowski, Systemy wczesnego ostrzegania: nowoczesne rozwiązania w zarządzaniu kryzysowym. *Zarządzanie Kryzysowe*, 6/2019, s. 112-119.

⁶⁹ H. Gawroński, *Zarządzanie strategiczne w samorządach lokalnych*. Warszawa 2010.

⁷⁰ E. Bielecka, *Systemy Informacji Geograficznej. Teoria i zastosowanie*. Warszawa 2006.



Rysunek 10. Budowa Systemu Informacji Geograficznej GIS

Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Bielecka, *Systemy Informacji Geograficznej. Teoria i zastosowanie*. Warszawa 2010.

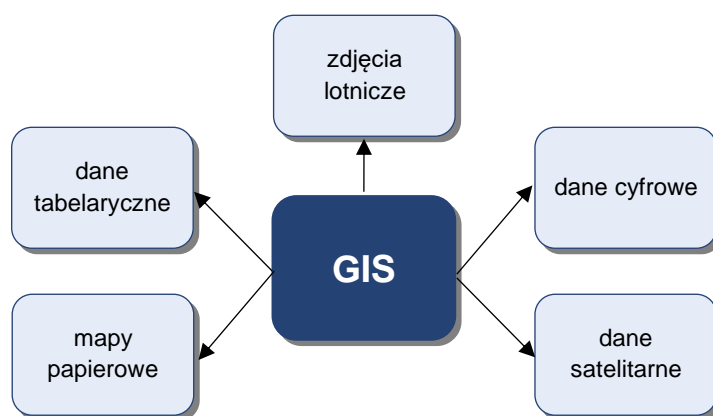
System informacji geograficznej dysponuje bardzo szerokim spektrum zastosowania. Często wykorzystywany jest podczas ewidencji gruntów, budynków oraz prezentacji i ocenie lokalizacji dla potencjalnych klientów. System sprawnie przetwarza informacje o lokalizacji różnego rodzaju zjawisk, które podlegają zmienności w czasie, np. rejestruje poziom zanieczyszczeń monitoringu środowiskowego, wysokość wód i zmieniające się warunki środowiska naturalnego. Systemy informacji geograficznej znajdują swoje zastosowanie również w sektorze bankowości, ochronie bezpieczeństwa obywateli jak i ochronie zdrowia. Są szczególnie przydatne w celu obrazowania danych statystycznych: przestępczości czy lokalizacji infrastruktury technicznej. Analizuje również rozmieszczenie klientów, posiadaczy kont w bankowości oraz wspomaga wybór odpowiednich placówek, uwzględniając zachowania klientów. Urozmaica i dopełnia badania z zakresu demografii i marketingu, jak również służy do lokalizowania i rejestrowania przypadków chorób oraz najbliższej placówki służby zdrowia.

System Informacji Geograficznej GIS obecnie wykorzystywany jest przez niemal wszystkich urzędników i wszelkie organizacje kraju, których zadaniem jest planowanie i podejmowanie decyzji kreujących pozytywne zmiany dla każdej lokalnej społeczności⁷¹.

⁷¹ W. Drzewiecki, *Systemy Informacji Geograficznej*. Akademia Górniczo-Hutnicza, Kraków 2004.

W kontekście zarządzania kryzysowego⁷² wartość technologii GIS jest szczególnie znacząca. Wykorzystywanie systemów technologii informacyjnych umożliwia sprawną identyfikację i analizę poziomów taktycznych działania oraz wydawanie decyzji o charakterze lokalnym, co determinuje precyzję i integralność zasad ochrony bezpieczeństwa ludności. System Informacji Geograficznej dostarcza niezbędnych informacji dla kierownictwa sztabu kryzysowego, dzięki czemu możliwe staje się przygotowanie analiz przestrzennych, określenie niezbędnych danych demograficznych i zasobów danego terenu jak również wskazanie optymalnych dróg ewakuacji w trakcie wystąpienia kryzysu. Szeroki zakres danych geograficznych dostarczanych przez te systemy umożliwia dostosowanie pozostałych systemów zarządzania kryzysowego względem danej sytuacji, co umożliwia udzielanie odpowiedzi na pytania i adekwatną alokację zasobów w trakcie trwania procesu zarządzania kryzysowego na każdym z jego etapów, od reagowania poprzez odbudowę, odzyskiwanie i ograniczenie skutków. Dzięki gromadzonym, przez system GIS, danym geograficznym możliwe staje się sprawne gromadzenie informacji i analizowanie ich w terenie w czasie rzeczywistym, co ułatwia opracowanie różnego rodzaju taktyk komunikacyjnych, ewakuacji, koordynacji miejsc schronienia, możliwości transportowych, jak również masowej opieki⁷³.

Rysunek 11 przedstawia źródła danych Systemu Informacji Geograficznej GIS.



Rysunek 11. Źródła danych Systemu Informacji Geograficznej GIS

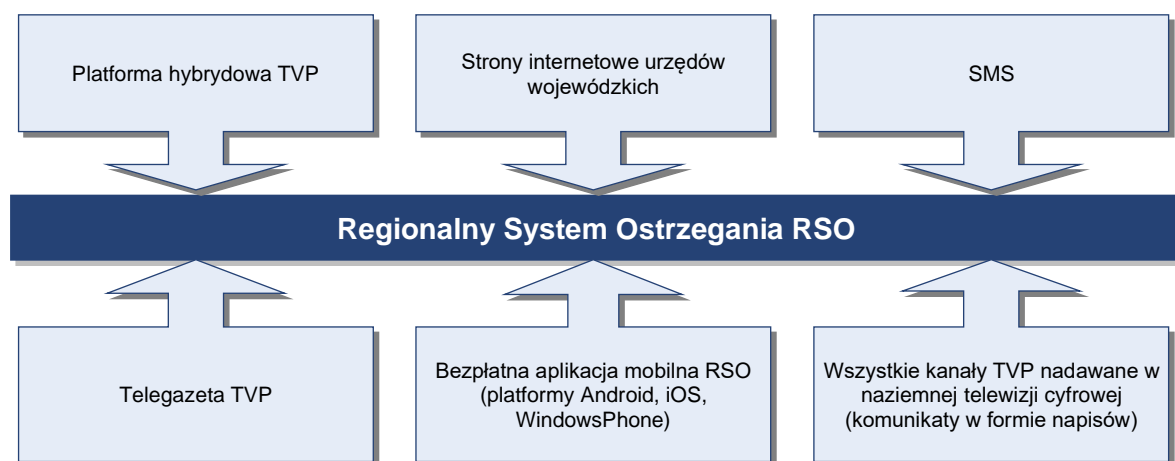
Źródło: opracowanie własne na podstawie: W. Drzewiecki, *Systemy Informacji Geograficznej*. Akademia Górniczo-Hutnicza, Kraków 2004.

⁷² K. Pietryka, Nowe technologie informacyjno-komunikacyjne w zarządzaniu kryzysowym [w:] A. Danielewska, K. Maciąg (red.). *Wybrane aspekty kryminologii, kryminalistyki i bezpieczeństwa w wymiarze narodowym i międzynarodowym*. Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, Lublin 2021.

⁷³ A. Monarcha-Matlak, Wykorzystywanie systemów informacji przestrzennej w administracji publicznej. Internet: informacja przestrzenna, 2018, s. 3-14.

Kolejnym przykładem systemów teleinformatycznych jest Regionalny System Ostrzegania RSO⁷⁴, który opiera się głównie na założeniu ostrzegania i informowania o zbliżających się zagrożeniach na danym obszarze, stanowiąc kluczowy element zapewniania bezpieczeństwa obywateli jak i minimalizowania potencjalnych możliwych strat materialnych. Regionalny System Ostrzegania informuje obywateli o potencjalnym wystąpieniu zagrożenia i prognozowanym niebezpieczeństwie za pomocą mediów na szczeblu ogólnokrajowym. W ujęciu definicyjnym Regionalny System Ostrzegania RSO to *zintegrowany system usług, budowany w ramach umowy Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji i Telewizji Polskiej S.A. z dnia 14.10.2013 roku, wzorujący się na rozwiązaniu przyjętym w województwie lubuskim, umożliwiający powiadomienie obywateli o lokalnych zagrożeniach*⁷⁵. System ten ostrzega oraz informuje obywateli o potencjalnym zagrożeniu za pośrednictwem różnych środków informacji publicznej, włącznie z wykorzystaniem wiadomości SMS. W momencie pojawienia się w centrach zarządzania kryzysowego informacji z różnych źródeł o bieżących zagrożeniach, dzięki specjalnym panelom, generowane są wszelkie możliwe komunikaty ostrzegające. Najczęściej są one publikowane w telegazetach, serwisach platformy hybrydowej, aplikacjach mobilnych, zintegrowanych systemach i serwisach urzędów wojewódzkich, jak również wysyłane są poprzez alerty w postaci SMS oraz w postaci napisów DVB⁷⁶.

Miejsca publikowania komunikatów w ramach RSO przedstawiono na rysunku 12.



Rysunek 12. Miejsca publikowania komunikatów w ramach RSO

Źródło: <http://www.tvp.pl/rso/aktualnosci/regionalny-system-ostrzegania-rso/16323840>

⁷⁴ M. Flasiński, *Zarządzanie projektami informatycznymi*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

⁷⁵ <http://www.tvp.pl/rso/aktualnosci/regionalny-system-ostrzegania-rso/16323840>

⁷⁶ Tamże.

Najczęściej zagrożenia te przekazywane są w formie komunikatów meteorologicznych, hydrologicznych, informacji dla kierowców jak również istotnych informacji, które mają szczególne znaczenie dla lokalnych społeczności, ze względu na specyfikę występowania danego zjawiska. Implementacja systemu ostrzegania umożliwia zabezpieczenie obywateli pod względem możliwości szybkiej reakcji na zbliżające się niebezpieczeństwo, co pozwala zwiększyć poziom bezpieczeństwa społeczności oraz minimalizować ryzyko poniesionych strat, co przekłada się na skuteczność zarządzania kryzysowego⁷⁷.

Warto zwrócić również szczególną uwagę na nowoczesne technologie usprawniające zarządzanie kryzysowe, podczas trwania sytuacji kryzysowych. Jednym z takich przykładów była sytuacja kryzysowa w okresie pandemii COVID-19 w Polsce⁷⁸. Sytuacja stanu pandemicznego zobligowała państwo do wprowadzenia systemów usprawniających przepływ informacji jak i monitorowanie trudności. Implementowane technologie najczęściej funkcjonowały w oparciu o aplikacje mobilne. Przykładem takich aplikacji była technologia ProteGO Safe, która umożliwiała monitorowanie i identyfikację kontaktów osób zakażonych z innymi obywatelami⁷⁹. Na bazie tak tworzonych sieci informujących o zakażeniu, wysyłano różnego rodzaju powiadomienia i ostrzeżenia o potencjalnym ryzyku kontaktu z osobą zakażoną. Wprowadzenie tego rodzaju aplikacji i systemów technologicznych umożliwiło państwu odpowiednie monitorowanie rozprzestrzeniania się wirusa w czasie rzeczywistym, co stworzyło możliwość zdecydowanie bardziej skutecznego postępowania w sytuacji kryzysowej. W kontekście sytuacji pandemii COVID-19 wskazać można jeszcze na dwie powstałe w ówczesnym czasie technologie i aplikacje, związane z systemami zarządzania zasobami, przez które rozumie się skuteczne zarządzanie zasobami, takimi jak personel medyczny, specjalistyczny sprzęt, żywność czy nawet miejsce schronienia. Powstały system zarządzania informacjami o zasobach kryzysowych CRMS, poprzez monitorowanie dostępności tych zasobów w czasie rzeczywistym, pozwalał na optymalne ich rozmieszczenie. W latach 2020 do 2021 wprowadzono system SENTINEL, który umożliwiał gromadzenie i rozpowszechnianie informacji oraz monitorowanie dostępności respiratorów i łóżek szpitalnych w polskich szpitalach⁸⁰. Opisywana technologia

⁷⁷ P. Domański, Systemy wsparcia informatycznego w systemie zarządzania kryzysowego na szczeblu wojewódzkim. *Rocznik bezpieczeństwa morskiego*, r. X, 2016, s. 233-249.

⁷⁸ B. Wojtyński, P. Goryński, Ocena systemu nadzoru epidemiologicznego w Polsce w kontekście pandemii COVID-19. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, 2020.

⁷⁹ K. Goniewicz, M. Goniewicz, Challenges of Crisis Management in the Face of the COVID-19 Pandemic in Poland. *Journal of Clinical Medicine*, 10(10)/2021, s. 14-53.

⁸⁰ Ministerstwo Zdrowia. *System SENTINEL – Zarządzanie zasobami kryzysowymi podczas pandemii COVID-19 w Polsce*. Raport rządowy, 2021.

zdecydowanie wspomagała skuteczność koordynacji działań pomiędzy szpitalami, w sytuacji gwałtownego wzrostu liczby pacjentów, co wpłynęło na poprawę skuteczności leczenia osób zakażonych, przyczyniając się do ogólnego wzrostu skuteczności zarządzania kryzysowego w dobie pandemii.

Odnosząc się do zarządzania kryzysowego w obecnych czasach nie należy pomijać roli mediów społecznościowych. Obecnie prawie każdy obywatel zarówno Polski jak i całego świata posługuje się smartfonem oraz wykorzystuje bazę internetu do pozyskiwania różnych informacji i dzielenia się nimi z innymi użytkownikami. Rozważając aspekt funkcjonowania pokoleń i rozwoju technologicznego można z całą pewnością stwierdzić, że to media społecznościowe w obecnych czasach wiodą prym w kontekście przesyłania informacji dotyczących różnych sytuacji, o charakterze zarówno społecznym, jak również w sytuacjach kryzysu. Pomimo technologii teleinformatycznych, wykazujących się wysokim stopniem skuteczności od wielu lat coraz częściej podkreśla się znaczenie mediów i stosowanych metod współpracy z mediami w systemie reagowania kryzysowego⁸¹.

W kontekście zarządzania kryzysowego media społecznościowe z wykorzystaniem internetu umożliwiają bezpośrednią komunikację i przepływ informacji między społeczeństwem i odbiorcami. Należy wskazać i określić, które media społecznościowe jako przekaz informacji stanowią główne źródło informacji, a które są źródłem wspomagającym⁸². Technologie wykorzystujące media społecznościowe bazują na działaniach i zachowaniach online. Cechą charakterystyczną tego typu form jest przede wszystkim szybka i skuteczna interakcja, która obejmuje dialog z dystrybucją informacji, wiedzę oraz opinie w danym obszarze tematycznym⁸³. Media społecznościowe wykorzystują, w celu dystrybucji informacji, strategię słowa, przekazu fotograficznego, przekazu wideo oraz przekazu audio. Myśl przewodnią technologii nowych mediów stanowi rozwiązywanie problemów, tworzenie produktów poprzez kampanie reklamowe, czy liczne programy, ale przede wszystkim poprzez zaangażowanie społeczne. Często występującym zjawiskiem jest zjawisko cyfrowego aktywizmu, które wspiera różnorodne formy działalności, wykorzystując rozmaite technologie sieciowe.

⁸¹ A. Chodyński, Zarządzanie mediami a bezpieczeństwo. *Bezpieczeństwo – Teoria i Praktyka*, nr 4/2017, s. 31-48.

⁸² A. Prajzner, Media a bezpieczeństwo. Pośrednie i bezpośrednie oddziaływania. Opis zjawiska i systematyzacja terminów. *Rocznik Bezpieczeństwa Narodowego*, 2007, s. 190-201.

⁸³ W. Gzowska, Wybrane media społecznościowe jako narzędzie wspierające rekrutację. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, nr 5/2016, s. 79-92.

Ideą mediów społecznościowych jest kreowanie rzeczywistości społecznej i politycznej poprzez angażowanie i integrację społeczeństwa. Korzystanie z tego typu technologii wywiera wpływ na bezpieczeństwo państwa, regionu czy konkretnej organizacji⁸⁴. W kontekście zarządzania kryzysowego media te przybierają skuteczną formułę na każdym etapie zarządzania kryzysowego. W swojej strukturze informacje przepływające przez media społecznościowe mogą mieć charakter prewencyjny i edukacyjny dla społeczeństwa, co zapobiegać będzie powstawaniu sytuacji kryzysowych jak również może stanowić element informujący społeczeństwo i przekazujący istotne informacje na temat sytuacji kryzysowej w czasie rzeczywistym w najszybszym możliwie sposób. Nowe media społecznościowe współczesnego świata stanowią ogromne wsparcie dla bezpieczeństwa państwa i strategii zarządzania kryzysowego ze względu na szybki przepływ informacji, szybką dystrybucję niezbędnych danych oraz możliwość aktywizacji społeczeństwa⁸⁵. Niemniej jednak tego typu technologie udostępnione do użytku powszechnego i ogólnego na całym świecie mogą mieć swoje negatywne konsekwencje w postaci prezentowania treści niekorzystnych z punktu widzenia bezpieczeństwa, niewiarygodnych i niesprawdzonych informacji, a nawet cyberterrorizmu⁸⁶.

Współczesne zarządzanie kryzysowe powinno opierać się w głównej mierze na korzystaniu z nowoczesnych technologii oraz nowo powstających usprawnień, które mogą przyczynić się do skutecznej realizacji wszystkich etapów strategicznych zarządzania kryzysowego. Nowoczesne technologie poprzez wykorzystywanie integracji zasobów oraz analizę znacznych ilości rozproszonych danych tworzą odpowiednie strategie monitorowania rozwoju symptomów sytuacji kryzysowych⁸⁷. W efekcie możliwe staje się generowanie, na podstawie zebranych informacji, różnych scenariuszy zdarzeń potencjalnego zagrożenia oraz tworzenia godnych zaufania planów decyzyjnych. Analizując zakres funkcjonowania nowoczesnych technologii warto wspomnieć o wykorzystaniu w zarządzaniu kryzysowym sztucznej inteligencji. Pomimo braku wystarczających badań i licznych kontrowersji wokół tej technologii należy zwrócić szczególną uwagę na aspekt płynących z jej wykorzystania korzyści i włączenia w odpowiednie strategie. Na wstępie warto odnieść się do ujęcia definicyjnego sztucznej inteligencji. Według Komisji Europejskiej sztuczna inteligencja to „systemy

⁸⁴ M. Kwiecińska, Wykorzystywanie mediów dla podniesienia bezpieczeństwa, potrzeby i sposoby realizacji. *Obronność. Zeszyty Naukowe*, nr 3(11)/2014, s. 75-86.

⁸⁵ A. Chodyński, Zarządzanie mediami a bezpieczeństwo. *Bezpieczeństwo – Teoria i Praktyka*, nr 4/2017, s. 31-48.

⁸⁶ K. Bachnik, J. Szumniak-Samolej, *Potencjał biznesowy mediów społecznościowych*. Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2015.

⁸⁷ K. Sienkiewicz-Małyjurek, *Skuteczne zarządzanie kryzysowe*. Difin, Warszawa 2015.

zaprojektowane przez ludzi, które mając złożony cel działają w wymiarze fizycznym lub cyfrowym, postrzegając swoje otoczenie poprzez gromadzenie danych, interpretacje zebranych ustrukturyzowanych lub nie ustrukturyzowanych danych, rozumowanie na podstawie wiedzy lub przetwarzanie informacji uzyskanych z tych danych i decydowanie o najlepszych działaniach, które należy podjąć, aby osiągnąć dany cel⁸⁸. Sztuczna inteligencja jako konstrukt złożony opiera się na korzystaniu z różnych technologii. Jej specyfika opiera się w głównej mierze na naśladowaniu zachowań ludzkich, mających usprawniać rozwiązywanie problemów i prowadzić do zwiększenia skuteczności odpowiedniego postępowania w procesach zadaniowych i kryzysowych. Przewagą sztucznej inteligencji nad innymi technologiami jest zdolność do szybkiej interakcji pomiędzy systemami, zdolność do uczenia się na podstawie zebranych doświadczeń i niezbędnych informacji oraz przede wszystkim celowana dokładność i szybkość wykonywanych działań.

AI opiera się na licznych systemach i specyficznych technologiach, między innymi⁸⁹:

- eksploracji danych oraz wnioskowania opartego na przypadkach,
- statystycznej analizie danych oraz przetwarzania dużych zbiorów danych,
- sztucznych sieciach neuronowych, które tworzą algorytmy genetyczne i strategie ewolucyjne,
- drzewach decyzyjnych, uwzględniających klasyfikację i wspomaganie procesów podejmowania decyzji,
- rozumowaniu opartym na przypadkach,
- grupowaniu i wizualizacji.

Wszelkie technologie i struktury sztucznej inteligencji mogą w sposób kluczowy i skuteczny znaleźć zastosowanie w zarządzaniu kryzysowym na każdym z jego poziomów. Sztuczną inteligencję w zarządzaniu kryzysowym można wykorzystać do nadzoru i monitorowania przebiegu zdarzeń, jak i analizy oraz gromadzenia rozproszonych danych, co w dalszym procesie może przyczynić się do tworzenia klasyfikacji procesów decyzyjnych, jak i tworzenia wizualizacji możliwości postępowania z sytuacją kryzysową. Wyżej wymienione technologie pełnią funkcję predykcyjną i ostrzegawczą. Skupiają się na kontroli i monitorowaniu sytuacji zagrożenia oraz ułatwiają ocenę ryzyka wystąpienia

⁸⁸ European Commission. *High-Level Expert Group on Artificial Intelligence. A definition of AI: Main capabilities and scientific disciplines*, 2019. Pobrane z: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/>.

⁸⁹ K. Sienkiewicz-Małyjurek, *Możliwości i problemy zastosowania sztucznej inteligencji w zarządzaniu kryzysowym. Bezpieczeństwo – Teoria i Praktyka*, nr 1/2024, s. 43-60.

kryzysu i wczesnego ostrzegania przed nim. Pomimo braku wystarczających badań nad sztuczną inteligencją oraz możliwymi zakłóceniami w jej działaniu, odpowiednie zastosowanie AI może w sposób znaczący przyczynić się do rozwoju strategii zarządzania kryzysowego oraz wzrostu jakości świadczonych usług publicznych w obszarze bezpieczeństwa.

Rozdział 2

Strategie zarządzania kryzysowego

2.1. Rodzaje strategii zarządzania kryzysowego

Zarządzanie kryzysowe to złożony proces, który opiera się na kluczowych elementach, takich jak przygotowanie, reagowanie, opanowanie skutków i konsekwencji oraz fazy odbudowy po kryzysie. Podejmowanie czynności mających na celu rozwiązanie kryzysu oraz stworzenie konkretnego planu działania wymaga odpowiedniej decyzji i zastosowania odpowiedniej strategii zarządzania. Niezależnie od wystąpienia katastrof naturalnych, awarii technologicznych, kryzysów zdrowotnych, klęsk żywiołowych, konfliktów geopolitycznych czy kryzysów w instytucjach i przedsiębiorstwach, istnieje wiele sposobów postępowania z sytuacją trudną. Strategie zarządzania kryzysowego można podzielić na kilka głównych rodzajów, które różnią się od siebie klasyfikacją i charakterystyką. W dostępnej literaturze naukowej można znaleźć wiele propozycji kategoryzowania strategii zarządzania kryzysowego w zależności od potrzeb i charakteru istniejącego kryzysu oraz charakteru danej instytucji.

Dokonując analizy dostępnych danych w literaturze przedmiotu można wyszczególnić trzy grupy strategii działania w sytuacji trudnej, które zaproponował Fitzpatrick i Shubow Rubin⁹⁰. Uwzględniają one przede wszystkim tradycyjne strategie public relations, tradycyjne strategie prawne oraz strategie maskujące. W kontekście zarządzania kryzysowego strategie public relations opierają się w głównej mierze na zachowaniu i ochronie reputacji danej organizacji w trakcie trwania kryzysu jak i fazy odbudowywania pokryzysowego. Ta strategia, zdaniem badaczy, ma kluczowe znaczenie w zapewnieniu zaufania i wsparcia ze strony obywateli oraz mediów społecznościowych, jak również kluczowych dla organizacji interesariuszy. W działania tej strategii wpisują się przede wszystkim transparentność, proaktywna komunikacja oraz budowanie relacji z mediami⁹¹. Przedsiębiorstwa i instytucje, w swoich działaniach, powinna cechować otwartość na komunikację z mediami oraz otwartość na opinię publiczną, aby w maksymalny sposób zabezpieczyć instytucje przed rozprzestrzenianiem się błędnych informacji w społeczeństwie. W tej strategii kluczowe stają

⁹⁰ K.R. Fitzpatrick, M. Shubow Rubin, Public Relations vs. Legal Strategies in Organizational Crisis Decisions. *Public Relations Review*, nr 1/1995.

⁹¹ E. Samardakiewicz, O. Gorbaniuk, Zarządzanie antykryzysowe a wizerunek firmy. *Organizacja i Kierowanie*, 147(4)/2011, s. 79-92.

się szczerze i bezpośrednio aktywności, przywracające zaufanie i tym samym łagodzące kryzys⁹². Przykładem takich działań mogą być wszelkiego rodzaju publikowane oświadczenia, komunikaty czy publiczne wystąpienia.

Proaktywna komunikacja uwzględnia natomiast czynne działania polegające na szybkiej i zdecydowanej komunikacji, która ma na celu dostarczanie publicznych informacji zapobiegających pogłębieniu się kryzysu. Proaktywny charakter komunikacji ma na celu minimalizowanie negatywnych skutków kryzysu. Strategia public relations zakłada, z kolei, w swojej idei budowanie pozytywnych relacji z social mediami, czyli dziennikarzami i pozostałymi osobami, które pracują z informacją i jej dystrybucją. Podejmowanie takiej współpracy i budowanie pozytywnych relacji umożliwiają organizacji skuteczne rozprzestrzenianie się pozytywnych wiadomości oraz przede wszystkim kontrolowanie sytuacji kryzysowej i narracji w mediach⁹³.

Tradycyjne strategie prawne koncentrują się w głównej mierze na ochronie poprzez wykorzystywanie mechanizmów ochrony prawnej. Głównym celem tej strategii jest minimalizowanie ryzyka prawnego oraz unikanie odpowiedzialności prawnej. Do kluczowych elementów tradycyjnej strategii prawnej można zaliczyć ochronę przed odpowiedzialnością, postępowania sądowe oraz techniki milczenia⁹⁴. Ostatnią strategią zaproponowaną przez wspomnianych badaczy jest strategia maskująca. Strategia ta opiera się na działaniach opóźniania i unieważniania informacji, obejmując swoim zasięgiem unikanie odpowiedzi na trudne pytania. Głównym celem tej strategii jest pozyskanie kluczowej jednostki – czasu – w trakcie procesów zarządzania kryzysem oraz redukcja presji publicznej. Czynności maskujące prowadzą do unikania sytuacji, w których niekorzystne fakty mogłyby zostać ujawnione. Kluczowe komponenty oscylują wokół unikania odpowiedzialności, kontroli narracji oraz braku zaangażowania, co często pozostaje w związku z działaniami mającymi na celu unikanie przyznawania się do błędów, opóźnianie podejmowania działań oraz skuteczną odmowę udziału w wypowiedziach dla mediów o konkretnej trudnej sytuacji⁹⁵. Wszystkie wyżej wymienione strategie mają na celu adekwatne postępowanie z powstałą sytuacją kryzysową, niezależnie od statusu i rodzaju podejmowanych aktywności.

⁹² A. Davies, *Public Relations*. PWE, Warszawa, 2007.

⁹³ A. Gregory, *Planning and Managing Public Relations Campaigns*. Kogan Page, 2010.

⁹⁴ K.R. Fitzpatrick, M. Shubow Rubin, *Public Relations in Crisis Management: A Casebook*. Lawrence Erlbaum Associates 1995.

⁹⁵ E. Samardakiewicz, O. Gorbaniuk, Zarządzanie antykryzysowe a wizerunek firmy. *Organizacja i Kierowanie*, 147(4)/2011, s. 79-92.

Kolejną propozycję strategii zarządzania kryzysowego, stanowi alternatywa Birchmeier i Köcher⁹⁶ (rysunek 13).



Rysunek 13. Strategie zarządzania kryzysem według Birchmeier i Köcher

Źródło: opracowano na podstawie: E. Samardakiewicz, O. Gorbaniuk, Zarządzanie antykryzysowe a wizerunek firmy. *Organizacja i Kierowanie*, 147(4)/2011, s. 79-92.

Badacze wyszczególniają cztery strategie, zorientowane na kryterium „problemu” i kryterium „przeciwnika”. Podstawę wszystkich czterech strategii stanowi określenie kryteriów i wymiarów na podstawie zorientowania o charakterze dużym lub małym. Wyróżniają strategie oporu, wycofywania się, dostosowania i kooperacji. W strategii oporu występuje zorientowanie na problem o dużym charakterze, przy małym zorientowaniu na przeciwnika. Jest to strategia szczególnie skuteczna w sytuacjach powstawania koalicji z pozostałymi uczestnikami kryzysu, odnosząca się do procesów sprzeciwu wobec różnych zmian i wpływów zewnętrznych, wynikających z sytuacji kryzysowej. Powstały opór prowadzi do unikania zmiany i obrony zachowania istniejącej już struktury i procesów organizacyjnych. Strategia wycofywania się opiera się na małym zorientowaniu na problem i małym zorientowaniu na przeciwnika. W głównej mierze dotyczy stopniowej redukcji zaangażowania w sytuację kryzysową, prowadząc do ograniczenia aktywności, zmniejszenia

⁹⁶ B. Rozwadowska, *Public Relations. Teoria, praktyka, perspektywy*. Studio EMKA, Warszawa 2009.

kosztów bądź rezygnacji z aktywnych działań antykryzysowych. Strategia ta osiąga często miano strategii negatywnej i niekorzystnej ze względu na niską skuteczność osiągania sukcesu, jakim jest wyjście z kryzysu. Strategia ta odznacza się brakiem zorientowania zarówno na rozwiązanie problemu jak i również brakiem zorientowania na rozwój relacji z grupami uczestniczącymi w kryzysie⁹⁷.

Kolejna strategia to strategia dostosowania się, skupiająca się przede wszystkim na małym zorientowaniu na problem, ale za to dużym zorientowaniu na przeciwnika. Organizacje implementujące tę strategię dostosowują się do zmieniających się okoliczności, wprowadzając różne modyfikacje w podejmowanych operacjach, aby bardziej usatysfakcjonować przeciwnika aniżeli skupić się na skutecznym rozwikłaniu kryzysu i pojawiającego się problemu. Taka strategia w głównej mierze koncentruje się na utrzymaniu długoterminowych, kluczowych relacji z przeciwnikiem, który jest od organizacji silniejszy bądź większy. Pomimo braku własnych strategii skupiających się na samodzielnym opanowaniu sytuacji kryzysowej, opisywana strategia zdaje się być skuteczną w ujęciu relacyjnym oraz w kontekście generowania korzyści pochodzących od kluczowego przeciwnika⁹⁸.

Ostatnią ze strategii zaproponowanych przez Birchmeier i Köcher⁹⁹, jest strategia kooperacji. Zakłada ona dużą orientację na problem i dużą orientację na przeciwnika. Jej głównym celem jest współpraca i budowa relacji sojuszniczych z innymi podmiotami w sytuacji kryzysowej. Strategia kooperacji stwarza możliwość rozwiązywania problemu i skutecznego zarządzania kryzysem oraz pozyskiwania partnerów, z którymi można współpracować i działać aktywnie. Strategia ta ma charakter proaktywny i okazuje się korzystną dla organizacji, jednocześnie w swojej strukturze może prowadzić do sytuacji, w której rozwiązanie problemu będzie odbywało się kosztem pogorszenia relacji z istotnymi dla organizacji grupami interesariuszy. Skuteczność każdej z wyżej zaproponowanych strategii zależy przede wszystkim od specyfiki sytuacji kryzysowej oraz możliwości i zasobów danej organizacji, które będą mogły zostać wykorzystane do skutecznego zarządzania sytuacją kryzysową¹⁰⁰.

W literaturze przedmiotu występuje wiele rodzajów i wariantów strategii antykryzysowych prowadzących do ustąpienia sytuacji kryzysowej. Każda ze strategii dostosowana jest do specyficznych warunków organizacji i charakteryzuje się specyficznymi

⁹⁷ A. Szymańska, *Public Relations w systemie zintegrowanej komunikacji marketingowej*. Unimex, Wrocław 2004.

⁹⁸ W.T. Coombs, *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing, and Responding*. Sage Publications, 2012.

⁹⁹ K. Birchmeier, P. Köcher, *Crisis Management and Strategic Responses in Organizations*. Kogan Page, 2013.

¹⁰⁰ E. Samardakiewicz, O. Gorbaniuk, Zarządzanie antykryzysowe a wizerunek firmy. *Organizacja i Kierowanie*, 147(4)/2011, s. 79-92.

cechami i atrybutami, które decydują o konkretnych czynnościach zaradczych podejmowanych w sytuacjach zarządzania kryzysowego w danej organizacji¹⁰¹. Między innymi można wyszczególnić takie strategie, jak:

- strategie porządkowania, wycofywania się, inwestowania i konsolidacji – strategie te skupiają się przede wszystkim na działaniach ukierunkowanych na ograniczenie rozmiarów działalności, eliminację zbędnych procedur i mechanizmów według tak zwanego „zarządzania odchudzającego”, likwidowanie skutków przeszłości i antycypację przyszłości rozwoju organizacji oraz inwestowanie w nowe produkty oraz nawiązywanie aliansów strategicznych prowadzących do implementacji nowych koncepcji zarządzania¹⁰²;
- strategie naprawcze to między innymi stabilizacja kryzysu, przywództwa, koncentracja na kwestiach strategicznych, wprowadzanie zmian organizacyjnych, reorganizacja kluczowych procesów oraz kwestii finansowych¹⁰³;
- strategie antykryzysowe, uwzględniające dywersyfikację, alianse strategiczne oraz skuteczne zarządzanie¹⁰⁴.

Wśród podstawowych strategii antykryzysowych, szczególnie wybieranych i stosowanych w działaniach antykryzysowych w Polsce, wskazać należy strategię sanacyjną, likwidacyjną, wzrostu oraz strategię upadłości¹⁰⁵. Strategia sanacyjna ma na celu wdrożenie działań ukierunkowanych na przywrócenie rentowności organizacji oraz ograniczenie strat i konsekwencji sytuacji kryzysowej. Do głównych komponentów strategii sanacyjnej zalicza się przede wszystkim redukcję kosztów poprzez implementację środków oszczędnościowych, zmianę strategii operacyjnych uwzględniających restrukturyzację finansową oraz restrukturyzację operacyjną, sprzedaż aktywów, jak również postępowanie układowe. Z kolei strategia likwidacyjna stosowana jest najczęściej w sytuacjach, kiedy organizacja nie wykazuje realnych szans na przetrwanie i eliminację kryzysu. Celem takiej strategii jest jak największa minimalizacja strat dla właścicieli i udziałowców. Wykorzystuje ona działania związane ze sprzedażą aktywów, spłatą długów lub zakończeniem działalności. Podjęte działania

¹⁰¹ A. Walecka, A. Zakrzewska-Bielawska, Strategie antykryzysowe i modele zarządzania przedsiębiorstwem w kryzysie, [w:] *Przedsiębiorstwo w warunkach kryzysu*. Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2009.

¹⁰² B. Wawrzyniak, *Odnawianie przedsiębiorstwa. Na spotkanie XXI wieku*. Poltext, Warszawa 1999.

¹⁰³ S. Slatter, D. Lovett, *Restrukturyzacja firmy. Zarządzanie przedsiębiorstwem w sytuacjach kryzysowych*. WIG-Press, Warszawa 2001.

¹⁰⁴ G. Gierszewska, Strategie kryzysowe w warunkach globalizacji, [w:] B. Kozyra, A. Zelek (red.), *Praktyka zarządzania kryzysem w przedsiębiorstwie*. Wydawnictwo Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu, Szczecin 2002.

¹⁰⁵ A. Zelek, *Zarządzanie kryzysem w przedsiębiorstwie. Perspektywa strategiczna*. Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemśle „Orgmasz”, Warszawa 2003.

zaspokajają roszczenia wierzycieli oraz umożliwiają regulacje zobowiązań wobec wierzycieli zgodnie z procedurami prawnymi. Ideą strategii likwidacyjnej jest zakończenie działalności poprzez likwidację operacji biznesowych oraz wszystkich formalności prawnych i administracyjnych związanych ze sprzedażą organizacji. Strategia wzrostu natomiast obejmuje działania zorientowane na inwestycje własne, fuzje i przejęcia oraz alianse strategiczne. Jest ona najczęściej wykorzystywana, kiedy organizacja pomimo trudnej sytuacji kryzysowej, wciąż w czasie rzeczywistym, upatruje szansy na potencjalny rozwój i odniesienie sukcesu w zażegnaniu kryzysu. Organizacje i instytucje, w myśl tej strategii, rozwijają nowe produkty, inwestują w nowe technologie oraz decydują się na pozyskiwanie nowych rynków, aby umocnić swoją pozycję rynkową. Ostatnia z zaproponowanych strategii to strategia upadłości, stosowana w sytuacjach, gdy organizacja nie jest w stanie w żaden dostępny jej sposób skutecznie zarządzać kryzysem i podejmuje decyzję o ogłoszeniu upadłości. Elementy tej strategii obejmują postępowanie upadłościowe, restrukturyzację zadłużenia oraz likwidację majątku¹⁰⁶.

Analizując piśmiennictwo naukowe w kontekście zarządzania kryzysowego można również dokonać podziału pozostałych strategii postępowania z kryzysem, które różnią się od siebie w zależności od specyfiki organizacji, rodzaju kryzysu oraz poziomu potencjalnego ryzyka¹⁰⁷.

W procesach podejmowania aktywności związanych z przeciwdziałaniem kryzysowi warto zwrócić uwagę na strategię adaptacyjną. Koncentruje się ona na możliwości adaptacji do zmieniających się warunków w trakcie trwania kryzysu. W ramach tej strategii organizacje zachowują elastyczność wobec zmieniających się warunków, co umożliwia szybkie podejmowanie działań i reakcji na nowe okoliczności. Stosowanie tego typu strategii stwarza możliwość odpowiedniego monitorowania rozwoju sytuacji kryzysowej, pozwalającego w maksymalnym stopniu skupić się na bieżących problemach.

Kolejną strategią jest strategia zapobiegawcza, inaczej prewencyjna, która opiera się głównie na identyfikacji zagrożeń i implementacji wszelkich czynności zapobiegających występowaniu objawów kryzysu. Organizacje, działając na bazie tej strategii, diagnozują potencjalne zagrożenie i podejmują wszelkie kroki, aby zminimalizować ryzyko strat i poniesionych konsekwencji. Strategia ta uwzględnia głównie oceny ryzyka, inwestycje

¹⁰⁶ M. Michałowska, D. Stankiewicz, W. Danielak, *Zarządzanie sytuacją kryzysową w przedsiębiorstwie*. Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze, 2(2)/2015, s. 110-126.

¹⁰⁷ A. Zelek, *Zarządzanie strategiczne. Diagnozy, decyzje, strategie*. Wydawnictwo Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu. Szczecin, 2000.

w prewencję oraz proaktywne działania zapobiegania na długo przed wystąpieniem problemów.

Wśród strategii zarządzania kryzysowego można również wskazać na strategię odporności organizacyjnej, która określa zdolność do przetrwania i odbudowy po kryzysie, odnosząc się w swojej strukturze do wewnętrznej odporności organizacji dążącej do regeneracji po kryzysie oraz powrotu do pełnego funkcjonowania. Jej głównym celem są inwestycje w różnego rodzaju technologie i systemy, pozwalające i umożliwiające przetrwanie w trakcie trwania sytuacji kryzysowej.

Również niezwykle istotny rodzaj strategii prezentuje strategia komunikacyjna. Odgrywa ona kluczową rolę w kontekście zarządzania reputacją i zaufaniem społeczeństwa, gdyż umożliwia szybkie i klarowne przekazywanie informacji o wszelkich działaniach i czynnościach organizacji w trakcie trwania kryzysu. Opiera się na transparentności szybkiej reakcji i spójności przekazu¹⁰⁸.

Oprócz wyżej wymienionych strategii, należy zwrócić szczególną uwagę również na strategię nauki (*post-crisis learning*). Jak sama nazwa wskazuje, strategia nauki odnosi się do analizowania przyczyn i skutków kryzysu oraz wdrażania wszelkich restrukturyzacji i zmian, w powiązaniu z uznaniem własnych błędów, tak, aby w przyszłości nie doprowadzić do sytuacji kryzysowej oraz odpowiednio wcześniej wyposażyć organizację w bardziej odporne i lepiej przygotowane mechanizmy i strategie względem przyszłych zagrożeń. W charakterystykę strategii nauki wpisują się takie elementy, jak analiza po kryzysie, wdrożenie odpowiednich wniosków oraz edukacja pracowników, co umożliwia rozwój wiedzy, zasobów oraz umiejętności praktycznych zwiększających zdolność całej organizacji do adekwatnego postępowania w sytuacjach przyszłego kryzysu¹⁰⁹.

Porównanie wybranych strategii zarządzania kryzysowego zobrazowano w formie tabeli 1.

Różnorodność strategii zarządzania kryzysowego pokazuje możliwość wyboru podejścia w zależności od specyfiki organizacji, rodzaju kryzysu oraz dostępnych zasobów. W procesach budowania strategii postępowania w sytuacji wystąpienia kryzysu należy uwzględniać kluczowe elementy kryzysu oraz wszelkie poziomy zarządzania nim, począwszy od zapobiegania, poprzez reagowanie w trakcie kryzysu, a na fazie uczenia się po kryzysie kończąc. Każda z wymienionych strategii posiada zarówno mocne jak i słabe strony, a ich

¹⁰⁸ M. Regester, J. Larkin, *Zarządzanie kryzysem*. PWE. Warszawa 2005.

¹⁰⁹ P. Strzemecki, *Strategie organizacji w sytuacji kryzysowej*. Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku, Nauki Ekonomiczne, t. XXII, 2015, s. 27-34.

skuteczność uzależniona jest od odpowiedniego dopasowania do potrzeb konkretnej organizacji.

Tabela 1. Porównanie wybranych strategii zarządzania kryzysowego

Kryterium	Strategia adaptacyjna	Strategia zapobiegawcza	Strategia odporności	Strategia komunikacyjna	Strategia nauki
Moment działania	w trakcie kryzysu	przed wystąpieniem kryzysu	w trakcie i po kryzysie	w trakcie i po kryzysie	po kryzysie
Zakres planowania	zmienny, zależny od sytuacji	systematyczna ocena ryzyka	budowanie odporności	szczegółowy, obejmujący strategie komunikacyjne	ograniczony do analizy po kryzysie
Cel główny	dostosowanie się do sytuacji	eliminacja zagrożeń	szybka odbudowa	zapewnienie spójnej komunikacji	wyciągnięcie wniosków na przyszłość
Koszty	zależą od kryzysu	niższe, inwestycje w prewencję	różne, zależne od skali kryzysu	koszty komunikacji i public relations	niskie, ale związane z analizą i szkoleniami
Elastyczność	wysoka	średnia, zależy od ryzyka	wysoka	średnia	niska
Kluczowa korzyść	elastyczność i zdolność dostosowania	skuteczne zapobieganie kryzysom	odporność i szybka regeneracja	ochrona reputacji i spójność działań	poprawa na przyszłość, lepsze przygotowanie
Reputacja	zależna od skuteczności reakcji	pozytywna dzięki unikaniu kryzysów	wzmocniona poprzez skuteczne radzenie sobie z kryzysem	zależna od skuteczności komunikacji	zwiększona poprzez wyciągane wnioski
Złożoność zarządzania	wysoka	wysoka	średnia	średnia	niska
Wymagana infrastruktura	zmienna, zależna od kryzysu	rozbudowana, monitoring zagrożeń	wzmocniona struktura	zorganizowane struktury komunikacyjne	minimalna, analiza danych

Źródło: opracowanie własne.

W niniejszym podrozdziale autorka dysertacji przybliżyła, na podstawie dostępnej literatury naukowej, wybrane strategie zarządzania kryzysowego. W sposób opisowy jak i graficzny scharakteryzowała poszczególne strategie, uwzględniając ich kluczowe komponenty, główne założenia oraz kierunki działań. Uwzględniła również zarówno mocne jak i słabe strony, które mogą pojawić się w trakcie skutecznego zarządzania kryzysowego

w dostosowaniu do danej strategii. W podsumowaniu autorka dokonała zestawienia i porównania wybranych strategii zarządzania kryzysowego.

2.2 Strategie proaktywne vs. reaktywne

Zarządzanie kryzysowe to proces przede wszystkim związany z planowaniem i podejmowaniem działań mających na celu przygotowanie na możliwość wystąpienia potencjalnych kryzysów jak również redukcję i minimalizowanie ich skutków. Podejmowanie działań antykryzysowych opiera się na szybkiej i skutecznej reakcji wobec pojawiających się sytuacji kryzysowych. W sytuacji wystąpienia kryzysu w organizacji, niezbędna staje się implementacja strategicznych zmian i działań zaradczych. Najczęściej spotykanym podziałem strategii zarządzania kryzysowego jest wyodrębnienie dwóch rodzajów działań i typów strategicznych. Zalicza się do nich strategie reaktywne i strategie proaktywne. Oba te podejścia warunkują różne cele, wykorzystywane narzędzia, kluczowe elementy jak i kontekst zastosowania, jednocześnie charakteryzują się wspólną cechą, która określa wspólne zarządzanie organizacją, w taki sposób, aby wyprowadzić ją z kryzysu i doprowadzić do stabilizacji, umożliwiającej dalszy rozwój.

Według *Słownika biznesu i zarządzania*¹¹⁰ wszelkie działania reaktywne ujmowane są jako bierne oczekiwanie na wystąpienie zdarzenia bądź sytuacji kryzysowej. Z definicji działanie reaktywne i reaktywność charakteryzują się brakiem inicjatywy do podjęcia zmiany oraz sytuacją, w której występuje:

- całkowity brak zaangażowania,
- brak skłonności do wpływania na sytuację w czasie rzeczywistym,
- unikanie brania odpowiedzialności za przebieg całego procesu sytuacji kryzysowej,
- brak inicjatywy wobec rozwiązywania trudności i kryzysu u źródła, aby zapobiec rozwojowi pojawiających się negatywnych konsekwencji.

Działania reaktywne są często mniej skuteczne niż działania proaktywne. Koncentrują się one bowiem głównie na działaniu wokół już trwającego kryzysu i trudności, które się pojawiły. Przez koncentrację jedynie na potencjalnych szkodach i trwającym kryzysie, organizacja ogranicza sobie dostęp do możliwości rozwoju i optymalizacji procesów pozwalających na osiągnięcie zakładanych celów oraz wypracowania ścieżek postępowania z potencjalnymi sytuacjami kryzysowymi w przyszłości.

¹¹⁰ *Słownik biznesu i zarządzania*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

Natomiast działania proaktywne według *Słownika biznesu i zarządzania* skupiają się na planowaniu i podejmowaniu czynności, które wyprzedzają możliwość pojawienia się kryzysu i uwzględniają eliminację źródeł problemów w całym procesie. Organizacje funkcjonujące w oparciu o strategię proaktywne nie ograniczają się jedynie do eliminacji szkód w czasie rzeczywistym wystąpienia kryzysu, lecz starają się aktywnie wprowadzać zmiany i restrukturyzacje, ograniczające możliwość pojawienia się podobnych sytuacji w przyszłości. Działania proaktywne cechują się aspektem budowy zdrowej kultury pracy w organizacji oraz aktywną ochroną i przeciwdziałaniem możliwych, trudnych dla organizacji, sytuacji¹¹¹.

Odnosząc się do szczegółowej charakterystyki wspomnianych strategii należy uwzględnić ich charakterystykę oraz kluczowe elementy strategiczne. W ogólnym rozumieniu strategii reaktywne skoncentrowane są przede wszystkim na podejmowaniu szybkiej reakcji i odpowiedzi na kryzys tuż po jego wystąpieniu. Strategii reaktywne są często wykorzystywane w momencie, gdy wydarzenie kryzysowe ma charakter nieprzewidywany i nagły¹¹². Organizacje działają wówczas w odpowiedzi na sytuacje, na które nie były przygotowane, w taki sposób, aby maksymalnie zminimalizować negatywne skutki danych wydarzeń. W myśl strategii reaktywnej, doświadczana różnorodność kryzysów w trakcie działalności organizacji jest nieunikniona, a głównym celem tej strategii jest ich opanowanie, minimalizacja strat oraz jak najszybsze przywrócenie stabilności¹¹³. Kluczowym aspektem staje się szybka i adekwatna ocena sytuacji kryzysowej oraz wdrożenie właściwej reakcji w celu ochrony interesów instytucji, personelu jak i całych zgromadzonych zasobów. W charakterystykę strategii reaktywnych wpisuje się kilka konkretnych komponentów i zjawisk. Wśród nich wskazać należy na (rysunek 14)¹¹⁴:

- brak planowania przed wystąpieniem kryzysu – działania reaktywne opierają się przede wszystkim na reagowaniu na nagłe sytuacje w czasie rzeczywistym, oznacza to, że różnego rodzaju organizacje w strategiach reaktywnych zazwyczaj nie dysponują wcześniej opracowanym planem zarządzania kryzysowego. Zdarza się jednak, że taki plan w danej organizacji jest dostępny, natomiast pozostaje on w znacznym stopniu niedoskonały, o bardzo ogólnym charakterze i formie, o niskim poziomie precyzji, co niestety nie zawsze jest wystarczające, aby móc w pełni opanować kryzys;

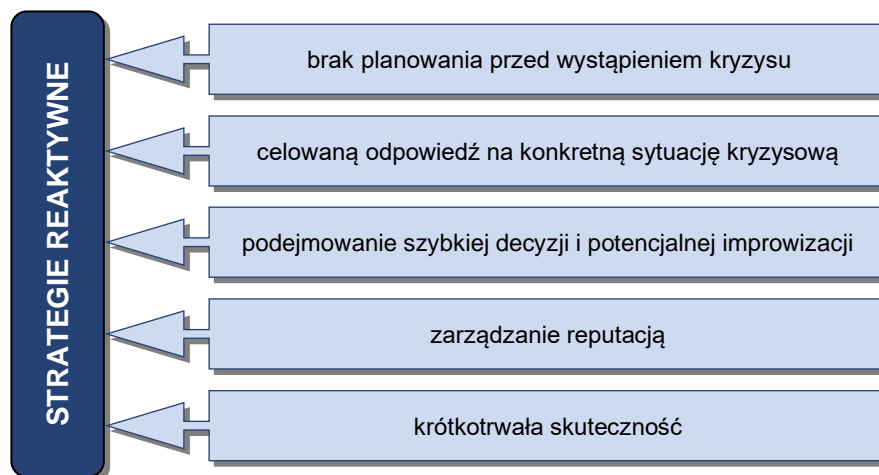
¹¹¹ Tamże.

¹¹² B. Stępień, Sz. Truskolaski, *Strategie firm w obliczu sankcji nałożonych na Rosję*. [w:] E. Małecka-Ziemińska (red.), *Prawo i ryzyko celne*. Wydawnictwo UEP, Poznań 2024.

¹¹³ J.M. Moczydłowska, *Błędy w zarządzaniu relacjami z pracownikami jako wewnętrzne źródło kryzysu w organizacji*, [w:] S. Patrycki (red.), *Strategie działań w warunkach kryzysu*. Wydawnictwo KUL, Lublin 2013.

¹¹⁴ J. Walas-Trębacz, J. Ziarko, *Podstawy zarządzania kryzysowego. Część 2, Zarządzanie kryzysowe w przedsiębiorstwie*. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.

- dedykowaną odpowiedź na konkretną sytuację kryzysową – w strategiach reaktywnych działania opanowania kryzysu są uruchamiane dopiero po wystąpieniu kryzysu, dlatego też mówi się o konkretnej i celowanej odpowiedzi przypisanej do konkretnej sytuacji kryzysowej tuż po jej pojawieniu się;
- podejmowanie szybkiej decyzji i potencjalnej improwizacji – tuż po pojawieniu się kryzysu niezbędnym jest, aby jak najszybciej podejmować klarowne i konkretne decyzje, które będą adekwatne do dynamicznie rozwijającego się kryzysu. Koniecznością staje się umiejętność improwizacji i elastyczność w podejmowaniu działań, tak aby mogły być one jak najbardziej skuteczne i dopasowane;
- zarządzanie reputacją – w momencie pojawienia się sytuacji kryzysowej kluczowym aspektem jest ochrona reputacji organizacji. Organizacje o charakterze reaktywnym zmuszone są do podejmowania szybkich reakcji w celu minimalizowania ewentualnych konsekwencji i strat wizerunkowych;
- krótkotrwała skuteczność – strategie reaktywne skoncentrowane są wyłącznie na doraźnym rozwiązywaniu sytuacji kryzysowej, aby jak najszybciej zredukować skutki kryzysu, co przyczynia się do krótkoterminowej skuteczności podejmowanych działań w aspekcie przyszłości organizacji i potencjalnie możliwych kolejnych kryzysów.



Rysunek 14. Strategie reaktywne

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie charakterystyki działań reaktywnych można wyszczególnić trzy główne, kluczowe elementy strategiczne¹¹⁵. Przede wszystkim organizacje, jednostki i przedsiębiorstwa podejmują wszelkie czynności i działania w czasie rzeczywistym w celu natychmiastowego ograniczenia poniesionych szkód. Odpowiedź na zaistniały kryzys odbywa się natychmiast, w oparciu o komunikację zewnętrzną, wdrażanie planów kryzysowych oraz mobilizację wszelkich zasobów w celu rozwiązania problemu. Strategie reaktywne skupiają się przede wszystkim na minimalizowaniu skutków i konsekwencji sytuacji problemowej. Działania naprawcze najczęściej koncentrują się wokół poniesionych strat finansowych, wizerunkowych czy operacyjnych. W strategii tej niezmiernie ważne jest odpowiednie zarządzanie komunikacją. Działania reaktywne kontrolują narrację medialną w przestrzeni publicznej, w taki sposób, aby nie doprowadzić do rozwoju i eskalacji powstałego kryzysu. Wśród przykładów strategii reaktywnych można znaleźć formy, takie jak komunikaty prasowe, informacje przekazywane do mediów społecznościowych, dotyczące działań naprawczych oraz wszelkich planów eliminacji trudnej dla organizacji sytuacji, jak również wszelkich działań naprawczych w kontekście wyrządzonych przez kryzys szkód poprzez na przykład wycofanie wadliwych produktów, redukcję kosztów, zatrudnienia czy restrukturyzację finansów¹¹⁶.

Strategie proaktywne zorientowane są głównie na zapobieganie kryzysom jeszcze na długo przed ich potencjalnym wystąpieniem. Opierają się przede wszystkim na strategiach planowania i przygotowania organizacji na ewentualne, możliwe do przewidzenia, kryzysy. W trakcie realizacji działań proaktywnych, organizacje opracowują różne scenariusze kryzysowe i na ich podstawie wprowadzają kluczowe i odpowiednie środki zapobiegawcze¹¹⁷. Mają one na celu jak największe zminimalizowanie szans na wystąpienie sytuacji kryzysowych oraz ewentualnych negatywnych skutków dla funkcjonowania organizacji. Kluczową zaletą tej strategii jest kwestia ochrony organizacji przed pojawiającym się kryzysem bądź zaplanowania działań w trakcie kryzysu tak, aby nie utracono nad nim kontroli. Działania i strategie proaktywne można scharakteryzować według kilku poniżej wskazanych najważniejszych aspektów (rysunek 15)¹¹⁸:

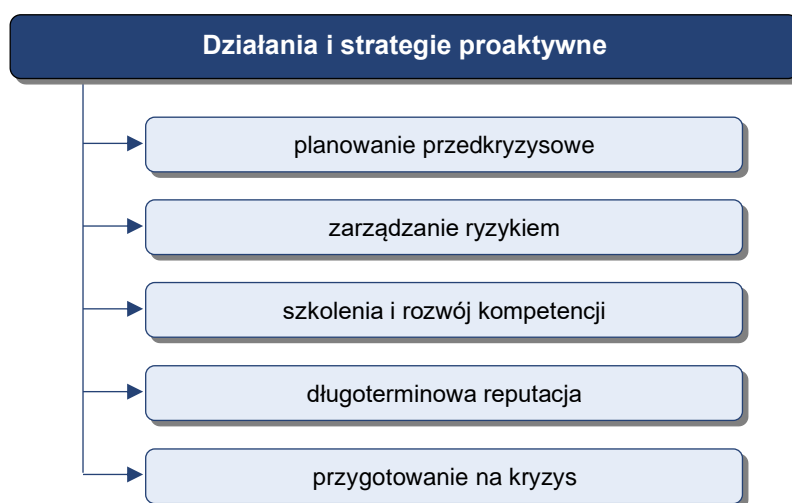
¹¹⁵ W.T. Coombs, *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing, and Responding*. Sage Publications, 2012.

¹¹⁶ A. Walecka, A. Zakrzewska-Bielawska, *Strategie antykryzysowe i modele zarządzania przedsiębiorstwem w kryzysie. Przedsiębiorstwo w warunkach kryzysu*. Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2009, 3(2), s. 57-67.

¹¹⁷ O. Seroka-Stolka, *Proaktywne podejście przedsiębiorstwa do ochrony środowiska – kontekst strategiczny*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2017, nr 463, s. 107-117.

¹¹⁸ B. Piasny, *Zarządzanie przedsiębiorstwem w warunkach kryzysu*. *Przegląd Prawno-Ekonomiczny*, nr 32/2015, s. 72- 81.

- planowanie przedkryzysowe – opiera się głównie na monitorowaniu i identyfikowaniu potencjalnych zagrożeń, w celu opracowania możliwych scenariuszy działania antykryzysowego;
- zarządzanie ryzykiem – jest kluczowym elementem strategii proaktywnych, polegającym na szacowaniu ryzyka potencjalnych kryzysów, co umożliwia organizacjom implementację systemów wczesnego reagowania na potencjalnie rozwijający się kryzys;
- szkolenia i rozwój kompetencji – strategii proaktywne, zakładając długoterminowe podejście do zarządzania antykryzysowego, koncentrują się na działaniach zapobiegawczych między innymi poprzez inwestowanie w systematyczne szkolenia dla personelu. Pozyskiwanie najnowszej wiedzy i kompetencji w obszarze rozpoznawania i wykrywania potencjalnych zagrożeń oraz odpowiedniej reakcji wspiera organizacje w kwestii środków zaradczych w momencie pojawienia się kryzysu, przyczyniając się do wzrostu skuteczności zarządzania kryzysowego w trakcie trwania kryzysu oraz potencjalnie przyszłych sytuacji kryzysowych;
- długoterminowa reputacja – w działaniach proaktywnych kluczowa jest dbałość o budowanie odpowiednich i pozytywnych relacji z interesariuszami oraz transparentna i godna zaufania polityka organizacji;
- przygotowanie na kryzys – strategii proaktywne dysponują wcześniej opracowanymi planami kryzysowymi, które są gotowe do natychmiastowego wdrożenia w momencie pierwszych symptomów możliwego kryzysu.



Rysunek 15. Działania i strategie proaktywne

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Piasny, Zarządzanie przedsiębiorstwem w warunkach kryzysu. *Przegląd Prawno-Ekonomiczny*, nr 32/2015, s. 72-81.

Strategie proaktywne zdają się być najbardziej skuteczną dla organizacji formą postępowania z kryzysem ze względu na długoterminowy aspekt zarządzania, a nie tylko na reaktywne postępowanie w trakcie trwania sytuacji trudnej¹¹⁹. Wprowadzenie taktyk mających na celu wczesne ostrzeżenie, przygotowanie na kryzys i zarządzanie ryzykiem, przybliża organizacje do najbardziej skutecznych form zarządzania kryzysem i określa wysokie szanse na eliminację kryzysu, co wiąże się z tym, iż organizacja nie poniesie dotkliwych strat. Implementacja działań proaktywnych pozwala zapobiegać kryzysom, zanim staną się one rzeczywistością, wspiera zaangażowanie jednostek w przygotowanie odpowiednich procedur na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowej, jak również wymusza posiadanie w zasobach organizacji odpowiednich procedur zarządzania ryzykiem, które redukują możliwość wystąpienia kryzysu w organizacji¹²⁰. Wśród przykładów strategii proaktywnych można wskazać na audyt ryzyka, wdrażanie systemów wczesnego ostrzeżenia oraz procedur kontrolnych, organizowanie niezbędnych szkoleń dla personelu organizacji oraz wdrażanie komunikacji prewencyjnej, w celu zabezpieczenia odpowiedzialnego i wiarygodnego wizerunku tak przed jak i w trakcie trwania kryzysu¹²¹.

Tabela 2. Porównanie strategii reaktywnych i strategii proaktywnych

Cechy	Strategie reaktywne	Strategie proaktywne
Moment działania	Po wystąpieniu kryzysu	Przed wystąpieniem kryzysu
Zakres planowania	Minimalne, często ad hoc	Intensywne planowanie i analiza ryzyka
Reputacja	Ochrona reputacji w trakcie trwania kryzysu	Budowanie reputacji poprzez zapobieganie
Koszty	Zwykle wyższe, związane z naprawą szkód i strat	Zwykle niższe, związane z prewencją
Złożoność działań	Szybkie, doraźne działania	Kompleksowe planowanie i monitorowanie
Zalety	Możliwość szybkiego reagowania na nieprzewidziane zagrożenia, mobilizacja zasobów w krótkim czasie	Lepsze przygotowanie na kryzysy, zmniejszenie ich skutków, systematyczne zmniejszanie ryzyka
Wady	Brak czasu na przygotowanie odpowiednich zasobów, istnieje większe ryzyko paniki oraz chaosu	Wymaga większych nakładów zasobów oraz czasu na przygotowanie, a także odpowiedniej analizy ryzyka, które nie zawsze jest precyzyjne

Źródło: opracowanie własne.

¹¹⁹ O. Seroka-Stolka, *Proaktywne podejście przedsiębiorstwa do ochrony środowiska – kontekst strategiczny*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 463/2017, s. 107-117.

¹²⁰ K. Sienkiewicz-Małjurek, Odporność i przedsiębiorczość w zarządzaniu kryzysowym. [w:] M. Ćwiklicki, K. Sienkiewicz-Małjurek (red.), *Ekonomia Społeczna. Przedsiębiorczość społeczna w czasie kryzysu*. Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 2020.

¹²¹ W. Rydzak, *Reputacja a działania informacyjne organizacji w sytuacjach kryzysowych i determinanty ich wyboru*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2011.

Warto zwrócić szczególną uwagę na funkcjonowanie strategii reaktywnych i proaktywnych w nawiązaniu do funkcjonowania i zarządzania kryzysem w organizacjach¹²². Aby mówić o dobrze funkcjonującej organizacji należy uwzględnić jej zdolność do postępowania ze zmianami zachodzącymi w turbulentnym otoczeniu oraz umiejętność wykorzystywania zasobów i wszelkich możliwości do ograniczenia i minimalizowania ryzyka potencjalnych zagrożeń. Sprawne funkcjonowanie w sytuacji pojawiających się zagrożeń i kryzysów wymaga od organizacji gotowości do dokonywania kompleksowych zmian w działalności, niezależnie od stopnia trudności tych zmian. Do działań reaktywnych w organizacji, czyli zmian, które opierają się na eliminacji negatywnych konsekwencji występujących trudności, można zaliczyć zmianę kadry zarządzającej. Analiza kryzysów w organizacji polega na przykład na ocenie skuteczności zarządzania placówką służby zdrowia przez kadrę zarządzającą. W trakcie pojawienia się kryzysu zdarza się, że kadra zarządzająca jest oceniana jako współwinna sytuacji braku przygotowania procedur i czynności pozwalających zapobiec kryzysowi. Stąd też w ramach działań reaktywnych, zmiana ta obejmuje wymianę osób odpowiedzialnych za zarządzanie organizacją, przewidując, że nowy zespół zarządzający w przypadku następnych kryzysów w sposób bardziej skuteczny będzie operował działaniami antykryzysowymi¹²³.

Kolejną zmianą w ramach postępowania z kryzysem w organizacji jest redukcja kosztów, które stanowią znaczne obciążenie finansowe wpływające na osiągnięcia i wyniki przykładowej placówki służby zdrowia. Poprzez redukcję kosztów rozumie się rezygnację z wybranych usług, ograniczenie wydatków na administrację i niezbędne wyposażenie infrastruktury, likwidację etatów w głównych strukturach i wydziałach pomocniczych oraz redukcję wydatków na kwestię ubezpieczeń czy reklam. Do strategii działań reaktywnych w trakcie trwania kryzysu zalicza się również redukcję zatrudnienia. Zwolnienia najczęściej spowodowane są sytuacją kryzysową, w której placówka służby zdrowia jest zmuszona do restrukturyzacji finansów. Mimo doraźnemu zapobieganiu takim sytuacjom, organizacje poprzez zwolnienia ograniczają swoje możliwości odbudowy wartościowej części kadry po ustąpieniu kryzysu, co może stanowić dotkliwe konsekwencje w przyszłości¹²⁴. Zdarza się również, że organizacje w trakcie trwania kryzysu, zgodnie z założeniami strategii

¹²² I. Dudzik-Lewicka, Specyfika zarządzania przedsiębiorstwem w czasie kryzysu. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas Zarządzanie*, 14(2)/2013, s. 113-127.

¹²³ B. Wawrzyniak, *Odnawianie przedsiębiorstwa*. Poltext, Warszawa 1999.

¹²⁴ S. Zimroz, I. Dudzik-Lewicka, *Kryzys a zmiany w zasadach zarządzania przedsiębiorstwem*. Wydawnictwo ATH, Bielsko-Biała 2010.

reaktywnej, decydują się na sprzedaż budynków i gruntów oraz ograniczenie administracji centralnej¹²⁵.

W kontekście strategii proaktywnych organizacje prowadzą politykę inwestowania i wzbogacania swojej oferty, dążą do wprowadzania na rynek nowych produktów oraz usług, umożliwiając tym samym swoim klientom poszerzony wachlarz możliwości i wyboru. W trakcie trwania kryzysu organizacje, które funkcjonują według wytycznych strategii proaktywnej często decydują się na zawiązywanie aliansów, które umożliwiają przetrwanie i rozwój placówki służby zdrowia w najtrudniejszych momentach. Przejęcie takiej placówki w trakcie trwania kryzysu bądź połączenie się z inną o podobnym zakresie usług, stanowi zarówno szansę rozwoju, jak i szansę na zwiększenie potencjału organizacji. Kluczowe działania proaktywne w organizacjach stanowią inwestycje w kapitał ludzki. Działania oparte na budowaniu relacji oraz nacisk na morale pracowników, jak i ich systematyczny rozwój podnoszący kwalifikacje, umożliwiają skuteczne postępowanie z kryzysem i skuteczną zmianę tradycyjnych, zawodnych koncepcji, które także w przeszłości nie sprawdzały się¹²⁶.

W zależności od rodzaju kryzysu, jego przyczyn oraz przede wszystkim specyfiki danej organizacji, można wyodrębnić zarówno działania reaktywne, jak i proaktywne, które mają pozytywne efekty w skutecznym postępowaniu z kryzysem. Zarządzanie kryzysowe wymaga od kadry zarządzającej licznych umiejętności w zakresie planowania i podejmowania ważnych decyzji odnośnie funkcjonowania placówek służby zdrowia w chwili wystąpienia kryzysu, jak i w kwestiach możliwości wystąpienia kryzysu w przyszłości. Wprowadzane zmiany oraz działania według wspomnianych strategii mają stanowić o skuteczności oraz pomocy dla organizacji w warunkach przeciwstawiania się kryzysowi i realnego wyjścia poza jego obszar. Wszelkie zmiany omawiane pod kątem strategii reaktywnych i proaktywnych zostały zestawione w tabeli 3.

Analizując strategie reaktywne i proaktywne jako strategie zarządzania kryzysowego wdrażanego w Polsce, warto odnieść się do jednej z większych sytuacji kryzysowych na świecie, jaką była pandemia COVID-19. W kontekście analizy sytuacji pandemicznej w Polsce w odniesieniu do zarządzania kryzysowego, to właśnie strategia reaktywna była podstawowym podejściem do postępowania w sytuacji kryzysu¹²⁷. Polityka państwa jak i wszelkie kluczowe struktury organizacyjne zarządzania kryzysowego nie były dostatecznie przygotowane na

¹²⁵ G. Gierszewska, M. Romanowska, *Analiza strategiczna przedsiębiorstw*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.

¹²⁶ B. Wieczerzyńska, *Kryzys w przedsiębiorstwie*. CeDeWu, Warszawa 2009.

¹²⁷ M. Tomaszuk, D. Dymek, *Zarządzanie kryzysowe w Polsce w obliczu pandemii COVID-19*. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2020.

dynamikę rozprzestrzeniania się wirusa i skalę zagrożenia. Stąd też w odpowiedzi na pojawiające się wydarzenia kryzysowe, działania rządowe były oparte na strategiach reaktywnych, które były podejmowane w trybie pilnym, aby jak najszybciej zminimalizować negatywne konsekwencje pandemii dla całego społeczeństwa, jak również sektora służby zdrowia. Wszelkie działania mające na celu opanowanie sytuacji, podjęto dopiero po zaistnieniu kryzysu, jakim była pandemia COVID-19¹²⁸.

Tabela 3. Zmiany wprowadzane w organizacjach w okresie kryzysu

Przyczyny kryzysu	Działania reaktywne	Działania proaktywne
Związane z zarządzaniem organizacją	Zmiana kadry zarządzającej	Inwestowanie w nowe produkty
	Redukcja kosztów	Zawijazywanie aliansów
	Redukcja zatrudnienia	Połączenie z inną placówką służby zdrowia
	Restrukturyzacja finansów	„Wchłonięcie” innych organizacji
	Zmiana struktury organizacyjnej	Inwestowanie w kapitał ludzki
	Sprzedaż budynków, gruntów	Wprowadzanie nowych koncepcji zarządzania
	Ograniczenie administracji centralnej	
Związane z zakresem i rodzajem prowadzonej działalności	Sprzedaż zakładów, oddziałów	Redefiniowanie działalności
	Rezygnacja z niektórych rodzajów działalności podstawowej lub pomocniczej	Koncentracja na niewielu rynkach, czynienie ich bardziej atrakcyjnymi niż dotychczas
	Ograniczenie asortymentu produktów	Wprowadzanie strategii kosztowej
	Wychodzenie z niektórych rynków	Eksponowanie problemów jakości produktów/usług oraz zasobów, szczególnie ludzkich
	Nieinwestowanie	Wprowadzanie dywersyfikacji
	Zmniejszanie organizacji	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Wiczerzyńska, *Kryzys w przedsiębiorstwie*. CeDeWu Sp. z o. o., Warszawa 2009, s. 85.

Do wybranych działań o charakterze reaktywnym należało wprowadzenie restrykcji, lockdownów oraz tworzenie szpitali tymczasowych. Zastosowano również odpowiednie zarządzanie zasobami medycznymi, takimi jak respiratory, łóżka szpitalne czy zarządzanie personelem medycznym. Zgonie z założeniami strategii reaktywnych podczas pandemii następowało alokowanie zasobów w miejsca o najwyższym wskaźniku potrzeby. Wszelkie opisywane czynności stanowiły kluczowe elementy zapobiegania pandemii, niemniej jednak

¹²⁸ R. Dąbrowski, *Wpływ pandemii COVID-19 na funkcjonowanie wysokospecjalistycznych ośrodków kardiologicznych w Polsce*. Narodowy Instytut Kardiologii, [w:] III Kongres Demograficzny – Wyzwania zdrowotne dla Polski po pandemii COVID-19, 2022.

brak wcześniej opracowanego planu zarządzania kryzysem w dobie pandemii spowodował, iż wszelkie reakcje ze strony rządu polskiego były znacznie opóźnione, co doprowadziło do ogólnego chaosu zarówno w społeczeństwie, jak i sektorze zdrowia. Podjęte decyzje doprowadziły do problemów z wydolnością służby zdrowia, wzrostu liczby zakażeń, a tym samym zwiększeniem liczby zgonów¹²⁹. Dopiero z czasem, po dogłębnej analizie sytuacji przeciążenia systemu zdrowia oraz ogólnoswiatowej sytuacji, zaczęto wprowadzać strategie proaktywne, opierające się na masowym testowaniu i monitorowaniu kontaktów osób zakażonych, przygotowaniu szczepionek i kampanii promujących szczepienia oraz zwiększeniu wydolności systemu zdrowia¹³⁰.

Na podstawie analizy przypadków z czasów sytuacji epidemiologicznej w Polsce oraz przeglądu badań i literatury dotyczących zarządzania kryzysowego w Polsce, można wysnuć wnioski, że władze kraju w większości przypadków opierają się na reaktywnych strategiach postępowania z kryzysem, jako głównych strategiach, a dopiero po dłuższym okresie czasu, określają odpowiednie strategie o charakterze proaktywnym.

W niniejszym podrozdziale autorka dysertacji omówiła i scharakteryzowała szczegółowo zarówno proaktywne, jak i reaktywne strategie zarządzania kryzysowego, uwzględniając wszelkie kluczowe różnice oraz możliwe zastosowanie w zależności od danej sytuacji. Przedstawiła praktyczne aspekty implementacji działań w odniesieniu do konkretnej strategii oraz wyszczególniła konkretne działania, wpisane w strategie reaktywne i proaktywne. Omówiła wybrane strategie na podstawie przykładu pojawiającego się kryzysu w organizacji jako elementarnego wzorca wdrażanie kluczowych i niezbędnych działań strategicznych. Autorka podjęła również próbę analizy tych strategii w kontekście polskiego sektora służby zdrowia, zwracając szczególną uwagę na wyzwania związane z pandemią COVID-19.

Przedstawiona w niniejszym rozdziale analiza i charakterystyka poszczególnych strategii pozwala na kompleksową ocenę skuteczności w odniesieniu do dynamicznie zmieniających się warunków kryzysowych w kraju i na świecie. Powyższy rozdział potwierdza założoną hipotezę szczegółową o przewadze strategii reaktywnych w polskiej służbie zdrowia.

¹²⁹ I. Paradowska-Stankiewicz, M. Rosińska, *Priorytety zdrowia publicznego w świetle doświadczeń pandemii COVID-19*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy, [w:] III Kongres Demograficzny – Wyzwania zdrowotne dla Polski po pandemii COVID-19, 2022.

¹³⁰ C. Włodarczyk, *Zmiany w systemie zdrowia publicznego jako odpowiedź na wyzwania po pandemii*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, 2022.

2.3 Kluczowe elementy skutecznych strategii zarządzania kryzysowego

Sytuacje kryzysowe najczęściej pojawiają się w sposób niespodziewany. Każdy natomiast kryzys poprzedza szereg różnych symptomów i objawów, co stwarza możliwość wczesnej identyfikacji potencjalnego zagrożenia. Podejmowanie konkretnych, wybranych mechanizmów reagowania na te symptomy, jak również skuteczna ich analiza może przyczynić się do zminimalizowania poniesionych strat i przede wszystkim stanowi istotną i integralną częścią skutecznego zarządzania kryzysowego. Aby móc w sposób skuteczny zarządzać sytuacjami kryzysowymi niezbędne staje się skuteczne wykorzystywanie określonych procedur, zasobów ludzkich oraz dostępnych narzędzi technologicznych i infrastruktury, celem koordynacji oraz weryfikacji kluczowych danych informacyjnych¹³¹.

Prawidłowe zarządzanie kryzysowe polega na dążeniu do maksymalnego osiągnięcia ustalonych celów w odniesieniu do kluczowych etapów przeciwdziałania kryzysowi. Najczęściej cele te odnoszą się do¹³²:

- zapobiegania sytuacjom kryzysowym, podczas których ma miejsce podejmowanie wszelkich działań i czynności prowadzących do ograniczenia ryzyka pojawienia się kryzysu. W sytuacji, gdy kryzys ten się już pojawi, zapobieganie ma na celu minimalizację dotkliwości konsekwencji, które przyniesie kryzys. Dodatkowo istotnym jest, że w procesie zapobiegania kryzysowi następuje promowanie świadomości i nawyków w zachowaniach wobec szczególnie trudnych sytuacji. Realizacja celu zapobiegania ma na względzie minimalizowanie uciążliwości potencjalnych zagrożeń i wzrostu jakości funkcjonowania organizacji, poprzez redukcję strachu i oczekiwania na sytuację kryzysową. W ramach tego celu, wszelkie działania skupiają się na wzroście odporności strukturalno-organizacyjnej, jak infrastrukturalnej w kierunku zapewnienia jak największego stopnia bezpieczeństwa (etap zapobiegania)¹³³;
- kontroli potencjalnych zagrożeń i opracowania skutecznych scenariuszy zdarzeń oraz zaplanowanych działań. Dzięki realizacji tych celów możliwe jest sprawne monitorowanie i identyfikacja symptomów potencjalnych zagrożeń oraz podejmowanie odpowiednich

¹³¹ P. Maśloch, P., Globalizacja i rozwój gospodarki w warunkach kryzysu. *Prace Komisji Geografii Przemysłu Polskiego Towarzystwa Geograficznego*, 22/2013, s. 147-160; P. Maśloch, Poverty forming as a result of contemporary globalization processes. *Studies of the Industrial Geography Commission of the Polish Geographical Society*, 10/2008, s. 67-75.

¹³² K. Sienkiewicz-Małyjurek, Podstawowe aspekty zarządzania kryzysowego. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, seria: Organizacja i Zarządzanie*, z. 48/2002.

¹³³ D. Majchrzak, *Zarządzanie kryzysowe jako zorganizowane działania odpowiedzialnych organów i podmiotów*. Wydawnictwo AON, Warszawa 2013.

kroków planowania ich rozwiązania. Dzięki temu możliwa staje się sprawna i szybka reakcja w przypadku wystąpienia kryzysu oraz odpowiedniego przygotowania do potencjalnie trudnych dla instytucji sytuacji (etap przygotowania)¹³⁴;

- szybkiej reakcji w sytuacji kryzysu i ochrony kluczowej dla organizacji infrastruktury. Osiągnięcie powyższych celów prowadzi do natychmiastowego podjęcia odpowiednich działań w odniesieniu do konkretnej sytuacji kryzysowej, przejęcia kontroli i przede wszystkim minimalizacji strat i konsekwencji w postaci zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony infrastruktury, która jest niezbędna do dalszego funkcjonowania (etap reagowania)¹³⁵;
- odbudowy pierwotnego stanu infrastruktury, gdzie wszelkie działania skoncentrowane są wokół przywrócenia stanu sprzed sytuacji kryzysowej, a nawet doskonalenia tego stanu. W ramach realizacji tego celu działania najczęściej uwzględniają szacowanie poniesionych szkód, udzielanie pomocy poszkodowanym oraz odbudowę obiektów publicznych i infrastruktury organizacji. To etap konstruowania odpowiednich wniosków, które wykorzystuje się w celu aktualizacji planów postępowania z kryzysem i wprowadzania modyfikacji w sposób bardziej korzystny (etap odbudowy)¹³⁶.

Proces zarządzania kryzysowego, niezależnie od wybranej strategii, to zamknięty cykl, w którym wszelkie działania w obrębie etapów zarządzania kryzysowego wzajemnie się uzupełniają i równocześnie wzajemnie na siebie oddziałując. Proces ten pokazuje cyrkularność poszczególnych działań oraz kluczowe elementy określające jego skuteczność. Cykl zarządzania sytuacjami kryzysowymi opiera się na zasadzie planowania i realizacji (rysunek 16)¹³⁷. Jedną z najbardziej kluczowych, w kontekście skuteczności zarządzania kryzysowego, to część planowania. Zalicza się do niej etap zapobiegania oraz etap przygotowania. Do części realizacji przypisane są etapy odbudowy i reagowania.

Podjęcie rozważań wokół skutecznych strategii zarządzania kryzysowego wymaga uwzględnienia aspektu planowania wszelkich działań antykryzysowych. Ujednolicenie i wyodrębnienie spójnych i wspólnych dla wszystkich strategii cech i wymagań planowania, umożliwi prawidłowe i skuteczne przeprowadzenie kompleksowego procesu postępowania z trudną sytuacją. Opracowany według wspomnianych założeń plan zarządzania kryzysowego powinien uwzględniać udział wszystkich zaangażowanych osób

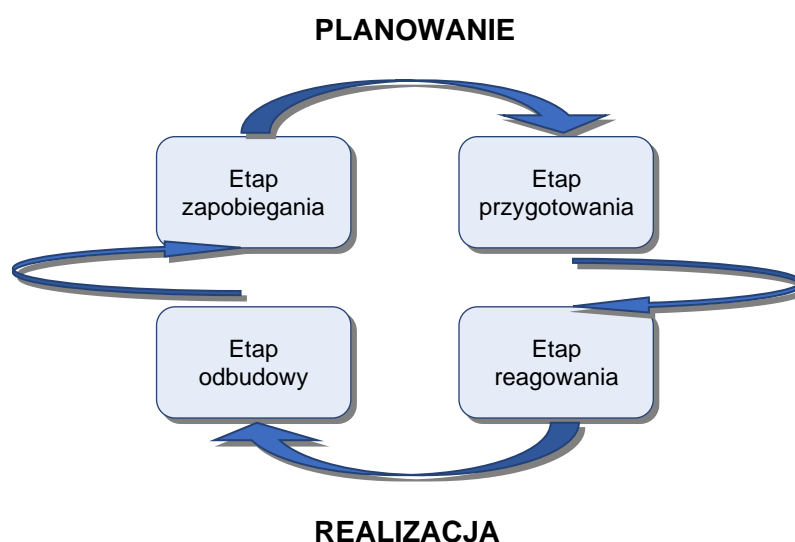
¹³⁴ S. J. Rysz, *Zarządzanie kryzysowe zintegrowane*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2016.

¹³⁵ J. Bagiński, *Nowe zarządzanie kryzysowe w praktyce*. Wydawnictwo Forum, Poznań 2008.

¹³⁶ W. Krzeszowski, *Zarządzanie kryzysowe i ochrona ludności*. Wydawnictwo AON, Warszawa 2017

¹³⁷ K. Sienkiewicz-Małyjurek, F. Krynojewski, *Zarządzanie kryzysowe w administracji publicznej*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2011.

na poszczególnych szczeblach hierarchii struktury organizacyjnej. Planowanie antykrzysowe powinno być przede wszystkim funkcjonalne, czytelne i użyteczne w czasie pojawiającego się kryzysu. Ze względu na różnorodny charakter kryzysów oraz ich niepowtarzalność, należy opracować plan w taki sposób, aby mógł on być dostosowany w zależności od rodzaju zagrożenia. Aby to było możliwe, osoby tworzące plan skutecznego zarządzania kryzysowego, opartego na różnych strategiach, powinny postępować według zasad celowości, kompleksowości, funkcjonalności oraz użyteczności¹³⁸.



Rysunek 16. Cykl zarządzania sytuacją kryzysową z uwzględnieniem planowania i realizacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Bagiński, *Nowe zarządzanie kryzysowe w praktyce*. Wydawnictwo FORUM, Poznań 2008.

Celowość to najważniejsza cecha procesu planowania kryzysowego ze względu na istotę sensu, jaki posiada w kontekście kompleksowego zarządzania kryzysem. Określa ona bowiem adaptację odpowiedniego planu do postawionego celu. Celowość w ujęciu planowania antykrzysowego stanowi wytyczną umożliwiającą osiągnięcie określonego celu. Kompleksowość to wymóg, który zakłada analizę i uwzględnia opcje wystąpienia wszelkich możliwych zagrożeń. Zakłada ona predyktory potencjalnych zdarzeń oraz odwołuje się do wszelkich podmiotów, które uczestniczą w działaniach antykrzysowych, tak aby móc w sposób optymalny zredukować konsekwencje tych zagrożeń oraz podjąć odpowiednie decyzje¹³⁹.

¹³⁸ W. Otwinowski, *Podstawy zarządzania kryzysowego i systemu obronnego*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Handlu i Usług, Poznań 2015.

¹³⁹ Tamże.

Kwestia funkcjonalności opiera się na zapewnieniu praktyczności i przydatności opracowanego planu w sytuacjach kryzysowych. Na każdym z etapów reagowania kryzysowego określone są konkretne funkcje podmiotów działań ratowniczych i osób zaangażowanych pomocniczo. W ten sposób możliwe staje się dopasowanie planu antykryzysowego do pojawiających się kryzysów w sposób bezproblemowy i zdecydowanie szybszy. Ostatnim kluczowym wymaganiem w kontekście skutecznego planowania działań antykryzysowych jest użyteczność¹⁴⁰. Zakłada ona przyjęcie jednolitej struktury, co oznacza, że wszelkie dokumenty związane z planowaniem antykryzysowym powinny być ujednoczone i dostępne w prostej oraz zrozumiałej formie. Posługiwanie się dokumentami, zawierającymi procedury o charakterze planistycznym, powinno być ułatwione i nieskomplikowane, niezależnie od danego zdarzenia, ze względu na istotę podejmowania szybkich decyzji w warunkach ograniczonego czasu. Opracowanie planu postępowania z sytuacją kryzysową staje się koniecznością w kontekście minimalizowania ryzyka przypadkowo podejmowanych działań narażających organizację na ponoszenie nadmiernych strat i konsekwencji.

Procedura planowania wyjścia z sytuacji kryzysowej jest procesem wieloetapowym, który charakteryzuje skuteczną organizację, uwzględniającą wyżej wymienione wymagania, określenie celu planu oraz uwzględnianie kolejności implementacji kluczowych elementów zarządzania kryzysowego. Niezależnie od konkretnej strategii zarządzania kryzysowego można wyszczególnić wspólne, podstawowe elementy, których zastosowanie umożliwi skuteczne działanie w niemal każdej sytuacji kryzysowej. Między innymi do kluczowych elementów skutecznych strategii zarządzania kryzysowego zalicza się¹⁴¹:

- identyfikację i analizę ryzyka – identyfikowanie i prowadzenie szczegółowej oceny potencjalnych zagrożeń, które mogą mieć negatywny wpływ na organizację. Kluczowym jest przewidywanie, jakie sytuacje mogą doprowadzić do kryzysu, identyfikowanie ich rodzaju, skali i prawdopodobieństwa wystąpienia. Identyfikacja ryzyka obejmuje analizę czynników wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Proces ten jest niezwykle istotny dla właściwego planowania i przygotowania działań zapobiegających kryzysowi. Wśród podejmowanych działań można również wskazać na analizę sił wpływu czynników na organizację oraz ocenę możliwych konsekwencji. Proces identyfikacji ryzyka

¹⁴⁰ Tamże.

¹⁴¹ G. Sobolewski, D. Majchrzak, Z. Solejko, *Uwarunkowania organizacji i funkcjonowania systemu zarządzania kryzysowego RP*. Wydawnictwo AON, Warszawa 2014.

- wykorzystuje metody takie jak symulacje, scenariusze prognozy, analizy profilowe, katalog czynników ryzyka lub opisową ocenę ryzyka;
- planowanie działań¹⁴² – jest to charakterystyczna procedura uwzględniająca opracowanie szczegółowego planu działań na wypadek wystąpienia kryzysu. Obejmuje ona określanie skutecznych strategii oraz konkretnych procedur oddziaływań. Planowanie działań powinno być precyzyjne, aby podczas wystąpienia określonych zagrożeń były jasno i jednolicie sprecyzowane konkretne kroki, które należy podjąć. Aspekt ten obejmuje najczęściej wyznaczanie ról i odpowiedzialności, tak, aby każdy członek organizacji został poinformowany o swoich obowiązkach i roli podczas wystąpienia kryzysu. Umożliwi to zminimalizowanie ryzyka pojawienia się chaosu w momencie zagrożenia. Wyszczególnia się również tworzenie harmonogramu reakcji, który uwzględnia konkretne i natychmiastowe działania w trakcie pojawienia się zagrożenia. Planowanie działań powinno również, oprócz konkretnych reakcji, uwzględniać niezbędne zasoby i narzędzia. Zwrócenie szczególnej uwagi na kwestie zasobów ludzkich, technologii bądź środków finansowych może okazać się pomocne w skutecznym reagowaniu na sytuacje kryzysowe¹⁴³;
 - zarządzanie zasobami – odnosi się do odpowiedniego alokowania i optymalizacji wykorzystywania dostępnych zasobów. Skuteczne zarządzanie zasobami przyczynia się do skutecznego reagowania na sytuacje kryzysowe. Zarządzanie zasobami dotyczy zarówno kwestii materialnych, infrastruktury, jak również zasobów ludzkich. Kluczowe elementy zarządzania zasobami obejmują przede wszystkim ocenę dostępności, alokacji zasobów oraz zarządzanie deficytem zasobowym. Skuteczność procedur zarządzania zasobami pozwala na analizę dostępnych i posiadanych zasobów, co umożliwia orientację w obecnej sytuacji i podejmowanie decyzji o odpowiednim zarządzaniu niedoborami w postaci priorytetyzacji działań i przydzielania zasobów do obszarów o najwyższej potrzebie¹⁴⁴;
 - komunikację kryzysową – jest ona kluczowa dla organizacji zarówno z zewnątrz, jak i wewnątrz. Komunikacja kryzysowa zapewnia skuteczny przepływ informacji między zaangażowanymi podmiotami, uwzględniając jasne procedury wymiany informacji i skuteczne systemy komunikacyjne. Odpowiednie zarządzanie informacją¹⁴⁵

¹⁴² D. Majchrzak, *Zarządzanie kryzysowe jako zorganizowane działania odpowiedzialnych organów i podmiotów*. Wydawnictwo AON, Warszawa 2013.

¹⁴³ Tamże.

¹⁴⁴ G. Sobolewski, D. Majchrzak, Z. Solejko, *Uwarunkowania organizacji i funkcjonowania systemu zarządzania kryzysowego RP*. Wydawnictwo AON, Warszawa 2014.

¹⁴⁵ A. Brzozowska, *Zarządzanie informacją w dynamicznym środowisku biznesowym – studium przypadku organizacji fraktalnych*. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica*, 2(367)/2024, s. 1-21.

i komunikacją w organizacji może przyczyniać się do zapobiegania eskalacji kryzysu. Ten rodzaj komunikacji opiera się na szybkości reakcji, spójności przekazu i transparentności. Aby zapobiec pogłębianiu się kryzysu, kluczowym staje natychmiastowe przekazywanie o sytuacji i kontrola dystrybucji informacji. Skuteczne zarządzanie kryzysem w aspekcie komunikacji wymaga od organizacji spójności w wypowiedziach i oświadczeniach w zgodzie z faktycznymi działaniami i strategią organizacyjną¹⁴⁶. Transparentność jako kluczowy element komunikacji kryzysowej jest elementem budującym zaufanie, co wspomaga monitorowanie opinii publicznej w sytuacji kryzysowej¹⁴⁷;

- kontrolę i ocenę sytuacji – w każdej strategii zarządzania kryzysowego niezbędne jest stałe monitorowanie sytuacji, aby móc wprowadzać zmiany i prowadzić ewaluację podjętych działań. Kontrola i monitoring zakładają analizę i ocenę skutków podjętych działań, monitorowanie zmian zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz organizacji oraz doskonalenie procesu zarządzania kryzysem. Ocena sytuacji opiera się na gromadzeniu i analizowaniu danych oraz przygotowaniu do adaptacji działań i strategii w odpowiedzi na rozwój sytuacji. Wykorzystywane w tym celu narzędzia, to audyt, system wczesnego ostrzegania, analiza wskaźnikowa, strategiczne karty wyników oraz controlling¹⁴⁸;
- odbudowę i wyciąganie wniosków – po ustąpieniu kryzysu niezbędna staje się analiza wszelkich działań antykryzysowych, które zostały podjęte oraz ocena ich przydatności w przyszłości. Element odbudowy bazuje przede wszystkim na kreowaniu wniosków umożliwiających wprowadzenie wszystkich niezbędnych usprawnień do planów zarządzania kryzysowego w kontekście potencjalnie możliwych do wystąpienia zdarzeniach w przyszłości. Jest to kluczowy aspekt w skutecznym zarządzaniu kryzysowym ze względu na analizę strat i zysków podczas sytuacji kryzysowej, jak i podejmowaniu wszelkich działań naprawczych mających na celu przywrócenie pierwotnego funkcjonowania organizacji;
- elastyczność i adaptację – stanowią one kluczowy element skutecznych strategii zarządzania kryzysowego ze względu na konieczność posiadania umiejętności pozostawania elastycznym wobec turbulentnych warunków otoczenia. Zdolność do

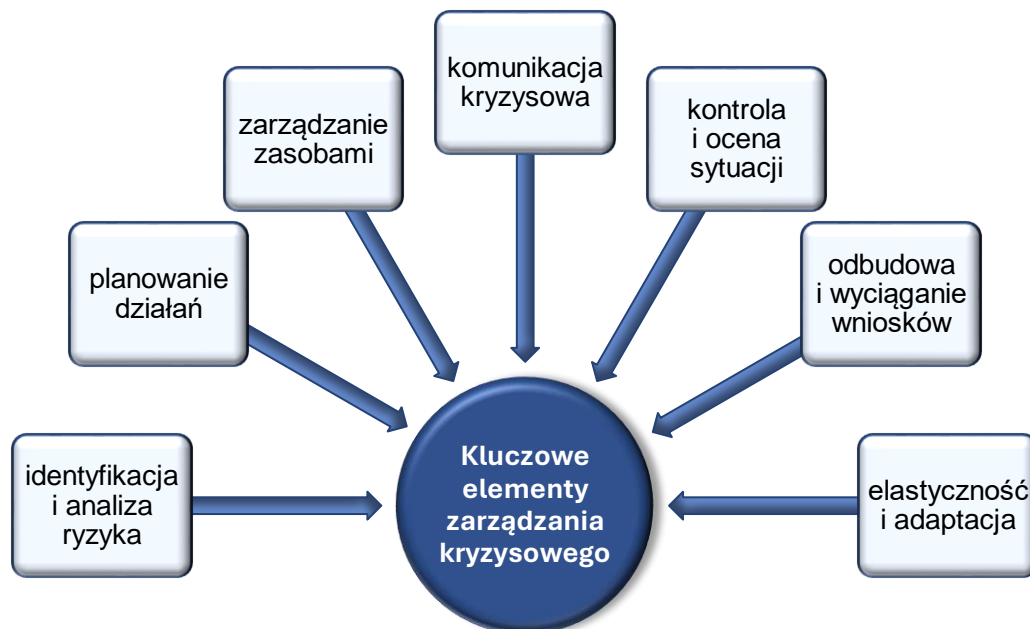
¹⁴⁶ A. Brzozowska, A. Kalinichenko, O. Galych, Kierunki rozwoju szkoły zasobowej zarządzania strategicznego. *Європейський вектор економічного розвитку*, 2/2015, s. 29-39.

¹⁴⁷ B. Wiśniewski, *Zarządzanie informacją w sytuacjach kryzysowych*. Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku Białej, Bielsko-Biała 2009.

¹⁴⁸ J. Walas-Trębacz, M. Sołtysik, System zarządzania kryzysowego w przedsiębiorstwie. *Organizacja I Kierowanie*, nr 4/2014, s. 85-100.

adaptacji umożliwia szybkie dostosowanie się do nowych warunków i do dynamicznie zmieniających się sytuacji kryzysowych, polegając w głównej mierze na regularnej ocenie sytuacji i monitorowaniu sytuacji kryzysowych, które mogą potencjalnie szybko się zmieniać¹⁴⁹.

Kluczowe elementy skutecznych strategii zarządzania kryzysowego przedstawiono na rysunku 17.



Rysunek 17. Kluczowe elementy skutecznych strategii zarządzania kryzysowego

Źródło: opracowanie własne.

Zarządzanie kryzysowe jest kluczowym procesem, który pozwala organizacjom w sposób skuteczny reagować na pojawiające się sytuacje kryzysowe i minimalizować skutki różnych zagrożeń. Każda strategia zarządzania kryzysowego opiera się na istotnych elementach, które kompleksowo tworzą odpowiednią strukturę procesu działania i postępowania w trudnych sytuacjach. Identyfikacja ryzyka umożliwia wykrywanie jak najwcześniej potencjalnych zagrożeń, a odpowiednie planowanie kryzysowe przygotowuje organizacje na różne możliwe scenariusze wydarzeń niezależnie od strategii.

Nadchodzący kryzys warunkuje konieczność podejmowania reakcji na pierwsze symptomy i sygnały o zagrożeniu, wymagając od struktury organizacyjnej elastyczności w percepcji sytuacji kryzysowej. Podczas pojawienia się sytuacji kryzysowej organizacje

¹⁴⁹ W.T. Coombs, *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing, and Responding*. Sage Publications, 2012.

powinny, na bazie opracowanej strategii, skonstruować plan przełamania kryzysu oraz przyjąć odpowiednie podejście wobec niespotykanej sytuacji, jaką jest kryzys. Oprócz kluczowych elementów skutecznych strategii zarządzania kryzysowego niezbędne jest odpowiednie nastawienie i motywacja personelu do właściwego postępowania w trakcie trwania kryzysu. Brak skutecznego zarządzania lub jedynie częściowe zarządzanie może w sposób znaczący wpłynąć na realizację procedur antykryzysowych jak i zdeterminować przyszłość danej organizacji po ustąpieniu kryzysu¹⁵⁰. W tabeli 4 scharakteryzowano wpływ percepcji kryzysu i postzegania zarządzania kryzysowego.

Tabela 4. Zarządzanie kryzysowe ze względu na skuteczność i determinacje

Aspekty kryzysu	Skuteczne zarządzanie	Częściowo skuteczne zarządzanie	Nieskuteczne zarządzanie
Sygnal o możliwym kryzysie	Wczesna analiza sygnałów i natychmiastowe podjęcie działań antykryzysowych	Działania obronne podejmowane przez organizację	Ignorowanie sygnałów
Proces podejmowania decyzji	Wszystkie procesy są realizowane zgodnie z harmonogramem	Realizacja następuje w wolnym tempie	Realizacja następuje z dużym opóźnieniem w związku z konfliktami wewnętrznymi
Granice kryzysu i wpływ na interesariuszy	Kryzys zatrzymany wewnątrz organizacji. Brak strat dla interesariuszy	Niewielkie straty interesariuszy	Kryzys wykracza poza granicę organizacji. Strata interesariuszy
Kryzys a reputacja organizacji	Poprawa reputacji organizacji	Ograniczone negatywne konsekwencje. Odbiorcy nadal współpracują z organizacją	Długookresowe negatywne konsekwencje. Inwestorzy zaprzestają współpracy
Rewitalizacja działalności	Organizacja funkcjonuje sprawnie	Realizacja podstawowych funkcji, inne zostają zatrzymane	Działalność organizacji jest zatrzymana. Wznawianie produkcji/usług przez kierownictwo
Dostępność zasobów	Wystarczająca ilość zasobów, które pozwolą na przełamanie kryzysu	Możliwość pozyskania zasobów z zewnątrz	Odczuwalny brak zasobów potrzebnych do przezwyciężenia kryzysu
Efekty uczenia się na błędach	Doświadczenie jest w pełni wykorzystane przy tworzeniu planu antykryzysowego	Doświadczenie jest brane pod uwagę, jednakże wciąż występują błędy	Zarząd popełnia te same błędy

Zródło: K. Krzakiewicz, *Zarządzanie antykryzysowe w organizacji*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2008.

¹⁵⁰ P. Strzemecki, Strategie organizacji w sytuacji kryzysowej. Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku, *Nauki Ekonomiczne*, t. XXII/2015, s. 27-34.

Skuteczna strategia zarządzania kryzysowego opiera się w głównej mierze na przygotowaniu, szybkiej reakcji, możliwości adaptacji oraz koordynacji wszystkich zaangażowanych podmiotów i kluczowych czynników, co umożliwia minimalizowanie strat i lepsze przygotowanie na przyszłe zagrożenia. Dobór właściwej strategii jest niezwykle ważny, w kontekście funkcjonowania organizacji w przyszłości oraz umiejętności postępowania z potencjalnymi kryzysami. Niezależnie od wyboru strategii i procedury, aby mówić o wysokiej skuteczności, należy uwzględnić kluczowe czynniki ściśle związane ze strukturą i działaniem organizacji, jak również kluczowe elementy zarządzania kryzysowego, determinujące poszczególne etapy i fazy zarządzania kryzysem. W procedurze planowania postępowania w sytuacjach kryzysowych uwzględnienie wszystkich powyższych czynników warunkuje skuteczne zarządzanie sytuacją kryzysową i realizację postawionych przez organizację celów.

Autorka dysertacji w powyższym rozdziale dokonała rozróżnienia poszczególnych rodzajów strategii zarządzania kryzysowego, uwzględniając ich charakterystykę oraz niezbędne determinanty określające ich skuteczność. Wyszczególniła strategie proaktywne i reaktywne, dokonując ich porównania oraz odnosząc wykorzystywane strategie do wybranych przykładów w Polsce w kontekście zarządzania służbą zdrowia. Autorka uwzględniła wykorzystywanie strategii reaktywnych i proaktywnych podczas jednej z większych sytuacji kryzysowych w Polsce, jaką była pandemia COVID-19. W końcowej części rozdziału poddała dogłębnej analizie kluczowe elementy skutecznych strategii zarządzania kryzysowego, które stanowią uniwersalną procedurę planowania działań związanych z sytuacją wychodzenia z kryzysu.

Rozdział 3

Specyfika sektora służby zdrowia w Polsce

3.1. Struktura organizacyjna polskiego systemu służby zdrowia

Struktura organizacyjna polskiego systemu służby zdrowia opiera się na współpracy i współdziałaniu zarówno instytucji publicznych, jak i prywatnych. Wszelkie instytucje publiczne oraz prywatne pozostają pod ścisłym nadzorem państwa oraz są uzależnione od możliwości jego finansowania. System polskiej ochrony zdrowia jest kluczowym elementem polityki społecznej kraju. Jest oparty przede wszystkim na publicznym ubezpieczeniu zdrowotnym, które jest finansowane przez obywateli, zobligowanych do opłacania obowiązkowych składek zdrowotnych. Tak prowadzony system ochrony zdrowia w Polsce ma na celu zapewnienie obywatelom powszechnego dostępu do podstawowych, jak i specjalistycznych usług zdrowotnych. Obecna struktura organizacyjna systemu służby zdrowia jest wynikiem wprowadzonych reform w służbie zdrowia, które doprowadziły do decentralizacji zarządzania oraz określenia Narodowego Funduszu Zdrowia jako centralnego płatnika. System służby zdrowia w Polsce posiada wielopoziomową strukturę, a funkcjonowanie polskiego systemu służby zdrowia jest oparte na działaniu wyodrębnionych, kluczowych instytucji, które pełnią odrębne role, ale wzajemnie się uzupełniają. Podejmując kwestie struktury organizacyjnej systemu służby zdrowia w Polsce należy zwrócić szczególną uwagę na jej hierarchiczność oraz specyfikę odpowiedzialności zarządczej i decyzyjnej wpływającej na działanie polskiego systemu ochrony zdrowia.

Na najwyższym szczeblu hierarchii struktury organizacyjnej ochrony zdrowia w Polsce znajduje się organ Ministerstwa Zdrowia, szczególnie odpowiedzialny za kształtowanie kompleksowego ujęcia polityki zdrowotnej Polski. Do głównych zadań Ministerstwa Zdrowia należy formułowanie najważniejszych strategii zarządzających, na przykład w sytuacjach pojawienia się kryzysu, jak również nadzorowanie prawidłowego funkcjonowania i wydolności całego sektora służby zdrowia w naszym kraju. Organ ten tworzy przepisy dla całego systemu ochrony zdrowia oraz wszystkich podmiotów będących pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia w Polsce. Ministerstwo zdrowia jako naczelny i główny organ struktury organizacyjnej obejmuje swoją pieczę wszelkie działania i czynności nadzorcze oraz reguluje standardy opieki zdrowotnej, funkcjonowanie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przepisy, monitorujące

system edukacji medycznej. Aby stworzyć jasne i precyzyjne standardy funkcjonowania państwa pod kątem ochrony zdrowia, Ministerstwo ściśle współpracuje z mniejszymi jednostkami rządowymi, samorządowymi oraz pojedynczymi podmiotami leczniczymi na terenie całego kraju. Rozpatrując istotę struktury organizacyjnej sektora ochrony zdrowia w Polsce, należy wyszczególnić i wyodrębnić szczegółowe cele oraz zadania, jakie wypełniają na swoim szczeblu poszczególne organy. Do głównych zadań Ministerstwa Zdrowia należy przede wszystkim opracowanie strategii zdrowotnych dotyczących publicznej ochrony zdrowia oraz przygotowanie i implementacja przepisów dotyczących standardów zdrowia obywatelskiego. Oprócz tego, jako główny i naczelnny organ organizacyjny, Ministerstwo powinno nadzorować działalność wszystkich jednostek świadczących usługi zdrowotne, które są odpowiedzialne za zdrowie publiczne oraz monitorować wszystkie pojawiające się symptomy i objawy potencjalnych zagrożeń, które tę działalność mogłyby destabilizować. Ministerstwo Zdrowia powinno w odpowiedni sposób reagować na wszelkie anomalie i wrażliwości polskiego systemu zdrowia, tak aby maksymalnie zabezpieczać zdrowie obywateli, poprzez identyfikację i weryfikację potencjalnych kryzysów w sektorze służby zdrowia. Kontrola i koordynacja wszelkich działań Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ścisła i skuteczna współpraca z samorządami i podmiotami leczniczymi to priorytetowe zadania Ministerstwa Zdrowia w Polsce¹⁵¹.

Nawiązując do struktury organizacyjnej systemu ochrony zdrowia w Polsce należy zwrócić uwagę na kolejny element tej struktury, którym jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Stanowi on kluczowy organ finansowania wszelkich świadczeń zdrowotnych dostępnych w kraju. Dzięki gromadzeniu i monitorowaniu składek ubezpieczeniowych opłacanych przez obywateli, możliwe jest finansowanie dostępnych usług i świadczeń medycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje swoją odrębną strukturą, która umożliwia funkcjonowanie na poziomie centralnym i na poziomie regionalnym. Funkcjonowanie na poziomie centralnym opiera się na koordynowaniu działań oddziałów wojewódzkich. Główna centrala Narodowego Funduszu Zdrowia posiada siedzibę w Warszawie i w głównej mierze odpowiada za budżet ochrony zdrowia oraz nadzór nad kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych. Do zadań głównej centrali należy również monitorowanie realizacji wszelkich zawieszonych umów. O poziomie regionalnym mówić należy w perspektywie oddziałów wojewódzkich, zlokalizowanych w poszczególnych miastach, obejmujących swoją pieczę konkretne i wyselekcjonowane regiony. Oddziały wojewódzkie zawierają kontrakty i umowy z poszczególnymi placówkami

¹⁵¹ S. Golinowska, E. Kocot, A. Sowa, *Health System Review: Poland. Health Systems in Transition*, 18(1)/2016, s. 1-220.

medycznymi, zarówno publicznymi jak i tymi prywatnymi, co później przekłada się na nadzorowanie jakości ich usług i świadczeń oraz zarządzanie dostępnymi funduszami przeznaczonymi na opiekę zdrowotną¹⁵². W oparciu o powyższe wyodrębnić można główne cele i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, do których należy finansowanie usług zdrowotnych dla osób opłacających składki, zawieranie kontraktów z podmiotami leczniczymi i monitorowanie ich realizacji oraz kontrolowanie jakości świadczonych usług zdrowotnych. Finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia zawieranych kontraktów generuje pozytywne aspekty ich funkcjonowania dla społeczeństwa, natomiast realizacja tych kontraktów i realia działalności w obiegu systemu ochrony zdrowia spotykają się z przedmiotem krytyki. Krytyka poparta jest coraz częściej obserwowanym zjawiskiem ograniczonego dostępu do świadczeń specjalistycznych oraz przede wszystkim zbyt długim okresem oczekiwania do skorzystania z zaproponowanych świadczeń. Prowadzi to do nadmiernego obciążenia systemu służby zdrowia, jego niewydolności, co prowadzi do wielopoziomowego zachwiania i zaburzenia prawidłowo funkcjonującego sektora służby zdrowia. Objawia się niezadowoleniem pacjentów, którzy płacąc coraz wyższe składki nie mogą skorzystać z usług specjalistycznych. Czasami wieloletnie nawet oczekiwanie na wizytę w podmiocie leczniczym, prowadzi do sytuacji, w których pacjenci nie są w stanie doprowadzić do poprawy jakości stanu swojego zdrowia. Opisywane niezadowolenie świadczeniobiorców jest lokalizowane w ostatnim ogniwie łańcucha systemu zdrowia jakim są lekarze i cały poboczny personel medyczny. Co za tym idzie obwinianie osób wykonujących usługi, od których nie zależy system kolejkowy i sytuacja wąskiego gardła powoduje, że personel medyczny zaczyna odczuwać nadmierne przeciążenie pracą, co może skutkować pojawieniem się wypalenia zawodowego i innych niepokojących objawów. Za przykład wyżej wskazanych sytuacji posłużyć może rezygnacja z pracy, co w ujęciu globalnym i znaczącym dla naszego kraju przekłada się na obniżoną jakość opieki zdrowotnej państwa. Konstatując, wobec powyższej sytuacji można zaryzykować stwierdzenie, że sytuacja świadczeń zdrowotnych w Polsce na poziomie struktury organizacyjnej niesie za sobą ryzyko pojawienia się kryzysu wewnętrznego, który nie wymaga pojawienia się epidemii, klęski żywiołowej czy klęski geopolitycznej¹⁵³.

Na kolejnym szczeblu struktury organizacyjnej systemu ochrony zdrowia w Polsce znajdują się samorządy, odpowiedzialne na poziomie regionalnym za nadzorowanie działalności placówek zdrowotnych w danym województwie. W głównej mierze nadzorują one

¹⁵² B. Więckowska, *Sprawozdania i raporty NFZ*. Narodowy Fundusz Zdrowia 2023.

¹⁵³ B. Łyszczarz, The financing of the Polish Healthcare System: Key Problems and Challenges. *Polish Journal of Public Health*, 129(4)/2019, s. 113-119.

szpitale, przychodnie miejskie oraz inne wyspecjalizowane instytucje świadczące usługi opieki medycznej. Na przestrzeni lat, podczas których miała miejsce modernizacja przepisów oraz wyżej wymieniona decentralizacja, samorzady przejęły zdecydowanie więcej funkcji. Powierzenie większych uprawnień i wpływów samorządom, miało udoskonalić i zwiększyć skuteczność opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem dostosowania regulacji do lokalnych potrzeb. Ujęcie to jest kluczowe dla regionalnego funkcjonowania podmiotów leczniczych, ponieważ zwraca uwagę na lokalne problemy i trudności, które stara się rozwiązywać. Poddając analizie prace samorządów można oczekiwać większej wiarygodności realizacji postawionych celów ze względu na dopasowanie regionalne, a nie rozpatrywanie całokształtu w sposób globalny, co często prowadzi do pomijania mniejszych i bardziej lokalnych potencjalnych kryzysów. To właśnie w samorządach pokładane są nadzieje i wysokie oczekiwania wobec zarządzania zasobami ludzkimi, modernizacji infrastruktury oraz nadzorowania i kontrolowania jakości świadczonych usług. Do głównych zadań samorządów w ujęciu struktury organizacji ochrony zdrowia należy nadzór nad placówkami zdrowia publicznego w kontekście ich inwestycji i rozwoju, współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi organami oraz prowadzenie aktywnych czynności psycho-profilaktycznych z zakresu promowania zdrowia publicznego na płaszczyźnie lokalnej¹⁵⁴.

Odnosząc się do struktury organizacyjnej polskiego systemu służby zdrowia nie należy zapominać o kluczowym elemencie całej hierarchii, jaki stanowią placówki medyczne. Mówiąc o placówkach medycznych warto rozgraniczyć ich rodzaje ze względu na charakter pracy i specyfikę działalności. Można wyszczególnić podstawową opiekę zdrowotną (POZ), czyli przychodnie i liczne gabinety medycyny rodzinnej, które stanowią pomoc zdrowotną w pierwszej linii dostępności. Następnie wyróżnia się ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS), do której wliczają się wszelkie przychodnie świadczące specjalistyczne usługi zdrowotne, skoncentrowane na zaawansowanej diagnostyce i wyspecjalizowanym konkretnym leczeniu. Do placówek medycznych przede wszystkim zaliczamy wszelkiego rodzaju szpitale publiczne, które oferują krótko- i długoterminową hospitalizację, zabiegi chirurgiczne oraz działania i świadczenia zdrowotne mające na celu ratowanie życia obywateli. Szpitale to najbardziej narażone na możliwość pojawienia się sytuacji kryzysowej placówki, zarówno w ujęciu globalnym jak i lokalnym. W sytuacji pojawienia się pandemii, kataklizmu o charakterze naturalnym bądź konfliktów zbrojnych, to właśnie te jednostki będą stały na pierwszej linii frontu, gdzie niezbędnym będzie wdrożenie odpowiedniego zarządzania

¹⁵⁴ B. Więckowska, Z. Skrzypczak, *Challenges in Polish Healthcare System, Health Policy*, 124(9)/2020, s. 936-942.

kryzysowego. Niemniej jednak nie należy zapominać, że ze względu na specyfikę funkcjonowania szpitali to właśnie one niejako borykają się z lokalną i wewnętrzną sytuacją kryzysową na co dzień, która nie jest w sposób znaczny i istotny uwzględniana w działaniach antykryzysowych kraju, co postaram się przybliżyć w dalszej części rozprawy. Wszelkie podmioty lecznicze i wszystkie rodzaje placówek medycznych podlegają standardom określonym przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia, co obliguje je do realizacji usług w ramach zawartych kontraktów i kontroli, aby usługi te świadczone były na najwyższym poziomie. Mówiąc o placówkach medycznych warto zwrócić uwagę nie tylko na sektor publiczny, ale również na prywatne placówki medyczne. Są to podmioty, które oferują swoje świadczenia odpłatnie, co nie wyklucza ich z możliwości zawierania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. W Polsce powstaje coraz więcej prywatnych podmiotów leczniczych, które stanowią istotne uzupełnienie w stosunku do sektora publicznego. Popularność prywatnej opieki zdrowotnej wynika z większej dostępności i krótszego czasu oczekiwania na wizytę lekarską. Sektor prywatny ochrony zdrowia stanowi uzupełnienie dostępu do usług zdrowotnych o wysokim poziomie specjalizacji oraz w takich obszarach, w których sektor publiczny nie domaga. Stanowi to jednak niemałe wyzwanie dla ogólnego systemu ochrony zdrowia ze względu na kwestie powszechności dostępu świadczeń oraz zapewnienia zasady równości w dostępie do korzystania z opieki medycznej, uwzględniającej możliwości finansowe obywateli¹⁵⁵.

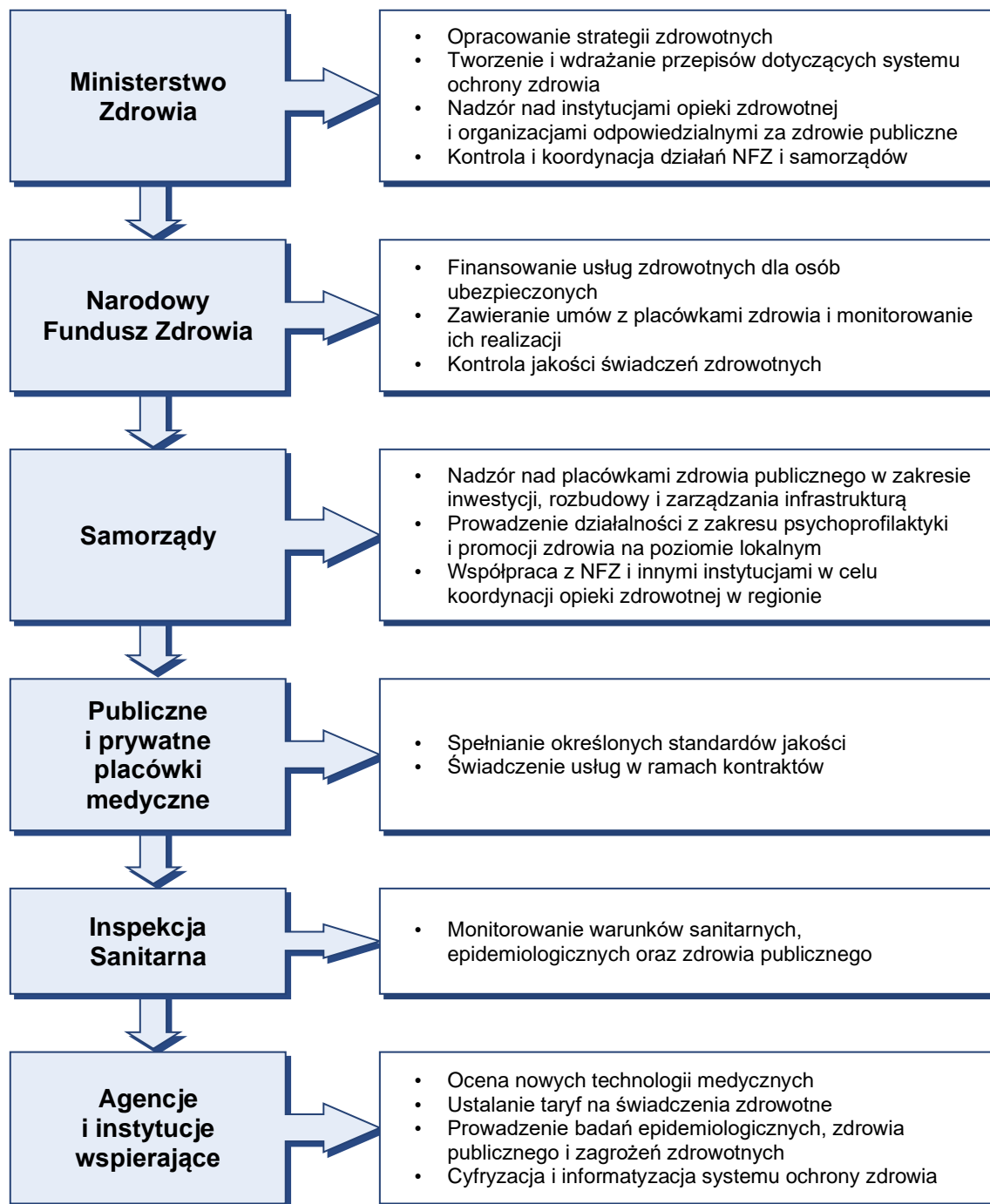
W strukturze organizacyjnej ochrony zdrowia uwzględnia się również inspekcje sanitarną, która działa na poziomie zarówno centralnym, wojewódzkim jak i powiatowym, monitorując warunki sanitarne, epidemiologiczne oraz zagrożenia dla zdrowia publicznego. Prowadzi rejestr i wzmożoną kontrolę pojawiających się ognisk chorób zakaźnych, bezpieczeństwa żywności, wymaganych i obligatoryjnych warunków higienicznych we wszystkich placówkach dostępu publicznego oraz wszelkich innych niezbędnych czynności, które mogą stanowić ryzyko źródła wystąpienia sytuacji kryzysowej w Polsce¹⁵⁶.

W kontekście sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, warto wspomnieć o wszelkich agencjach i instytucjach wspierających prawidłowe funkcjonowanie sektora zdrowia. Mowa tutaj o agencjach odpowiedzialnych za ocenę nowych technologii medycznych, cyfryzację i informatyzację systemu ochrony zdrowia, ustalania taryf na świadczenia

¹⁵⁵ J.B. Karski, *Zdrowie publiczne: Wybrane zagadnienia organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.

¹⁵⁶ I. Kowalska-Bobko, M. Gałązka-Sobotka, E. Kocot, The Role of Local Governments in the Polish Health Care System. *Journal of Health Policy, Insurance and Management*, 15(1)/2017, s. 19-28.

zdrowotne oraz przede wszystkim prowadzenia rozmaitych badań epidemiologicznych, które mają za zadanie monitorowanie zagrożeń dla zdrowia publicznego¹⁵⁷.



Rysunek 18. Struktura organizacyjna polskiego systemu ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

¹⁵⁷ Tamże

Struktura organizacyjna polskiego systemu służby zdrowia powinna zakładać aktywną współpracę i współdziałanie wszystkich organów na poszczególnych szczeblach hierarchii tej struktury, tak aby w sposób zoptymalizowany i maksymalny doprowadzić do stworzenia strategii rozwiązujących problemy, trudności i zagrożenia wynikające z sytuacji kryzysowych. Oprócz tego cała struktura organizacyjna powinna w sposób kompleksowy dążyć do zapewnienia obywatelom powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, tak aby w sposób bieżący sprostać zmieniającym się potrzebom społeczeństwa i rosnącym wymaganiom związanym z jakością i dostępnością usług leczniczych.

Z niniejszym podrozdziale na podstawie analizy literatury przedmiotu autorka dysertacji przedstawiła hierarchię i strukturę systemu ochrony zdrowia w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem charakterystyki funkcjonowania i działania poszczególnych instytucji kluczowych w kwestii zarządzania ochroną zdrowia. Ponadto szczegółowo opisała i scharakteryzowała poszczególne zadania i cele, określające całą organizację sektora służby zdrowia. Dokonała prezentacji istoty struktury organizacji oraz w sposób syntetyczny zaprezentowała hierarchię typów instytucji publicznych i prywatnych, które tworzą schemat współdziałania w budowaniu struktury organizacyjnej w polskiej ochronie zdrowia.

3.2. Mechanizmy finansowania służby zdrowia w Polsce

System ochrony zdrowia w Polsce wykorzystuje elementy różnych modeli finansowania charakterystycznych dla krajów europejskich, jak i spoza Unii Europejskiej. Opiera się on głównie na połączeniu modelu Beveridge'a oraz modelu Bismarcka¹⁵⁸. Model Beveridge'a jest szczególnie znany i stosowany w Wielkiej Brytanii, a model Bismarcka jest charakterystyczny dla finansowania systemu ochrony zdrowia w Niemczech. Pierwszy z nich opiera się na finansowaniu bezpośrednio z budżetu państwa, podczas gdy model Bismarcka odnosi się w głównej mierze do obowiązkowych składek zdrowotnych. Obecnie w Polsce obowiązuje połączenie tych dwóch modeli ze szczególnym naciskiem na obowiązkowe świadczenia ubezpieczeniowe w postaci obowiązkowych składek zdrowotnych. Stanowią one główne źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce, niemniej jednak system ochrony zdrowia w Polsce jest zasilany również z budżetu państwa oraz innych struktur, które zostały scharakteryzowane w dalszej części dysertacji. W historii polskiego systemu ochrony

¹⁵⁸ P. Łuniewska, Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Współczesna Gospodarka*, 5(1)/2014, s. 67-75.

zdrowia można zauważyć systematyczny rozwój, który ma swój szczególny początek w latach dziewięćdziesiątych. Od tego okresu wprowadzano istotne dla funkcjonowania sektora służby zdrowia reformy, które doprowadziły do decentralizacji systemu. Wprowadzane reformy były niezbędne w celu usprawnienia funkcjonowania mechanizmów finansowania ochrony zdrowia w Polsce, ponieważ poprzedni model, który opierał się na sposobie scentralizowanym, negatywnie wpływał na dostępność usług zdrowotnych, co przekładało się na jego niską skuteczność. W myśl reformy z 1999 roku, poprzez likwidację kas chorych na rzecz powstania Narodowego Funduszu Zdrowia, państwo polskie oraz cały system ochrony zdrowia miały zyskać na transparentności oraz zdecydowanie bardziej doskonałym zarządzaniu środkami publicznymi¹⁵⁹.

Mechanizmy finansowania służby zdrowia w Polsce oraz całe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej jest ściśle ustanowione według ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku¹⁶⁰ o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej¹⁶¹. Finansowanie służby zdrowia w Polsce jest procesem złożonym. W swojej strukturze obejmuje różne źródła środków, wszelkiego rodzaju mechanizmy alokacyjne oraz najistotniejsze instytucje, które są odpowiedzialne za zarządzanie finansami publicznymi w ochronie zdrowia, co obrazuje rysunek 19.

Mechanizm finansowania polskiej służby zdrowia opiera się przede wszystkim na modelu ubezpieczeniowym polegającym na opłacaniu obowiązkowych składek zdrowotnych przez obywateli państwa¹⁶². Model ubezpieczeniowy w swojej idei odnosi się do zasady solidarności społecznej oraz budowania równości i powszechności polskiej ochrony zdrowia¹⁶³. Charakterystyka struktury finansowania systemu zdrowia w Polsce uwzględnia kilka kluczowych komponentów, które są za tę strukturę odpowiedzialne. Należy do nich Narodowy Fundusz Zdrowia, budżety państwowe i samorządowe, fundusze prywatne oraz źródła finansowe pochodzące z zasobów międzynarodowych.

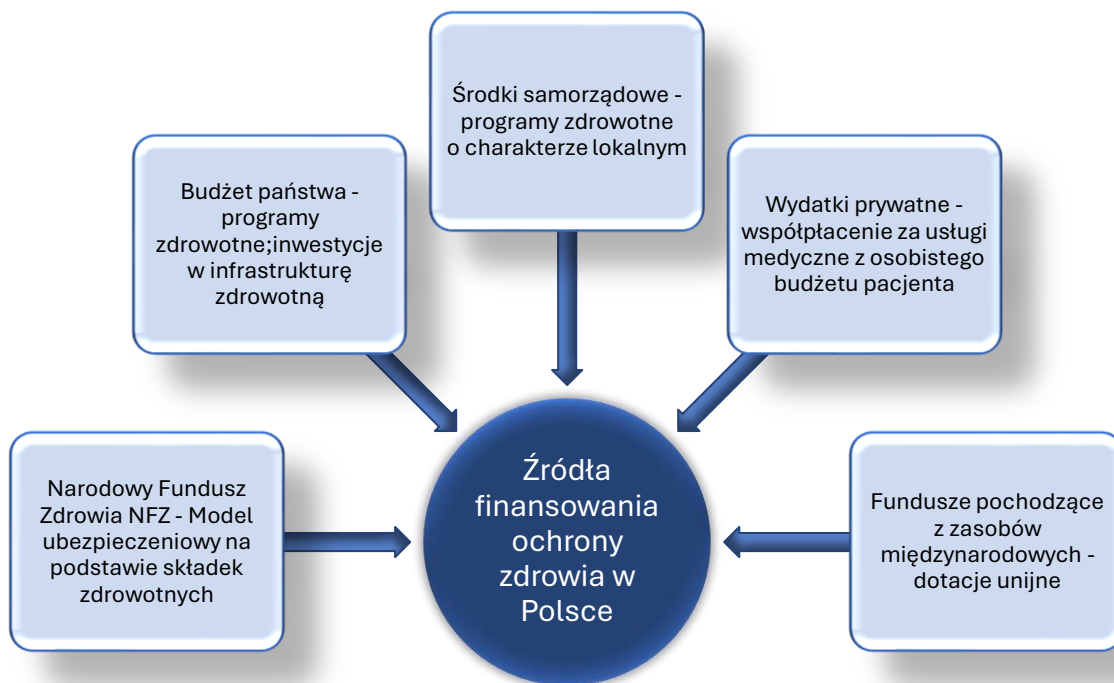
¹⁵⁹ P. Sowa, *Systemy ochrony zdrowia w Europie: Polska na tle krajów UE*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018.

¹⁶⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004 nr 210 poz. 2135).

¹⁶¹ Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).

¹⁶² P. Lenio, Charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne jako źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. *Przegląd Prawa i Administracji* nr 97/2014, s. 99-115.

¹⁶³ A. Frączkiewicz-Wronka, J. Jasłowski, B. Owcorz-Cydzik, D. Sobosik, *Samorządowa polityka zdrowotna*. Akademia Ekonomiczna, Katowice 2004.



Rysunek 19. Źródła finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Należy zwrócić szczególną uwagę na główne źródła finansowania ochrony zdrowia w kraju. Podstawowym źródłem finansowania publicznego są składki ubezpieczenia zdrowotnego, które na dziś wynoszą 9% podstawy wymiaru wynagrodzenia brutto, gdzie 7,75% z tej kwoty jest odliczane od podatku dochodowego. Opłacanie wspomnianych składek przez obywateli kraju przyczynia się do finansowania podstawowych świadczeń zdrowotnych, między innymi opieki szpitalnej, ambulatoryjnej oraz specjalistycznej. Organem, który zarządza rzeczonymi składkami i pełni funkcję głównego płatnika jest Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce. Jego zadaniem jest dystrybucja zgromadzonych środków do wszelkiego rodzaju świadczeniodawców, w tym szpitali, przychodni, lekarzy specjalistów i innych podmiotów leczniczych, które działają na podstawie zawartych kontraktów. Aby móc uzyskać kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia wszelkie wyżej wymienione podmioty lecznicze muszą spełnić szczegółowe kryteria oraz wytyczne. Dotyczą one zazwyczaj personelu, standardów jakości oraz całej infrastruktury danej placówki. Proces kontraktowania świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia z placówkami jest niezwykle istotny z punktu widzenia funkcjonowania całego systemu, określa on bowiem rodzaj świadczeń zdrowotnych oraz ich dostępność dla obywateli w ramach publicznego sektora służby zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia działa w oparciu o centralne zarządzanie finansami ochrony zdrowia, co pozwala na

bardziej skuteczną kontrolę wydatków. Roczne budżety wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia są określane przez Ministerstwo Zdrowia i podlegają regulacjom ustaw budżetowych. Wydatkowane przez NFZ środki są głównym i kluczowym elementem finansowania polskiej ochrony zdrowia. Analizując funkcjonowanie Narodowego Funduszu Zdrowia jako głównego płatnika, oprócz w miarę skutecznej i efektywnej kontroli wydatków oraz zarządzania finansami, należy nadmienić, iż zapewnia on pewnego rodzaju kontrolę dla placówek medycznych w dostosowaniu się do bieżących i lokalnych potrzeb, co stanowi obszar krytyki i niezadowolenia obywateli i samych pacjentów¹⁶⁴.

W kwestii finansowania ochrony zdrowia w Polsce NFZ odgrywa kluczową rolę w obrębie refundacji leków. Na podstawie ustawy refundacyjnej z 2012 roku określana jest grupa leków, która powinna zostać objęta refundacją oraz określone są główne zasady ustalania ceny refundacyjnej danej substancji leczniczej. Refundacja leków przyczynia się do zwiększenia ich dostępności dla pacjentów i przede wszystkim zwiększenia dostępności coraz to nowocześniejszych i przebadanych terapii oraz medykamentów. Choć finansowanie refundowanych leków przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest kluczowe dla funkcjonowania publicznego sektora zdrowia w Polsce, to mimo wszystko, analizując aktualną sytuację w kraju, stanowi ono jeden z podstawowych czynników prowadzących do sytuacji kryzysowej w kraju. System refundacyjny w Polsce spotyka się z liczną krytyką ze strony pacjentów i obywateli ze względu na bardzo ograniczoną liczbę leków, które są tą refundacją objęte. Leki refundowane często są poddawane ścisłym kryteriom, według których określane jest, czy pacjent może z tej refundacji skorzystać. Dla systemu zdrowia w Polsce oznacza to, że w większości przypadków obywatel polski klasy ekonomicznej musi przynajmniej w połowie pokrywać koszty leków i innych terapii, co niestety przekłada się na liczne niezadowolenie i krytykowanie polskiej służby zdrowia¹⁶⁵.

W Polsce drugim kluczowym źródłem finansowania sektora służby zdrowia są środki budżetowe, które pochodzą bezpośrednio z budżetu państwa. Ich przeznaczenie skupia się przede wszystkim na finansowaniu całej infrastruktury zdrowotnej, zaczynając od finansowania badań naukowych poświęconych medycynie, jak również finansowania wsparcia wszelkich programów zdrowotnych mających na celu profilaktykę i promocję zdrowia. Ze środków budżetowych pokrywane są wydatki na świadczenia opieki zdrowotnej, tworzenie, modernizację oraz oddłużanie wybranych podmiotów leczniczych, jak również finansowanie

¹⁶⁴ S. Golinowska, E. Kocot, *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce: Analiza systemowa*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2015.

¹⁶⁵ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków (Dz.U.2011.Nr 122 poz. 696).

Państwowego Ratownictwa Medycznego¹⁶⁶. Fundusze z budżetu państwa są kluczowe i istotne dla obszarów, które wymagają długofalowych inwestycji i długofalowego działania w obszarze zdrowia publicznego¹⁶⁷. Analizując sytuację zdrowotną i działania podejmowane przez polityków, w kontekście wydatków publicznych w kraju, szacuje się, że wydatki te obejmują około 6% PKB. W porównaniu do krajów na tle gospodarki międzynarodowej, a szczególnie krajów OECD, wydatki publiczne na zdrowie w Polsce przedstawiają wartość zdecydowanie niższą niż średnia tych krajów, która wynosi około 9% PKB¹⁶⁸.

Wydatki na ochronę zdrowia ogółem w Polsce na tle międzynarodowym w latach 2021-2022 przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Wydatki na ochronę zdrowia ogółem w Polsce na tle międzynarodowym w latach 2021-2022

Państwo	Wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 osobę, US \$ PPP	Wydatki na ochronę zdrowia w stosunku do PKB, %
Belgia	6600	10,9
Chile	2699	9,0
Estonia	3103	6,9
Grecja	3015	8,6
Islandia	5314	8,6
Niemcy	8011	12,7
Norwegia	7771	7,9
Polska	2973	6,7
USA	12 555	16,6
Szwajcaria	8049	11,3
Wielka Brytania	5493	11,3

Źródło: J.J. Fedorowski, Raport OECD: Polska na tle innych krajów. *Menedżer Zdrowia*, 11(23)/2023.

Kolejnym istotnym elementem źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce są budżety samorządowe. Jak wspomniano powyżej, samorzady na poziomie powiatów i województw zarządzają podmiotami leczniczymi w przynależnych okręgach, co znajduje odzwierciedlenie w obowiązku finansowania i wsparcia finansowego oraz doraźnej pomocy w sytuacjach kryzysowych. Stopniowe zwiększanie zadań i działalności samorządów w sektorze ochrony zdrowia stanowi wsparcie i dedykowane rozwiązania w zakresie źródeł

¹⁶⁶ M. Jaworzyńska, *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*. CeDeWu, Warszawa 2010.

¹⁶⁷ M. Maśniak, *Mechanizmy finansowania opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2016.

¹⁶⁸ P. Łuniewska, Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Współczesna gospodarka*, 5(1)/2014.

finansowania świadczeń zdrowotnych, co umożliwiła zdecydowaną redukcję obciążenia budżetu państwa oraz finansów Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz prowadzi do poprawy jakości świadczeń i zadowolenia świadczeniobiorców. W zakresie działania samorządów terytorialnych pozostaje również finansowanie tak zwanych gwarantowanych świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców danej społeczności, co pozwala na zaspokajanie potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia uwzględniając potrzeby zdrowotne oraz priorytety regionalnej polityki zdrowotnej, jak i prowadzenie rejestru dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa¹⁶⁹.

Kluczową rolę w obszarze ochrony zdrowia, oprócz finansowania publicznego, stanowią środki prywatne. W polskim sektorze służby zdrowia, pomimo dostępności do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i możliwości korzystania z publicznych placówek medycznych, Polacy coraz częściej korzystają z prywatnych usług i świadczeń zdrowotnych. Podyktowane jest to przede wszystkim skróconym czasem oczekiwania na specjalistyczną opiekę i pomoc, jak również zdecydowanie wyższym poziomem jakości tych usług. Finansowanie prywatne obejmuje przede wszystkim wydatki gospodarstw domowych na świadczenia zdrowotne nieobjęte ubezpieczeniem oraz prywatne ubezpieczenia zdrowotne opłacane poza Narodowym Funduszem Zdrowia. Według danych szacunkowych, na podstawie raportów Ministerstwa Zdrowia, określa się, że udział środków prywatnych w ogólnych wydatkach na zdrowie państwa wynosi mniej więcej 30%¹⁷⁰. Określane jest to zjawiskiem współpłacenia za usługi medyczne. Rozwój tego zjawiska, opierającego się na prywatnych wydatkach pacjentów, jest ściśle powiązany z brakiem skutecznego zaspokojenia potrzeb obywateli pod kątem zdrowotnym przez publiczny system ochrony zdrowia. Mimo wykazywania pozytywnych aspektów i korzyści dla obywateli w postaci wyżej wymienionej dostępności usług medycznych, jednocześnie wskazać należy na istnienie dużego ryzyka pogłębiania się nierówności społecznej, powszechności rodzaju usług medycznych, ich dostępności oraz możliwości skorzystania z leczenia i terapii¹⁷¹.

Pomimo złożonej struktury finansowania ochrony zdrowia, na którą składa się kilka komponentów i źródeł budowania budżetu, przed systemem ochrony zdrowia jawi się wiele trudności i wyzwań. Wraz z rozwojem sytuacji zdrowotnej kraju pod kątem starzenia się

¹⁶⁹ P. Lenio, *Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w Wielkiej Brytanii*. Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne, 23/2018, s. 50-62.

¹⁷⁰ M. Gałązka-Sobotka, *Ochrona zdrowia w Polsce – wyzwania dla sektora publicznego i prywatnego*. Wolters Kluwer, 2020.

¹⁷¹ R.B. Saltman, R. Busse, J. Figueras, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press, 2020.

społeczeństwa, rosnącego zapotrzebowania na różnorodne świadczenia medyczne, powstawania coraz to nowszych terapii oraz sposobów leczenia, które generują wzrost kosztów, przed polskimi strukturami ochrony zdrowia pojawiają się nowe wymagania finansowe, którym muszą sprostać. W Polsce można zauważyć stały problem, jakim jest brak dofinansowania publicznej służby zdrowia¹⁷².

Na podstawie dostępnych raportów można zauważyć, że Polska w porównaniu z innymi krajami, wydaje zdecydowanie mniej środków finansowych na kwestie zdrowotne, co niestety przekłada się na przeciążenie systemu zdrowotnego, niską dostępność tych świadczeń oraz tworzenie się długich kolejek do specjalistów. Do skutków braku dofinansowania publicznego sektora zdrowia można również zaliczyć pojawiające się deficyty kadrowe, które z roku na rok są coraz większe oraz brak wystarczających inwestycji w infrastrukturę placówek medycznych. Wśród trudności i wyzwań, jakie stają przed polskim systemem zdrowia, wskazać należy na zwiększenie popularności wydatków, o charakterze prywatnym, na zdrowie. Pomimo rozwiązywania pozornych problemów z dostępnością usług specjalistycznych i przeciążeń sektora publicznego, napotyka się na problemy natury społecznej, takie jak nierówność społeczna w dostępie do opieki zdrowotnej. Wiąże się to z ograniczonym dostępem do opieki prywatnej dla osób mniej zamożnych, co prowadzi do limitacji usług prywatnych, które dla większości społeczeństwa będą produktem nieosiągalnym. W przyszłości może przekładać się to na zjawisko krytyki i podziałów społeczeństwa wywołujących negatywne relacje świadczeniodawców i świadczeniobiorców mogące doprowadzić do kryzysu. Innym wyzwaniem stojącym przed systemem ochrony zdrowia w Polsce jest problem braku skutecznego lokowania środków przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Mechanizmy kontraktowania świadczeń zdrowotnych często są niewystarczające i prowadzą do niewłaściwej dystrybucji środków finansowych. Szpitale i inne jednostki medyczne muszą stale ubiegać się i konkurować ze sobą o kontrakty, co skutkuje obniżeniem jakości opieki zdrowotnej względem nadmiernego nacisku na rentowność¹⁷³.

W działaniach polskiego rządu można zauważyć próbę podejmowania odpowiednich działań i czynności mających na celu wyznaczenie nowych kierunków i reform w finansowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. W zamyśle ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustanowiono, że do 2027 roku ma nastąpić stopniowe zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia do poziomu około 7% PKB.

¹⁷² P. Stanisławski, *Zarządzanie finansami w sektorze ochrony zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2021.

¹⁷³ Tamże.

Uchwalono również poszerzenie prac i działań zwiększających inwestycje w infrastrukturę szpitalną oraz wykształcenie i liczebność kadry medycznej, co ma bezpośrednio przełożyć się na dostępność świadczeń zdrowotnych oraz ich wyższą jakość. W dostępnych dokumentach ministerialnych można znaleźć adnotacje dotyczące zmian w kontekście funduszy unijnych, które zakładają lepsze gospodarowanie dostępnymi środkami na cele zdrowotne. Dostępne środki unijne przede wszystkim przeznaczone powinny być na modernizację placówek zdrowotnych, cyfryzację systemu ochrony zdrowia oraz implementację wszelkich programów profilaktycznych i promocji zdrowia publicznego¹⁷⁴.

System finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, choć ma charakter złożony i wielopoziomowy, skąd można czerpać wiele źródeł funduszy i odpowiedniego budżetu, napotyka liczne wyzwania i trudności. Opisywane problemy sektora służby zdrowia w kontekście finansowania są jednym z ogniw łańcucha prowadzącego do pogorszenia się funkcjonowania podmiotów na poszczególnych szczeblach ochrony zdrowia. Brak odpowiednich reform, skutecznych działań oraz przemyślanych strategii naprawczych może prowadzić do pojawienia się pogłębionego kryzysu zdrowia publicznego, co jest tożsame z nieskutecznym zarządzaniem kryzysowym. Dlatego też wskazanie wyzwań i specyfiki polskiego systemu ochrony zdrowia jest kluczowym elementem, aby zwrócić szczególną uwagę na istotę pogłębiającego się problemu zarządzania prowadzącego do pojawienia się zagrożenia kryzysem. Przedstawienie kluczowych trudności jak i propozycji modernizacji i szczegółowych strategii wewnętrznych umożliwi wzrost jakości funkcjonowania podmiotów opieki zdrowotnej w Polsce. Implementacja i przyjęcie mechanizmów zarządzania kryzysem o charakterze codziennym w podmiotach leczniczych może być krokiem w przyszłość, prowadzącym do minimalizacji ryzyka występowania kryzysów lokalnych oraz zwiększenia skuteczności postępowania w warunkach kryzysu w ujęciu definicyjnym.

W powyższym podrozdziale autorka przedstawiła mechanizmy finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Zaprezentowała i scharakteryzowała dostępne źródła finansowania sektora służby zdrowia w kraju oraz przedstawiła kluczowe dla Polski reformy, które wpłynęły na obecny stan budżetowania i gospodarowania wydatkami na świadczenia zdrowotne. Ukazano główne i najbardziej powszechne mechanizmy finansowania służby zdrowia w Polsce oraz wszelkie inne możliwe źródła finansowania w kraju. Ponadto przedstawiono kluczowe aspekty problematyki oraz niespójności w obowiązującym mechanizmie

¹⁷⁴ M. Polakowski, S. Golinowska, M. Balicki, *Ochrona zdrowia w Polsce. Warszawskie debaty o polityce społecznej*. Friedrich Ebert Stiftung, Warszawa 2019.

wydatkowania kosztów na ochronę zdrowia oraz scharakteryzowano sytuację finansową polskiej służby zdrowia na tle potencjalnego kryzysu i zarządzania nim.

3.3. Kluczowe wyzwania i problemy w polskim sektorze ochrony zdrowia

Podjmując temat zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia w Polsce należy zwrócić szczególną uwagę na kluczowe problemy i wyzwania, które stoją przed polskim systemem ochrony zdrowia. Pojęcie kryzysu i sytuacji kryzysowej w ochronie zdrowia nie funkcjonuje jedynie wówczas, kiedy pojawi się sytuacja zagrożenia pandemią, sytuacja zagrożenia działaniami wojennymi bądź innymi klęskami żywiołowymi.

Polski sektor służby zdrowia zmagają się z wieloma wyzwaniami i problemami, które wpływają na skuteczność oraz jakość usług i świadczeń zdrowotnych. Codzienne pokonywanie trudności i licznych problemów, które stanowią utrudnienie prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia prowadzą do rozpatrywania tego zjawiska w charakterze codziennego postępowania z kryzysem wewnętrznym. Kluczowym jest podjęcie tematu zarządzania trudnościami i wyzwaniami w polskim systemie ochrony zdrowia pod kątem kryzysu wewnętrznego, aby móc mówić o skutecznym zarządzaniu kryzysowym o charakterze zewnętrznym, jak i globalnym. Brak zwrócenia uwagi na wewnętrzne problemy i wyzwania dla medycznych placówek i innych instytucji zdrowotnych powoduje, że zarządzanie kryzysowe w ujęciu krajowym jest co najmniej powierzchowne i ignoruje kluczowe aspekty ostatniego ogniwa całego mechanizmu zarządzania kryzysowego w ujęciu definicyjnym. Stąd też, ze względu na istniejącą lukę badawczą, istotnym jest w pierwszej kolejności opracowanie strategii postępowania z kryzysem o charakterze wewnętrznym, tak aby polskie szpitale i inne placówki medyczne, które stają na czele działań podczas różnych rodzajów klęsk i innych zagrożeń o charakterze krajowym, mogły w sposób skuteczny, wydajny i prawidłowy funkcjonować wzajemnie względem siebie, jak i całego kraju. Kluczowe wyzwania i problemy polskiego sektora ochrony zdrowia obejmują między innymi kwestie strukturalne, finansowe oraz kadrowe.

Kluczowe wyzwania i problemy, z którymi boryka się polski sektor służby zdrowia, przedstawiono na rysunku 20.



Rysunek 20. Kluczowe wyzwania i problemy w polskim sektorze służby zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Precyzyjnie rzecz ujmując, można wyszczególnić trudności związane z niewystarczającym finansowaniem całego systemu ochrony zdrowia, z trudnościami w zarządzaniu zasobami ludzkimi, starzejącym się społeczeństwem i rosnącymi potrzebami zdrowotnymi, z pojawiającymi się nierównościami w dostępie do opieki zdrowotnej, wprowadzaniem nowych technologii medycznych i telemedycyny oraz zjawiskiem korupcji i biurokracji w systemie ochrony zdrowia, co świadczy o nieodpowiednim zarządzaniu i koordynacji placówek medycznych. Utrzymujący się stan braku odpowiedniego zarządzania i koordynowania placówek medycznych w ujęciu wszystkich powyżej wyzwań i problemów sprowadza się do permanentnie utrzymującego się stanu kryzysu w polskich placówkach ochrony zdrowia. Dlatego też, aby móc skutecznie zarządzać sytuacjami kryzysowymi w kraju, należy w pierwszej kolejności dokonać reform funkcjonowania instytucji medycznych, tak aby zlikwidować utrzymujący się status kryzysu wewnętrznego oraz usprawnić jakość pracy i satysfakcji względem całego systemu ochrony zdrowia.

Kierunek zarządzania kryzysem w polskim sektorze służby zdrowia zilustrowano na rysunku 21.



Rysunek 21. Kierunek zarządzania kryzysem w polskim sektorze służby zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce od lat jest jednym z kluczowych wyzwań, z którymi boryka się sektor służby zdrowia. Jak wskazano powyżej, wynika to z mocno ograniczonej ilości środków przeznaczanych na zdrowie z budżetu państwa oraz nierównomiernego i nieskutecznego rozkładu funduszy na poszczególne sektory i potrzeby opieki zdrowotnej. Polska od lat boryka się z problemem braku dofinansowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Na tle krajów europejskich zajmuje jedno z ostatnich miejsc właśnie pod względem wydatków na ochronę zdrowia w relacji do produktu krajowego brutto PKB¹⁷⁵.

Wydatki przeznaczone na ochronę zdrowia w Polsce są znacząco poniżej średniej unijnej, co przekłada się w praktyce na ograniczone finansowanie nowoczesnych technologii, nowoczesnej infrastruktury szpitali czy chociażby poprawę jakości pracy personelu medycznego pod kątem wynagrodzeń czy warunków pracy¹⁷⁶. Problem braku dofinansowania polskiej służby zdrowia niesie za sobą wiele konsekwencji, które mają duży wpływ na wydajność pracy personelu medycznego, zadowolenia pacjentów, jak i wydolność całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wiąże się to przede wszystkim z powstawaniem bardzo długich kolejek do gabinetów specjalistycznych oraz długim oczekiwaniem na możliwość skorzystania ze specjalistycznych zabiegów. Obecny system kolejkowy w Polsce i czas oczekiwania powoduje wśród społeczeństwa pojawienie się krytyki i zjawiska powszechnego niezadowolenia. Często niezadowolenie to, przez pacjentów jest lokowane i kierowane wobec

¹⁷⁵ OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris 2021.

¹⁷⁶ I. Kowalska-Bobko, A. Mokrzycka, Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 16(4)/2018, s. 5-14.

lekarzy i pozostałego personelu medycznego, który nie odpowiada za powstałe opóźnienia czy kolejki.

Z punktu widzenia personelu medycznego taka kolej rzeczy przyczynia się do powstania niezadowolenia z wykonywanej pracy, poczucia przeciążenia czy chociażby pojawienia się zjawiska wypalenia zawodowego. Jednocześnie z punktu widzenia społeczeństwa długi czas oczekiwania na zabiegi specjalistyczne czy pomoc względem danej potrzeby zdrowotnej powoduje, że duża część populacji społeczeństwa nie jest w stanie doczekać swojej wizyty specjalistycznej, co przyczynia się niestety albo do poniesienia śmierci w wyniku postępowania choroby albo zmusza pacjenta do wydatkowania swoich finansów prywatnych, tak aby móc skorzystać z dostępnej opieki medycznej o charakterze prywatnym¹⁷⁷.

Co więcej oprócz długich kolejek, niezadowolenia pacjentów, braku powszechności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w ujęciu publicznym, niedofinansowanie polskiej ochrony zdrowia prowadzi do pojawienia się sytuacji, w której władze państwa nie są w stanie zapewnić dostępu do nowoczesnych terapii i technologii medycznych oraz zapewnić możliwości systematycznego rozwoju infrastruktury szpitalnej, zapewniając tym samym komfort i jakość świadczonych usług jak i warunków pracy. Analizując sytuację rynkową polskich szpitali można zauważyć, że większość z nich działa na granicy bankructwa. Aby móc kontynuować świadczenie usług medycznych, zabiegów oraz wszelkich innych procedur medycznych, szpitale muszą korzystać z procedury zadłużania się, gdzie niestety z roku na rok zadłużenie rośnie. W sytuacji polskiej ochrony zdrowia, polskie szpitale nie dysponują wystarczającą ilością środków finansowych, aby móc modernizować niezbędną infrastrukturę bądź inwestować w rozwój kadry medycznej. W Polsce brakuje skutecznych mechanizmów zarządzania budżetami poszczególnych placówek medycznych. W efekcie następuje zjawisko nierównomiernego rozkładu funduszy oraz przede wszystkim ich marnotrawstwo. W polskim sektorze ochrony zdrowia ujawnia to się w postępujących brakach w kadrze medycznej, niedoinwestowaniu w specjalistyczny sprzęt, jak również w braku wystarczających środków na edukację i rozwój personelu. Konsekwencją tak prowadzonej polityki finansowania ochrony zdrowia w Polsce jest niska jakość świadczonych usług, a co za tym idzie nieskuteczne zarządzanie pojawiającym się kryzysem¹⁷⁸.

¹⁷⁷ A. Mokrzycka, M. Wilk, Problemy finansowania opieki zdrowotnej w Polsce. *Zarządzanie w Ochronie Zdrowia*, 7(2)/2019, s. 45-57.

¹⁷⁸ M. Cholewiński, System finansowania ochrony zdrowia w Polsce: wyzwania i przyszłość. *Zdrowie i Ekonomia*, 12(1)/2019, s. 37-52.

Pomimo funkcjonowania w Polsce systemu składek zdrowotnych oraz rosnących nakładów na zdrowie ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i budżetu państwa, pojawia się zjawisko coraz szybciej rosnącego zapotrzebowania na usługi medyczne. Rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne jest nieproporcjonalne do możliwości finansowych sektora systemu zdrowotnego. Wzrost nakładów finansowych na ochronę zdrowia w Polsce jest niewystarczające wobec zwiększających się potrzeb obywateli w zakresie zdrowia, jak i jego ochrony i promocji. W ujęciu polityki zdrowotnej polskiego rządu można zauważyć propagowany rozwój tego sektora i promowanie wszelkich działań mających na celu wzrost jakości ochrony zdrowia, pokazujący jak sytuacja w Polsce ulega poprawie. Niestety z punktu widzenia obywateli sytuacja ta nie jest klarowna i nie znajduje swojego odzwierciedlenia w rzeczywistości. Opisana wyżej dysproporcja między rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne a nakładami finansowymi z dostępnych instytucji pokazuje, że sytuacja zdrowotna w Polsce znajduje się nadal na niskim poziomie, co przekłada się na niewystarczającą jakość zapewnienia obywatelom poczucia bezpieczeństwa i zadowolenia z polskiego systemu ochrony zdrowia. Nieudolność zarządzania opieką finansową z budżetu państwa wymusza na społeczeństwie korzystanie ze współpłacenia na procedury i zabiegi lecznicze¹⁷⁹. Oznacza to, że pacjenci stają w obliczu sytuacji, kiedy muszą sami z prywatnych środków opłacić część kosztów związanych z leczeniem, a przede wszystkim i w szczególności związanych z zakupem leków i sprzętu medycznego. Obecnie w Polsce współpłacenie dotyczy głównie leków, które nie są w pełni refundowane. Najczęściej są to leki innowacyjne, skuteczne w leczeniu chorób nowotworowych, leczeniu chorób rzadkich oraz przewlekłych. Opisywane zjawisko można określić mianem kryzysu ze względu na patowy charakter sytuacji, w której pacjenci nie są w stanie samodzielnie, przez dłuższy okres, fundować i pokrywać kosztów leków ze względu na ich niewyobrażalnie rosnące koszty i ceny¹⁸⁰.

Analizując uśrednioną sytuację finansową Polaków, polski system ochrony zdrowia oraz system jego finansowania nie zabezpiecza w żaden sposób poczucia bezpieczeństwa Polaków oraz drogi do możliwości powrotu do zdrowia. Podobną sytuację można zauważyć w odniesieniu do innowacyjnych terapii oraz zabiegów. Wpływ współpłacenia przez pacjentów ma swoje dotkliwe konsekwencje w obrębie dostępności do opieki medycznej. Współpłacenie za świadczenia medyczne niestety różnicuje społeczeństwo w kwestii dostępności

¹⁷⁹ E. Nowakowska, Wpływ zmian w systemie finansowania ochrony zdrowia na poziom współpłacenia pacjentów w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(2)/2020, s. 22-32.

¹⁸⁰ F. Domański, D. Sawicka, Skutki finansowe współpłacenia w systemie ochrony zdrowia – analiza na przykładzie leków refundowanych. *Ekonomia i Zdrowie*, 15(3)/2020, s. 98-115.

i powszechności danych świadczeń. Finansowanie przez współpłacenie jest dla grupy społeczeństwa osób starszych czy przewlekle chorych szczególnie dotkliwe. Osoby takie często wymagają regularnej opieki medycznej i dostępu do leków¹⁸¹.

Na podstawie licznych badań i publikowanych przez różne instytucje raportów, wysoki poziom współpłacenia może doprowadzić do sytuacji, gdzie duży odsetek osób będzie rezygnował z procedury leczenia ze względu właśnie na jego koszt, co przełoży się na śmiertelność i kwestie jakości zdrowia obywateli polski. Taki precedens może również być ujmowany z punktu widzenia zamkniętego koła, gdzie poprzez rezygnację z partycypowania w kosztach leczenia, pacjent doprowadzi do pogorszenia swojego zdrowia, a co za tym idzie zwiększenia potencjalnych kosztów na późniejszych etapach leczenia choroby. Konsekwencje niewystarczającego finansowania ochrony zdrowia w Polsce mogą odczuć seniorzy. Ze względu na charakter grupy seniorów oraz występowanie u nich często przewlekłych chorób, konieczne staje się regularne przyjmowanie leków i poddawanie różnym świadczeniom zdrowotnym. Sytuacja zbyt wysokich kosztów medykamentów oraz wizyt specjalistycznych prowadzi do podejmowania kluczowych i niezwykle trudnych dla tej grupy społecznej decyzji dotyczących finansowania. Starsi ludzie często stoją w obliczu podjęcia decyzji, czy mają zapłacić za niezbędne leki podtrzymujące ich stan zdrowia, czy sfinansować podstawowe potrzeby życiowe, takie jak żywność czy opłaty mieszkaniowe. Polski system zdrowia, jak i władze państwa, zdaje się, że nie są w stanie zabezpieczyć prawidłowego finansowania sektora ochrony zdrowia w Polsce, obserwując kwestie chociażby emerytur¹⁸².

Reforma systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce jest konieczna, aby ograniczyć sytuacje obciążenia finansowego pacjentów i usprawnić funkcjonowanie całego systemu, udostępniając powszechny dostęp do nowoczesnych metod leczenia¹⁸³.

Kolejnym kluczowym wyzwaniem, stojącym przed systemem ochrony zdrowia, jest zarządzanie placówkami medycznymi. Wszelkie instytucje medyczne, począwszy od szpitali, przychodni, klinik zdrowotnych, gabinetów specjalistycznych czy innych ośrodków opieki zdrowotnej, na przestrzeni lat, niezmiennie borykają się z wieloma problemami. Problemy te dotyczą najczęściej kwestii finansowych, nadmiernego obciążenia obszarem biurokratycznym, nieskutecznego zarządzania zasobami ludzkimi, nieskutecznego

¹⁸¹ A. Wiśniewska, Współpłacenie w systemie ochrony zdrowia jako mechanizm finansowania – tendencje i wyzwania. *Polskie Studia Ekonomiczne*, 17(2)/2021, s. 67-82.

¹⁸² K. Czabanowska, G. Dykowska, Współpłacenie jako czynnik wpływający na dostęp do opieki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 16(1)/2018, s. 99-109.

¹⁸³ M. Gałązka-Sobotka, Finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia: konieczne reformy i rekomendacje. *Medycyna Praktyczna*, 24(4)/2019, s. 120-130.

koordynowania działań oraz wszelkich utrudnień w kwestii infrastruktury. Liczne utrudnienia i problemy placówek medycznych są efektem nieskutecznego zarządzania placówkami medycznymi w Polsce, co sprawia, że polski system zdrowia jest mało wydajny oraz niezwykle trudny do utrzymania na wysokim poziomie względem innych krajów. Odpowiednie zarządzanie samymi placówkami medycznymi jest niezbędnym elementem planowania skutecznych programów zarządzania kryzysowego na poziomie krajowym. Bez zachowania bezpieczeństwa, wydolności i przede wszystkim odpowiedniej organizacji na każdym z kryteriów istotnych dla placówek medycznych, nie można mówić o potencjalnym powodzeniu w sytuacjach kryzysowych niezależnie od najlepiej przygotowanego programu antykryzysowego. Aby podmioty lecznicze w sektorze ochrony zdrowia w Polsce były przygotowane na postępowanie z kryzysem o charakterze zewnętrznym muszą, w pierwszej kolejności, opanować kryzys wewnętrzny, który, w polskim systemie zdrowia, trwa od wielu lat, a który nie jest przedmiotem badań ani przedmiotem działań, mających na celu zapobieganie tego rodzaju kryzysowi.

Głównym wyzwaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce jest niewystarczająca koordynacja i integracja systemu ochrony zdrowia. Trudność skoordynowania poszczególnych elementów systemu zdrowia jest konsekwencją nieskutecznego zarządzania polskimi placówkami medycznymi. Choć poprzez liczne reformy i działania polskiego rządu dąży się do ściślejszego zintegrowanego modelu, w dalszym ciągu sektor służby zdrowia jest mocno rozproszony. Objawia się to zwiększoną trudnością dla pacjentów w dostępie do specjalistów oraz przede wszystkim brakiem skutecznej komunikacji i wymiany danych pomiędzy różnymi obszarami opieki zdrowotnej¹⁸⁴. Oznacza to, że nie ma zintegrowanego systemu, który zakładałby współpracę i odpowiedni przepływ informacji na przykład między lekarzami pierwszego kontaktu a lekarzami specjalistami, tak samo jak między na przykład szpitalami, a placówkami ambulatoryjnymi. Brak odpowiedniej koordynacji zarządzania placówkami medycznymi utrudnia komunikację kadry medycznej z pacjentem, jak i pacjenta z przedstawicielami polskiego systemu służby zdrowia, co wpływa na ocenę warunków pracy, zadowolenia zarówno ze świadczenia pomocy zdrowotnej jak i korzystania z opieki medycznej¹⁸⁵.

W porównaniu z innymi krajami można ocenić, że Polska nie korzysta z potencjału nowoczesnych form integrowania danych o pacjencie i narzędzi informatycznych, które

¹⁸⁴ WHO. *Integrated Care Models: An Overview*. World Health Organization, Geneva 2018.

¹⁸⁵ A. Krzyżanowska, W. Piotrowski, Organizacja systemu zdrowia w Polsce w kontekście integracji usług zdrowotnych. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(2)/2020, s. 72-85.

mogłyby taką koordynację placówek medycznych wspierać. Pokazuje to, że polski system zdrowia boryka się również z problemem w infrastrukturze i dostępie do nowoczesnej technologii.

Analizując sytuację placówek medycznych w kraju pod kątem infrastruktury można zauważyć, że jest ona mocno przestarzała. Polskie szpitale oraz inne placówki medyczne w głównej mierze wykorzystują nadal przestarzały sprzęt medyczny i mieszczą się w budynkach, bez modernizacji. Wynika to z faktu niewystarczających środków poświęconych na rozwój i modernizację placówek medycznych pod kątem nowoczesnych innowacji w zakresie sprzętu, infrastruktury czy procesu terapeutycznego. Konsekwencją tego jest uniemożliwienie świadczenia usług na wysokim poziomie oraz skutecznego postępowania i zarządzania sytuacjami kryzysowymi¹⁸⁶. W porównaniu z krajami Europy Zachodniej, Polska znajduje się zdecydowanie na niższym poziomie w kontekście technologii medycznych, co przekłada się na gorsze wyniki leczenia pacjentów¹⁸⁷.

W polskim systemie ochrony zdrowia napotyka się również na problem jawiący się w aspekcie wprowadzania nowoczesnych technologii informatycznych, które mają ułatwić i usprawnić pracę placówek medycznych i opieki nad pacjentami. Udogodnienia systemów e-zdrowia jak i rozwiązań telemedycznych w dalszym ciągu w Polsce nie są powszechne i często stosowane jednocześnie, jeżeli są już wprowadzone do placówek, to charakteryzują się brakiem klarowności w funkcjonowaniu i spowolnionym działaniem, co prowadzi do frustracji personelu medycznego i przestojów w gabinetach lekarskich. Brak dostępu do nowoczesnych technologii informatycznych jak i rozwoju infrastruktury bądź nieudolne obecne systemy elektronicznej dokumentacji medycznej powodują, że pacjenci zmuszeni są do długiego oczekiwania na specjalistyczne zabiegi bądź korzystania z prywatnego sektora zdrowia, który jest dla nich często zbyt kosztowny¹⁸⁸. Prowadzi to do ograniczenia dostępności polskiego systemu ochrony zdrowia dla osób o niższych dochodach.

Choć Ministerstwo Zdrowia w 2021 roku zobowiązało się wyposażyć wszystkie podmioty medyczne świadczące usługi lecznicze w elektroniczny system prowadzenia dokumentacji medycznej, to niestety nie każda placówka jest w stanie dostosować się do nowych wytycznych i wymogów. Brak odpowiedniej infrastruktury szpitali i innych placówek uniemożliwia wprowadzenie nowoczesnych technologii informatycznych ułatwiających pracę

¹⁸⁶ A. Gajda, T. Bochenek, Zarządzanie finansami w polskich szpitalach – wyzwania i perspektywy. *Ekonomia i Zdrowie*, 15(4)/2019, s. 41-59.

¹⁸⁷ Główny Urząd Statystyczny. *Statystyka Zdrowia 2020*. GUS, Warszawa 2020.

¹⁸⁸ I. Kowalska-Bobko, M. Gałązka-Sobotka, E-zdrowie – wyzwania i możliwości dla Polski. *Polityka Zdrowotna*, 22(3)/2018, s. 67-78.

personelu medycznego. Brak przygotowania placówek medycznych pod względem implementacji nowoczesnych rozwiązań informatycznych oraz brak powszechnego wykorzystania elektronicznej dokumentacji medycznej prowadzi do powstania licznych problemów z zarządzaniem informacją medyczną w placówkach medycznych¹⁸⁹. Do takich problemów można zaliczyć powielanie badań i procedur, problemy z dostępem do pełnej dokumentacji pacjenta, zwiększone ryzyko popełniania błędów medycznych oraz przede wszystkim brak realizacji potrzeby interoperacyjności systemów.

W kontekście wdrażania technologii informacyjnych w polskim sektorze służby zdrowia największym wyzwaniem i problemem jest niski poziom cyfryzacji na poziomie zarządzania. Można stwierdzić, że wdrażanie systemów zarządzania na bazie nowoczesnych technologii i cyfryzacji jest wciąż w początkowej fazie. Systemy te są wprowadzane nieskutecznie bądź przygotowanie technologiczne względem tych systemów jest nieodpowiednie, z uwagi na przestarzałą technologię, odstającą od nowoczesnych systemów. W Polsce pomimo zapewnień o rozwoju technologicznym brak jest wystarczających funduszy na zakup odpowiednich systemów oraz przestrzeni i funduszy na ciągły rozwój personelu medycznego pod względem zdobywania nowych kwalifikacji¹⁹⁰. Prowadzi to do wniosku, że polska służba zdrowia na co dzień boryka się z nieudolnym systemem zarządzania, a liczne trudności w dostępie do rozwoju i możliwości usprawniania funkcjonowania placówek medycznych generują zjawisko kryzysu wewnętrznego.

Kolejnym kluczowym problemem dla sektora służby zdrowia w Polsce jest aspekt komunikacji i organizacji pracy w placówkach medycznych. Są to elementy o zasadniczym znaczeniu, które wpływają na jakość opieki zdrowotnej i skuteczność zarządzania całym systemem funkcjonowania ochrony zdrowia. Trudności komunikacyjne i organizacyjne w placówkach medycznych mogą prowadzić do powstawania sytuacji zwiększających stres personelu medycznego oraz wszelkich zakłóceń codziennej pracy szpitali, klinik czy innych przychodni. Szczególne trudności w polskim sektorze ochrony zdrowia można zauważyć w kontekście problemów komunikacji interpersonalnej między personelem medycznym. Problemy te często dotyczą komunikacji pomiędzy lekarzami, pielęgniarkami oraz personelem pomocniczym, a wynikają z funkcjonującej hierarchii w kwestii decyzyjności i zarządzania. W polskich szpitalach często zdarza się, że personel pomocniczy oraz pielęgniarki mają

¹⁸⁹ M. Bieńkiewicz, Elektroniczna dokumentacja medyczna: analiza wdrażania w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 17(4)/2019, s. 89-102.

¹⁹⁰ T. Bielecki, K. Czabanowska, System zarządzania szpitalem w Polsce – bariery i możliwości. *Problemy Zarządzania*, 15(1)/2017, s. 25-38.

zdecydowanie ograniczoną możliwość wyrażania swojego zdania i podejmowania autonomicznych decyzji. To lekarze specjaliści podejmują główne decyzje odpowiedzialne za proces leczenia i to oni przejmują odpowiedzialność za wszelkie procedury zarządzania strukturą, organizacją oraz kwestią zarządzania kryzysowego¹⁹¹. Brak podstawowych umiejętności komunikacyjnych oraz skutecznej formy komunikacyjnej między personelem medycznym prowadzi do powstania licznych problemów, które wpływają na jakość świadczenia usług medycznych. Jest to zjawisko powszechne dla całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Najprawdopodobniej wynika ono z niskiego poziomu kompetencji społecznych oraz niskiego poziomu uwzględniania aspektów zarządzania zasobami ludzkimi w sektorze zdrowia. Problemów tych upatrywać można na przykład w pojawianiu się błędów w leczeniu, obniżeniu morale zespołu czy różnych konfliktach o charakterze interpersonalnym. Niejasna i niekompletna komunikacja między lekarzami, a pozostałym personelem może prowadzić do powstania licznych nieporozumień. Nieporozumienia te najczęściej dotyczą niezrozumienia zaleceń terapeutycznych bądź postępowania w procesie leczenia, co często może prowadzić do powstawania błędów medycznych¹⁹². Charakter pracy lekarzy, pielęgniarek i personelu pomocniczego uwarunkowany jest pracą pod ciągłą presją i pozostawania w stresie oraz niezwykle intensywnym tempem wymagającym szybkości podejmowania decyzji. W tym względzie zachodzi konieczność precyzyjnej komunikacji, aby w sposób maksymalny zminimalizować ryzyko popełnienia błędu bądź właśnie wystąpienia wyżej opisanych nieporozumień. Hierarchiczność w polskich szpitalach w odniesieniu do lekarzy, pielęgniarek i personelu pomocniczego w zakresie podejmowania decyzji i komunikacji może powodować obniżenie morale zespołu. W polskim systemie ochrony zdrowia często spotyka się sytuacje, kiedy lekarze w sposób przedmiotowy traktują poboczny personel medyczny, uważając, że tylko oni posiadają władzę decyzyjną i niezbędne kompetencje w zakresie procesu leczniczego. W myśl prawidłowo przeprowadzonego procesu leczniczego, aby był on maksymalnie skuteczny zakłada się, że najbardziej odpowiednią formą postępowania z trudnościami jest praca zespołowa. W momencie, gdy część zespołu czuje się pomijana w procesie decyzyjnym, może odczuwać frustrację i niezadowolenie, co często przekłada się na niższą motywację do pracy. W kontekście motywacji do pracy również wyraźnie można zaobserwować ten mechanizm w grupie

¹⁹¹ M. Głowacka, A. Szewczyk, Komunikacja interpersonalna w zespołach medycznych – klucz do sukcesu. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi w Ochronie Zdrowia*, 10(2)/2016, s. 45-58.

¹⁹² A. Mazur, B. Łyszczarz, Zarządzanie zespołami medycznymi w polskich szpitalach – wyzwania i perspektywy. *Medycyna Pracy*, 71(3)/2020, s. 345-356.

zawodowej lekarzy, gdzie poziom komunikacji między władzami organizacyjnymi państwa a podmiotem wykonawczym, jakim są lekarze, jest zdecydowanie niski. Wiąże się to z poczuciem przeciążenia i obarczenia nadmierną odpowiedzialnością za procesy postępowaniem z kryzysem bez odpowiedniego wsparcia ze strony państwa. Brak komunikacji i współpracy między członkami kadry zespołu medycznego może prowadzić do powstawania licznych konfliktów oraz napięć w sytuacjach zawodowych, co często przekłada się na ogólną atmosferę w zespole, która ma swoje konsekwencje w jakości świadczonych usług¹⁹³.

Kolejnym problemem w systemie ochrony zdrowia w Polsce jest trudność w zarządzaniu zespołami medycznymi w aspekcie koordynowania zadań i przydzielania odpowiednich ról w zespole. Wiele placówek, zwłaszcza szpitali, funkcjonuje w hierarchicznych strukturach organizacyjnych, które mogą przyczyniać się do braku skuteczności zarządzania zasobami ludzkimi i ograniczania wprowadzania innowacji do organizacji pracy. Nieskuteczne zarządzanie zespołami medycznymi może objawiać się nieadekwatnym podziałem obowiązków, niską skutecznością pracy zespołowej oraz brakiem liderów. Nierówny podział ról i waga poszczególnych zadań względem danej osoby może przyczynić się do powstania dysproporcji, gdzie część personelu jest przeciążona a inna część ma zbyt mało zadań¹⁹⁴. Taka dysproporcja może prowadzić do powstania licznych konfliktów i napięć, które będą generowały negatywne relacje w zespole, co oczywiście końcowym efektem przełoży się na jakość opieki medycznej. Konsekwencją tego jest brak współpracy między różnymi działami i oddziałami, co może prowadzić do powielania zadań lub wydłużania procesów decyzyjnych. Często brak współpracy oraz negatywne emocje i odczucia względem zespołu personelu medycznego, jak i innych oddziałów szpitalnych, warunkuje jakość pracy w obszarach ochrony zdrowia i wpływa na opinię publiczną¹⁹⁵. W placówkach medycznych często brakuje wyraźnie wyznaczonych liderów zespołów, odpowiedzialnych za koordynację pracy między poszczególnymi grupami zawodowymi. Z punktu widzenia wysokich standardów jakości świadczenia usług medycznych niezbędnym, w polskim systemie ochronie zdrowia, staje się wprowadzenie zespołów interdyscyplinarnych zrzeszających

¹⁹³ K. Kurowska, A. Rybicka, Wypalenie zawodowe wśród personelu medycznego w Polsce – przyczyny i skutki. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 19(1)/2019, s. 97-109.

¹⁹⁴ A. Dąbrowska, P. Kowalski, Organizacja pracy i komunikacja w polskich szpitalach – wyzwania i perspektywy. *Medycyna Praktyczna*, 23(1)/2020, s. 89-97.

¹⁹⁵ A. Jędrzejczak, J. Nowak, Komunikacja w placówkach ochrony zdrowia: znaczenie, problemy i możliwości poprawy. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi w Ochronie Zdrowia*, 11(2)/2018, s. 56-68.

różnych specjalistów i poboczne zespoły personelu medycznego, które wspólnie określałyby kierunki działania¹⁹⁶.

W kontekście organizacji pracy i zarządzania zasobami ludzkimi w placówkach medycznych istotnym punktem jest edukacja i szkolenia personelu. Stale rozwijające się potrzeby zdrowotne obywateli, jak i coraz bardziej powszechny dostęp do różnych innowacji technologicznych obliguje wszelkie grupy zawodowe do ciągłego poszerzania swojej wiedzy i doskonalenia zarówno kompetencji twardych jak i miękkich. Niestety w Polsce system szkoleń dla personelu medycznego jest niedostatecznie finansowany lub organizowany w sposób nieskuteczny. Wiele miejsc pracy o charakterze medycznym w Polsce nie oferuje regularnych szkoleń ani wprowadzania strategii zaradczych w postaci nabywania kompetencji emocjonalno-społecznych w relacji zarówno z pracownikami, jak i pacjentami¹⁹⁷. Inwestowanie oraz implementacja systematycznych szkoleń z zakresu komunikacji interpersonalnej, zarządzania zespołami, a także umiejętności technicznych mogłyby znacząco poprawić organizację pracy w polskich placówkach medycznych, a co za tym idzie strategię zarządzania kryzysowego.

Kluczowym problemem, którym można spotkać w polskim sektorze ochrony zdrowia, jest również problem związany z dostępem do wykwalifikowanej kadry medycznej. Polska mierzy się z niedoborem lekarzy i pielęgniarek. Duży odsetek lekarzy decyduje się na emigrację z kraju w celu osiągnięcia bardziej korzystnych warunków pracy i płacy, co niestety przekłada się na to, że w polskim systemie ochrony zdrowia ciągle brakuje lekarzy specjalistów¹⁹⁸. System edukacji przyszłych lekarzy również nie cieszy się renomą. W dalszym ciągu istnieje problem związany z niewystarczającą liczbą absolwentów kierunków medycznych. Co więcej w ostatnim czasie obserwuje się tendencje do obniżania jakości studiów medycznych i obniżania progów punktowych, aby rozpocząć studia medyczne. Niestety powoduje to, że program studiów medycznych jest często mocno okrojony i zdecydowanie z roku na rok charakteryzuje się niższą jakością. Presja władz państwa na zapełnianie luk kadrowych w sektorze służby zdrowia prowadzi do sytuacji nadawania kwalifikacji osobom, które w praktyce zawodowej nie są w stanie wykorzystać nabytej wiedzy, co świadczy o niskim poziomie edukacji medycznej w kraju. Szpitale i inne placówki medyczne mają problemy

¹⁹⁶ M. Pawłowska, Znaczenie liderów zespołów medycznych w organizacji pracy szpitala. *Zdrowie Publiczne*, 22(3)/2021, s. 35-42.

¹⁹⁷ M. Stankiewicz, B. Stankiewicz, Znaczenie szkoleń w zarządzaniu personelem medycznym. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi w Ochronie Zdrowia*, 11(1)/2017, s. 89-98.

¹⁹⁸ E. Sowińska, B. Ślusarczyk, Niedobory kadrowe w polskim systemie ochrony zdrowia – analiza sytuacji i prognozy. *Ekonomia i Zarządzanie w Ochronie Zdrowia*, 18(2)/2019, s. 47-60.

z rekrutacją, utrzymaniem i motywowaniem wykwalifikowanego personelu. Niskie wynagrodzenia, wysokie wymagania oraz trudne warunki pracy powodują, że coraz mniej osób decyduje się na pracę w polskiej służbie zdrowia. Co więcej, kolejnym aspektem jest fakt, że pracownicy medyczni, szczególnie lekarze, większość swojego czasu muszą poświęcać na wypełnianie dokumentacji i formalności administracyjnych, zamiast skupiać się na procesie leczenia i utrzymania zdrowia pacjentów¹⁹⁹. Zarządzanie placówkami medycznymi w Polsce jest silnie zbiurokratyzowane, co często prowadzi do nieskuteczności w realizacji zadań²⁰⁰. Ilość przepisów prawnych i regulacji określających zarządzanie szpitalami powoduje, że cały proces jest bardzo skomplikowany, a wszelkie decyzje są podejmowane wolniej, co niestety przekłada się na niski poziom postępowania z sytuacjami kryzysowymi, zarówno o charakterze wewnętrznym jak i zewnętrznym.

Kolejnym kluczowym problemem w polskim systemie ochrony zdrowia jest rosnące zjawisko wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego, co wpływa na trudności w skutecznym zarządzaniu sytuacjami kryzysowymi. Praca lekarzy, pielęgniarek jak i personelu pomocniczego jest związana ze znacznym obciążeniem fizycznym i psychicznym. W swojej pracy personel jest ciągle narażony na działanie czynników stresogennych, takich jak obcowanie z ludzkim cierpieniem, niezadowolenie pacjentów czy trudności w osiągnięciu pożądanego efektów leczenia i procesu zdrowienia. Oprócz kwestii codziennego postępowania z chorobami, trudnymi decyzjami dotyczącymi leczenia, personel musi podporządkowywać się również kwestiom organizacyjnym, jak na przykład niekomfortowe warunki pracy czy niesatysfakcjonujące zarobki²⁰¹. Do najczęściej zaliczanych elementów stresogennych w służbie zdrowia zalicza się wszelkie trudności komunikacyjne zarówno z personelem jak i pacjentami, polegające na podejmowaniu słusznej diagnozy i decyzji w sprawie dalszego leczenia, pojawiające się konflikty na gruncie zawodowo-prywatnym oraz wszelki stres wynikający z funkcjonowania administracyjnego. Wypalony zawodowo personel medyczny może stanowić obciążenie dla systemu ochrony zdrowia w postaci zdecydowanie większego ryzyka popełniania błędów medycznych oraz obniżenia jakości świadczonej opieki zdrowotnej²⁰². Kluczową jawi się kwestia pojawiającego się zjawiska wypalenia zawodowego

¹⁹⁹ E. Domańska, K. Witkowski, Polityka zatrudnienia w ochronie zdrowia – potrzeby i wyzwania. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 17(3)/2019, s. 97-110.

²⁰⁰ W. Borkowski, Biurokracja w polskim systemie zdrowia – przyczyny, skutki i możliwe rozwiązania. *Zarządzanie Publiczne*, 17(1)/2019, s. 34-47.

²⁰¹ H. Sęk, Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(2)/2005, s. 93-98.

²⁰² N. Ogińska-Bulik, M. Kaflik-Pieróg, *Stres zawodowy w służbach ratowniczych*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2006.

wśród lekarzy i pozostałego personelu medycznego, gdyż stanowi to kluczowy element zwiększający ryzyko nieskutecznego zarządzania kryzysem o charakterze zarówno wewnętrznym jak i zewnętrznym. W ujęciu definicyjnym traktującym kryzys jako nagłe zjawisko, które obliguje do pełnej mobilizacji, trudno przewidywać, że personel, który na co dzień boryka się z licznymi problemami o charakterze zawodowym, będzie w pełni skuteczny w aktywnym działaniu antykryzysowym. Stąd też niezwykle ważnym jest, aby zwrócić uwagę na zabezpieczenie grupy zawodowej lekarzy jak i placówek medycznych pod kątem postępowania z kryzysem wewnętrznym oraz poprawy warunków pracy w taki sposób, aby grupa ta była przygotowana do postępowania w kontekście przyszłych kryzysów o charakterze globalnym. Analizując sytuację statystyczną w Polsce, aż 60% personelu medycznego polskich szpitali, zadeklarowało pojawienie się pełno objawowego zespołu wypalenia zawodowego, a ponad 70% przyznało się, że doświadcza negatywnych skutków obciążenia stresem w pracy²⁰³.

Z przeprowadzonych badań jakościowych wśród lekarzy wynika, że wypalenie oraz zmęczenie psychofizyczne wzrasta szczególnie względem zwiększonej ilości obowiązków i zadań oraz przede wszystkim zmniejszonej kontroli nad sytuacją. W kontekście zarządzania sytuacjami kryzysowymi lekarze przyznają, że to właśnie brak możliwości podejmowania decyzji oraz zbyt duża ilość obowiązków przypadających na jednego lekarza ma istotny wpływ na pojawianie się wyczerpania psychofizycznego i znacznego zniechęcenia do pracy²⁰⁴.

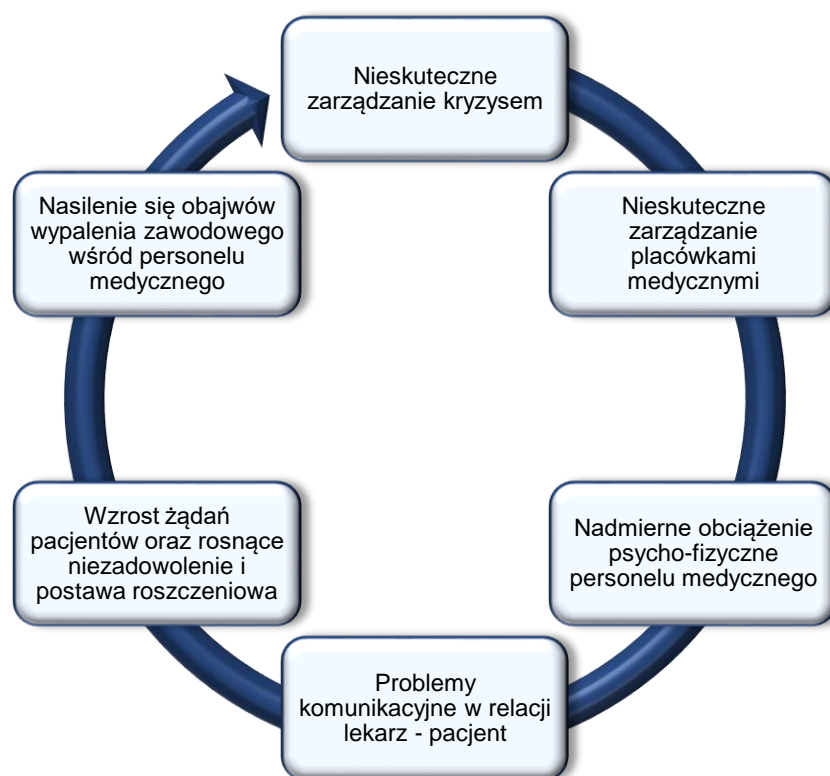
W pracy zawodowej lekarzy można zauważyć pewnego rodzaju zjawisko sprzężenia zwrotnego oraz pozycji zamkniętego koła. Ze względu na niskie dofinansowanie szpitali, niskie płace lekarzy oraz brak odpowiedniej infrastruktury i specjalistycznego sprzętu, lekarze pracują często pod presją stresu, nadmiernego obciążenia i odczuwania frustracji. Przekłada się to na relacje z pacjentem. W sytuacjach, gdy praca stanowi zbyt duże obciążenie, występują trudności komunikacyjne wynikające z przyjmowania postawy obronnej. Pod wpływem działania długotrwałego stresu oraz działania i funkcjonowania w pośpiechu, warunkowanego brakiem właściwego zarządzania organizacją, medycy często ignorują pacjentów i mają do nich pretensje o brak współpracy. Na gruncie tego dochodzi do różnych zaburzeń komunikacyjnych w postaci ograniczania do niezbędnych czynności bądź przekazywania tylko zdawkowych

²⁰³ A. Pochrząst-Motyczyńska, 60 proc. Lekarzy i pielęgniarek z objawami wypalenia zawodowego, 2018. Pobrane: <https://www.prawo.pl/zdrowie/wypalenie-zawodowe-wsrod-personelu-medycznego-statystyki>, 330566.html

²⁰⁴ H. Sęk, Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(2)/2005, s. 93-98.

informacji o stanie zdrowia. Prowadzi to do wzrostu niezadowolenia chorych i rosnącej liczby żądań wobec lekarzy i pielęgniarek²⁰⁵.

Pojawiające się niezadowolenie pacjentów oraz ich negatywne zachowania i oczekiwania wobec lekarzy prowadzą do nasilenia objawów wypalenia zawodowego. Nadmierny i obciążający kontakt z pacjentem jest traktowany jako jeden z czynników wypalenia zawodowego wśród lekarzy, a samo wypalenie jako generator negatywnych relacji lekarz - pacjent. Pojawiające się negatywne sprzężenie zwrotne w sektorze służby zdrowia w Polsce ilustruje rysunek 22.



Rysunek 22. Sprzężenie zwrotne w sektorze służby zdrowia w Polsce

Źródło: opracowanie własne.

Utrzymujący się przez długi czas stres zawodowy jest destrukcyjny, w znaczący sposób obciąża funkcjonowanie danej jednostki. Sytuacje, w których większość personelu placówek medycznych jest obciążona nadmiernym stresem zawodowym i nadmiernymi obciążeniami psychofizycznymi, prowadzą do destabilizacji funkcjonowania całej placówki medycznej,

²⁰⁵ B. Mróz, A. Turkiewicz, S. Mordarski, Wypalenie zawodowe wśród personelu intensywnej opieki medycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15(2)/2010, s. 212-226.

wyrażającej się brakiem zasobów odpowiedniego postępowania z pojawiającymi się kryzysami.

Analizując skuteczne strategie zarządzania kryzysem należy uwzględnić, że kluczowym elementem jest sprawnie działający personel oraz wszelkie inne struktury organizacyjne. Nadmierne przeciążenie grupy zawodowej lekarzy często niesie za sobą konsekwencje zdrowotne, co przekłada się na osłabienie struktur zarządzających potencjalnym kryzysem. U lekarzy, u których odnotowuje się objawy wypalenia zawodowego, można zauważyć pogorszenie się stanu zdrowia, problemy ze snem, nadmierny lęk oraz uczucie ciągłego wyczerpania, co może prowadzić do pojawienia się różnych zaburzeń psychicznych w tym depresji i innych problemów zdrowotnych na tle somatycznym, jak również pojawiania się różnego rodzaju uzależnień. Dostępne badania statystyczne²⁰⁶ potwierdzają, że lekarze nie korzystają z pomocy psychologicznej z własnej woli. W ich mniemaniu okazanie cierpienia i własnych dolegliwości jest oznaką słabości, która zaburza ich pracę. Często są przekonani, że wyjawienie swoich problemów zdrowotnych przyczyni się do utraty prawa wykonywania zawodu.

Badania pokazują, że grupa zawodowa lekarzy jest grupą, która zdecydowanie częściej trafia na oddziały psychiatryczne niż inne grupy zawodowe w Polsce²⁰⁷. Świadczy to tylko o tym, że kompleksowa organizacja systemu ochrony zdrowia jest na niewystarczającym poziomie, nie zabezpiecza grupy zawodowej lekarzy i pielęgniarek w odpowiednie mechanizmy postępowania z sytuacjami kryzysowymi, z którymi mierzą się na co dzień. Również z dostępnych danych wynika, że grupa zawodowa personelu medycznego zdecydowanie częściej wykazuje problem z nadużywaniem wszelkiego rodzaju substancji psychoaktywnych, jak również jest w podwyższonej grupie ryzyka popełnienia samobójstwa²⁰⁸. Sięganie po różnego rodzaju używki stanowi sposób szybkiego odreagowania wszelkiego rodzaju napięć i sytuacji stresowych oraz trudnych warunków świadczenia usług zdrowotnych. Można zaobserwować mechanizm błędnego koła, który potwierdza, że nadużywanie alkoholu czy substancji psychoaktywnych to chwilowy sposób na złagodzenie skutków stresu, który wyłącznie potęguje obniżenie odporności na występujące stresory, co w konsekwencji wspiera pojawienie się pełnoobjawowego wypalenia zawodowego i stałego stanu uzależnienia. Konsekwencją wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego jest

²⁰⁶ B. Mróz, A. Turkiewicz, S. Mordarski, Wypalenie zawodowe wśród personelu intensywnej opieki medycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*. Tom 15, nr 2/2010, 212-226.

²⁰⁷ J. Fengler, *Pomaganie mężczyznom: wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk 2001.

²⁰⁸ Tamże.

również podwyższony wskaźnik liczby popełnianych samobójstw. Z danych wynika, że zawód lekarza cechuje najwyższy współczynnik samobójstw w porównaniu do innych zawodów, na tle międzynarodowym szacunkowo co roku aż 400 lekarzy odbiera sobie życie²⁰⁹.

Analizując sytuację polskiego systemu ochrony zdrowia oraz problemu niedoborów kadrowych niedopuszczalnym jest, aby propagować i nie zwracać uwagi na pojawiający się problem konsekwencji wypalenia zawodowego wśród lekarzy. Jest to zawód, będący ostatnim kluczowym ogniwem w strategicznym i skutecznym zarządzaniu kryzysowym. Postępująca redukcja liczby lekarzy ze względu na rezygnację z pracy, emigracja bądź skutki przeciążenia psychofizycznego przyczyniają się do pogłębiania kryzysu o charakterze wewnętrznym, który uniemożliwia skuteczne zachowania w sytuacji pojawienia się kryzysu na tle globalnym.

W powyższym podrozdziale autorka dysertacji przedstawiła kluczowe problemy i wyzwania polskiego sektora zdrowia. Uwzględniła niezbędne czynniki organizacyjne oraz kwestie istotnie wpływające na funkcjonowanie całego systemu. W tej części autorka szczególnie skupiła się na problemach pogłębiających występujący obecnie w polskim systemie ochrony zdrowia kryzys wewnętrzny, zorientowany na deficytach w zasobach zarządzania międzyludzkiego jak i dofinansowania i rozwoju całej infrastruktury placówek medycznych. Zwróciła szczególną uwagę na konieczność eliminacji w pierwszej kolejności trwającego obecnie kryzysu o charakterze wewnętrznym, aby móc w przyszłości mówić o skutecznym zarządzaniu kryzysowym w ujęciu globalnym. Przedstawiła niezbędne mechanizmy i funkcjonowanie sektora służby zdrowia w Polsce. Opisanie kluczowe wyzwania i problemy stanowią wsparcie dla opracowania dalszych strategii doskonalących rozwój i funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia.

3.4. Przykłady kryzysów w polskim sektorze zdrowia – studia przypadków

Zarządzanie kryzysowe w sektorze służby zdrowia jest kluczowym elementem prawidłowego funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Pojawiające się kryzysy w polskim systemie służby zdrowia są wynikiem zarówno wewnętrznych problemów strukturalnych jak i zewnętrznych wydarzeń, które często są trudne do przewidzenia. Każdy kryzys niesie ze sobą istotne informacje dotyczące niedostatecznych strategii zarządzania kryzysowego oraz przede wszystkim generuje istotne wnioski dotyczące tworzenia

²⁰⁹ L. Kane, *Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide*, 2020. Pobrane z: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>.

skutecznych form przeciwdziałania kryzysowi. Historia systemu ochrony zdrowia obfituje w liczne przykłady kryzysów, które okazały się wyzwaniem dla polskiego rządu jak i obywateli i pracowników. Podłożem zaistniałych kryzysów mogą być problemy związane z dostępem do nowoczesnych terapii zabiegów oraz sposobów leczenia, z ograniczeniami wynikającymi z braków kadrowych, jak również skutki globalnych pandemii. W polskim systemie ochrony zdrowia do sytuacji kryzysu najczęściej prowadzi brak wydolności systemu zdrowotnego, który spowodowany jest niewystarczającymi nakładami na ochronę zdrowia, niewystarczającą liczbą wykwalifikowanej kadry, przeciążeniem systemu oraz stale rosnącymi potrzebami i oczekiwaniami pacjentów wobec jakości świadczonych usług zdrowotnych. Mechanizmy zarządzania kryzysowego jako kluczowego elementu prawidłowego funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia powinny reagować na nagłe wydarzenia, takie jak klęski żywiołowe czy pandemie, jak również implementować działania długoterminowe, które mają na celu poprawę kondycji całego systemu ochrony zdrowia. Skuteczne zarządzanie kryzysowe powinno opierać się na działaniu zarządzania kryzysowego zarówno o charakterze wewnętrznym jak i zewnętrznym, ujmując aspekt lokalny oraz ogólnokrajowy. Kryzysy, które mają miejsce w polskim sektorze ochrony zdrowia, wynikają często z wieloletnich zaniedbań i zniekształceń dotyczących braku adekwatnych reform. W konsekwencji system ochrony zdrowia nie jest w stanie w odpowiedni sposób sprostać potrzebom pacjentów i wzrastającym trudnościom zdrowotnym społeczeństwa.

Analiza przykładów minionych kryzysów w sektorze służby zdrowia pozwoli pokazać, jak strukturalne i organizacyjne deficyty w polskim systemie ochrony zdrowia mogą prowadzić do poważnych konsekwencji dla ogólnego funkcjonowania instytucji medycznych w kraju, jak również jakie skutki mogą przynieść w kontekście dobrobytu i funkcjonowania obywateli jako pacjentów. Analiza strategii zarządzania kryzysowego na podstawie konkretnych przypadków umożliwi lepsze poznanie i zrozumienie podejmowanych działań w celu odpowiedniego postępowania z problemem oraz wyciągania odpowiednich wniosków i rekomendacji dla możliwych, pojawiających się w przyszłości, kryzysów.

Jednym z przykładów kryzysów, który pojawił się w Polsce w latach 2015-2016, był kryzys związany z niewystarczającym dostępem do nowoczesnych leków onkologicznych²¹⁰. Jak wyżej wspomniano, trudności z refundacją leków oraz niewystarczające fundusze wydatkowane na nowoczesne terapie i mechanizmy leczenia, są jednym z problemów, z jakim sektor zdrowia musi się mierzyć. Kryzys ten dotyczył przede wszystkim pacjentów chorych na

²¹⁰ P. Głowacki, A. Nowak, Problemy z dostępem do leków onkologicznych w Polsce: Analiza kryzysu lat 2015-2016. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1)/2017, s. 77-89.

choroby nowotworowe, w tym szczególnie piersi, płuc i jelita grubego, które wymagają przyjmowania nowoczesnych terapii oraz nowoczesnej technologii medykamentów. Narodowy Fundusz Zdrowia ograniczył finansowanie i refundację tych leków, co przyczyniło się do wzburzenia w społeczeństwie oraz zapoczątkowania licznych protestów pacjentów i organizacji wspierających chorych na nowotwory. Kryzys osiągnął skalę ogólnokrajową, za pomocą zaangażowania mediów został nagłośniony na cały kraj.

W 2015 roku zaczęto monitorować pojawiające się problemy z dostępnością do leków przeznaczonych do leczenia chorób nowotworowych. Szczególnie zauważalny był problem z dostępnością do nowoczesnych leków onkologicznych przeznaczonych szczególnie do chorób o charakterze zaawansowanym oraz o nietypowym i trudnym przebiegu. Ze względu na brak refundacji pacjenci chorzy na choroby onkologiczne byli zmuszeni do opłacania tych leków z własnych zasobów finansowych. Bez refundacji leki te kosztowały bardzo wysokie kwoty, na które większość społeczeństwa nie mogła sobie pozwolić, a stosowanie ich było kluczowym elementem terapii i prawdopodobnie jedyną możliwą ścieżką wyleczenia choroby nowotworowej. Narastający problem i trudności wynikające z możliwości przeprowadzenia leczenia spowodowały, że pacjenci cierpiący na choroby nowotworowe oraz wszelkie organizacje ich wspierające, które zrzeszają pacjentów onkologicznych, postanowiły organizować protesty i agitacje medialne. Ich głównym przesłaniem było zwrócenie uwagi na niewydolność polityki refundacyjnej Narodowego Funduszu Zdrowia oraz nieskutecznej polityki państwa w kontekście finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Jednym z najważniejszych argumentów było stwierdzenie braku równości dostępu do leczenia i pogwałcenia podstawowych praw człowieka w dostępie do leczenia w kraju. Strajkujący pacjenci zwracali uwagę, że leki przeznaczone do leczenia onkologicznego w krajach Unii Europejskiej są powszechnie dostępne i stosowane. Brak odpowiednich funduszy budżetu państwa prowadzi do ograniczenia równego dostępu do odpowiedniego korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Pomimo strajków i rozszerzonych kampanii medialnych opisywany kryzys miał swoje zaostrenie z początkiem 2016 roku, podczas gdy rząd polski przedstawił w odpowiedzi reformę refundacyjną, w której w dalszym ciągu nie uwzględniono leków onkologicznych niezbędnych do leczenia chorób nowotworowych. W konsekwencji wzburzenie wśród pacjentów i zrzeszonych organizacji stale rosło, a demonstracje pogłębiały się, co prowadziło do eskalacji zaistniałego kryzysu w kraju.

Opisywana sytuacja dotyczy szerszego problemu w sektorze służby zdrowia w Polsce, a mianowicie niewystarczającego finansowania leków innowacyjnych i nowoczesnych

terapii²¹¹. Narodowy Fundusz Zdrowia działa w ramach ograniczonego budżetu, co wiąże się z podejmowaniem decyzji dotyczących priorytetów refundacyjnych.

W latach 2015-2016 budżet refundacyjny wynosił około 7,5 miliarda złotych, co niestety nie stanowiło wystarczającej puli do zaspokojenia ciągle rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, szczególnie w sytuacji chorób nowotworowych. Na podstawie kryzysu związanego z refundacją leków onkologicznych pokazane jest szerokie spektrum kryzysu związanego z niewystarczającym finansowaniem polskiego systemu ochrony zdrowia. Odnosząc się do zarządzania kryzysowego można zauważyć, że było one niewystarczające i przede wszystkim zastosowane zdecydowanie zbyt późno. Dopiero pod presją krytyki opinii publicznej, licznych demonstracji oraz nacisków ze strony mediów, zarówno rząd polski jak i Narodowy Fundusz Zdrowia podjął odpowiednie działania mające na celu wynegocjowanie z firmami farmaceutycznymi obniżenie cen nowoczesnych terapii, a tym samym wprowadzenie tych leków na listy refundacyjne²¹². Ze względu na długotrwały proces i długi czas oczekiwania na rezultaty wprowadzonych strategii zaradczych pacjenci musieli długo oczekiwać na refundowane leki, co przyczyniło się, że przez wiele lat byli pozbawieni możliwości dostępu do procesu leczenia. W konsekwencji w wielu przypadkach prowadziło to do zdecydowanego pogorszenia stanu zdrowia lub przedwczesnej śmierci.

Kryzys związany z dostępem do leków onkologicznych w Polsce w opisywanych latach wymusił na Narodowym Funduszu Zdrowia i władzach państwa opracowanie strategii bardziej przejrzystego planu finansowania ochrony zdrowia i refundowania leków. Zarządzanie kryzysowe w tym aspekcie powinno stanowić nie tylko szybką reakcję na zaistniałe potrzeby, ale również strategię długotrwałego planowania. Dlatego też niezbędnym jest wprowadzenie mechanizmów monitorowania potrzeb pacjentów na bieżąco oraz odpowiedniego lokowania środków finansowych, tak aby do podobnych kryzysów w przyszłości nie doprowadzić.

Kolejnym przykładem kryzysu w polskim sektorze ochrony zdrowia, jest kryzys, który dotyczył strajków personelu medycznego. Obejmował on w szczególności lekarzy rezydentów, którzy podjęli działania o charakterze sprzeciwu wobec systemu ochrony zdrowia oraz kwestii organizacyjnych, dotyczących ich pracy w latach 2017-2018. Demonstracje lekarzy rezydentów obejmowały okres kilku miesięcy, co doprowadziło do destabilizacji funkcjonowania placówek medycznych i odbiło się negatywnie na ogólnym funkcjonowaniu

²¹¹ D. Dudek-Godeau, A. Kieszkowska-Grudny, K. Kwiatkowska, J. Bogusz, M.J. Wysocki, M. Bielska-Lasota, Analysis of changes in cancer health care system in Poland since the socio-economic transformation in 1989. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 67(4)/2016.

²¹² W. Rogowski, R. Zysk, M. Krzakowski, Programy lekowe w onkologii. Jak optymalnie wykorzystać ich możliwości? *Onkologia w praktyce Klinicznej – Edukacja*, 4(5)/2018, s. 321-333.

ochrony zdrowia i świadczeniu opieki zdrowotnej dla pacjentów. Wśród głównych przyczyn powstałych demonstracji były niekomfortowe i niedogodne warunki pracy młodych lekarzy. Szczególną uwagę zwracano na wysokość wynagrodzeń, które w porównaniu z wynagrodzeniami lekarzy w krajach Unii Europejskiej były zdecydowanie niższe²¹³. Ze względu na to, młodzi lekarze w trakcie specjalizacji często decydowali się na emigrację do krajów zachodnich w celu uzyskania lepszych warunków pracy. Zwrócenie uwagi na domaganie się podniesienia wynagrodzeń było zmotywowane faktem nadmiernego przepracowania, które wynika z nadmiaru obowiązków, braku wsparcia psychologicznego oraz szczególnie widocznego niedoboru kadrowego, co w większości przypadków lekarzy rezydentów prowadziło do nadmiernego wyczerpania psychofizycznego. Pojawiające się objawy wypalenia zawodowego oraz niesatysfakcjonujące warunki pracy powodują zdecydowane obniżenie jakości świadczonych usług medycznych, co w długofalowym ujęciu prowadzi do powstania ogólnego kryzysu w ochronie zdrowia. Podczas demonstracji rezydenci domagali się podwyżek wynagrodzeń, zwiększenia finansowania ochrony zdrowia oraz wprowadzenia niezbędnych reform organizacji pracy w placówkach medycznych, co miało usprawnić i poprawić warunki pracy personelu medycznego. Opisany kryzys w postaci protestów rozpoczął się w październiku 2017 roku. Z początku kryzys obejmował jedynie obszar Warszawy, a z czasem przyjął postać ogólnokrajową. Do protestów zaczęło przyłączać się coraz więcej lekarzy i pielęgniarek. Strajk przyjął formę głodówki oraz ograniczenia pracy do minimalnego wymaganego zakresu. W kwestii pracy zawodów medycznych bardzo często dotyczyło to rezygnacji z pełnienia dyżurów oraz rezygnacji z nadgodzin²¹⁴. W konsekwencji pacjenci w opiece całodobowej byli pozbawieni odpowiedniej opieki specjalistycznej, co zdecydowanie jeszcze bardziej obciążało system ochrony zdrowia. Zaangażowanie mediów oraz nasilenie napięć w środowisku medycznym zobligowało, po długim okresie, polski rząd do podjęcia odpowiednich rozmów i działań mających na celu naprawę sytuacji. Z początku dyskusje po obu stronach nie skończyły się skutecznym rozwiązaniem, co doprowadziło do jeszcze większej eskalacji protestów. Ostatecznie strajki lekarzy rezydentów oraz pozostałego personelu medycznego zakończyły się w lutym 2018 roku. Na podstawie analizy powyższej sytuacji można wskazać brak skutecznego zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce. W myśl schematów skutecznego zarządzania kryzysem, w powyższej

²¹³ Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. *Protest rezydentów: Analiza skutków i dalsze kroki*. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. Prof. Jana Nielubowicza, 2018. Pobrane z: <https://izba-lekarska.pl>

²¹⁴ J. Czarzasty, Poland: Latest Working Life Developments – Q4 2017. *European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions*, 2018.

sytuacji zabrakło odpowiednich systemów komunikacyjnych i przede wszystkim konstruktywnych negocjacji oraz odpowiednio reaktywnej odpowiedzi na zaistniałe strajki. Reakcja władz na zaistniały kryzys była zdecydowanie opóźniona, co spowodowało, że dopiero nadmierna eskalacja konfliktu wymusiła odpowiednią reakcję w wyższych instytucjach państwa²¹⁵. Sytuacja ta uwydatnia poważne problemy w zarządzaniu kryzysowym szczególnie o charakterze zewnętrznym. Analizując przykład powyższego kryzysu w Polsce, można zaobserwować również problemy zarządzania kryzysowego o charakterze wewnętrznym. Pomimo zauważalnych sygnałów ze strony specjalistów i całego personelu pomocniczego w placówkach medycznych dotyczących złej organizacji pracy, przeciążenia obowiązkami oraz nie proporcjonalnym wynagrodzeniem, rząd polski przez lata zaniedbywał tę kwestię i bagatelizował powagę sprawy.

Nieodpowiednie i nieskuteczne zarządzanie zasobami ludzkimi w sektorze zdrowia doprowadziło do sytuacji obniżenia jakości świadczeń zdrowotnych i niewydolności systemu ochrony zdrowia w Polsce. Demonstracje rezydentów można określić jako jeden z większych kryzysów w tamtych latach, który uwypuklił trudności zarządzania personelem medycznym, jak i ogólną strukturę systemu zdrowotnego w Polsce. Poddając analizie prawidłowe funkcjonowanie mechanizmów zarządzania kryzysowego w tym aspekcie, wskazać należy na implementację odpowiednich reform w zarządzaniu i organizacji pracy, jak i schematy wczesnego reagowania na problemy systemowe oraz jednoczesne planowanie otwartej i transparentnej komunikacji z pracownikami sektora służby zdrowia.

Jeden z przykładów największego kryzysu i wyzwania dla polskiego oraz globalnego systemu ochrony zdrowia stanowiła sytuacja pojawienia się pandemii COVID-19, wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2. W Polsce w 2020 roku w okolicach lutego-marca pojawił się pierwszy przypadek zakażonego koronawirusem człowieka. Liczba zakażeń gwałtownie rosła, co prowadziło do ogólnego zachwiania systemu służby zdrowia oraz wszelkich strategii zarządzania kryzysem. Sytuacja pandemiczna stanowiła dla Polski ogromne wyzwanie ze względu na brak występowania podobnych kryzysów przez wiele lat na tle historii Polski. Pomimo doniesień z różnych źródeł międzynarodowych o możliwej skali pandemii oraz szybkości rozprzestrzeniania się zakażeń, nikt z władz Polski ani obywatele nie był przygotowany na konsekwencje, jakie będzie za sobą niosła pandemia. Brak podobnych sytuacji jak i masowych chorób zakaźnych w ostatnich latach spowodowały, że system ochrony zdrowia jak i władze, nie były dostatecznie przygotowane, aby móc sprostać skali problemu.

²¹⁵ A. Gorczyca, *Porozumienie Rezydentów: Lekarze protestują, bo nikt się z nami nie liczy*, 2021. Pobrane z: <https://gospodarka.dziennik.pl>

Pojawienie się pandemii i ciągu jej następstw zapoczątkowało szereg zmian i obciążeń dla polskiego sektora służby zdrowia. Sytuacja pandemiczna ujawniła przede wszystkim liczne niedoskonałości i niedociągnięcia systemowe oraz widoczne problemy z zarządzaniem kryzysowym. Konsekwencje pandemii COVID-19 są widoczne, aż po dzień dzisiejszy, w funkcjonowaniu polskiego sektora ochrony zdrowia oraz podejścia do pracy lekarzy i pielęgniarek.

Sytuacja pandemiczna oraz pojawienie się wirusa, który szybko rozprzestrzenił się w społeczeństwie, doprowadziły do bardzo gwałtownego wzrostu liczby pacjentów, którzy potrzebowali pilnej hospitalizacji oraz intensywnej terapii, często z wykorzystaniem respiratorów. Według dostępnych raportów, szczytowy punkt dla pandemii miał miejsce w listopadzie 2020 roku oraz wiosną 2021 roku. Szczególnie w przypadku pierwszej i drugiej fali koronawirusa, liczba pacjentów wymagających hospitalizacji przekraczała 20 000 osób²¹⁶. Liczba ta zdecydowanie przekraczała możliwości infrastruktury szpitalnej, co przełożyło się na przymusowe tworzenie szpitali tymczasowych. Przykładem takiego szpitala był ten, który został stworzony w obrębie stadionu piłkarskiego na Stadionie Narodowym w Warszawie²¹⁷.

Pomimo działań mających na celu poszerzenie i zwiększenie ilości miejsc dla osób wymagających hospitalizacji i pilnej opieki intensywnej terapii, skuteczność takich szpitali była niewystarczająca ze względu na występujące braki kadrowe i nadmierne przeciążenie ogólną sytuacją kryzysową wśród personelu medycznego. Problem braków kadrowych nie jest niczym nowym dla polskiego sektora służby zdrowia. Jest to wyzwanie, z którym Polska boryka się od dawna, a sytuacja pandemii jedynie spotęgowała to zjawisko. Pandemia przyczyniła się do tego, że nagły wzrost liczby pacjentów przekraczał możliwości personelu medycznego. Na skutek tego wielu lekarzy i wiele pielęgniarek było nadmiernie przeciążonych nadgodzinami i pracą w warunkach stresu. Praca w obliczu epidemii wirusa SARS-CoV-2 wiązała się ze wzmożonym stresem, chaosem organizacyjnym oraz poczuciem bezradności i braku kontroli nad sytuacją²¹⁸.

W badaniach przeprowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską wykazano, że lekarze odczuwali wypalenie zawodowe podczas pandemii. Zjawisko wypalenia zawodowego również nie jest niczym nowym jako wyzwanie dla sektora ochrony zdrowia w Polsce. Niemniej jednak z dostępnych raportów wynika, że przed sytuacją pandemii wypalenie zawodowe wśród

²¹⁶ Ministerstwo Zdrowia. *Raport o sytuacji epidemiologicznej SARS-CoV-2 w Polsce*, 2021. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie>.

²¹⁷ B. Wojtyński, P. Goryński, Organizacja szpitali tymczasowych w Polsce podczas pandemii COVID-19. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(2)/2020, s. 95-102.

²¹⁸ M. Markiewicz, *Covid-19 spotęguje zjawisko wypalenia zawodowego lekarzy*, 2020. Pobrane z: <https://pulsmedycyny.pl/covid-19-spoteguje-zjawisko-wypalenia-zawodowego-lekarzy-opinia-989849>.

personelu medycznego sięgało około 40%, a w okresie pandemii wzrosło do około 60%²¹⁹. Prawie ponad połowa badanych przyznawała, że doświadczała silnych emocji wynikających z sytuacji zawodowych, takich jak lęk, złość czy napady paniki, a około ponad 18% przyznawało, że zdecydowanie częściej z powodu pandemii sięgało po różne substancje odurzające. W kontekście braków kadrowych należy zwrócić szczególną uwagę na dostępne raporty, które zapowiadają szeroki kryzys w kontekście braku kadry medycznej po pandemii. Z dostępnych danych wynika, że około 30% lekarzy zamierzało zawęzić swoją aktywność zawodową, 21% myślało o całkowitym porzuceniu zawodu, a około 10% personelu medycznego deklaroowało emigrację z kraju²²⁰.

Analizując sytuację kryzysową determinowaną pandemią warto również zwrócić uwagę na fakt, że personel medyczny także doświadczał zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Prowadziło to do przymusowej izolacji lekarzy, co w znacznym stopniu dodatkowo obciążało braki kadrowe w sektorze zdrowia. Co więcej, odpowiedzią na wypalenie zawodowe lekarzy i pogłębiający się brak satysfakcji z wykonywanego zawodu w czasie pandemii, było zarówno powstanie prawnych, jak i społecznych uwarunkowań ich pracy. Oprócz występujących stresorów związanych z samą pracą, trudnościami w leczeniu chorych, brakiem dostępności do odpowiednich lekarstw umożliwiających leczenie koronawirusa, na stan wypalenia zawodowego oraz pojawiających się problemów psychicznych wśród personelu medycznego miał wpływ system prawa oraz nowo powstałe ustawy i rozporządzenia. Zaproponowane przez rząd ustawy prawne i rozporządzenia miały na celu zabezpieczać kwestie zarządzania kryzysowego w dobie pandemii COVID-19. Na mocy decyzji wojewody bądź ministra zdrowia lekarze mogli zostać powołani do pracy w innym miejscu nawet poza obszarem swojego województwa. Ustawa ta nakładała na lekarzy obowiązek pracy we wskazanym miejscu nawet przez okres 3 miesięcy²²¹.

Działania w schematach zarządzania kryzysowego, skutkujące oddelegowaniem lekarzy w miejsca, gdzie byli potrzebni, nie uwzględniały indywidualnych czynników personelu medycznego oraz kwestii prywatnych jak rodziny, problemy lokalowe czy zdrowotne, co w efekcie przyczyniało się do wzrostu oburzenia i protestów lekarzy. W rozporządzeniach widniała klauzula, że jeżeli lekarz nie wykona decyzji o skierowaniu do

²¹⁹ Naczelna Izba Lekarska. *Wpływ pandemii COVID-19 na pracę lekarzy w Polsce*, 2020. Pobrane z: <https://nil.org.pl>

²²⁰ B. Buchelt, I. Kowalska-Bobko, T. Masłyk, *Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości*. Centrum Polityk Publicznych. Kraków 2021.

²²¹ Ustawa z 8.10.2020 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz.U. 2020. poz. 1845, art. 47.

pracy przy przypadkach pandemii może zostać na niego nałożona kara finansowa do 30 000 zł. Co więcej, ustawy prawne zakazywały pracy lekarzom w innych przychodniach bądź praktykach prywatnych, jeśli dany lekarz pracował na oddziałach zakaźnych bądź miał styczność z osobami zakażonymi²²². W trakcie trwania pandemii zostało przyjęte rozwiązanie prawne w artykule 155 kodeksu karnego, stanowiące o bezwzględnym karaniu nieumyślnie popełnionego błędu lekarskiego. Ministerstwo Zdrowia zakazało personelowi medycznemu publicznego wypowiedzania się na temat pandemii oraz komentowania ówczesnych warunków pracy. Prowadziło to do licznego oburzenia w środowisku lekarskim i poczucia pozbawienia jakichkolwiek podstawowych praw obywatelskich stanowiących o wolności słowa²²³.

W polskich szpitalach w czasie pandemii można było przede wszystkim zaobserwować występujące braki w zaopatrzeniu. W wielu placówkach medycznych, w początkowych fazach pandemii, jak i w trakcie jej trwania, brakowało maseczek, specjalistycznych fartuchów czy specjalistycznego sprzętu. Powstały chaos organizacyjny w sposób znaczący wpływał na pracę lekarzy, ich zdrowie oraz zniechęcenie do wykonywania zawodu, co często prowadziło do ograniczenia możliwości leczenia chorych²²⁴. W czasie pandemii personel medyczny doświadczał wielokrotnie zjawiska hejtu ze strony społeczeństwa. Lekarze i pielęgniarki mierzyli się z aktami agresji i zjawiskiem nękania i stygmatyzowania ich rodzin. Często przedszkola odmawiały przyjęcia dzieci lekarzy do placówki, a w sklepach odmawiano obsługi bądź nawet wypraszano lekarzy ze sklepu²²⁵. Tego rodzaju zachowania były podyktowane lękiem przed potencjalnym zagrożeniem zakażeniem. Powstała eskalacja agresji i wrogich zachowań wobec medyków oraz ich rodzin przyczyniła się niewątpliwie do braku satysfakcji z wykonywanego zawodu i znacznego pogłębienia się wypalenia zawodowego²²⁶.

W kontekście zarządzania kryzysowego najważniejszym elementem, w obliczu pandemii, była konieczność natychmiastowej i skutecznej reakcji na dynamicznie zmieniającą się sytuację. Z początku trwania pandemii polski rząd oraz Ministerstwo Zdrowia regularnie wprowadzało szereg restrykcji, takich jak ograniczenie w poruszaniu się, obowiązkowe noszenie maseczek czy ograniczenia w prowadzeniu działalności gospodarczej. Wszelkie działania zarządzania kryzysowego miały na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa,

²²² L. Staniszevska, K. Kruszewska, *Alert prawny. Ograniczenie świadczenia pracy w wielu miejscach przez pracowników podmiotów medycznych*, 2020. Pobrane z: <https://wil.org.pl/>

²²³ K. Nowosielska, *Ministerstwo zakazuje lekarzom mówić o problemach*, 2020. Pobrane z: <https://www.prawo.pl/zdrowie/499036.html>.

²²⁴ R. Kozłowski, *Wposażenie szpitali w dobie pandemii COVID-19. Menedżer Zdrowia*, 6/2020, s. 45-50.

²²⁵ A. Szmaj, K. Bartosik, *Koniec oklasków, pora na hejt. Agresja wobec medyków coraz częstsza. Dostaje się też nauczycielom*, 2020. Pobrane z: <https://polskatimes.pl/c1-14960022>.

²²⁶ V. Krawczyk-Wasilewska, *COVID-19 jako paradygmat choroby globalnej*. LUD. Organ Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego i Komitetu Nauk Etnologicznych PAN, 104/2020, s. 155-184.

niemniej jednak ich implementacja była często niejednolita a brak odpowiedniej komunikacji pomiędzy władzami i placówkami medycznymi wywoływał chaos. Działania polskiego rządu w okresie szczytu pandemii miały charakter doraźny, koncentrujący się na spontanicznym reagowaniu na sytuację, co jedynie potęgowało sytuację kryzysową²²⁷.

Jednym z elementów kryzysu w systemie ochrony zdrowia w obliczu pandemii było również ograniczenie dostępu do opieki medycznej. W czasie pandemii następowała pełna mobilizacja wokół zwalczania rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS-CoV-2. Nadmierne skupienie się na walce z pandemią COVID-19 doprowadziło do ograniczenia i zbagatelizowania dostępu do innych, również niezbędnych, form opieki zdrowotnej. Z dostępnych raportów Ministerstwa Zdrowia z 2021 roku wynika, że w czasie pandemii liczba planowanych zabiegów chirurgicznych spadła o prawie 30%, a wielu pacjentów z chorobami przewlekłymi i wymagającymi regularnej opieki zdrowotnej miało utrudniony do niej dostęp²²⁸. W sytuacji różnych infekcji bądź innej diagnostyki i niezbędnego leczenia pozostawały jedynie formy z wykorzystaniem telemedycyny, co niestety przekładało się na to, że owa diagnostyka nie była wystarczająca. Wiele przychodni pierwszego kontaktu było zamkniętych bez możliwości bezpośredniego kontaktu z lekarzem. W kontekście społeczeństwa prowadziło to do wystąpienia szerokiego niezadowolenia wśród obywateli, jak również podwyższonego lęku i paniki dotyczącej sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce w przyszłości.

Przykład kryzysu, jakim była pandemia COVID-19, ujawnił szereg deficytów i negatywnych tendencji polskiego systemu ochrony zdrowia, który uwypuklił jedynie istniejące już problemy dotyczące zasobów kadrowych jak i problemy związane z zarządzaniem kryzysowym. Pandemia COVID-19 przyniosła długofalowe konsekwencje, które w sposób znaczny skryształizowały konieczność implementacji długofalowych reform zwiększających odporność systemu na przyszłe kryzysy zdrowotne. Analizując powyższy przykład sytuacji kryzysowej należy stwierdzić, że aby móc skutecznie zarządzać kryzysem na skalę krajową, należy w pierwszej kolejności zabezpieczyć placówki medyczne przed kryzysem wewnętrznym, czyli niedoborem kadrowym, problemami z dostępem do sprzętu specjalistycznego, jak i kwestiami zasobów ludzkich, między innymi w kontekście wypalenia zawodowego.

²²⁷ Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. *Protesty lekarzy rezydentów i pandemia COVID-19: Wyzwania dla polskiego systemu ochrony zdrowia*, 2021. Pobrane z: <https://izba-lekarska.pl>.

²²⁸ Ministerstwo Zdrowia. *Raport o sytuacji epidemiologicznej SARS-CoV-2 w Polsce*, 2021. Pobrane z: <http://www.gov.pl/web/zdrowie>.

Z niniejszym podrozdziale autorka szczególną uwagę zwróciła na przykłady kryzysów w sektorze polskiej służby zdrowia. Zaprezentowała studia przypadków konkretnych przykładów kryzysów uwzględniając ich charakter, przebieg oraz kluczowe elementy dotyczące zarządzania kryzysowego. Autorka uwypukliła, w przypadku każdego przykładu kryzysu w ochronie zdrowia, pojawiające się problemy i wyzwania, które dotyczyły sektora służby zdrowia, jak również zwróciła szczególną uwagę na niezbędne działania i reformy wymagające usprawnienia skutecznego zarządzania kryzysowego. Na podstawie przykładu pandemii koronawirusa w Polsce autorka przedstawiła kluczowe deficyty polskiego systemu ochrony zdrowia, które są obecne do dzisiaj i stanowią źródło trwającego kryzysu wewnętrznego w polskim sektorze ochrony zdrowia. Przeprowadzone w rozdziale rozważania dotyczyły specyfiki sektora służby zdrowia w Polsce. Autorka wskazała strukturę organizacyjną, mechanizmy finansowania oraz przede wszystkim kluczowe problemy i wyzwania, które występują w polskich placówkach medycznych, jak i w całym systemie. Opracowane rozważania oraz analiza dostępnej literatury specjalistycznej, jak i naukowej, umożliwiły realizację celu szczegółowego, jaki jest: identyfikacja i scharakteryzowanie stosowanych strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia oraz identyfikacja skuteczności poszczególnych strategii zarządzania kryzysowego na podstawie wybranych studiów przypadków oraz danych empirycznych.

Rozdział 4

Czynniki determinujące skuteczność zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia

Skuteczność zarządzania kryzysowego jest w głównej mierze uzależniona od różnego rodzaju determinant i określonych czynników, które wpływają na stopień postępowania z sytuacją kryzysową. Analizując kierunki strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia należy w pierwszej kolejności przyjrzeć się organizacji systemowej w ogólnym rozumieniu placówek medycznych oraz dokonać analizy wszelkich czynników od strony wewnętrznej danej instytucji, które bezpośrednio wpływają na kwestie zarządzania kryzysem. Analizując obecne funkcjonowanie polskich szpitali i pozostałych instytucji medycznych pod kątem struktur organizacyjnych, zarządzania finansami, zasobów materialnych i kadrowych oraz kwestii zarządzania zasobami ludzkimi można wysnuć wniosek, że polska służba zdrowia zmaga się od lat z istniejącym kryzysem o charakterze wewnętrznym. Aby mówić o skutecznym zarządzaniu kryzysowym w trakcie pojawienia się kryzysu, na przykład klęsk żywiołowych, sytuacji wojennych czy zjawisk pandemicznych, należy w pierwszej kolejności zwrócić uwagę na wydolność polskiego systemu zdrowia i jego funkcjonowanie na co dzień. Kluczowa jest ocena problemów wewnętrznych sektora służby zdrowia oraz możliwości rozwoju mechanizmów usprawniających zarządzanie kryzysowe o charakterze zewnętrznym. Przygotowane, przez władze państwa, plany antykryzysowe wobec potencjalnych zdarzeń i zagrożeń, nie zawsze będą funkcjonalne i skuteczne, jeśli podmiot wykonawczy, jakim są lekarze i personel medyczny, będzie nadmiernie wyczerpany i obciążony codziennym funkcjonowaniem w niewydolnym systemie. Dlatego też niezwykle istotnym jest zwrócenie szczególnej uwagi na czynniki determinujące skuteczne postępowanie z kryzysem w formie prewencyjnej. Strategie zarządzania kryzysowego powinny odnosić się do redukcji obecnie trwającego od lat kryzysu w sektorze służby zdrowia, koncentrując się na problemie braku wystarczającej kadry, niedostatecznym finansowaniu, nieodpowiedniej infrastrukturze i warunkach miejsca pracy, jak i pozostałych czynnikach społecznoemocjonalnych w ujęciu psychologicznym. Rozdział ten poświęcony został prezentacji obecnego funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia, w celu zobrazowania trwającego kryzysu o charakterze wewnętrznym oraz uwypuklenia niezbędnych

i istotnych czynników wpływających na pojawianie się kryzysu wewnętrznego, jak również wpływających na mechanizmy postępowania z kryzysem zewnętrznym.

4.1. Rola zasobów finansowych i materialnych w zarządzaniu kryzysowym

Ochrona zdrowia w Polsce od lat mierzy się z licznymi wyzwaniem i trudnościami, które determinują skuteczne zarządzanie kryzysowe. Istotne, dla funkcjonowania ochrony zdrowia, czynniki określają kierunek działań odnoszących się do eliminacji kryzysu. W sektorze służby zdrowia w Polsce szczególne istotne znaczenie mają czynniki, takie jak dostępność zasobów finansowych, zasobów materialnych oraz struktura zarządzania zarówno w kwestii organizacyjnej, jak i zasobów ludzkich. Obecnie, pomimo permanentnego rozwoju technologicznego oraz postępu w zakresie wiedzy medycznej, funkcjonowanie placówek medycznych w Polsce określane jest przez lekarzy i pozostały personel medyczny jako niewystarczające, a warunki pracy jako niedostatecznie dobre. Tak ujmowane funkcjonowanie można utożsamić z trwającym chronicznym kryzysem wewnętrznym związanym szczególnie z konkretnymi czynnikami wpływającymi na pogłębianie się problemów. W świetle zarządzania kryzysowego ujmowanego w literaturze oraz, do którego odnosi się polski rząd, działania antykryzysowe i wszystkie procedury planowania przeciwdziałania kryzysowi opierają się na reaktywnej reakcji na zaistniałe, nagłe zdarzenie, o wysokim poziomie zagrożenia co najmniej na szczeblu gminy, województwa lub kraju. Analizując dane jakościowe z przeprowadzonych wywiadów²²⁹ można wysnuć wniosek, że podmioty systemu ochrony zdrowia w Polsce nie są zadowolone z procedur zarządzania kryzysowego oraz podkreślają zdecydowany brak wsparcia i ignorowanie niskiego poziomu funkcjonalności szpitali i innych placówek, tym samym oczekując maksymalnego poziomu zaangażowania w podejmowane działania mające na celu zażegnanie kryzysów globalnych.

W myśl tak ujmowanego kryzysu, w polskiej ochronie zdrowia, należy przyjrzeć się odpowiednim czynnikom odpowiedzialnym za kierunek postępowania lub redukcji danego kryzysu. Czynniki te mają istotny wpływ zarówno na pogłębianie się trudności w placówkach medycznych i całym systemie ochrony zdrowia, jak również odpowiednio zreformowane i prowadzone mogą przyczynić się do skutecznego zarządzania kryzysem. Jednym z takich czynników pozostaje kwestia finansowania i zarządzania zasobami

²²⁹ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań w latach 2021-2023 skierowanych do pracowników służby zdrowia, analiza danych jakościowych na podstawie zebranych wywiadów swobodnych.

finansowymi. Zasoby finansowe odgrywają kluczową rolę w skutecznym zarządzaniu kryzysowym, ze względu na zapewnienie zaplecza materialnego w postaci specjalistycznego sprzętu czy środków ochrony oraz określenia zasad funkcjonowania całego systemu zdrowia w kontekście strony personelu, pacjentów, jak i całego kraju. System ochrony zdrowia w Polsce pozostaje w dalszym ciągu niedofinansowany, co przekłada się na jakość opieki medycznej, satysfakcję z pracy personelu medycznego oraz możliwości zarządzania kryzysem²³⁰.

Pomimo prowadzonych od lat statystyk i analiz oraz podejmowanych prób rewitalizacji, Polska wydaje na ochronę zdrowia mniej, w przeliczeniu na mieszkańca, niż połowa średniej Unii Europejskiej. Z roku na rok zwiększane są nakłady na służbę zdrowia w ramach rządowych programów i planowanych reform. Tak prowadzona polityka kraju pokazująca wzrost finansowania systemu zdrowia i podejmowanie działań mających na celu usprawnienie jakości świadczonych usług, zwraca uwagę na aktywność polskiego rządu i pokazuje je na arenie krajowej i międzynarodowej, w odniesieniu do pacjentów. Niemniej jednak według dostępnych analiz i przeprowadzonych badań²³¹ wewnątrz placówek medycznych i wśród personelu medycznego można stwierdzić, że budżety wielu placówek medycznych, w tym szpitali, są mocno ograniczone, co warunkuje brak satysfakcji z jakości przyjmowania pacjentów oraz odpowiedniego zaplecza specjalistycznego.

Borykanie się z brakiem stabilności finansowej szpitali oraz częstym zadłużeniem, które w większości przypadków wzrasta, prowadzi do utraty wydolności finansowej i utrudnia długoterminowe planowanie zarządzania kryzysem. Powstałe ograniczenia finansowe placówek medycznych przyczyniają się przede wszystkim do ograniczenia możliwości zakupu nowoczesnych leków oraz terapii, które mogą być kluczowe w leczeniu chorób przewlekłych i o wyspecjalizowanym przebiegu. Niedostateczne finansowanie z budżetu państwa jak również niewystarczająca infrastruktura innowacyjnych technologii medycznych ogranicza skuteczność leczenia i diagnozowania. Aspekt ten jest niezwykle istotny w kontekście zarządzania kryzysem, w sytuacji, kiedy konieczny jest dostęp do natychmiastowej diagnostyki i leczenia. W konsekwencji polskie szpitale często nie są wyposażone w niezbędną aparaturę medyczną, a nawet nie dysponują pełnym zakresem usług medycznych. Ze względu na niedostateczne finansowanie i brak środków finansowych placówek medycznych, zdarza się, że wybrane oddziały zostają zamknięte ze względu na brak możliwości leczenia pacjentów.

²³⁰ Najwyższa Izba Kontroli, Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*. Departament Zdrowia, Warszawa 2018.

²³¹ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań w latach 2021-2023, skierowanych do podmiotów placówek medycznych, w oparciu o dane jakościowe z przeprowadzanych wywiadów.

Takie sytuacje prowadzą do strukturalnego niedopasowania popytu i podaży świadczeń, co skutkuje brakiem dostosowania usług medycznych do potrzeb zdrowotnych ludności w obrębie danego miasta i województwa.

Analizując sytuację Polski w latach 2010-2017²³² można zaobserwować brak równomiernego rozmieszczenia podmiotów leczniczych, w których oferowano pełen zakres świadczeń zdrowotnych oraz takich, w których nie zabezpieczono tego dostępu. Sytuacje, kiedy pacjenci nie są w stanie w obrębie swojego regionu skorzystać z odpowiedniej terapii, ze względu na niewystarczającą ilość miejsc leczniczych lub całkowity brak specjalistycznej poradni, skutkuje zjawiskiem migracji i przemieszczania się pacjentów za usługą medyczną. Jest to zjawisko, w którym pacjenci, aby skorzystać ze świadczeń zdrowotnych muszą poszukiwać konkretnej poradni na mapie całej Polski, w której usługi te są świadczone i finansowane. Przekłada się to bezpośrednio na zadowolenie obywateli, jakość świadczonych usług oraz przede wszystkim na skalę efektów leczenia. Nie każdy bowiem pacjent jest w stanie przemieszczać się czasami nawet ponad 50 km w celu ratowania zdrowia. Tak kształtująca się sytuacja w Polsce ukazuje trudności i deficyty w systemie zdrowia. Konsekwencją tego jest również długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty oraz stale wydłużający się system kolejkowy. Ograniczenia budżetowe i niewydolny system finansowania powoduje zastój w dostępie do usług medycznych, co przekłada się na pogłębianie niezadowolenia pacjentów. Niezadowolenie to z kolei dotyka w znaczny sposób personelu medycznego, który jest obwiniany za brak możliwości wcześniejszego dostępu do diagnozy i terapii. W efekcie personel medyczny doświadcza nadmiernego obciążenia i poczucia wyczerpania, co stanowi kluczowy element potencjalnego zjawiska wypalenia zawodowego²³³.

Warto zwrócić również uwagę na kwestie występujących niedoborów w wynagrodzeniach personelu medycznego. Zarządzanie zasobami finansowymi obejmuje również kwestie wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek. W wielu raportach Ministerstwa Zdrowia²³⁴, jak i innych organów, można znaleźć informacje, że wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne stale są podwyższane, co nie zawsze znajduje to swoje odzwierciedlenie w jakości wykonywanych usług. Według analiz rządowych wynagrodzenia personelu medycznego są optymalnie wysokie w porównaniu do oczekiwań lekarzy. Stawki wynagrodzeń personelu często uzależnione są od charakteru pracy oraz deficytu danego zawodu na rynku. Na podstawie

²³² OECD. Polska: *Profil systemu ochrony zdrowia 2021*. State of Health in the UE. OECD Publishing, Paryż 2021.

²³³ J. Wójcik, *Lekarz: zawód czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej*. Oficyna Wydawnicza Waclaw Walasek, Katowice 2018.

²³⁴ *Raport i stanie służby zdrowia w Polsce – 2023*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2023.

przeprowadzonych wywiadów i badań jakościowych²³⁵ wśród lekarzy wynika, że wynagrodzenia personelu medycznego, w jego relatywnej ocenie, są niskie i nieproporcjonalne do ilości obowiązków i czynników wywołujących negatywne konsekwencje dla życia zawodowego i prywatnego. Niedostateczne finansowanie wynagrodzeń zawodów medycznych powoduje przeciążenie pracą, brak odczuwania satysfakcji z wykonywanego zawodu oraz wysokie ryzyko wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego, które bezpośrednio determinuje jakość wykonywanych świadczeń i niską motywację do podejmowania czynności antykryzysowych w sytuacji zagrożenia. Przykładem tego zjawiska są stale organizowane protesty w celu podwyższenia wynagrodzeń oraz zmiany warunków pracy na lepsze. Na tym przykładzie można zauważyć pewnego rodzaju konsekwencje i zależność dotyczącą przenikania się kryzysu wewnętrznego i kryzysu zewnętrznego.

Potencjalnie złe warunki pracy, wynikające ze złego finansowania ochrony zdrowia, słabej infrastruktury szpitali, braku dostępności do specjalistycznego sprzętu umożliwiającego leczenie czy niewystarczającego wynagradzania pracy, stanowią utrzymujący się przez długi okres kryzys wewnętrzny. Brak oddziaływań redukujących objawy chronicznego kryzysu w strukturach szpitalnych i medycznych prowadzi do jego przeobrażenia się w kryzys zewnętrzny, na przykład w postaci krajowych demonstracji²³⁶, które w sposób skuteczny zaburzają pracę całego sektora służby zdrowia, powodując liczne straty i dotkliwe konsekwencje dla działań rządowych kraju. Utrzymujące się negatywne warunki pracy personelu medycznego przyczyniają się do coraz częściej występującego zjawiska migracji wykwalifikowanego personelu do innych krajów. Dlatego też finansowanie systemu ochrony zdrowia jest niezbędnym czynnikiem wpływającym na skuteczne zarządzanie zarówno kryzysem wewnętrznym, jak i na późniejszym etapie, kryzysem zewnętrznym.

Odnosząc się do zasobów materialnych, należy zwrócić szczególną uwagę, że również stanowią one kluczowy czynnik sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, szczególnie w kontekście postępowania z potencjalnymi zagrożeniami i sytuacjami kryzysowymi. Do zasobów materialnych w polskim systemie ochrony zdrowia zaliczyć można wyposażenie medyczne w specjalistyczny sprzęt, leki, środki ochrony osobistej oraz w ogólnym rozumieniu infrastrukturę placówek medycznych. Obecnie, na podstawie

²³⁵ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań w latach 2021-2023, skierowanych do lekarzy specjalistów, dane pozyskane w oparciu o analizę danych jakościowych dotyczących poziomu wynagradzania zawodów medycznych.

²³⁶ R. Kubiak, *Prawo lekarza do strajku i innych form protestu*. Medycyna Praktyczna, Warszawa 2021.

przeprowadzonych badań jakościowych²³⁷, jak i wywiadów z personelem medycznym wynika, że polskie szpitale wciąż borykają się z ograniczonym dostępem do zaawansowanych technologii, niezbędnego wyposażenia medycznego i istotnych środków ochrony w przypadku trudnych sytuacji. Z punktu widzenia sytuacji kryzysowej, jako sytuacji klęski żywiołowej lub sytuacji pandemii, kryzys ten nie pojawia się często. Literatura dotycząca zarządzania kryzysowego zdaje się być uboga w treści związane z funkcjonowaniem w kryzysie, tak zwanym wewnętrznym. Można stwierdzić, że jest ona niewystarczająca, skoro ujmuje ona kryzys i sytuacje kryzysowe w kontekście nagłych zjawisk, które w sposób istotny zagrażają człowiekowi bądź organizacji, nie uwzględniając przy tym codziennych kryzysów, w których organizacje muszą funkcjonować. Zarządzanie kryzysem o charakterze wewnętrznym przyczynia się do skutecznego zarządzania kryzysem, który tak właśnie ujmowany jest w dostępnej literaturze specjalistycznej. Sektor ochrony zdrowia oraz cały personel medyczny, na co dzień, podejmując kluczowe decyzje w kwestii ochrony zdrowia, obcuje z sytuacją kryzysu zdrowotnego obywateli. Na co dzień mierzy się z trudnymi diagnozami i podejmowaniem kluczowych decyzji w kontekście leczenia, informowania rodziny i pacjentów, jak i podejmowania walki o życie, ale również nieustannej walki o przetrwanie w rzeczywistości szpitalnej i występujących niedoborach, co niewątpliwie stanowi sytuację kryzysową. Stąd też mobilizacja władz polski jak i całego planu antykryzysowego tylko w sytuacjach epidemiologicznych, wojennych lub klęsk żywiołowych stanowi jeden ze słabszych punktów zarządzania kryzysowego. Analizując sytuację polskich szpitali, niezbędnym staje się zwrócenie uwagi na zarządzanie zasobami materialnymi jako istotny czynnik wpływający na skuteczne zarządzanie kryzysem, w każdym wymiarze²³⁸.

Można zauważyć, że pomimo postępującej modernizacji placówek zdrowia, wciąż w wielu z nich brakuje nowoczesnego sprzętu specjalistycznego. Wiele ze szpitali oraz poradni, szczególnie w obszarze powiatu, nie ma wystarczającego dostępu do nowoczesnych technologii oraz podstawowych niezbędnych sprzętów medycznych, co utrudnia całodzienną opiekę nad pacjentami jak i postępowanie z kryzysem. Najczęściej widoczne są braki w dostępie do tomografów komputerowych, diagnostyki obrazowej oraz zaawansowanych urządzeń chirurgicznych. Konsekwencją tego są długie kolejki do specjalistycznych badań, a w trakcie trwania sytuacji kryzysowej w postaci szybkiego wzrostu liczby pacjentów powoduje to

²³⁷ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych w latach 2021-2023, skierowanych do pracowników służby zdrowia w Polsce. Otrzymane wyniki dotyczyły aspektu infrastruktury szpitalnej oraz dostępu do zasobów materialnych.

²³⁸ *Zdrowie i opieka zdrowotna w Polsce w latach 2022-2023*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2023.

powstanie licznych opóźnień. Niedostateczne zarządzanie zasobami materialnymi uwidacznia się również w formie niedoborów sprzętu jednorazowego użytku, jak i środków ochrony osobistej. Personel medyczny prawie codziennie pracuje w trudnych warunkach, nie tylko w sytuacjach kryzysowych. Warunkuje to posiadanie odpowiedniej ochrony osobistej w kontakcie z pacjentami, stanowiącymi potencjalne zagrożenie zakażenia innych. Występujące niedobory lub niskiej jakości produkty, typu maseczki, fartuchy, rękawiczki, mogą prowadzić do stopniowego zwiększania się ryzyka rozwoju zakażeń wśród pacjentów oraz lekarzy i pielęgniarek²³⁹. Może stanowić to przyczynę osłabienia już i tak nie wystarczających zasobów kadrowych, co negatywnie wpływa na skuteczność działania placówek medycznych w kryzysie. Sytuacja kryzysowa, jaką była pandemia COVID-19²⁴⁰, ukazała w sposób szczególny niewydolność systemu ochrony zdrowia oraz niewystarczające działania antykryzysowe w postaci zabezpieczenia zasobów materialnych w placówkach medycznych.

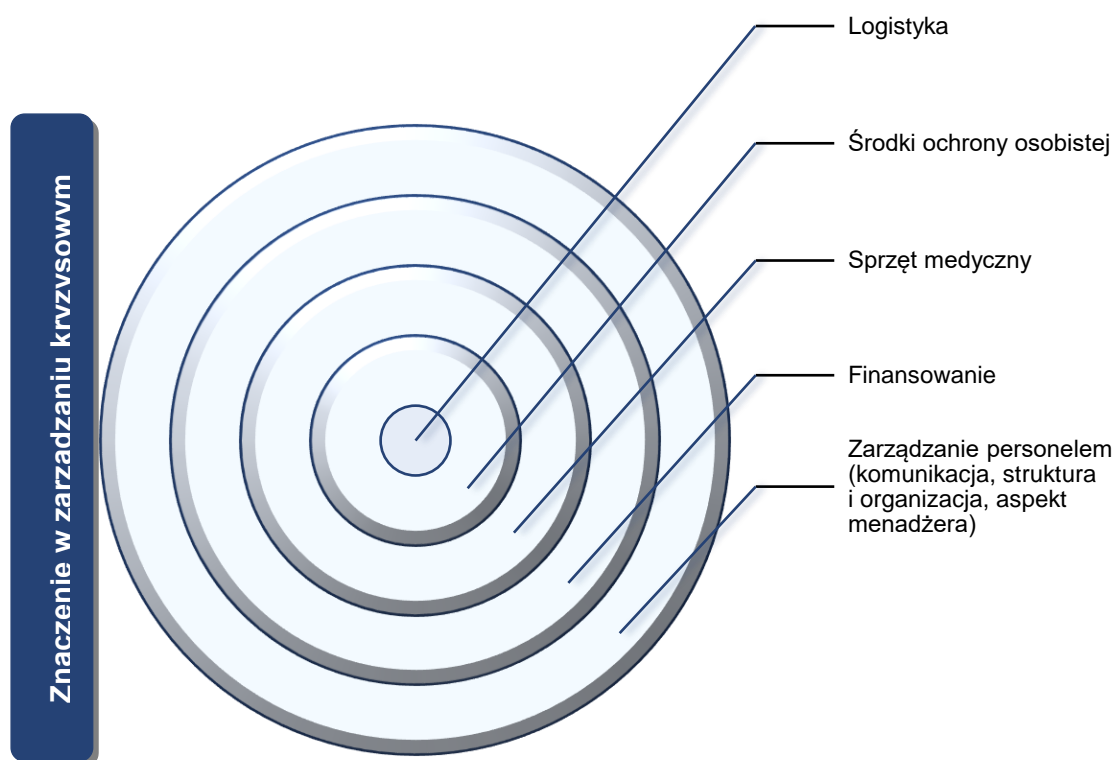
Z przeprowadzonych wywiadów z lekarzami wynika²⁴¹, że w trakcie trwania niemal całego okresu pandemicznego, polskie szpitale mierzyły się z brakiem podstawowych środków ochrony osobistej. W okresie tym niemal każdy lekarz przyznawał, że placówka nie dysponowała odpowiednimi kostiumami zakaźnymi, maseczkami z filtrami czy chociażby przyłbicami. Jedna z lekarek doświadczyła sytuacji, w której zamiast specjalistycznego kostiumu antybakteryjnego musiała przebrać się w kostium malarski ze zwykłego sklepu budowlanego. Co więcej przyznała, że w trakcie konieczności wyjścia do pacjenta zakażonego, musiała korzystać z uszczelniania swojego stroju za pomocą taśmy izolacyjnej. W sytuacji, gdy zaopatrzenie specjalistyczne było dostępne, możliwość skorzystania z niego dotyczyła tylko wybranych, ze względu na ograniczoną dostępność rozmiaru. Zdarzały się sytuacje, gdzie lekarze mężczyźni obszernej postury byli zmuszeni zmieścić się do kombinezonów damskiego rozmiaru. Opinia lekarzy w sposób jasny ukazywała poczucie upokorzenia i pominięcia przez struktury władz jako kluczowego elementu postępowania z kryzysem. Wielu z nich, w kontekście sytuacji pandemicznej sprzed kilku lat, odniosło wrażenie, że stanowi jedynie przedmiot w planach antykryzysowych wyższych struktur, nie uwzględniono ich jako ludzi, również przeżywających zarówno kryzys wewnętrzny, jak i kryzys pandemii.

²³⁹ *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*. Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia, Warszawa 2018.

²⁴⁰ V. Krawczyk-Wasilewska, *COVID-19 jako paradygmat choroby globalnej*. LUD. Organ Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego i Komitetu Nauk Etnologicznych PAN, 104/2020, s. 155-184.

²⁴¹ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych w latach 2021-2023, skierowanych do lekarzy specjalistów. Analiza danych jakościowych odnosiła się do obszaru określającego kwestię środków ochrony osobistej oraz niezbędnego wyposażenia placówek medycznych.

Odnosząc się do sytuacji pandemicznej, na podstawie danych²⁴², można przytoczyć przykład braku wystarczającego zarządzania zasobami materialnymi, jakim jest niedostateczne zabezpieczenie oddziałów covidowych w postaci śluz i innych specjalistycznych zabezpieczeń. Z relacji lekarzy często wynika, że przez prawie cały okres trwania pandemii, ich oddziały nie były w sposób specjalistyczny zabezpieczone przed rozprzestrzenianiem się wirusa. Zabezpieczenia oddziałowe opierały się jedynie na prowizorycznych rozwiązaniach. Taki sposób działania w kontekście zasad materialnych przyczynia się do wzrostu niezadowolenia z pracy lekarzy oraz sprzyja rozwojowi sytuacji kryzysowych, właśnie ze względu na niedostosowanie warunków i zasobów do potencjalnego zagrożenia.



Rysunek 23. Kluczowe czynniki wpływające na skuteczność zarządzania kryzysowego w służbie zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Również kluczowym aspektem są technologie w medycynie oraz ich rola w zarządzaniu kryzysowym w polskich szpitalach. Coraz częściej technologie medyczne odgrywają istotną

²⁴² Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych w latach 2021-2023, skierowanych do pracowników ochrony zdrowia w Polsce. Analiza otrzymanych wypowiedzi dotyczyła sytuacji funkcjonowania placówek medycznych w obliczu kryzysu jakim była pandemia COVID-19.

rolę w funkcjonowaniu współczesnych szpitali²⁴³. Ich głównym założeniem jest poprawa jakości leczenia, skuteczności procesów oraz zdecydowanie szybszego reagowania w sytuacjach kryzysowych. Wykorzystywane technologie medyczne usprawniają pracę personelu medycznego i w większości przypadków mają za zadanie wspomagać jednostkę, człowieka, w kluczowych dla skuteczności zarządzania, zadaniach. Analizując czynniki finansowania i obrotu zasobów materialnych, również na tym polu można zaobserwować, że implementacja nowych technologii wiąże się z szeregiem wyzwań i ograniczeń w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Technologia medyczna opiera się na wielu specjalistycznych narzędziach oraz systemach, które współorganizuje diagnozowanie oraz pracę. W kontekście zarządzania kryzysowego systemy te powinny odgrywać kluczową rolę. Systemy telemedyczne usprawniają pracę polskich placówek medycznych w postaci możliwości konsultacji lekarskich zdalnie. Takie rozwiązanie przyczynia się przede wszystkim do odciążania polskich szpitali oraz redukcji potencjalnego ryzyka rozprzestrzeniania się różnych zakażeń, ze względu na redukcję kontaktów z chorymi pacjentami. Udogodnienia telemedyczne są dedykowane osobom przewlekle chorym, które na co dzień nie mają możliwości bezpośredniego skorzystania z opieki medycznej, na przykład ze względu na stan zdrowia czy ze względu na trudno dostępny region. Biorąc pod uwagę przeciążenia pojawiające się w polskich placówkach medycznych, oddelegowanie pacjentów niewymagających specjalistycznej konsultacji do zdalnego leczenia, przyczynia się do wzrostu skuteczności postępowania w trakcie pojawienia się sytuacji kryzysowej²⁴⁴. Z kolei zautomatyzowane systemy diagnostyczne umożliwiają zdecydowanie szybszą w efektach diagnostykę oraz lepsze zarządzanie zasobami medycznymi w nagłych sytuacjach. Są one znaczącym ułatwieniem w sytuacjach trudnych i nagłych ze względu na kluczowy, w tym względzie, czas reakcji. W kontekście zarządzania kryzysem, niezwykle przydatna w polskich szpitalach jest elektroniczna dokumentacja medyczna EDM, która ułatwia zdecydowanie szybszy dostęp do historii medycznej pacjenta, co jest kluczowe w szybkim postępowaniu leczenia jak i natychmiastowej interwencji. W Polsce, pomimo istnienia wspomnianego systemu, rozwija on się stopniowo i niestety technologia ta nadal jest jeszcze niedostatecznie rozwinięta, co często przekłada się na frustrację zarówno pacjenta jak i personelu medycznego. Istotnymi z punktu widzenia postępowania z kryzysami są systemy zarządzania szpitalem. Są to przede wszystkim narzędzia do zarządzania zasobami szpitalnymi, takimi jak personel, sprzęt medyczny czy w ogólnym rozumieniu logistyka szpitala.

²⁴³ *Technologie medyczne i ich wpływ na polski system zdrowia*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2023.

²⁴⁴ *Raport o stanie służby zdrowia w Polsce – 2023*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2023.

W sytuacjach trudnych dla funkcjonowania placówek medycznych, systemy te zapobiegają przeciążeniu systemu zdrowotnego i usprawniają jego działanie.

Technologie medyczne są kluczowym czynnikiem skutecznego zarządzania kryzysowego, mimo to wdrażanie ich w polskich szpitalach napotyka liczne problemy. Należy zwrócić szczególną uwagę na niedostateczne finansowanie i niedostateczną infrastrukturę umożliwiającą w pełni przystosowanie polskich placówek medycznych do korzystania z nowoczesnych technologii. Wprowadzanie technologii medycznych wiąże się z wysokimi kosztami, a polski system finansowania sektora ochrony zdrowia jest niewystarczająco wydolny, aby to zapewnić. W konsekwencji następuje nierówny podział w obrębie polskich szpitali, które mogą sobie na takie technologie pozwolić. Większość szpitali gminnych czy na poziomie regionalnym nie dysponuje wystarczającą ilością środków na wdrożenie systemów informatycznych. Z dostępnych raportów wynika, że Polska znacznie odstaje od krajów zachodnich w kontekście wydatków na technologie medyczne²⁴⁵. Co więcej obserwuje się występowanie braku jednolitych standardów technologicznych. W rezultacie utrudniona jest współpraca między placówkami, co przekłada się na problemy w sytuacjach kryzysowych. Niejednolite platformy zarządzania dokumentacją oraz zarządzania pacjentami prowadzą do trudności w komunikacji, opóźnień oraz trudności z koordynacją działań. Wprowadzenie technologii medycznych wymaga posiadania specjalistycznej wiedzy, dotyczącej zarządzania, konserwacji i utrzymania. Analizując problem braków kadrowych oraz problemów z rozwijaniem kompetencji personelu medycznego, można zauważyć, że polskie szpitale nie dysponują zapleczem wykwalifikowanego personelu, który mógłby obsługiwać zaawansowane systemy i w pełni je wykorzystywać. Widoczne to jest także w kontekście zasobów materialnych, a mianowicie serwisu i konserwacji takich sprzętów. Nowoczesne sprzęty medyczne wymagają regularnych przeglądów, które są wysoce kosztowne, co niestety nie wpisuje się w obecny stan finansowania sektora służby zdrowia. W wielu placówkach medycznych regularnie pojawiają się trudności z utrzymaniem sprzętu medycznego, co w konsekwencji prowadzi do licznych awarii i ograniczenia dostępności szczególnie w krytycznych momentach. Analizując raporty z przeprowadzonej przez Naczelną Izbę Lekarską kampanii, wynika, że zawód lekarza obarczony jest nie tylko problemem diagnozowania i leczenia pacjentów, ale również walką z systemem ochrony zdrowia jak i systemami informatycznymi, które najczęściej pozostają niesprawne²⁴⁶. Wielu z nich opisuje,

²⁴⁵ *Health at a Glance: Europe 2023*. OECD Publishing, Paryż 2023.

²⁴⁶ *My też jesteśmy ludźmi, nie jesteśmy systemem*. Kampania Samorządu Lekarskiego „Jestem Lekarzem, jestem człowiekiem”. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2024.

że systemy, które powinny pomagać są powolne i nie dopasowane do tempa pracy w polskich szpitalach, co prowadzi do licznych frustracji i znajduje odzwierciedlenie w niższej jakości świadczonych usług. Lekarze potwierdzają, że polskie placówki medyczne nie dysponują odpowiednio wykwalifikowanymi informatykami, którzy mogliby stanowić wsparcie w tym aspekcie. Co więcej przeprowadzana kampania Naczelnej Izby Lekarskiej pokazuje obecne nieprawidłowości w systemie ochrony zdrowia oraz uwypukla niezbędne zmiany, które warunkują prawidłowe działanie danego systemu. W myśl tej kampanii, każdorazowo lekarz powinien posiadać asystenta, który będzie zajmował się wyłącznie technologiami informacyjnymi, na przykład poprzez uzupełnianie kart pacjenta i monitorowanie przebiegu wizyty. W kontekście zarządzania kryzysowego personel medyczny zostałby odciążony kwestiami organizacyjnymi systemu zdrowia, co wpłynęłoby na skuteczne leczenie pacjentów i zarządzanie sytuacjami kryzysowymi. W szczególności, rozpatrując obecną sytuację lekarzy i pielęgniarek w polskich szpitalach w charakterze kryzysu wewnętrznego, należy mieć na względzie minimalizację ryzyka wypalenia zawodowego i poprawę warunków pracy, co ewidentnie wpływa na zarządzanie kryzysem. Choć nowe technologie medyczne posiadają ogromny potencjał w kontekście skutecznego zarządzania kryzysem, należy zwrócić w pierwszej kolejności uwagę na zasoby finansowe i zasoby materialne umożliwiające wdrożenie takich systemów. Pominięcie aspektu ludzkiego i codziennego funkcjonowania lekarzy stanowi jawne niedopatrzenie.

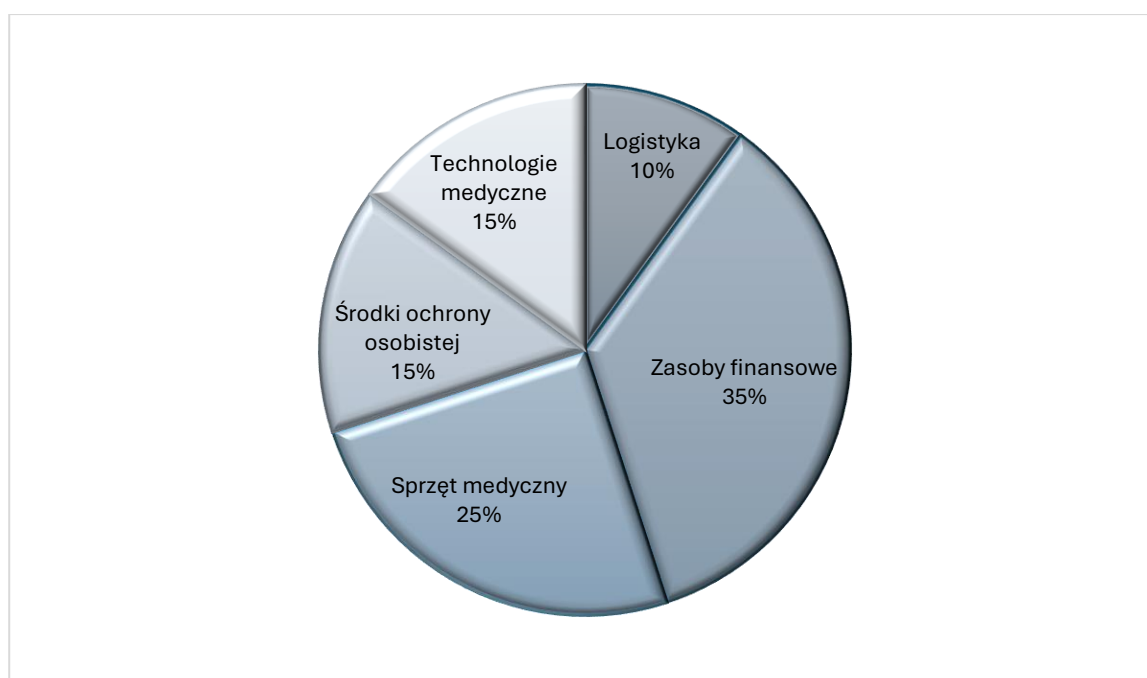
Omawiane czynniki wpływające na zarządzanie kryzysowe w kontekście pełnionej roli i występujących problemów pokazuje tabela 6.

Tabela 6. Porównanie wpływu różnych zasobów na zarządzanie kryzysowe

Zasób	Rola w zarządzaniu kryzysowym	Problemy w Polsce (2024)
Zasoby finansowe	Umożliwiają szybkie reagowanie, zakup sprzętu i leków. Odpowiadają za modernizację i wynagradzanie personelu	Ograniczone budżety, niedobory finansowe w szpitalach
Sprzęt medyczny	Kluczowy w celu diagnozowania i leczenia pacjentów w sytuacjach kryzysowych	Niedobory nowoczesnego sprzętu, szczególnie w szpitalach powiatowych
Środki ochrony osobistej	Chronią personel medyczny przed zakażeniami, co zapewnia ciągłość pracy szpitali	Okresowe braki, szczególnie w mniejszych ośrodkach
Technologie medyczne	Wzrost poprawy diagnostyki i leczenia, wzrost skuteczności procesów oraz szybkości reagowania w sytuacjach kryzysowych. Odciążenie pracy lekarzy	Brak wykwalifikowanej kadry do wprowadzenia technologii, zbyt wysokie koszty konserwacji, co wiąże się z awariami. Brak ujednoczonego systemu
Logistyka i zaopatrzenie	Sprawną dystrybucją materiałów i leków, niezbędna w sytuacjach kryzysowych	Opóźnienia w dostawach, problemy z łańcuchami dostaw

Źródło: opracowanie własne.

Dostępność zasobów finansowych i materialnych przekłada się bezpośrednio na skuteczność zarządzania kryzysowego w polskim sektorze ochrony zdrowia. Odpowiednie finansowanie i zaopatrzenie placówek medycznych w odpowiednie zasoby materialne warunkuje wydolność instytucji zdrowotnych. Niedostateczne finansowanie i opisywane niedobory sprzętu medycznego oraz innych kluczowych aspektów negatywnie wpływa na zarządzanie kryzysem wewnętrznym, jak i zewnętrznym, szczególnie w sytuacjach nagłych i powoduje wzrost liczby pacjentów podczas epidemii, katastrof naturalnych czy innych sytuacji nagłych. Aby móc lepiej zobrazować wpływ zasobów materialnych jak i kwestii finansowania na zarządzanie kryzysowe, warto zaprezentować dane czynniki w ujęciu procentowym, co prezentuje wykres 1.

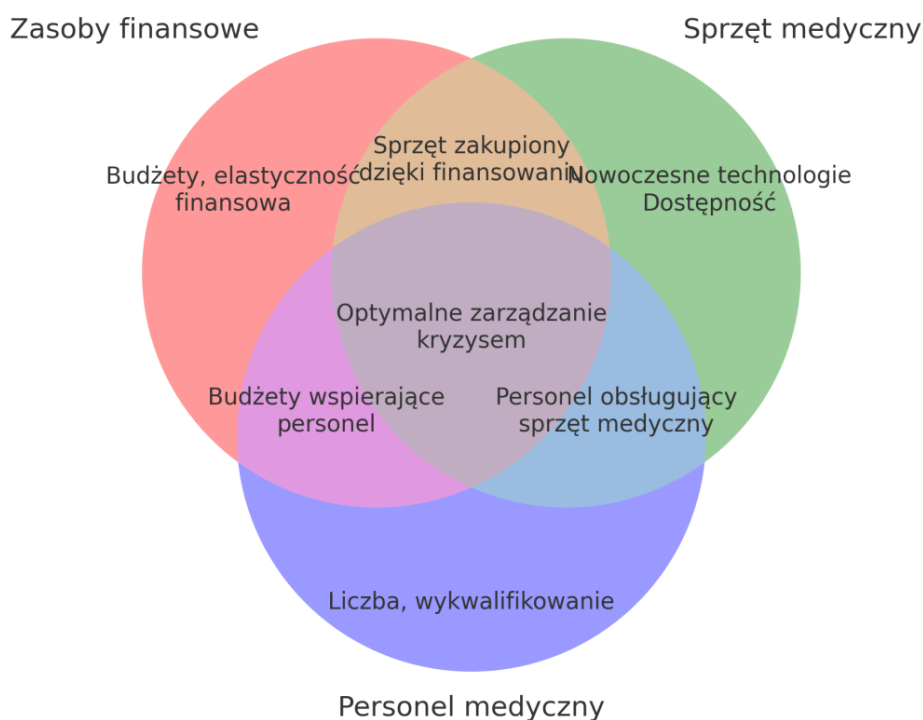


Wykres 1. Procentowy wpływ zasobów na zarządzanie kryzysowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS: *Zdrowie i opieka zdrowotna w Polsce w latach 2022-2023*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2023.

Uwzględniając wszystkie powyższe aspekty, skuteczność zarządzania kryzysowego w polskim sektorze ochrony zdrowia, uzależniona jest przede wszystkim od poprawy zaopatrzenia placówek w odpowiedni sprzęt specjalistyczny oraz możliwie dostępne technologie medyczne, jak również od zwiększenia zasobów finansowych oraz usprawnienia logistyki. Bez odpowiednich zasobów materialnych i finansowych, placówki medyczne nie są w stanie skutecznie reagować na dynamicznie zmieniające się warunki otoczenia, co przyczynia się do pogłębiania strat o charakterze zdrowotnym i operacyjnym. Co więcej bez odpowiednich

zasobów oraz działań doskonalących warunki pracy, kryzys wewnętrzny dotyczący lekarzy i pielęgniarek, będzie się pogłębiał, uniemożliwiając zmiany sytuacji w strukturach zarządzania kryzysowego o charakterze zewnętrznym. Dlatego też wymienione w niniejszym podrozdziale czynniki są kluczowe w kwestii zarządzania kryzysem i powinny zostać uwzględnione nie tylko w nagłych sytuacjach kryzysowych, ale również w trakcie codziennego, obecnie trwającego, kryzysu w polskich szpitalach.



Rysunek 24. Prawidłowy schemat czynników wpływających na skuteczne zarządzanie kryzysowe

Źródło: opracowanie własne.

W niniejszym podrozdziale autorka dysertacji przedstawiła kluczowe aspekty skutecznego zarządzania kryzysowego w kontekście czynników takich jak finansowanie i obrót zasobami materialnymi. Szczegółowo opisała istotną rolę wskazanych czynników w postępowaniu z sytuacją kryzysową i uwypukliła obecnie występujące trudności związane z kwestią finansowania i zasobami materialnymi. Autorka odniosła się do danych statystycznych, jak również nawiązała do wyników otrzymanych z osobiście

przeprowadzonych badań jakościowych polegających na prowadzeniu wywiadów z personelem medycznym różnych placówek medycznych w kraju. Tym samym została potwierdzona hipoteza szczegółowa określająca znaczenie stopnia przygotowania infrastruktury oraz dostępności zasobów finansowych i materialnych dla skuteczności zarządzania kryzysowego.

4.2. Strukturalne i organizacyjne determinanty zarządzania kryzysowego

Kluczowe czynniki determinujące skuteczność zarządzania kryzysowego o charakterze wewnętrznym, jak i zewnętrznym, można podzielić również na strukturalne i organizacyjne. Odnosząc się do sektora służby zdrowia w Polsce, należy zwrócić szczególną uwagę na konkretne czynniki strukturalne, które mają proporcjonalne przełożenie na skuteczność zarządzania kryzysowego w trudnych i nagłych sytuacjach oraz podczas zmagania się z codziennymi wyzwaniami. Spośród różnorodnych czynników i determinant strukturalnych szczególnie należy zaakcentować kwestie zapewnienia wystarczającej ilości personelu medycznego. Niezależnie od hierarchii i struktury systemu zdrowia w Polsce, to właśnie odpowiednia liczba lekarzy i pielęgniarek determinuje jakość świadczonych usług oraz poziom postępowania z kryzysem. Co więcej, odpowiednia liczba personelu medycznego gwarantuje usprawnianie procesów diagnozy i leczenia szpitalnego, stanowiąc wzrost odczuwania warunków pracy jako satysfakcjonujących, a tym samym znacznie ułatwia pacjentom dostęp do specjalistycznej opieki. Wystarczająca liczba personelu medycznego pozwala społeczeństwu na korzystanie ze świadczeń w obrębie swojego regionu, niwelując konieczność migrowania do różnych miast w celu poszukiwania odpowiedniej pomocy. Zabezpieczenie systemu ochrony zdrowia w Polsce pod kątem wystarczającej kadry jest kluczowe w celu określenia skutecznego zarządzania kryzysem. Z punktu widzenia czynników strukturalnych, w polskim sektorze zdrowia, czynnik zasobów kadrowych jest jednym z najważniejszych. Bez określenia standardów i odpowiednich norm w tym zakresie, nie można mówić o jakimkolwiek, właściwie funkcjonującym poziomie strukturalnym w Polsce.

Niestety w Polsce można zaobserwować niepokojącą sytuację prognostyczną dotyczącą występujących braków kadrowych. Brak wykwalifikowanego personelu medycznego jest jednym z najpoważniejszych wyzwań strukturalnych w polskim systemie ochrony zdrowia.

Polska od lat zмага się z dużymi niedoborami wśród lekarzy i pielęgniarek²⁴⁷. Sytuacje kryzysowe minionych lat, takie jak pandemia COVID-19, pokazały, że problem ten stale się pogłębia, a wszelkie działania rządowe mające na celu zminimalizowanie owej sytuacji są powierzchowne i mało skuteczne w perspektywie przyszłości. Istniejące niedobory kadrowe mają swoje negatywne konsekwencje w codziennej pracy lekarzy. Stanowią utrudnienie w procesach leczenia i postępowania w przypadku obciążenia nadmiernymi obowiązkami w przeliczeniu na jednego lekarza oraz przede wszystkim są uciążliwe z punktu widzenia pacjentów, a w kontekście zarządzania kryzysem to właśnie bezpieczeństwo obywateli stanowi najwyższą wartość. Pomimo codziennego charakteru niedostatecznej liczby lekarzy i pielęgniarek, w sytuacjach nagłych i nieprzewidzianych, kiedy system ochrony zdrowia staje się przeciążony, niedobory kadrowe są szczególnie odczuwalne. Odnosi się to zdecydowanie do lekarzy specjalistów. Polska posiada jeden z najniższych wskaźników liczby lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców, w Unii Europejskiej²⁴⁸. Według dostępnych raportów, według stanu na 2024 rok, istniejące braki specjalizacyjne sięgają nawet kilkudziesięciu procent. Oznacza to, że polski system ochrony zdrowia nie nadąża za rosnącymi potrzebami zdrowotnymi w kraju. Najbardziej dotkliwe braki kadrowe uwidaczniają się w następujących specjalizacjach²⁴⁹:

- pediatria – według dostępnych raportów, w 2022 roku w Polsce, aktywnych zawodowo było 13 578 pediatrów, co stanowi zdecydowanie niewystarczającą ilość specjalistów mogących zaspokoić potrzeby zdrowotne małych pacjentów. Szacuje się, że w tej specjalizacji minimalnym kryterium niezbędnym do osiągnięcia jest 830 lekarzy więcej;
- choroby wewnętrzne – lekarz internista stanowi specjalizację medyczną, którą cechuje największy odsetek braków kadrowych. Interniści stanowią jedną z najważniejszych specjalizacji w kontekście pierwszego kontaktu z chorobami wewnętrznymi. Często w sytuacjach kryzysowych i nagłych to właśnie te specjalizacje będą odgrywały kluczową rolę, tak jak miało to miejsce w sytuacji pandemii, gdzie większość oddziałów internistycznych zostało przekształconych w oddziały typowo covidowe, charakteryzujące się najbardziej zintensyfikowanym działaniem w kryzysie. Według dostępnych prognoz do 2028 roku szacuje się utratę 2 471 specjalistów;

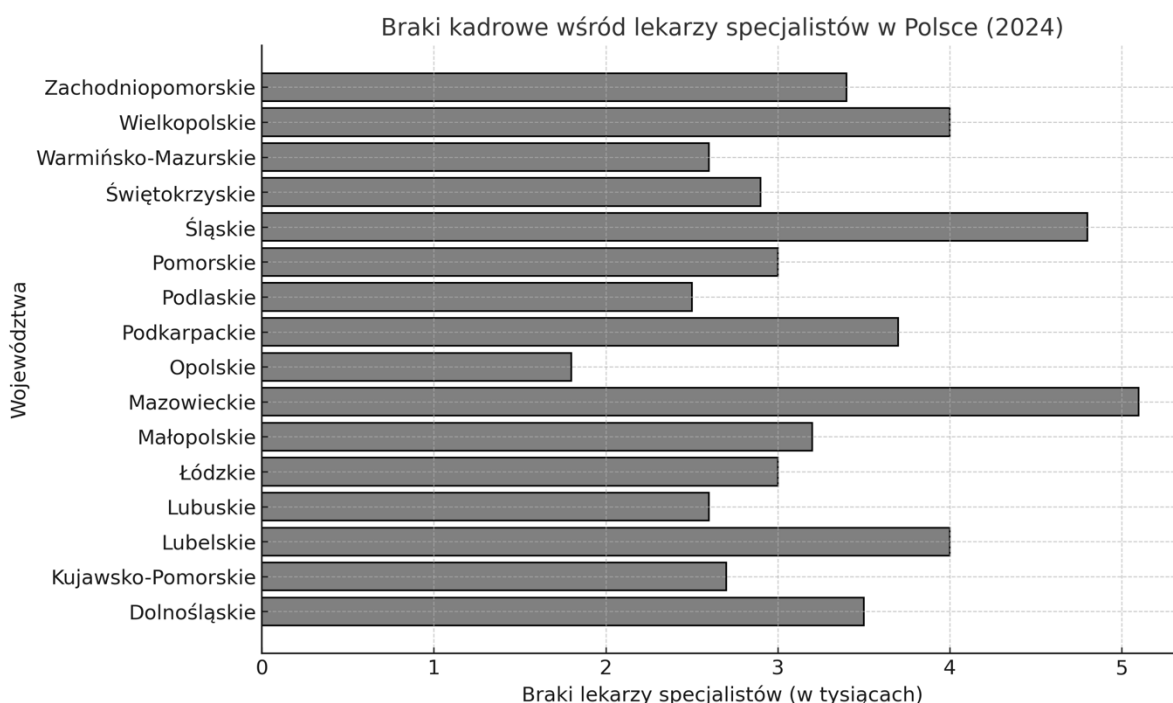
²⁴⁷ *Stan liczbowy lekarzy i lekarzy dentyistów według województw*. Centralny Rejestr Lekarzy RP. Naczelna Izba Lekarska, 2022.

²⁴⁸ *State of Health in the EU: Poland – Country Health Profile 2023*. European Commission, Brussels 2023.

²⁴⁹ *Braki kadrowe wśród lekarzy specjalistów w Polsce*. Dane Centralnego Rejestru Lekarzy. Naczelna Izba Lekarska, 2023.

- psychiatria – jest to specjalizacja, która w całej swojej działalności obcuje z sytuacjami kryzysowymi dla pacjentów. Psychiatria, stojąc na czele różnych specjalizacji, ukazuje szereg deficytów kadrowych niezależnie od województwa, sprawiając, że możliwość dostępu do lekarza psychiatry obciążona jest nadmiernie długim okresem oczekiwania, co jak wiadomo w przypadku chorób psychicznych i trudności natury psychicznej jest sytuacją mocno zagrażającą życiu. W Polsce brakuje około 3,6 tysiąca lekarzy psychiatrów, a liczba dostępnych lekarzy stanowi tylko 52% rekomendowanego poziomu. Analizując sytuację w Polsce, psychiatria dziecięca osiąga stan dramatyczny;
- chirurgia ogólna – szacuje się, do 2028 roku, utratę 795 specjalistów.

Braki kadrowe w sektorze służby zdrowia w Polsce są szczególnie odczuwalne niezależnie od województwa i danego regionu Polski. Niewystarczająca liczba lekarzy i pielęgniarek negatywnie wpływa na dostępność usług medycznych, co obciąża już istniejący ograniczony personel. Wykres 2 ilustruje zebrane dane dotyczące braków kadrowych wśród lekarzy specjalistów w poszczególnych województwach Polski.

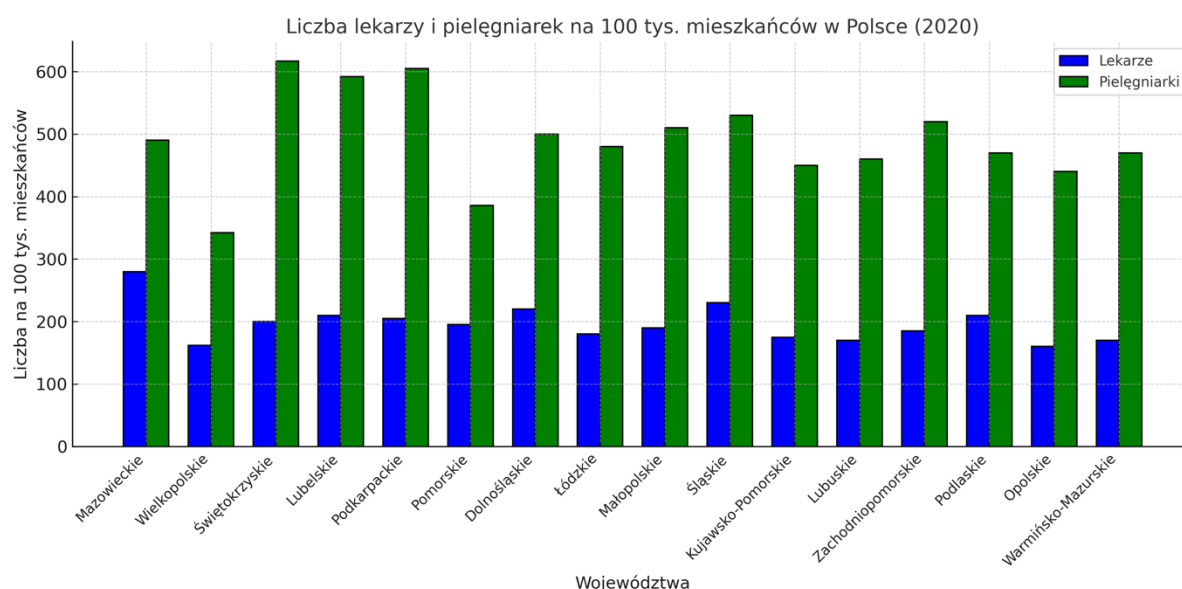


Wykres 2. Braki kadrowe wśród lekarzy specjalistów w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Stan liczbowy lekarzy i lekarzy dentyistów według województw*. Centralny Rejestr Lekarzy RP. Naczelna Izba Lekarska, 2022.

Istniejące niedobory kadrowe wśród personelu medycznego mogą wynikać z kilku czynników. Pierwszym z nich są niskie wynagrodzenia. W ostatnich latach można było zaobserwować

wzrost płac dla medyków, mimo to na tle krajów zachodnich wynagrodzenia w służbie zdrowia w Polsce są nadal niekonkurencyjne²⁵⁰. Wystarczające wynagrodzenie za świadczenie usług medycznych, często przekłada się na decyzje podejmowaną przez medyków dotyczącą emigracji z kraju i podjęcia zawodu w innym kraju o lepszych warunkach pracy. Jest to szczególnie negatywne zjawisko dla Polski ze względu na jeszcze bardziej pogłębiające się zjawisko braków kadrowych. W Polsce obserwuje się oprócz niedoborów wykwalifikowanego personelu medycznego, także nierównomierne rozmieszczenie danych specjalności. Nierówności w rozmieszczeniu kadry medycznej istotnie wpływają na dostępność do konkretnych świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju. Analizując sytuację, Polska ma jeden z najniższych wskaźników liczby lekarzy na 1000 mieszkańców w Unii Europejskiej²⁵¹. Niestety warunkuje to nadmierne obciążenie personelu i zdecydowane zmniejszenie skuteczności pracy w sytuacjach kryzysowych.



Wykres 3. Liczba personelu medycznego na 100 tysięcy mieszkańców w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS: *Zdrowie i opieka zdrowotna w Polsce w latach 2022-2023*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2023.

Kolejnym czynnikiem pogłębiającym braki kadrowe są niewystarczające szkolenia i rozwój. System kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych w Polsce nie nadąża za rosnącymi potrzebami i nie jest w stanie zapewnić przygotowania wystarczającej liczby

²⁵⁰ G. Mazur, A. Zieliński, *Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce: Problemy i wyzwania*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2023.

²⁵¹ WHO Health System Response Monitor: Poland, 2023.

wykwalifikowanego personelu. Według raportu Najwyższej Izby Kontroli²⁵², Ministerstwo Zdrowia, jako naczelny organ struktury ochrony zdrowia w Polsce, nie zastosował Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, co spowodowało niedostateczne gromadzenie informacji umożliwiających określenie zapotrzebowania na odpowiednie szkolenia w danej dziedzinie medycyny. Brak kształcenia odpowiedniej kadry medycznej, w odpowiedzi na zapotrzebowanie zdrowotne społeczeństwa, prowadzi do pogłębiania się odczuwania niedoborów kadrowych w obecnych strukturach, co często prowadzi do przeciążenia pracowników medycznych i zwiększenia ryzyka popełniania błędów. Na podstawie zebranych informacji od pracowników medycznych, można stwierdzić, że obecny program kształcenia przyszłych medyków pozostaje z roku na rok coraz bardziej ubogi w wiedzę teoretyczną, a zakres wiedzy praktycznej podczas staży jest niewystarczający. Na podstawie powyższych treści, można wnioskować, że działania mające na celu postępowanie z kryzysem w postaci niedoborów kadrowych niestety nie są wprost proporcjonalne do jakości kwalifikacji przyszłych pracowników medycznych. Pomimo dostępności na rynku nowych zasobów lekarzy i pielęgniarek, problem dotyczący braku specjalistycznej kadry jest nadal zauważalny, ze względu na niską jakość, świadczonych przez nowych pracowników, usług.

Na podstawie przeprowadzanych analiz można zauważyć szereg uchybień ze strony Ministerstwa Zdrowia dotyczących kontrolowania i monitorowania zapotrzebowania specjalistycznego w danym regionie w Polsce. Kontrola Najwyższej Izby Kontroli wykazała liczne braki w tworzeniu map potrzeb zdrowotnych, monitorowaniu kształcenia pracowników bądź wprowadzania mechanizmów szacowania skali emigracji personelu medycznego. Wszelkie niedociągnięcia znacznie zredukowały skuteczność działań antykryzysowych Ministerstwa Zdrowia, co przyczyniało się do dalszego trwania sytuacji kryzysowej²⁵³. Występujące niedobory kadrowe przekładają się w większości przypadków na nadmierną pracę, często ponad zakontraktowany wymiar godzinowy pracy. Praca personelu medycznego w Polsce różni się w praktyce od założeń stawianych w kodeksie pracy. W kontekście wymiaru czasu pracy lekarzy, czas ten określony jest na 48 godzin w tygodniu. Rzeczywistość polskich placówek medycznych ukazuje sytuacje, w których polscy lekarze pracują zdecydowanie dłużej. Według przeprowadzonych badań, szacuje się, że średni czas pracy w zawodzie

²⁵² Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Najwyższa Izba Kontroli. Departament Zdrowia, Warszawa 2018

²⁵³ Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Najwyższa Izba Kontroli. Departament Zdrowia, Warszawa 2018.

medycznym obecnie wynosi od 70 do 80 godzin tygodniowo²⁵⁴. Pełnienie nadmiarowych dyżurów w szpitalach przez lekarzy kontraktowych ma na celu złagodzenie niekorzystnych skutków braków kadrowych oraz niewystarczającego dostępu do lekarzy specjalistów. W niemal około 41% szpitali, lekarze podejmowali się dwóch lub więcej następujących po sobie dyżurów medycznych, niezależnie od swojego etatowego wymiaru czasu pracy. Nadmierna liczba godzin pracy medyków przekłada się na ryzyko braku jakości i staranności świadczonych usług, co może w przyszłości stanowić czynnik pogłębiający istniejący kryzys²⁵⁵. Znajduje to także odzwierciedlenie w zjawisku braku zachowania niezbędnej ilości czasu urlopowego, co pokazuje niedopatrzenie w przepisach oraz ukazuje nadmierne obciążenie systemu ochrony zdrowia. Aby mówić o skutecznym zarządzaniu kryzysowym w nagle pojawiającej się trudnej sytuacji, tak jak pandemia czy klęski żywiołowe, należy w pierwszej kolejności zadbać o kluczowy czynnik, jakim jest odpowiedni zasób kadry medycznej. Bez odpowiedniego przygotowania struktury funkcjonowania polskich placówek medycznych w postaci dostępu do wystarczającej liczby specjalistów i unormowanego czasu pracy i urlopów, nie sposób mówić o skutecznym poziomie postępowania z kryzysem. Dlatego też kwestie kadrowe stanowią najważniejszy determinant strukturalny zarządzania kryzysowego.

Kolejnymi kluczowymi determinantami skutecznego zarządzania kryzysowego są czynniki organizacyjne. Zarządzanie kryzysowe w polskim systemie ochrony zdrowia jest procesem złożonym, na który składa się wykorzystywanie wielu zasobów, strategii oraz niezbędnych organizacyjnych procedur. Wśród czynników organizacyjnych, przede wszystkim można wskazać na scentralizowany system zarządzania w ochronie zdrowia, aspekt koordynacji placówek, elastyczność organizacyjną oraz wyzwania administracyjne, które stoją przed personelem medycznym. Na podstawie otrzymanych wyników z przeprowadzonych badań²⁵⁶ jasno wynika, że struktura organizacyjna i łańcuch dowodzenia oraz elastyczne procesy decyzyjne w sposób znaczący przyczyniają się do określenia skuteczności strategii zarządzania kryzysowego. Struktura zarządzania służbą zdrowia w Polsce jest silnie scentralizowana. Oznacza to, że wszelkie niezbędne decyzje dotyczące zasobów, nowoczesnej technologii, kwestii decyzyjnych czy infrastruktury medycznej podejmowane są z poziomu

²⁵⁴ R. Patryn, Regulacje prawne dotyczące czasu pracy lekarza. *Neurologia praktyczna*, 3/2017.

²⁵⁵ Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Najwyższa Izba Kontroli. Departament Zdrowia, Warszawa 2018

²⁵⁶ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych w latach 2021-2023, skierowanych do pracowników służby zdrowia w Polsce. Wyniki zostały opracowane na podstawie obserwacji i wypowiedzi lekarzy dotyczących procesów decyzyjnych i struktur organizacyjnych w placówkach medycznych.

centralnego, czyli przez Ministerstwo Zdrowia²⁵⁷. Centralizacja zarządzania systemem ochrony zdrowia przyczynia się do ujednoczenia procedur decyzyjnych oraz określa uniwersalne standardy dotyczące działań antykrzysowych. Umożliwia właściwą koordynację działań z poziomu krajowego, szczególnie podczas kryzysów zewnętrznych, jak na przykład sytuacji epidemiologiczne. Podejmowanie decyzji z poziomu centralnego wpływa na planowanie wydatkowania zasobów oraz reagowania na sytuacje kryzysowe w wymiarze ogólnokrajowym. Pomimo niewątpliwych zalet i korzyści centralnego zarządzania oraz pozytywnego wpływu na mechanizmy postępowania z kryzysami ogólnokrajowymi, czynnik ten ma również szereg wad i niekorzystnych konsekwencji. Analizując sytuacje polskich placówek medycznych w sektorze ochrony zdrowia, zauważa się, że scentralizowany system zarządzania ochroną zdrowia ogranicza autonomię lokalnych placówek medycznych²⁵⁸. Mówiąc o kryzysie wewnętrznym, który ma miejsce w jednostkach zdrowia publicznego, należy wziąć pod uwagę, że to właśnie te placówki są najlepiej zorientowane w lokalnych potrzebach zdrowotnych. Podejmowanie decyzji tylko z poziomu centralnego wpływa na elastyczność w zarządzaniu kryzysami na poziomie regionalnym, co prowadzi często do wystąpienia trudności w szybkim dostosowaniu działań do zmieniających się warunków oraz może stanowić utrudnienie w szybkim podejmowaniu decyzji dotyczących reorganizacji pracy w placówkach medycznych i alokacji zasobów.

Niezwykle ważna jest również elastyczność organizacyjna placówek medycznych. Jest to czynnik, który ewidentnie wpływa na zdolność do skutecznego zarządzania kryzysami. Polskie szpitale i pozostałe instytucje opieki zdrowotnej funkcjonują według określonych procedur oraz przepisów prawnych. Wiele z tych regulaminów i procedur nie jest dostosowane do dynamicznie zmieniających się warunków w placówkach medycznych, co generuje pogłębianie się kryzysu i opóźnienia w podejmowaniu kluczowych reakcji. Praca lekarzy jest ściśle powiązana z miejscem pracy, do którego przypisane są odgórne regulacje, które nakreślają charakter pracy i działania całego zespołu. Personel medyczny jest zobowiązany do działania według hierarchicznego układu pozycji zawodowych, odgórnie narzuconych działań, sposobu komunikacji służbowej czy poddawania się formalnoprawnym sankcjom i karom. Świadczenie usług medycznych przez lekarzy i pielęgniarki poddawane jest ścisłym naciskom ze strony państwa i administracji oraz systemowi kontroli wewnętrznej. W przypadku

²⁵⁷ *Raport o stanie służby zdrowia w Polsce – 2023*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2023.

²⁵⁸ R. Ditrich, *Ilu jest lekarzy w Polsce? Jakich specjalistów brakuje najczęściej?* *Obserwator Gospodarczy*, 27/2022.

większości placówek medycznych praca ta odbywa się pod ciągłym nadzorem i dyscypliną administracyjną, co wiąże się z narzucaniem standardów moralnoetycznych²⁵⁹.

Brak elastyczności organizacyjnej powoduje, że personel medyczny często musi zmagać się z ograniczeniami strukturalnymi instytucji, a nie dobrem pacjentów. Występowanie sztywnych procedur uniemożliwia szybką reorganizację pracy zespołów medycznych, tworzenie nowych harmonogramów i dostosowywanie procedur do lokalnych potrzeb sytuacji kryzysowej. Koordynowanie działań w trakcie kryzysu wewnętrznego, jak i zewnętrznego z poziomu centralnego oraz brak elastyczności pogłębia zjawisko wypalenia zawodowego u lekarzy, obniżenie skuteczności świadczonych usług oraz dezintegrację pracy całego zespołu. Aby mówić o skutecznych strategiach zarządzania kryzysowego należy respektować bezwzględną potrzebę elastyczności organizacyjnej, tak aby posiadać zdolność do reorganizacji zasobów, tworzenia nowych zespołów kryzysowych i modyfikacji planów kryzysowych w zależności od rozwoju sytuacji zarówno z poziomu regionalnego jak i krajowego.

Kolejnym niezbędnym czynnikiem warunkującym skuteczne postępowanie z kryzysem jest kwestia odpowiedniej koordynacji między placówkami zdrowotnymi. Istotnym jest, aby w kraju występowały skoordynowane działania pomiędzy różnymi placówkami medycznymi, od placówek podstawowej opieki zdrowotnej poczynając, poprzez poradnie specjalistyczne, a kończąc na szpitalach. Odpowiednia koordynacja między placówkami zdrowotnymi i prawidłowo funkcjonujący przepływ informacji między nimi umożliwi sprawne organizowanie działań kryzysowych, uwzględniających dostępne zasoby. Brak odpowiedniej koordynacji pomiędzy placówkami medycznymi przyczynia się do wzrostu przeciążeń systemu i nieodpowiedniego zarządzania kryzysem²⁶⁰. W Polsce sytuacja ta jest zmienna i różni się w zależności od danego regionu i danej placówki medycznej. W analizie ogólnokrajowej brak koordynacji między placówkami jest głównym wyzwaniem dla służby zdrowia. Jeden z większych kryzysów w ostatnich latach, jaki miał miejsce w Polsce, a mianowicie pandemia COVID-19, uwidocznili wadliwy system przepływu informacji między placówkami i skoordynowanych działań. Brak koordynacji między placówkami zajmującymi się leczeniem pacjentów zakażonych koronawirusem spowodowało przeciążenia wybranych szpitali, podczas gdy inne posiadały wystarczające zasoby, aby odciążać przepelnione szpitale. Konsekwencją tego było odsyłanie pacjentów z jednej placówki do drugiej bądź oczekiwanie

²⁵⁹ B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.

²⁶⁰ G. Mazur, A. Zieliński, (2023). *Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce: Problemy i wyzwania*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2023.

w kilkunastogodzinnych kolejkach w karetkach²⁶¹. Wszelkie tego typu sytuacje, powodują eskalację sytuacji kryzysowej zarówno w rozumieniu zewnętrznym jak i krajowym, również przyczyniając się do pogłębiania się negatywnego obrazu wizerunkowego systemu ochrony zdrowia w Polsce, co wpływa na pogłębienie się kryzysu wewnętrznego w placówkach medycznych i zwiększenie ryzyka wypalenia zawodowego wśród lekarzy stanowiących ostatnie ogniwo skutecznego zarządzania kryzysem.

W przypadku strukturalnych i organizacyjnych determinant świadczących o skutecznym zarządzaniu kryzysowym, istotnym jest również zwrócenie uwagi na administracyjne wyzwania w polskich placówkach medycznych. Optymalna sytuacja kryzysowa zakłada prawidłowe korzystanie ze wszystkich czynników i determinant ułatwiających postępowanie z kryzysem.

Analiza funkcjonowania polskich szpitali i obecnie trwającego kryzysu wewnętrznego uwypukla pojawiające się wyzwanie administracyjne w postaci nadmiaru biurokracji. Według relacji polskich lekarzy, zebranych podczas przeprowadzanych badań jakościowych²⁶² wynika, że proces podejmowania decyzji, zarówno podczas codziennej pracy medycznej, jak i w trakcie dużych sytuacji kryzysowych, jest często nadmiarowo długi, co przyczynia się do opóźnionej reakcji na nagle występujące wydarzenia. Ze względu na scentralizowany poziom administracji, personel medyczny musi oczekiwać na konkretną decyzję w sprawie działań od decydentów na poziomie centralnym. Długa droga administracyjna zmusza polskie placówki medyczne do długiego okresu oczekiwania na decyzje dotyczące zarządzania zasobami, co niestety przekłada się na trudności w szybkim reagowaniu na problemy lokalne oraz skuteczne zarządzanie kryzysem. W świetle administracyjnym, skuteczne zarządzanie, powinno uwzględniać włączanie usprawnień dotyczących dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Wprowadzanie zintegrowanych systemów informatycznych w sposób korzystny wpływa na koordynację działań w sytuacjach kryzysowych. Niestety ze względu na opisane powyżej trudności w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce, administracja ta najczęściej jest oparta na dokumentacji papierowej, co pogłębia problem nadmiernej biurokracji i frustracji personelu medycznego²⁶³.

²⁶¹ *Priorytety zdrowia publicznego w świetle doświadczeń pandemii COVID-19*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Instytut Badawczy, 2023.

²⁶² Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych w latach 2021-2023 skierowanych do lekarzy specjalistów. Analiza zebranych danych odnosiła się do kwestii wyzwań administracyjnych i organizacyjnych pracy zawodów medycznych.

²⁶³ *Raport na temat dostępności usług medycznych w Polsce: Stan na rok 2022*. Fundacja My Pacjenci, Warszawa 2022.

Zarządzanie kryzysowe w sektorze ochrony zdrowia w Polsce jest uzależnione od wielu czynników strukturalnych i organizacyjnych. W niniejszym rozdziale autorka zaprezentowała kluczowe elementy determinujące skuteczne zarządzanie kryzysowe oraz scharakteryzowała obecny stan w polskich placówkach medycznych. W swoich rozważaniach, na podstawie literatury specjalistycznej oraz analizy własnych badań, wskazała na trudności w systemie ochrony zdrowia oraz występujące nieścisłości i uchybienia, które mają swoje przełożenie na zarządzanie kryzysowe. Poprzez zaprezentowanie i scharakteryzowanie obecnego funkcjonowania służby zdrowia oraz wyznaczenia kluczowych czynników wpływających na skuteczność zarządzania kryzysem, ukazała niezbędność wdrożenia reform, które poprawią dostępność zasobów, koordynację działań oraz stanowiąc będą wsparcie dla personelu medycznego, stanowiąc kluczowe aspekty dla poprawy umiejętności postępowania z kryzysem.

4.3. Kompetencje menedżerów i personelu medycznego

W polskim systemie ochrony zdrowia kompetencje menedżerów i personelu medycznego są kluczowym elementem skutecznego zarządzania kryzysowego. Bez odpowiedniej wiedzy specjalistycznej oraz kompetencji zarówno technicznych, jak i społecznych, nie sposób mówić o jakiegokolwiek możliwości powstrzymania i eliminacji kryzysu. Oprócz istotnych czynników organizacyjno-strukturalnych oraz kwestii finansowania i zarządzania zasobami, to właśnie kompetencje całego zespołu zarządzającego systemem zdrowia warunkują stopień zażegnania kryzysu oraz jakość prowadzonych działań antykryzysowych. Sektor służby zdrowia przede wszystkim skupia się na organizacji opieki medycznej, uwzględniając przy tym bezpieczeństwo pacjenta w warunkach instytucji zdrowotnych, jak również ogólne poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkich obywateli. Organizacja opieki uwzględnia rozwój zespołu terapeutycznego, tak, aby w trudnych i obciążających sytuacjach, kierował procesem w oparciu o kompetencje komunikacji, współpracy i kierowania. Funkcjonowanie placówek medycznych, a tym samym systemu ochrony zdrowia, podyktowane jest przez istotny czynnik, jakim jest kapitał ludzki, a w szczególności kapitał intelektualny podmiotu leczniczego. Za jakość i poziom funkcjonowania tych instytucji odpowiadają kompetencje pracowników medycznych oraz kadry zarządzającej. Brak odpowiedniego zarządzania kompetencjami zarówno menedżerskimi jak i pracowników, skutkuje obniżeniem sprawności organizacyjnej organizacji. Dlatego też

niezwykle istotnym jest zwrócenie uwagi na kompetencje menedżerskie i personelu medycznego jako czynnika determinującego potencjał sprawnego funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia.

Warto zwrócić uwagę, w pierwszej kolejności, na zasoby i niezbędne cechy wymagane w pracy menedżera. Analizując sytuację polskich placówek medycznych, w szczególności szpitali, można zaobserwować dosyć częste zjawisko powoływania na stanowiska kierownicze osób jedynie z autorytetem medycznym²⁶⁴. Taki zabieg nie zawsze okazuje się skuteczny, ze względu na istniejące kluczowe braki wiedzy na temat podstawowych zasad i procedur zarządzania organizacją. Choć z punktu widzenia medycznego, osoba z autorytetem medycznym będzie w sposób skuteczny zarządzała procesami leczenia, to z perspektywy decyzyjności i administracji, na tle ekonomicznym może wykazać się niewystarczającą wiedzą z zakresu zarządzania. Stąd też optymalna sytuacja w placówkach medycznych wymaga obsadzania w rolach kierowniczych osób, które cechują się zarówno kompetencjami menedżerskimi, jak i medycznymi. Jest to istotne z punktu widzenia budowania autorytetu w środowisku medycznym oraz możliwości bardziej sprawnego egzekwowania realizowania wszelkich działań. Jak wiadomo, realia polskiej służby zdrowia, wyglądają różnie w zależności od regionu, dlatego też opcją strategiczną jest powołanie kilku stanowisk kierowniczych uwzględniających wartości merytoryczne oraz kierownicze²⁶⁵.

Analizując szereg badań oraz danych z dostępnej literatury specjalistycznej można wyszczególnić najbardziej pożądane zachowania oczekiwane na stanowiskach kierowniczych. Stanowią one kluczową bazę umiejętności społecznych i interpersonalnych umożliwiających odpowiednią koordynację procesów zarządczych. Do najbardziej pożądanych kompetencji menedżerskich można zaliczyć²⁶⁶:

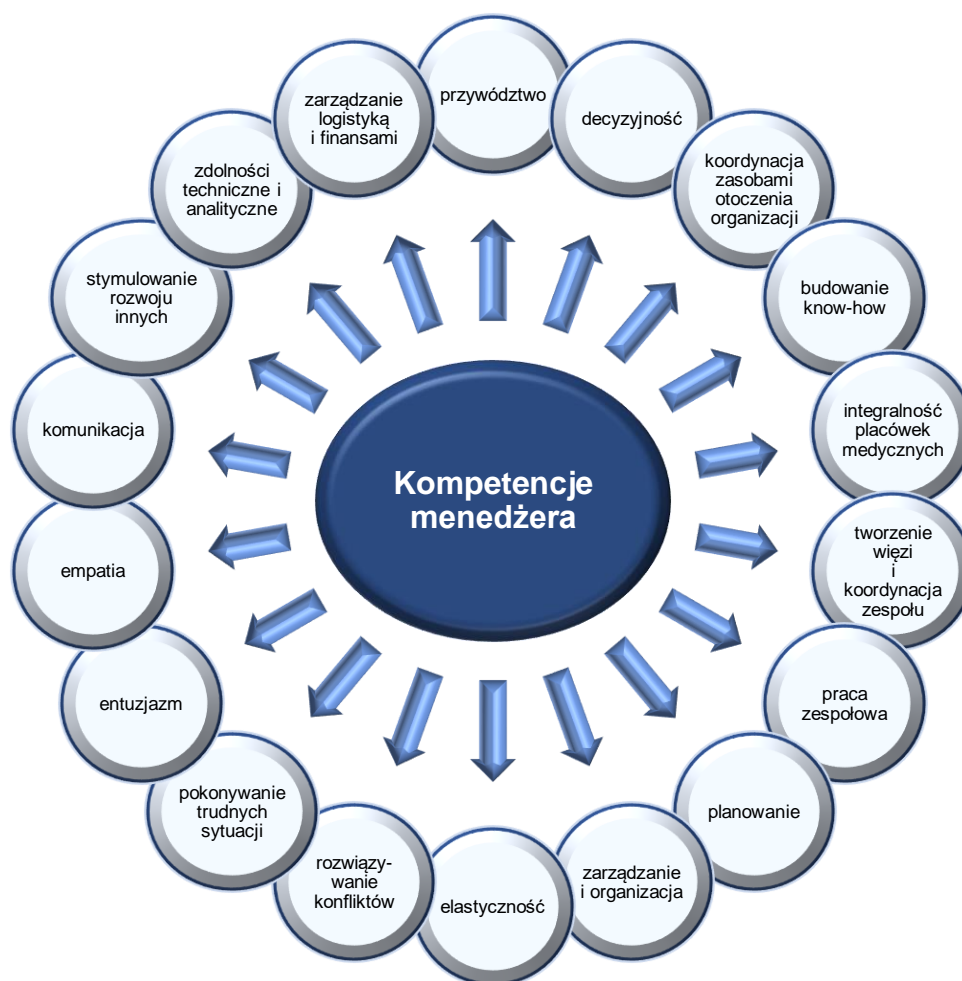
- przywództwo,
- decyzyjność,
- prawidłowe wykorzystywanie i koordynację zasobów otoczenia organizacji,
- budowanie know-how,
- dbałość o integralność organizacji i tworzenie prawidłowych więzi,
- pracę zespołową,
- planowanie i organizowanie,

²⁶⁴ K. Dajczak, S. Hille-Jarząbek, Koncepcja zarządzania wiedzą w polskim szpitalu. *Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management*, t. 27/2010, s. 109-110.

²⁶⁵ M. Kęsy, *Kompetencje menedżerskie personelu medycznego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018.

²⁶⁶ M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.

- elastyczność oraz umiejętność przystosowania się,
- entuzjazm,
- umiejętność wychodzenia z trudnych sytuacji i rozwiązywanie problemów,
- gotowość do podejmowania ryzyka,
- empatię,
- umiejętność konstruktywnego rozwiązywania konfliktów,
- umiejętności komunikacyjne,
- umiejętność stymulowania rozwoju innych,
- budowanie reputacji organizacji,
- zdolności analityczne,
- zarządzanie i koordynacja zespołu.



Rysunek 25. Pożądane kompetencje menedżerskie w polskiej służbie zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

W kontekście zarządzania kryzysowego to właśnie kompetencje menedżerskie w polskich szpitalach są kluczowym czynnikiem wpływającym na strategię postępowania z kryzysem. Na podstawie danych zebranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Polską Federację Szpitali został opracowany Kodeks Dobrych Praktyk Zarządczych w Szpitalach²⁶⁷. Określa on standaryzowane wytyczne dotyczące kompetencji i umiejętności osób kierowniczych, których zadaniem jest optymalizacja zarządzania i odpowiedniego reagowania na pojawiające się kryzysy. Dokument ten skupia się przede wszystkim na istocie rozwoju kompetencji w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi, zarządzania finansami, logistyką, jak i koordynacji działań w sytuacjach kryzysowych.

W sytuacji trudnej dla funkcjonowania placówek medycznych oraz pojawiających się sytuacji kryzysowych o charakterze zewnętrznym, kompetencje menadżera powinny w głównej mierze skupiać się na elastycznym dostosowaniu do zmieniających się okoliczności i warunków. Osoba na stanowisku kierowniczym, posiadająca wysokie kompetencje, potrafi w sytuacji stresu oraz niepewnych warunków, działać pod presją i myśleć strategicznie, aby podejmować właściwe kierunki decyzyjne, organizując pracę poszczególnych systemów w sposób koncentrujący się na rozwiązaniu problemu. Kompetencje menadżera są niezbędne w celu świadomej koncentracji na trudnościach i pojawiających się objawach kryzysu, w celu skutecznego kierowania działaniami²⁶⁸. Kadra zarządzająca, poza typowymi działaniami w sytuacjach nagłych i trudnych dla funkcjonowania instytucji, powinna posiadać umiejętności scalające zespół pracowniczy, poprzez tworzenie dobrych stosunków z innymi, umiając jednocześnie rozwiązywać powstałe konflikty. Postać menadżera powinny cechować umiejętności komunikowania się, w szczególności aktywnego słuchania i okazywania wyrozumiałości. Kluczowym zasobem jest działanie elastyczne opierające się na akceptacji zachowania podwładnych, przy jednoczesnym zachowaniu asertywności, która pozwala na umiejętne kierowanie.

Umiejętności osób zajmujących stanowiska kierownicze w sektorze służby zdrowia powinny uwzględniać wszystkie pożądane cechy, a nie tylko koncentrować się na kwestiach planowania i organizacji. Choć są to niewątpliwie jedne z najistotniejszych punktów skutecznego zarządzania kryzysem, to jednak kwestie kompetencji społecznych powinny determinować pracę kadry zarządzającej. Poddając analizie sytuację polskich placówek medycznych oraz relacje personelu medycznego, należy wysnuć wniosek, że odsetek

²⁶⁷ *Działania zwiększające kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ*. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2023.

²⁶⁸ A. Orlińska-Gondor, *Zarządzanie ludźmi oparte na pojęciu kompetencji*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.

kompetentnych menedżerów w organizacjach pozostaje nadal na niewystarczającym poziomie. Na podstawie oceny warunków pracy i funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia, można zauważyć, że większość kompetencji kadry menedżerskiej skupia się wokół podejmowania decyzji, kierowania i organizacji działań stricte w sytuacjach zagrażających funkcjonowaniu. Lekarze wypowiadają się, że często pracują pod presją decyzji kadry zarządzającej, bez poczucia współpracy i wyrozumiałości wobec zgłaszanych trudności i problemów natury codziennej. Szczególnie akcentowany jest brak kompetencji społecznych oraz umiejętności prawidłowej komunikacji, co potęguje poczucie braku satysfakcji z wykonywanego zawodu oraz pogłębia zjawisko wypalenia zawodowego. Taka postać rzeczy negatywnie wpływa na kompleksowe funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia w Polsce oraz przede wszystkim na skuteczne zarządzanie kryzysem. Jak pokazują badania²⁶⁹, struktura organizacyjna i łańcuch dowodzenia, jak i elastyczne procesy decyzyjne oraz kompetencje społeczne menedżerów wpływają przede wszystkim na warunki pracy i zmienne nastroje psychiczne wśród pracowników medycznych, co warunkuje i wpływa na skuteczną strategię zarządzania kryzysowego. Dlatego też niezbędna jest implementacja reform dotyczących działalności menedżerów w instytucjach zdrowia publicznego, uwzględniających wyżej wymienione, niezbędne i kluczowe kompetencje.

W skutecznym zarządzaniu kryzysowym kluczową rolę odgrywają kompetencje personelu medycznego²⁷⁰. Zawody medyczne, oprócz kompetencji związanych stricte z wymaganymi kompetencjami zawodowymi, powinny charakteryzować również wysoce rozwinięte kompetencje społeczne i interpersonalne. W zależności od zajmowanego w placówkach medycznych stanowiska, kluczowym będzie odpowiednia wiedza specjalistyczna i doświadczenie zawodowe, które będzie stanowiło podstawę skutecznych działań w postępowaniu z kryzysem. Zawód lekarza i pielęgniarki opiera się na zagwarantowaniu profesjonalnej pomocy medycznej w momencie, gdy życie i zdrowie obywateli jest zagrożone. Do głównych obowiązków i kompetencji personelu medycznego należy wykorzystywanie wiedzy i umiejętności w procesie leczenia, podejmowanie odpowiedzialnych decyzji względem pacjenta oraz sporządzanie stosownej dokumentacji medycznej. Posiadane kompetencje i kwalifikacje zawodowe mają bezpośredni wpływ na jakość usług, efekt leczenia i kwestię profilaktyki zdrowotnej. Zawody medyczne są profesją

²⁶⁹ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych w latach 2021-2023, skierowanych do pracowników służby zdrowia. Zebrane odpowiedzi dotyczyły związku pomiędzy kompetencjami menedżerów a łańcuchem dowodzenia organizacją i zarządzaniem zasobami ludzkimi.

²⁷⁰ M. Kęsy, *Kompetencje menedżerskie personelu medycznego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018.

o wysokim stopniu zaufania społecznego, wymagającym posiadania, oprócz wiedzy medycznej i odpowiednich kwalifikacji, pożądaných kompetencji społecznych i interpersonalnych.

Do niezwykle istotnych i przydatnych umiejętności w kontekście wykonywania obowiązków personelu medycznego należy emocjonalny i empatyczny kontakt z pacjentem, umiejętność działania pod presją czasu i sytuacji kryzysowych, umiejętność samokontroli i postępowania w warunkach chronicznego stresu oraz prawidłowe reagowanie na negatywne sytuacje, w tym sytuacje krytyki ze strony innych lekarzy i menedżerów²⁷¹. Każdy pracownik kadry medycznej powinien swoje działania opierać na prawidłowych relacjach z pacjentem oraz profesjonalnym podejściu do leczenia. Zarówno lekarze jak i pielęgniarki na co dzień obcuja z ludzką tragedią i osobistymi, indywidualnymi kryzysami poszczególnych pacjentów. Każdy pacjent z osobna doświadcza silnych i trudnych emocji związanych z chorobą. Stąd też osób pracujących w zawodach medycznych oczekuje się posiadania odpowiednich kompetencji społecznych i interpersonalnych bazujących na empatii i serdeczności. Oprócz procesów leczenia i wewnętrznych procedur, personel medyczny musi stale komunikować się z pacjentem w trakcie przekazywania dobrych bądź złych informacji. W ujęciu kryzysowym umiejętne przekazywanie informacji stanowi podstawę postępowania w trudnych i nagłych sytuacjach. W sytuacjach, gdy kompetencje i umiejętności ta nie są odpowiednio wykorzystane, kryzys może ulec pogłębieniu. Wśród najbardziej pożądaných kompetencji społecznych i interpersonalnych wśród kadry medycznej znajdują się (rysunek 26)²⁷²:

- komunikatywność,
- empatia,
- asertywność,
- optymizm,
- zdolność postępowania ze stresem,
- umiejętność działania pod presją,
- odpowiedzialność,
- dokładność,
- otwartość,
- motywacja do samorozwoju,
- pokora,

²⁷¹ B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.

²⁷² M. Kęsy, *Kompetencje menedżerskie personelu medycznego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018.

- dyspozycyjność,
- życzliwość,
- zaufanie,
- szczerść.



Rysunek 26. Pożądanane kompetencje personelu medycznego w polskiej służbie zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Pracownicy medyczni podczas komunikacji z pacjentem powinni posługiwać się prostym słownictwem i okazywać wyrozumiałość względem posiadanej przez pacjentów wiedzy i umiejętności poznawczych oraz umysłowych. Osoby wykonujące zawody medyczne powinny być empatyczne i dysponować umiejętnością wczuwania się w potrzeby i sytuacje

pacjentów, dostrzegając tym samym ich potrzebę rozumienia danej sytuacji oraz różnorodność odczuwanych emocji²⁷³.

Zachowywanie empatii oraz życzliwości potęguje zadowolenie wśród pacjentów, nawet w przypadkach przekazywania trudnych i specjalistycznych treści w sposób przyjazny. W relacji lekarz – pacjent każdy ma przypisaną swoją rolę i poczucie odpowiedzialności. Jest to interakcja diadyczna, w której pacjent powinien być postrzegany przez personel medyczny jako człowiek w kryzysie, a nie jako jednostka chorobowa.

W trakcie wystąpienia nagłej sytuacji kryzysowej personel medyczny jest obciążony nadmiernymi obowiązkami i działaniem w stresie oraz pod presją czasu. Analizując sytuację funkcjonowania polskich szpitali, w kontekście kryzysu wewnętrznego, można zauważyć, że lekarze i pielęgniarki od lat borykają się z brakiem wystarczających umiejętności postępowania w stresie²⁷⁴. Jest to kluczowa kompetencja chroniąca personel medyczny przed możliwymi konsekwencjami wypalenia zawodowego. Nieumiejętne postępowanie w warunkach stresu oraz łagodzenie reakcji na stres, na przykład poprzez stosowanie substancji psychoaktywnych, stanowi niekonstruktywny wzorzec postępowania, co przekłada się na negatywny sposób postępowania z potencjalnymi kryzysami w sektorze służby zdrowia w przyszłości. Wśród czynników stresogennych w pracy lekarzy i pielęgniarek wymienić należy stres związany z historią choroby i sytuacją prywatną pacjentów, z przeżywaniem własnych trudnych emocji w wyniku poniesionych porażek zawodowych, poddawanie się naciskom ze strony obciążonego systemu zdrowotnego, jak i wymagań ludzi chorych oraz strukturę miejsca pracy i atmosferę w nim panującą²⁷⁵.

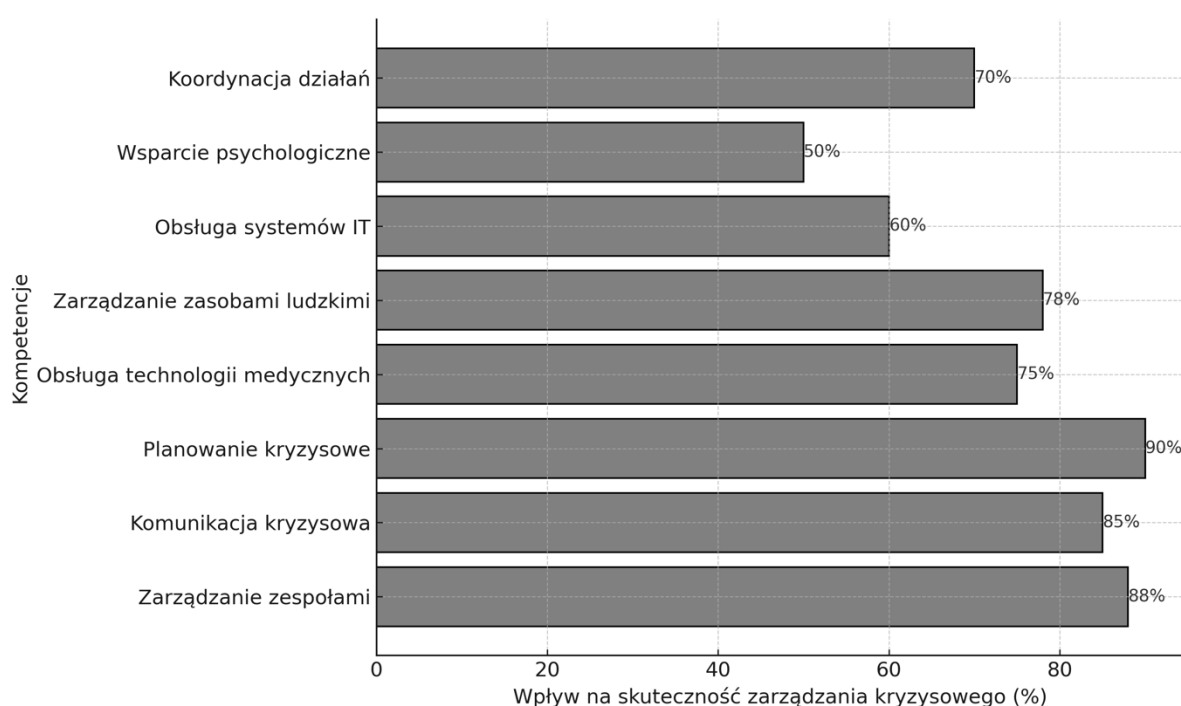
Mając na uwadze to, że praca lekarzy wiąże się z pracą pod ciągłą presją czasu, szczególnie podczas wystąpienia sytuacji kryzysowych nagłych, stwierdzić należy, że kompetencje postępowania ze stresem są kluczowe w strategiach zaradczych. Obecnie niestety w polskiej służbie zdrowia większość lekarzy i pielęgniarek nie dysponuje wystarczającą wiedzą i umiejętnościami z tego zakresu, co przekłada się na szeroko występujące zjawisko wypalenia zawodowego w Polsce. Mówiąc o kompetencjach społecznych i interpersonalnych należy zwrócić szczególną uwagę, że w przypadku pojawienia się wypalenia zawodowego u kadry medycznej niemożliwe staje się egzekwowanie stosowania tych kompetencji. Lekarz

²⁷³ J. Wójcik, *Lekarz: zawód czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej*. Oficyna Wydawnicza Waclaw Walasek, Katowice 2018.

²⁷⁴ *Program wsparcia psychologicznego kadry medycznej oraz studentów kierunków medycznych*. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2024.

²⁷⁵ B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.

wypalony zawodowo nie dysponuje wystarczającymi zasobami, aby w sposób prawidłowy i pożądanym przeprowadzić proces leczenia, okazywać empatię pacjentom oraz współdziałać i współpracować z systemem służby zdrowia, który często pozostaje niewydolny. Co więcej, ze względu na dynamicznie zmieniające się warunki w otoczeniu medycznym i wzmożone obciążenie pracą, kluczowe organizacje na najwyższym szczeblu struktury systemu ochrony zdrowia w Polsce, nie uwzględniają tak ważnych elementów jak doskonalenie zawodowe i kształcenie personelu medycznego oraz menedżerów, mające na celu pozyskanie kompetencji postępowania w warunkach stresu, rozpoznawania wypalenia zawodowego oraz pozostałych niezbędnych kompetencji.



Wykres 4. Wpływ kluczowych kompetencji menedżerów i personelu medycznego na skuteczność zarządzania kryzysowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Działania zwiększające kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ*. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2023.

Kompetencje, zarówno menedżerów, jak i personelu medycznego, stanowią podstawowe elementy skutecznego zarządzania kryzysowego. Ze względu na to, że zarówno menedżerowie jak i lekarze oraz pielęgniarki stanowią ostatnie ogniwo, które mierzy się z istniejącym kryzysem, ich kompetencje wyrażają jeden z najważniejszych elementów

skutecznych strategii postępowania z kryzysem. Na podstawie przeprowadzonych badań²⁷⁶ dowiedziono, że zarówno zrównoważone podejście do zasobów ludzkich, jak i elastyczne procesy decyzyjne pozytywnie wpływają na zmienne psychologiczne personelu medycznego, w tym na jakość życia i niwelowanie objawów wypalenia zawodowego, jak również przyczyniają się do wzrostu skuteczności zarządzania kryzysowego. Stąd też wniosek, że zarządzanie kryzysowe jest silnie zdeterminowane kompetencjami osób zarządzających i mających styczność bezpośrednią z sytuacją kryzysową. Brak odpowiednio przeszkolonej kadry menedżerskiej i personelu medycznego może prowadzić do zwiększonej liczby błędów organizacyjnych, trudności z alokacją zasobów oraz zdecydowanych barier i ograniczeń w komunikacji, która jest kluczowa w skuteczności podejmowanych działań.

W niniejszym podrozdziale autorka dysertacji scharakteryzowała niezbędne kompetencje zarówno w odniesieniu do menedżerów jak i personelu medycznego, które wpływają bezpośrednio na skuteczność zarządzania kryzysowego. Na podstawie dostępnych raportów oraz literatury specjalistycznej, jak i danych z przeprowadzonych własnych badań, wyodrębniła kluczowe kompetencje, które są pożądane i wymagane w optymalnej sytuacji zarządzania kryzysowego, zarówno o charakterze wewnętrznym jak i zewnętrznym. Scharakteryzowała również obecny stan polskiego systemu zdrowia pod kątem występujących deficytów. Autorka wskazała na zależności pomiędzy pogłębiającymi się i niewystarczającymi kompetencjami oraz przedstawiła istotę zjawiska wypalenia zawodowego, jak również niezbędne czynności, które powinny zostać przedsięwzięte w celu powrotu systemu ochrony zdrowia na prawidłowo funkcjonującą ścieżkę. W swoich rozważaniach potwierdziła istotę kompetencji kadry medycznej i zarządzającej w skutecznym zarządzaniu kryzysowym, uwzględniając tę rolę podczas nagłych, dużych kryzysów, jak i w trakcie trwania obecnego od wielu lat kryzysu wewnątrz placówek medycznych.

4.4. Systemy komunikacji i ich znaczenie w zarządzaniu kryzysowym

Odpowiednie systemy komunikacyjne stanowią kluczowy aspekt zarządzania instytucjami i organizacjami. Również w placówkach medycznych i ochronie zdrowia aspekt komunikacji jest niezwykle ważny. Dzięki komunikacji i różnorodnym systemom, możliwy jest przepływ niezbędnych informacji dotyczących istotnych kwestii funkcjonowania organizacji,

²⁷⁶ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych w latach 2021-2023, skierowanych do personelu medycznego. Zgromadzone obserwacje i odpowiedzi respondentów odnosiły się do wpływu kompetencji zarządzania organizacją na zmienne psychologiczne personelu medycznego.

w szczególności w kontekście zarządzania kryzysowego. Sprawna komunikacja w organizacji umożliwia rozwiązywanie problemów, szybką reakcję na sytuację kryzysową poprzez umiejętne podejmowanie decyzji oraz kierowanie odpowiednimi działaniami. Prawidłowa komunikacja zapewnia prawidłowe funkcjonowanie i możliwości adekwatnego postępowania w nagłych sytuacjach kryzysowych. Wdrażane systemy komunikacyjne w organizacjach stanowią kluczowy komponent zarządzania, odwołując się do funkcji informacyjnych, kontrolnych, zaradczych oraz regulujących kwestie emocjonalno-motywacyjne. W każdej organizacji mogą jednak występować czynniki zakłócające prawidłowy przebieg komunikacji. Bariery komunikacyjne mogą być spowodowane zarówno działaniami od strony nadawcy, odbiorcy, jak i samego otoczenia. Szczególnie w kontekście zarządzania kryzysowego aspekt komunikacji ma szczególne znaczenie w określeniu skuteczności działań. Brak prawidłowej implementacji systemów komunikacyjnych może determinować brak skutecznych działań antykryzysowych, mających na celu zażegnanie kryzysu. Niezależnie od profesji organizacji, każda placówka powinna posiadać jasno sprecyzowane formy komunikacji i strategie jej wykorzystywania zarówno w sytuacjach dnia codziennego, jak i w sytuacjach kryzysowych.

Analizując istotność systemów komunikacyjnych w zarządzaniu kryzysowym, jak i funkcjonowaniu całego systemu organizacji, należy wskazać na formy i strategie komunikacyjne. W organizacjach można wyszczególnić komunikację zarówno w formie ustnej, w oparciu o relacje interpersonalne, jak i komunikację o charakterze pisemnym²⁷⁷. Forma komunikacji ustnej jest jedną z najczęściej podejmowanych strategii w trakcie pojawienia się kryzysu. Obejmuje ona najczęściej kwestie podejmowania decyzji, dyskusji, przekazywania istotnych informacji w trakcie codziennej rozmowy, jak i działań typowo skoncentrowanych na prowadzonej polityce antykryzysowej. Komunikacja na bazie relacji interpersonalnych posiada zaletę w postaci dostępności jej stosowania oraz możliwości wymiany poglądów, co przekłada się często na szybkość implementacji możliwych zmian i wprowadzanych reform. Strategia komunikacji pisemnej jest w swojej formie bardziej precyzyjna, natomiast często jest ona obciążona możliwym błędem interpretacyjnym oraz przede wszystkim wymaga dużego nakładu czasu zarówno w przygotowaniu komunikatu, jak i oczekiwaniu na odpowiedź. W kwestii zarządzania kryzysowego oraz skuteczności taka forma komunikacji może w znaczący sposób ograniczać przepływ informacji i utrudniać podejmowanie odpowiednich

²⁷⁷ A. Czerw, U. Religioni, A. Matuszna, K. Lesiak, A. Olejnik, D. Śniadła, Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygela Public Health*, 47(3)/2012, s. 247-253.

decyzji ze względu na opóźnioną reakcję na nagłą sytuację kryzysową²⁷⁸. W zarządzaniu kryzysowym niezwykle istotnym jest kierunek przepływu danego komunikatu. W systemach komunikacyjnych można wyszczególnić komunikację jednostronną, dwustronną oraz masową. Odnosząc się do skutecznego zarządzania kryzysem najbardziej pożądaną formą komunikacji, jest komunikacja dwustronna, w której następuje sprzężenie zwrotne w postaci dwukierunkowego przepływu informacji oraz forma komunikacji masowej, uwzględniająca wykorzystanie pomocy środków masowego przekazu, co często jest niezwykle pomocne, podczas sytuacji kryzysowej, w szybkim dotarciu do jak największej liczby osób²⁷⁹.

Charakter podejmowania działań w sytuacji kryzysu opiera się na działaniu wielokierunkowym, angażującym grupę osób. Stąd też istotnym jest zwrócenie uwagi na formy komunikacji grupowej. Wyróżnia się system komunikacji pionowej oraz poziomej względem linii służbowego podporządkowania. W komunikacji pionowej przepływ informacji może odbywać się zarówno w kierunku góry jak i dołu. Kierunek do góry w systemie pionowym obejmuje przekazywanie niezbędnych informacji od osób podwładnych do osób przełożonych. Najczęściej komunikacja ta przybiera formy wniosków, wszelkich skarg lub sugestii pracowników względem kadry zarządzającej. Analizując funkcjonowanie tego procesu komunikacji oraz jego skuteczności, można zauważyć, że posiada on pewnego rodzaju bariery i ograniczenia. Często osoby podwładne, czyli pracownicy, wstrzymują się od przekazywania istotnych informacji przełożonym z różnych przyczyn. Niezależnie jednak od przyczyny, konsekwencją tego stanowi brak dostatecznej wymiany informacji, często dotyczącej sytuacji kryzysowych, która przekłada się na funkcjonowanie całej organizacji oraz ogranicza możliwe do zrealizowania zasoby zaradcze. Z kolei forma komunikacji w dół koncentruje się na przekazywaniu informacji od przełożonych do pracowników. Najczęściej w tej formie komunikacji, osoby zarządzające przekazują dyrektywy, podjęte decyzje, delegacje zadań czy kwestie podziału obowiązków. W modelu pionowym komunikacja często przebiega jednostronnie, co może wpływać na występowanie wewnętrznych sytuacji kryzysowych wynikających z nieudolnego systemu komunikacji. Komunikacja grupowa uwzględnia również formę komunikacji poziomej, która dotyczy bezpośrednio przepływu informacji między osobami zajmujących równorzędne stanowiska w hierarchii organizacji. Dotyczy ona

²⁷⁸ K. Pietryka, *Nowe technologie informacyjno-komunikacyjne w zarządzaniu kryzysowym. Wybrane aspekty kryminologii, kryminalistyki i bezpieczeństwa w wymiarze narodowym i międzynarodowym*. Wydawnictwo Naukowe Tygiel, Lublin 2021.

²⁷⁹ M. Beskosty, *Funkcje i rola mediów w zarządzaniu kryzysowym. Studia nad bezpieczeństwem*, (3)/2018, 187-198.

najczęściej komunikacji pomiędzy pracownikami, jak również pracownikami a odbiorcami usług danej organizacji²⁸⁰.



Rysunek 27. Komunikacja pionowa i pozioma w sektorze służby zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

W sektorze służby zdrowia aspekt komunikacji jest niezwykle istotny w kontekście prawidłowego funkcjonowania wszystkich placówek medycznych oraz całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Analizując systemy komunikacyjne w sektorze służby zdrowia można wyszczególnić trzy kluczowe obszary komunikacyjne: komunikację pomiędzy personelem medycznym, pomiędzy personelem medycznym a pacjentami oraz scentralizowanym systemem ochrony zdrowia w trakcie trwania kryzysu.

Zarządzanie kryzysem odnosi się w głównej mierze do zapewnienia bezpieczeństwa obywateli i wzrostu jakości świadczonych usług, tak aby w sytuacji kryzysu móc w sposób optymalny zarządzać działaniami antykryzysowymi²⁸¹. W sektorze ochrony zdrowia kluczowym zjawiskiem jest kontakt personelu medycznego z pacjentami. To pacjenci stanowią grupę odbiorców polskiego systemu ochrony zdrowia. Kontakt i komunikacja pomiędzy

²⁸⁰ A. Czerw, U. Religioni, A. Matuszna, K. Lesiak, A. Olejnik, D. Śniadła, (Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygela Public Health*, 47(3)/2012, 247-253.

²⁸¹ J. Pyka, *Komunikacja w zarządzaniu kryzysowym – problemy i wyzwania*. Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej, nr 7/2023, 124-128.

personalem medycznym a pacjentami jest podstawą skutecznego leczenia oraz budowania wizerunku i odczuć związanych z funkcjonowaniem sektora służby zdrowia. W obecnych czasach społeczeństwo posiada zasób wiedzy w różnych dziedzinach, co przekłada się na coraz większe potrzeby dotyczące otrzymywania informacji na każdym etapie leczenia. Zawód lekarza jest zawodem wysokiego zaufania publicznego, przez co powinien cechować się wysokimi kompetencjami emocjonalno-społecznymi.²⁸² Personel medyczny, oprócz posiadania specjalistycznej wiedzy i udzielania fachowych porad oraz informacji, powinien wspierać pacjenta, okazując mu szacunek, zrozumienie i empatię. Pacjenci zmagający się z różnymi chorobami, na co dzień przeżywają swoje własne wewnętrzne kryzysy związane z doświadczanym bólem, trudnościami w leczeniu, poczuciem bezsilności oraz utratą niezależności. Stąd też komunikacja pomiędzy personelem medycznym a pacjentem jest kluczowa w całym procesie jego leczenia, świadczonych usług oraz tworzenia wizerunku ochrony zdrowia.²⁸³ Lekarze, oprócz twardej wiedzy specjalistycznej, powinni bezwarunkowo posiadać umiejętności miękkie z zakresu komunikacji i budowania relacji. Analizując obecną sytuację w polskich placówkach medycznych można zauważyć, że aspekt komunikacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentami napotyka na liczne trudności. Na podstawie przeprowadzonych badań²⁸⁴ można zauważyć, że większość lekarzy doświadcza zjawiska wypalenia zawodowego, co niestety przekłada się na niską jakość umiejętności komunikacyjnych. Nadmierne oczekiwania pacjentów oraz ich niezadowolenie wynikające z nieudolnego systemu służby zdrowia sprawia, że pacjenci wykazują coraz częściej postawę roszczeniową, obwiniając personel medyczny. Postawa pacjentów potęguje jedynie brak odczuwanej satysfakcji z pracy wśród personelu medycznego, co przekłada się na większy dystans, zobojętnienie i szorstką formę komunikacji. W efekcie skutkuje brakiem współpracy i relacji z pacjentami, warunkując niską jakość świadczonych usług²⁸⁵.

Problem wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego jest również zauważalny na gruncie komunikacji pomiędzy pracownikami. W sytuacji narastającej frustracji

²⁸² D. Czarnecki, D. Skalski, J. Cylkowski, M. Tuz, *Podmioty wykonawcze i organizacje pozarządowe w zarządzaniu kryzysowym*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Gdańsk 2020.

²⁸³ D. Meller, A. Milik, Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej. *Zarządzanie i Finanse*, 12(2)/2014.

²⁸⁴ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych w latach 2021-2023, skierowanych do pracowników placówek medycznych, w odniesieniu do aspektów kontaktów z pacjentem oraz występowaniem psychologicznych objawów konstruktów wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego.

²⁸⁵ A. Kiełkiewicz-Janowiak, Pacjent nie współpracuje – socjogramatyka (nie) porozumienia w ochronie zdrowia. *Poradnik Językowy*, (08), 7-22/2021.

ze względu na różnorodne czynniki, lekarze i pielęgniarki wykazują trudności w odpowiednim i prawidłowym procesie komunikowania się między sobą. Dochodzi do częstych konfliktów i zaostrzenia powstałych sytuacji kryzysowych. Liczne konflikty i trudności komunikacyjne na gruncie lekarz – pacjent oraz lekarz – personel medyczny przekładają się na zdecydowanie niższą skuteczność postępowania w sytuacjach nagłych kryzysów zewnętrznych, jak również stopniowe pogłębianie się wewnętrznego kryzysu w ochronie zdrowia. W oparciu o przeprowadzone badania²⁸⁶ można zauważyć, że lekarze coraz częściej relacjonują brak jakiegokolwiek współpracy z pozostałym personelem, a co więcej brak współpracy między innymi podmiotami leczniczymi. Wyniki badań pokazują, że aspekt komunikacji interpersonalnej w placówkach medycznych warunkuje stopień wypalenia zawodowego, a tym samym skuteczność zarządzania kryzysowego²⁸⁷. Dlatego też komunikacja w placówkach medycznych zarówno pomiędzy pacjentami, jak i pracownikami instytucji medycznych, powinna opierać się na wzajemnym szacunku oraz empatii. Komunikacja ta powinna mieć charakter dwukierunkowy, jasny i klarowny oraz transparentny.

W środowisku pracy powinna panować atmosfera motywująca do współpracy, wzajemnego zrozumienia oraz możliwości konstruktywnej dyskusji prowadzącej do zażegnania powstałych konfliktów i kryzysów. Odpowiednie systemy komunikacyjne między personelem medycznym umożliwiają skuteczne postępowanie w warunkach kryzysu oraz działanie pod presją czasu i w nagłych trudnych przypadkach²⁸⁸.

Prawidłowa forma komunikacji stosowana na co dzień, wpływa na skuteczność zarządzania kryzysowego w przypadku pojawienia się kryzysów zewnętrznych. Z punktu widzenia grupy zawodowej lekarzy doskonalenie umiejętności interpersonalnych jak i kompetencji miękkich odgrywa kluczową rolę w redukcji ryzyka wystąpienia wypalenia zawodowego oraz rozwoju zasobów postępowania w sytuacjach trudnych.

Komunikacja w placówkach medycznych opiera się nie tylko na zadowoleniu pacjentów i personelu medycznego, ale również na optymalizacji funkcjonowania całej organizacji jaką jest sektor ochrony zdrowia²⁸⁹. Komunikacja odgrywa kluczową rolę w zarządzaniu, szczególnie w kontekście ponoszonych kosztów, poprawy jakości

²⁸⁶ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań jakościowych w latach 2021-2023, dotyczących obszaru współpracy i komunikacji między wewnętrznymi i zewnętrznymi strukturami podmiotów leczniczych określającymi skuteczność zarządzania kryzysem.

²⁸⁷ D. Van Dierendonck, W.B. Schaufeli, H. J. Sixma, Wypalenie zawodowe wśród lekarzy ogólnych z perspektywy równości. [w:] H. Sęk, (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, 2000, s. 168-182.

²⁸⁸ L. Eaton, Health workforce burn-out. *Bulletin of the World Health Organization*, 97/2019, s. 585-586.

²⁸⁹ M. J. Jarosz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Włoszczak-Szubzda, Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18(3)/2012.

świadczonych usług oraz unikania potencjalnych zagrożeń w sektorze służby zdrowia. Komunikacja ma znaczący udział w podejmowaniu kluczowych decyzji i planowaniu działań mających na celu postępowanie z trudną i nagłą sytuacją kryzysową. Systemy komunikacji powinny opierać się w głównej mierze na odpowiednim zarządzaniu i kierowaniu zespołem, a nie tylko dysponowaniu zasobami placówki w postaci ilości łóżek czy sprzętu medycznego.

W kontekście zarządzania organizacją, komunikacja powinna spełniać funkcję motywacyjną wobec pracowników, tak aby wszelkie planowane działania były postrzegane jako istotne. Aby placówki medyczne sprawnie funkcjonowały na co dzień, oraz w sytuacjach kryzysu, podział obowiązków powinien być jasny, a przepływ informacji transparentny i skoncentrowany wokół osiągnięcia wspólnego celu. W podmiotach publicznych, ze względu na liczne trudności finansowe i inne czynniki utrudniające funkcjonowanie systemu, aspekt komunikacji powinien odnosić się przede wszystkim do budowania odpowiedniej atmosfery w środowisku pracy oraz premiowania, pozamaterialnego, pracowników²⁹⁰. W kwestii zarządzania kryzysowego funkcjonowanie placówek medycznych uzależnione jest w głównej mierze od ustawodawstwa, konkurencji czy pozostałych zewnętrznych czynników. Aby sprawnie zarządzać sytuacjami nagłymi jak i obecnie funkcjonującym kryzysem wewnętrznym, należy uwzględnić istotność komunikacji pomiędzy różnymi placówkami medycznymi. Komunikacja w zarządzaniu powinna opierać się na współpracy wszystkich jednostek świadczących usługi medyczne, na monitorowaniu meldunków epidemiologicznych czy wszelkich zmian prawnych. Przepływ informacji między różnymi placówkami medycznymi powinien być sprawny i dobrze zorganizowany, tak, aby jak najbardziej zminimalizować ryzyko pojawienia się nieporozumień bądź sytuacji wpływających negatywnie na sytuację kryzysową.

Prawidłowo funkcjonująca współpraca w obszarze komunikacji między placówkami, obejmuje systemy skoordynowanej opieki zdrowotnej oraz potencjał płynący z możliwości telemedycyny. Aby móc zarządzać kryzysem zarówno o charakterze wewnętrznym, jak i tym nagłym, zewnętrznym, niezbędna jest odpowiednia i prawidłowa komunikacja podmiotów leczniczych z instytucjami takimi, jak Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny czy na przykład Państwowy Zakład Higieny²⁹¹.

²⁹⁰ E. Karwacka, *Komunikacja w partnerstwie publiczno-prywatnym w ochronie zdrowia*. 2020.

²⁹¹ M. Duplaga, K. Szulc, *Ewolucja zastosowań systemów teleinformatycznych w ochronie zdrowia: od telemedycyny do zdrowia 2.0. Zeszyt Naukowy Wyższej szkoły Zarządzania i Bankowości w Krakowie*, (53)/2019, s. 14-25.

Analizując sytuacje kryzysowe, które miały miejsce w kraju wnioskuje się, że komunikacja na każdym etapie i obszarze jest niezwykle ważna. Warunkuje odpowiedni przepływ informacji zarówno od międzynarodowych instytucji nadzorujących możliwość pojawienia się na przykład epidemii, po wewnętrzne struktury personelu medycznego oraz odbiorców - pacjentów. W nagłych sytuacjach trudnych, jak na przykład sytuacja pandemii COVID-19, komunikacja powinna być sprawna i szybka, uwzględniająca wszelkie niezbędne procedury, oraz informacje o możliwościach zapobiegania dużej skali kryzysu. Prawidłowo prowadzona komunikacja w trakcie trudnych i nagłych sytuacji umożliwia sprawne planowanie i nadzorowanie działań antykryzysowych, odpowiednią współpracę i pomoc dla personelu medycznego jak również odpowiednie udzielanie kluczowych informacji obywatelom kraju. Odpowiednio funkcjonujące systemy komunikacji, zarówno w trakcie trwania kryzysu, jak i w codziennym funkcjonowaniu, usprawniają ogólną działalność systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz determinują ogólną skuteczność zarządzania kryzysowego²⁹².

Bez prawidłowej komunikacji w każdym jej obszarze, polski sektor ochrony zdrowia może stanąć w obliczu pogłębiającego się kryzysu, warunkowanego pogłębiającym się zjawiskiem wypalenia zawodowego, trudnych i niewystarczających warunków pracy, obniżonych standardów jakości pracy, brakiem zrozumienia i jakiegokolwiek współpracy między centralnymi instytucjami zarządzającymi. Pogłębiający się kryzys wewnętrzny, który obecnie trwa w polskim systemie ochrony zdrowia, w sposób znaczący przekłada się na niską skuteczność zarządzania kryzysowego w trakcie pojawiania się nagłych i trudnych sytuacji kryzysowych.

W niniejszym podrozdziale autorka zaprezentowała dostępne systemy i formy komunikacji w rozumieniu ogólnym jak i w konkretnych strukturach ochrony zdrowia w Polsce. Uwzględniła kluczowe atrybuty i aspekty komunikacji warunkujące prawidłowe zarządzanie kryzysowe oraz uwypukliła pojawiające się trudności i deficyty w systemach komunikacji w polskim systemie ochrony zdrowia. Podkreśliła znaczenie prawidłowej komunikacji w postępowaniu z kryzysem wewnętrznym, co przekłada się na skuteczność zarządzania kryzysem o charakterze zewnętrznym. Tym samym została potwierdzona hipoteza szczegółowa mówiąca o kluczowej roli kompetencji menedżerów oraz systemów komunikacyjnych w skutecznym zarządzaniu kryzysowym w sektorze służby zdrowia.

W powyższym rozdziale zostały zaprezentowane czynniki determinujące skuteczność zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia, uwzględniające ich pełną

²⁹² P. Zaborowski, *Komunikacja... i co dalej. Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, 2019, s. 89-97.

charakterystykę oraz istniejące trudności i deficyty, które wymagają restrukturyzacji. Autorka odniosła się do obecnego stanu polskiego systemu ochrony zdrowia, utożsamiając szczególnie obecne funkcjonowanie placówek medycznych w warunkach trwającego i pogłębiającego się kryzysu wewnętrznego, który w sposób jawny przyczynia się do obniżenia poziomu skutecznego postępowania z kryzysem w sytuacjach nagłych i nieprzewidzianych.

Rozdział 5

Założenia metodyczne pracy badawczej

5.1. Metodyka prowadzonych badań empirycznych

Metodyka prowadzonych badań empirycznych oraz metodologia jest dziedziną nauki, która zajmuje się określaniem metod badań naukowych. Koncentruje się ona przede wszystkim na sposobie pomiaru zachodzących zjawisk oraz czynników, które znajdują się w obszarze zainteresowania osób prowadzących badania. Metodologia to zbiór reguł i określonych standardów przeprowadzania badań naukowych. Rozumiana jest ona jako struktura systemu nauki w postaci stwierżeń, tez oraz pojęć, ale jednocześnie dotyczy metod działalności naukowej i wykorzystywanych procedur badawczych.

W dysertacji podjęto tematykę zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia w Polsce. Przedmiotem badań pracy jest identyfikacja determinant strategii zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia w Polsce oraz opracowanie usprawnień mających na celu poprawę skuteczności tych strategii w kontekście przyszłych kryzysów. W czasów, które stanowią niepewny i mało stabilny element rzeczywistości, zarządzanie kryzysem w sektorze ochrony zdrowia zdaje się być niezwykle istotne ze względu na znaczenie praktyczne oraz ze względu na aktualność problematyki występującej, zarówno z zewnątrz sektora ochrony zdrowia, jak i ze względu na trwający, wewnątrz placówek medycznych, kryzys. Na podstawie minionych wydarzeń pandemicznych kluczowe jawi się zwrócenie uwagi na powstałe trudności oraz ograniczenia sektora służby zdrowia oraz na konieczność wprowadzenia odpowiednich rekomendacji, aby strategie zarządzania kryzysowego zapewniające bezpieczeństwo zostały zaktualizowane i udoskonalone.

W ramach niniejszej dysertacji, autorka dokonała analizy literatury oraz dokumentacji branżowej, na podstawie której sformułowała, stanowiący lukę badawczą, problem naukowy, tj. brak odniesienia do wewnętrznego funkcjonowania placówek medycznych jako kryzysu wewnętrznego ograniczającego skuteczność procedur antykryzysowych i zarządzania kryzysem o charakterze globalnym. Badania literaturowe wykazały brak wyszczególnienia obszaru zarządzania kryzysowego koncentrującego się na czynnikach wewnętrznych determinujących zarządzanie zasobami ludzkimi, wypalenie zawodowe oraz powszechne warunki pracy, które są znaczącą determinantą zarządzania kryzysowego. Istniejące dotychczas

modele i definicje zarządzania kryzysowego w niewystarczający sposób ukazują całą istotę zarządzania kryzysowego w kontekście planowania, organizacji i koordynacji działań. Problematyka zarządzania kryzysowego w dostępnej literaturze fachowej ogranicza się jedynie do prezentacji zarządzania kryzysowego w kontekście pojawienia się nagłej i nieprzewidywalnej sytuacji wywołanej klęskami naturalnymi, sytuacjami epidemiologicznymi, konfliktami militarnymi bądź kryzysem gospodarczym. Podjęte w pracy badania empiryczne stanowią próbę uzupełnienia wskazanej luki badawczej.

Uszczegółowienie ogólnego przedmiotu badań, umożliwiło autorce sformułowanie celów badawczych dysertacji. Celem głównym pracy jest: *identyfikacja determinant strategii zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia w Polsce oraz opracowanie rekomendacji mających na celu poprawę skuteczności tych strategii w kontekście przyszłych kryzysów.*

Cel główny powiązany jest z następującymi celami szczegółowymi:

- identyfikacja i charakterystyka stosowanych strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia;
- identyfikacja skuteczności poszczególnych strategii zarządzania kryzysowego na podstawie wybranych studiów przypadków oraz danych empirycznych;
- badanie kluczowych czynników determinujących skuteczność zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia;
- sformułowanie rekomendacji dotyczących poprawy strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia z uwzględnieniem wniosków z przeprowadzonych analiz.

Realizację celów dysertacji umożliwiło przeprowadzenie badań literaturowych i empirycznych. Pierwsze trzy rozdziały mają charakter teoretyczny i dotyczą problematyki zarządzania kryzysowego, w ujęciu ogólnym oraz w odniesieniu do sektora służby zdrowia. Koncentrują się przede wszystkim wokół teoretycznych podstaw zarządzania kryzysowego, nakreślają wybrane strategie oraz określają specyfikę systemu ochrony zdrowia w Polsce, stanowiąc podstawę merytoryczną wobec możliwości podjęcia części empirycznej. Ponadto zrealizowane w części empirycznej cele szczegółowe, umożliwiły opracowanie modelu skutecznych strategii zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia, uwzględniającego zmienne psychologiczne oraz kluczowe aspekty takie jak zrównoważone podejście do zasobów ludzkich, integracja nowoczesnych technologii informatycznych oraz elastycznych procesów decyzyjnych.

Procedurę badawczą zastosowaną w rozprawie doktorskiej przedstawiono na rysunku 29.

Określenie problemu badawczego

- Brak wyszczególnienia obszaru zarządzania kryzysowego koncentrującego się na czynnikach wewnętrznych określających zarządzanie zasobami ludzkimi, wypalenie zawodowe oraz powszechne warunki pracy, które stanowią znaczącą determinantę zarządzania kryzysowego.

Sformułowanie hipotez

- *Stosowane strategie zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia są niewystarczająco skuteczne, co wynika z niedostatecznego przygotowania strukturalnego i organizacyjnego systemu służby zdrowia wobec sytuacji kryzysowych.*
- H1. Strategie zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia są w dużej mierze reaktywne, a nie proaktywne, co negatywnie wpływa na ich skuteczność.
- H2. Skuteczność zarządzania kryzysowego jest zależna od stopnia przygotowania infrastruktury oraz dostępności zasobów finansowych i materialnych.
- H3. Kompetencje menedżerów oraz systemy komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej odgrywają kluczową rolę w skutecznym zarządzaniu kryzysowym w sektorze służby zdrowia.
- H4. Istnieją znaczące różnice w skuteczności strategii zarządzania kryzysowego między polskim sektorem zdrowia a sektorami zdrowia w innych krajach o podobnych uwarunkowaniach, co sugeruje potrzebę adaptacji najlepszych praktyk międzynarodowych.
- H5. Implementacja zidentyfikowanych praktyk oraz rekomendacji może poprawić skuteczność strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia.
- H6. Cechy określające elastyczne procesy decyzyjne i ich skutecznością są związane z (a) wyczerpaniem zawodowym, (b) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.
- H7. Cechy związane z (a) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.
- H8. Cechy związane ze (a) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym oraz (c) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.
- H9. Istnieje model cech wyjaśniającego skuteczną strategię zarządzania kryzysowego.

Wyznaczenie celów pracy

- *Identyfikacja determinant strategii zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia w Polsce oraz opracowanie rekomendacji mających na celu poprawę skuteczności tych strategii w kontekście przyszłych kryzysów.*
- C1 Identyfikacja i charakterystyka stosowanych strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia.
- C2 Identyfikacja skuteczności poszczególnych strategii zarządzania kryzysowego na podstawie wybranych studiów przypadków oraz danych empirycznych.
- C3 Bbadanie kluczowych czynników determinujących skuteczność zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia.
- C4 Sformułowanie rekomendacji dotyczących poprawy strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia z uwzględnieniem wniosków z przeprowadzonych analiz.

Wyznaczenie metod i technik badawczych

- badania literaturowe,
- przegląd danych wtórnych,
- przegląd dostępnych raportów oraz dokumentów dotyczących zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia,
- analiza dostępnych strategii oraz specyfiki polskiego systemu opieki zdrowotnej,
- analiza dokumentacji związanej z zarządzaniem kryzysowym w placówkach zdrowotnych,
- wywiad półstrukturalizowany,
- analiza studiów przypadków,
- analiza strategii zarządzania kryzysowego stosowanych w sektorze zdrowia w innych krajach na podstawie porównań międzynarodowych,
- współczynnik korelacji Pearsona,
- model SEM.

Rysunek 28. Schemat procedury badawczej zastosowanej w rozprawie doktorskiej

Źródło: opracowanie własne.

Hipoteza to założenie określające pewnego rodzaju prawdopodobieństwo, którego zgodność lub niezgodność należy potwierdzić za pomocą badań empirycznych. Hipoteza

określa rozwiązanie danego problemu badawczego. W niniejszej dysertacji autorka postawiła następującą hipotezę główną: *stosowane strategie zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia są niewystarczająco skuteczne, co wynika z niedostatecznego przygotowania strukturalnego i organizacyjnego systemu służby zdrowia wobec sytuacji kryzysowych.*

Wyszczególniono również przyjęte w pracy hipotezy szczegółowe:

- strategie zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia są w dużej mierze reaktywne, a nie proaktywne, co negatywnie wpływa na ich skuteczność;
- skuteczność zarządzania kryzysowego jest zależna od stopnia przygotowania infrastruktury oraz dostępności zasobów finansowych i materialnych;
- kompetencje menedżerów oraz systemy komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej odgrywają kluczową rolę w skutecznym zarządzaniu kryzysowym w sektorze służby zdrowia;
- istnieją znaczące różnice w skuteczności strategii zarządzania kryzysowego między polskim sektorem służby zdrowia a sektorami służby zdrowia w innych krajach o podobnych uwarunkowaniach, co sugeruje potrzebę adaptacji najlepszych praktyk międzynarodowych;
- implementacja zidentyfikowanych najlepszych praktyk oraz rekomendacji może znacząco poprawić skuteczność strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia.
- cechy określające elastyczne procesy decyzyjne i ich skutecznością są związane z (a) wyczerpaniem zawodowym, (b) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością;
- cechy związane z (a) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością;
- cechy związane ze (a) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym oraz (c) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością;
- istnieje model cech wyjaśniającego skuteczną strategię zarządzania kryzysowego.

Przeprowadzone badania zostały na próbie 878 osób. Jest to próba reprezentatywna.

Do obliczenia próby reprezentatywnej wykorzystano wzór (1):

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{E^2} \quad (1)$$

gdzie:

- n – wielkość próby (liczba jednostek, które należy zbadać),
- Z – wartość statystyki Z , zależna od pożądanego poziomu ufności (np. dla 95% poziomu ufności $Z = 1,96$),
- p – szacunkowy odsetek badanej cechy w populacji (jeśli brak danych, przyjmuje się wartość 0,5, co daje największą możliwą wielkość próby),
- E – maksymalny błąd oszacowania (tzw. margines błędu), np. 0,05 (5%).

Przyjęto 95% poziom ufności co daje $Z=1,96$. Ze względu na brak danych o populacji $p=0,5$ (dotyczy to największej zmienności, maksymalnej próbki). Przyjęto tolerancję błędu na poziomie $E=0,05$ (5%). Dla tych danych zgodnie ze wzorem (1) $n=384,16$, zatem potrzeba około 385 osób w próbie. Możemy zatem przyjąć, że wykorzystana w badaniach próba jest większa niż minimalna i jest ona reprezentatywna.

Metoda badawcza określa jasno sprecyzowany wzór i strukturę postępowania w kierunku zrealizowania określonego celu. W niniejszej dysertacji autorka zastosowała następujące metody badawcze:

- badania literaturowe,
- przegląd danych wtórnych,
- przegląd dostępnych raportów oraz dokumentów dotyczących zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia,
- analiza dostępnych strategii oraz specyfiki polskiego systemu opieki zdrowotnej,
- analiza dokumentacji związanej z zarządzaniem kryzysowym w placówkach zdrowotnych,
- wywiad półstrukturalizowany,
- analiza studiów przypadków,
- analiza strategii zarządzania kryzysowego stosowanych w sektorze służby zdrowia w innych krajach na podstawie porównań międzynarodowych,
- współczynnik korelacji Pearsona,
- model SEM.

Szczegółowe statystyki opisowe zostały przedstawione w skróconym zestawieniu, w tabeli 7 oraz na wykresach 5-13.

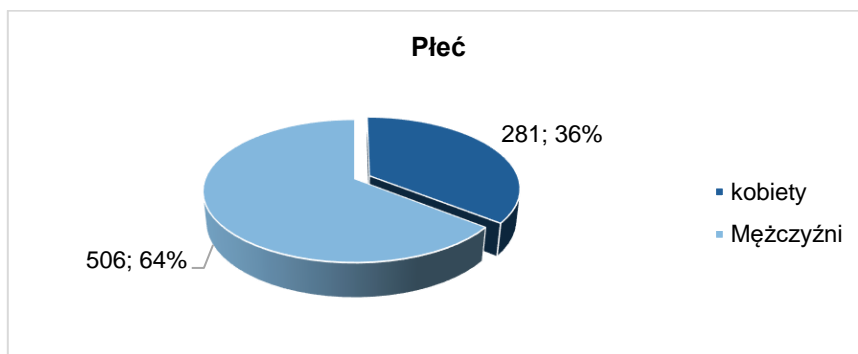
Tabela 7. Statystyki opisowe dla zmiennych socjodemograficznych (N=787)

		n	%
Płeć	kobieta	281	35,7%
	mężczyzna	506	64,3%
Stan cywilny	panna/kawaler	43	5,5%
	zamężna/zonaty	625	79,4%
	rozwiedziona/rozwiedziony	119	15,1%
Model rodziny	przed założeniem rodziny	30	3,8%
	rodzina bezdzietna	48	6,1%
	rodzina z jednym dzieckiem	201	25,5%
	rodzina wielodzietna	508	64,5%
Miejsce zamieszkania	wieś	151	19,2%
	małe miasto	62	7,9%
	średnie miasto	151	19,2%
	duże miasto	423	53,7%
Miejsce pracy	praca w miejscu zamieszkania	396	50,3%
	praca poza miejscem zamieszkania	236	30,0%
	praca w miejscu zamieszkania i poza miejscem zamieszkania	155	19,7%
Ilość godzin w pracy	do 5 godzin	50	6,4%
	od 5 do 8 godzin	259	32,9%
	od 8 do 12 godzin	402	51,1%
	powyżej 12 godzin	76	9,7%
Staż pracy	od 0 do 5 lat pracy	54	6,9%
	od 6 do 20 lat pracy	124	15,8%
	od 20 do 30 lat pracy	298	37,9%
	powyżej 30 lat pracy	311	39,5%
Rodzaj specjalizacji	specjalizacja zabiegowa	316	40,2%
	specjalizacja zachowawcza	459	58,3%
	inne/mieszana	12	1,5%
Ilość zdobytych specjalizacji	bez specjalizacji/w trakcie	110	14,0%
	jedna	276	35,1%
	dwie	339	43,1%
	więcej niż dwie	62	7,9%

Zródło: opracowanie własne.

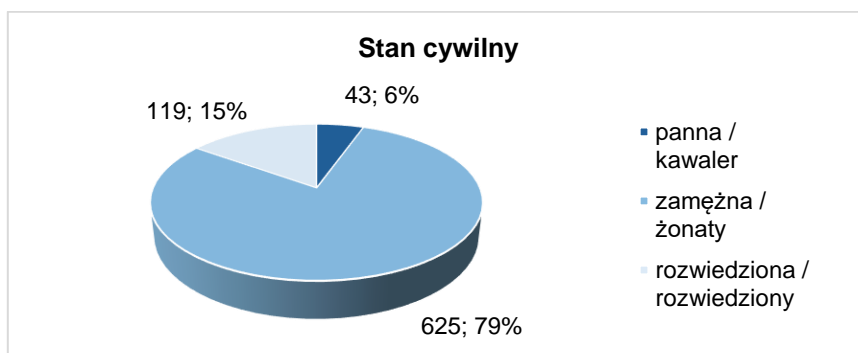
Badania zostały przeprowadzone w latach 2021 – 2023. W badaniu wzięli udział lekarze o różnej specjalizacji oraz stażu pracy z regionów całej Polski. W prowadzonych badaniach empirycznych wzięło udział 787 osób, w tym 281 kobiet, co stanowi 35,7% próby oraz 506 mężczyzn, co stanowi 64,3% badanych. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim (N=625, 79,4%), do osób niebędących w związku zaliczały się 43 osoby (5,5%) oraz do osób rozwiedzionych należało 119 respondentów (15,1%). W grupie badanych lekarzy 50,3% (N=396) stanowiły osoby wykonujące swój zawód w miejscu zamieszkania, 30,0% (N=236) osoby dojeżdżające do miejsca pracy znajdującego się poza

miejszem zamieszkania, a 19,7% (N=155) stanowiły osoby pracujące zarówno w miejscu zamieszkania, jak i poza nim. Na pytanie dotyczące ilości godzin spędzonych w pracy większa część badanej grupy (51,1%, N=402) odpowiedziała, że w pracy spędza powyżej 8 godzin dziennie, często przekraczając dwunastogodzinny wymiar pracy. Pod względem stażu pracy, najliczniejszą grupę stanowili lekarze ze stażem pracy powyżej 30 lat pracy (N=311).



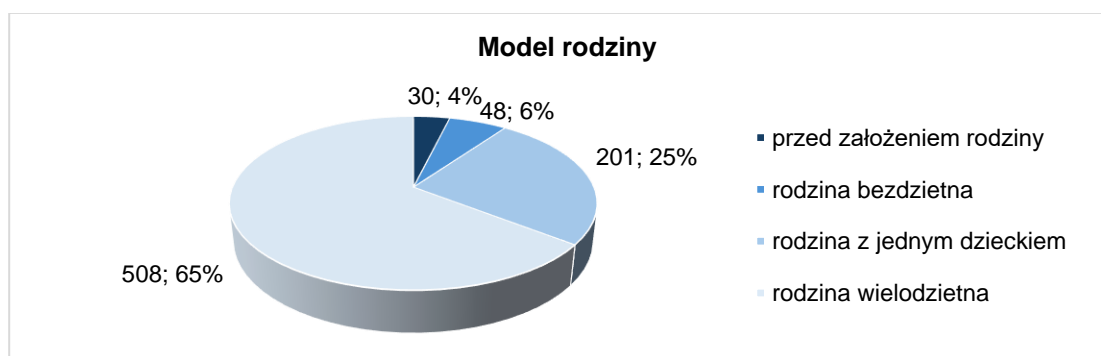
Wykres 5. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – płeć

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



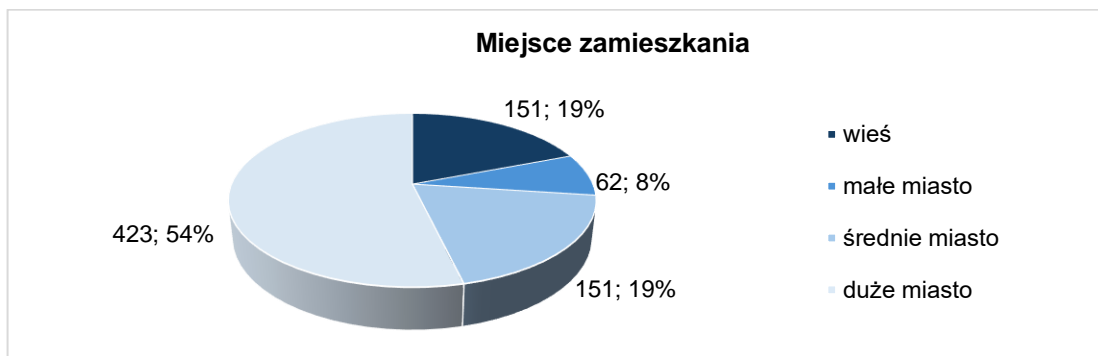
Wykres 6. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – stan cywilny

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



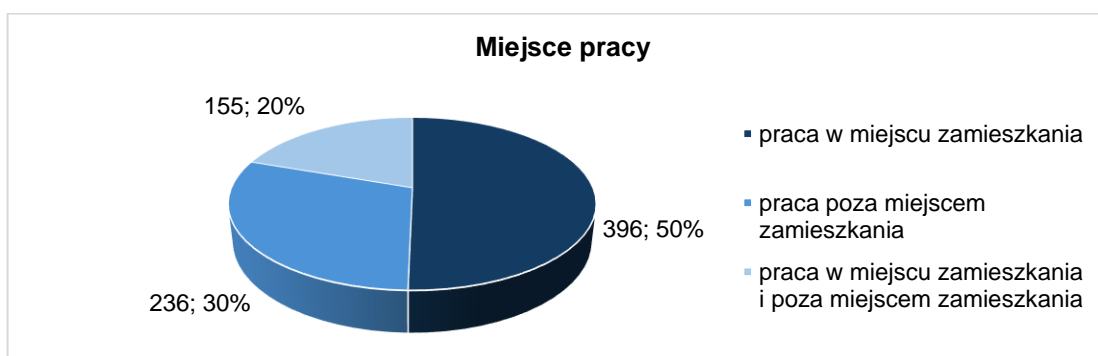
Wykres 7. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – model rodziny

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



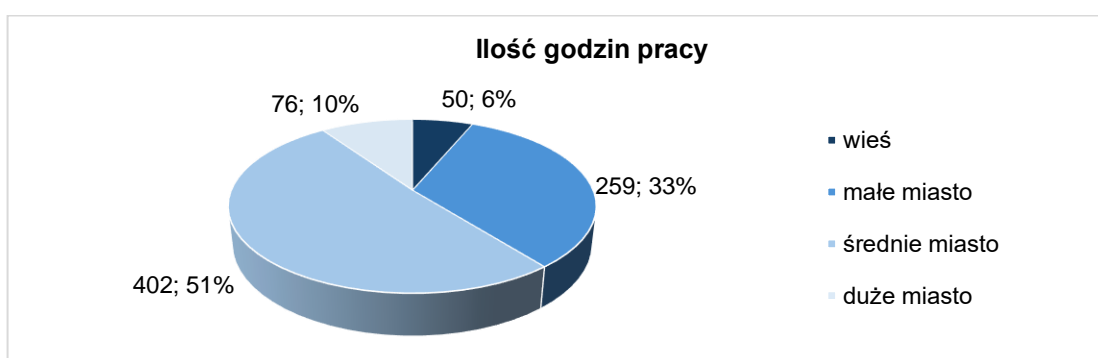
Wykres 8. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – miejsce zamieszkania

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



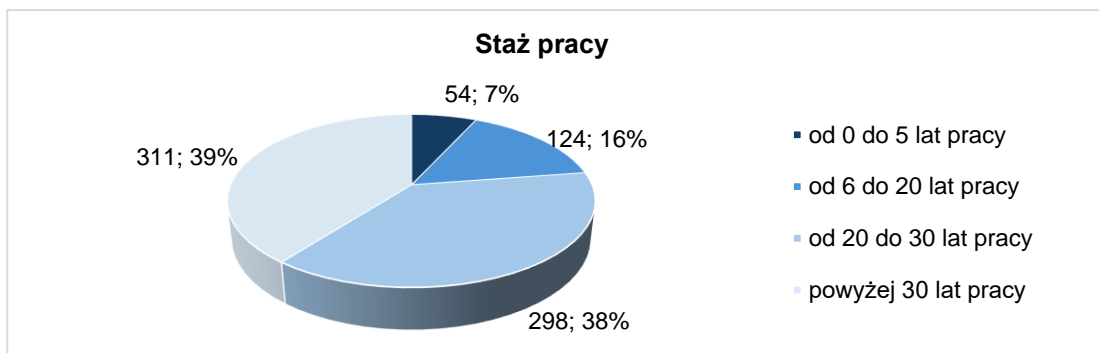
Wykres 9. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – miejsce pracy

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



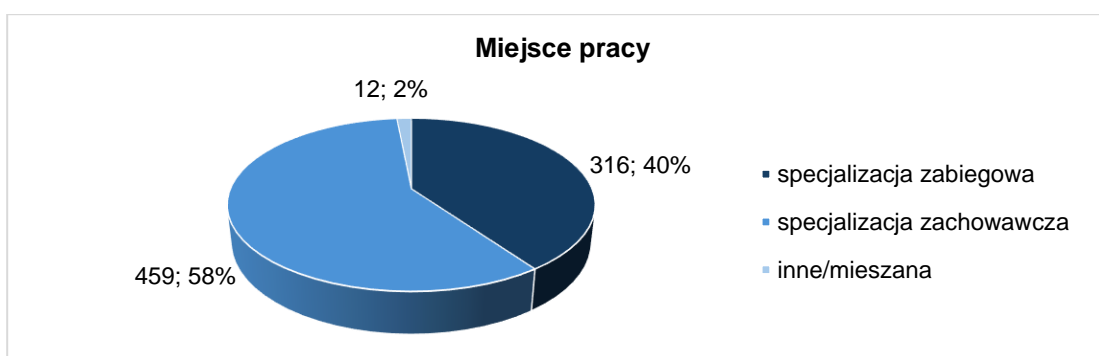
Wykres 10. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – ilość godzin pracy

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



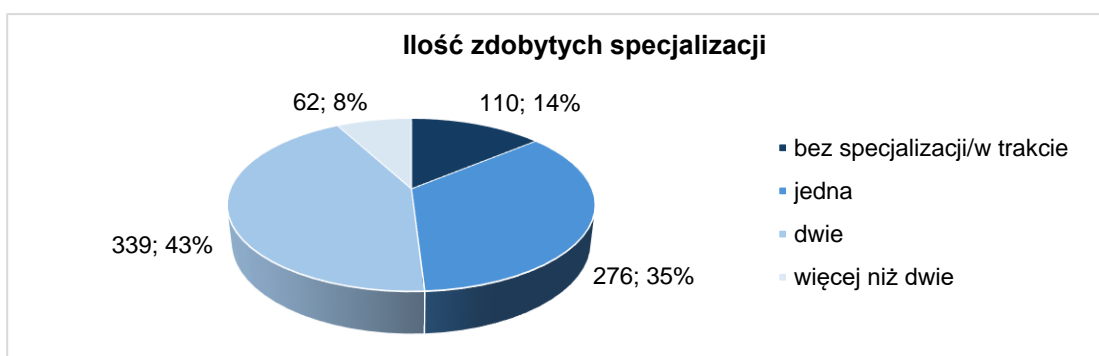
Wykres 11. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – staż pracy

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Wykres 12. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – rodzaj specjalizacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Wykres 13. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – ilość zdobytych specjalizacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W celu przeprowadzenia badania, kontakt z respondentami następował poprzez osobisty kontakt mailowy oraz za pomocą forum internetowego skierowanego do grupy zawodowej lekarzy. Badania były prowadzone przy użyciu ankiety internetowej, a udział w badaniu był

całkowicie dobrowolny, co wiąże się z możliwością rezygnacji w dowolnym momencie bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji. Lekarze byli proszeni o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w ankiecie. Po zakończeniu gromadzenia danych ankietowych, przeprowadzono badania jakościowe przy użyciu swobodnego wywiadu z lekarzami z województwa śląskiego, którzy wyrazili dobrowolną chęć odpowiedzenia na pytania. Po skompletowaniu wszystkich odpowiedzi, zostały one poddane analizie, po grupowaniu oraz interpretacji.

Zmienne psychologiczne, takie jak dystansowanie czy wyczerpanie, są złożonymi konstrukcjami, które wymagają wielowymiarowego podejścia w analizie. W niniejszych badaniach zostały one ocenione na podstawie odpowiednich kwestionariuszy, które mierzą te zmienne w sposób pośredni, jako wypadkową szeregu pozycji oceniających różne aspekty psychologiczne. Uproszczona interpretacja tych zmiennych, np. w skali od 1 do 5, nie oddaje pełni obrazu, lecz służy jako narzędzie do statystycznego zobrazowania ogólnych tendencji. Autorka pracy wskazuje, że analizy statystyczne zostały uzupełnione o wywiady jakościowe, które dostarczają głębszego i bardziej kontekstowego zrozumienia doświadczeń badanych lekarzy. Takie podejście triangulacji danych pozwala na uzyskanie bardziej kompleksowego obrazu badanej problematyki w kontekście zarządzania kryzysowego w placówkach służby zdrowia.

5.2. Diagnoza elastyczności procesów decyzyjnych w kontekście zarządzania kryzysem w placówkach służby zdrowia

W dynamicznie zmieniającym się środowisku służby zdrowia elastyczność procesów decyzyjnych jest kluczowym elementem skutecznego zarządzania kryzysowego. Placówki służby zdrowia muszą dostosowywać się do szybko zachodzących zmian i skutecznie zarządzać informacją oraz zasobami ludzkimi, aby minimalizować negatywne skutki wydarzeń kryzysowych, takich jak przeciążenie systemów opieki zdrowotnej. Niniejsza analiza koncentruje się na ocenie elastyczności procesów decyzyjnych w badanych placówkach służby zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem takich aspektów jak komunikacja, wymiana informacji oraz skuteczność strategii zarządzania kryzysowego.

Wybór tego zagadnienia badawczego wynika z potrzeby dogłębnego zrozumienia, w jaki sposób elastyczne struktury decyzyjne wspierają placówki służby zdrowia w podejmowaniu odpowiednich reakcji na nagłe zmiany i zagrożenia oraz jak można usprawnić

te procesy. Szczególną uwagę poświęcono ocenie zróżnicowanych opinii pracowników dotyczących mechanizmów podejmowania decyzji i struktur organizacyjnych, co pozwala na identyfikację obszarów wymagających optymalizacji w celu zwiększenia skuteczności zarządzania kryzysem.

W opracowaniu statystycznym, oprócz statystyk podstawowych, obliczono korelacje Pearsona oraz model SEM – analiza ścieżkowa.

Korelacja Pearsona dana jest wzorem (2):

$$r = \frac{\sum(X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum(X_i - \bar{X})^2 \sum(Y_i - \bar{Y})^2}} \quad (2)$$

gdzie:

- X_i i Y_i – wartości poszczególnych obserwacji dla zmiennych X i Y,
- \bar{X} i \bar{Y} – średnie arytmetyczne dla zmiennych X i Y,
- \sum – suma po wszystkich obserwacjach (indeks i przebiega przez wszystkie wartości w zbiorze danych).

Interpretacja współczynnika korelacji Pearsona:

- $r=1$: perfekcyjna dodatnia korelacja liniowa.
- $r=-1$: perfekcyjna ujemna korelacja liniowa.
- $r=0$: brak korelacji liniowej (zmienne są niezależne liniowo).
- $0 < r < 1$: dodatnia korelacja liniowa (im wyższa wartość, tym silniejsza zależność).
- $-1 < r < 0$: ujemna korelacja liniowa (im bardziej zbliżona do -1, tym silniejsza zależność).

Wszystkie statystyki prowadzono w programie SPSS, AMOS oraz Python. Testy statystyczne obliczono na poziomie istotności $\alpha=0,05$.

Na potrzeby metodyki badań własnych opracowano tezę badawczą, która brzmiała: skuteczność strategii zarządzania kryzysem w sektorze służby zdrowia zależy od:

- integracji nowoczesnych technologii informacyjnych,
- równoważonego podejścia do zasobów ludzkich,
- elastycznych procesów decyzyjnych,

co pozwala na skuteczne reagowanie na zmieniające się warunki, minimalizowanie negatywnych skutków kryzysów zdrowotnych oraz przeciwdziałanie zjawisku wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego.

Na potrzeby przeprowadzanego badania empirycznego opracowano zmienne i ich wskaźniki, które zostały zaprezentowane w tabeli 8.

Tabela 8. Zmienne niezależne i zależne, test normalności

	Zmienna	W Shapiro-Wilka		Zmienna
		W	p	
Psychologiczna	Wyczerpanie	0,965	0,465	Kowariant
	Zdystansowanie	0,969	0,569	Kowariant
	Nastroj pozytywny	0,972	0,672	Kowariant
	Nastroj negatywny	0,913	0,113	Kowariant
	Jakość życia	0,932	0,232	Niezależna
Integracja nowoczesnych technologii informacyjnych	Dostępność i wykorzystanie systemów elektronicznej dokumentacji medycznej	0,975	0,675	Niezależna
	Wdrażanie systemów telemedycyny	0,980	0,780	Niezależna
	Wykorzystanie systemów analitycznych i wspomagających decyzje	0,955	0,455	Niezależna
	Szybkość adaptacji i wdrażania nowych technologii	0,929	0,229	Niezależna
	Cyberbezpieczeństwo i ochrona danych	0,923	0,223	Niezależna
	Skalowalność i elastyczność systemów IT	0,980	0,780	Niezależna
	Stosowanie rozwiązań mobilnych	0,981	0,781	Niezależna
Zrównoważone podejście do zasobów ludzkich	Poziom wykszolenia i przygotowania personelu do reagowania na kryzysy	0,935	0,335	Niezależna
	Dostępność wykwalifikowanego personelu	0,908	0,108	Niezależna
	Strategie zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym	0,985	0,785	Niezależna
	Wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla personelu	0,999	0,899	Niezależna
	Polityka elastycznego czasu pracy i urlopów	0,948	0,448	Niezależna
Elastyczność procesów decyzyjnych	Struktura organizacyjna i łańcuch dowodzenia	0,909	0,109	Niezależna
	Procesy komunikacji i wymiany informacji	0,993	0,893	Niezależna
	Mechanizmy podejmowania decyzji	0,988	0,888	Niezależna
	Procesy podejmowania decyzji w warunkach niepewności	0,994	0,894	Niezależna
	Plany i procedury reagowania na kryzysy	0,950	0,450	Niezależna
Skuteczność strategii zarządzania kryzysem		0,982	0,782	Zależna

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych statystycznych wskazuje, że pracownicy zasadniczo nie doświadczają wysokiego poziomu wyczerpania ani dystansowania się od pracy, co

potwierdzają średnie wartości tych zmiennych poniżej 3. Jednocześnie średnia wartość pozytywnego nastroju przekracza 2, sugerując, że pracownicy wykazują pozytywne nastawienie wobec wykonywanych obowiązków. Średnia wartość nastroju negatywnego poniżej 3 sugeruje, że negatywne emocje związane z pracą są rzadko spotykane. Ponadto jakość życia oceniana jest średnio na ponad 25 punktów, co świadczy o ogólnym zadowoleniu pracowników z warunków oferowanych przez poddaną badaniu placówkę służby zdrowia.

Odchylenie standardowe wskazuje, że odczucia związane z wyczerpaniem, dystansowaniem się i negatywnym nastrojem są bardziej zróżnicowane, co sugeruje większą różnorodność doświadczeń pracowników w tych obszarach. Natomiast odczucia dotyczące pozytywnego nastroju i jakości życia mają charakter bardziej jednolity.

Mediany wartości dla wyczerpania, dystansowania się i nastroju negatywnego są zbliżone do ich średnich, co sugeruje symetryczny rozkład tych zmiennych. W przypadku pozytywnego nastroju mediana jest niższa od średniej, co wskazuje na prawoskośność rozkładu – więcej osób uzyskuje niższe wyniki w zakresie pozytywnego nastroju.

Analiza skośności danych ujawnia, że wyczerpanie, dystansowanie się i nastrój negatywny mają lekko prawoskośne rozkłady, co oznacza przewagę niższych ocen tych zmiennych. Pozytywny nastrój cechuje się silną prawoskośnością, sugerując, że tylko niewielka część pracowników doświadcza wyjątkowo wysokiego poziomu pozytywnego nastroju w pracy. Z kolei jakość życia charakteryzuje się ujemną skośnością, co oznacza, że więcej osób ocenia ją wysoko.

Wartości kurtozy dla wyczerpania, pozytywnego nastroju i jakości życia są zbliżone do zera, co sugeruje, że ich rozkłady przypominają rozkład normalny. Natomiast dystansowanie się i nastrój negatywny wykazują dodatnią kurtozę, wskazując na bardziej leptokurtyczne rozkłady z większym udziałem wartości ekstremalnych.

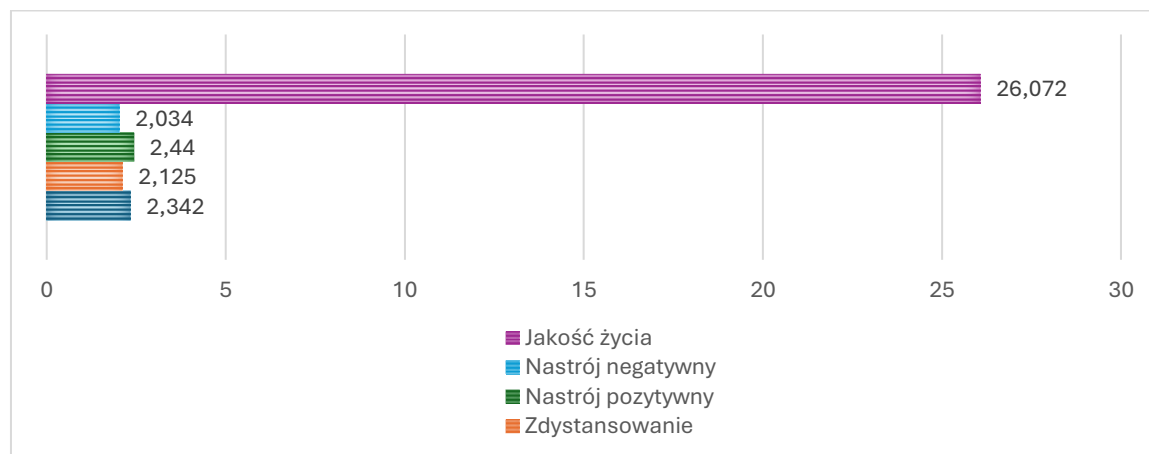
Wnioski z analizy wskazują, że pracownicy zasadniczo nie odczuwają bardzo wysokiego poziomu wyczerpania ani dystansowania się od pracy; większość z nich cechuje przeciętny z tendencją do niższego poziomu pozytywny nastrój, a negatywne emocje są mniej powszechne. Zadowolenie z jakości życia w badanych placówkach służby zdrowia jest ogólnie przeciętne, choć widoczna jest pewna różnorodność doświadczeń wśród pracowników, szczególnie w obszarach wyczerpania, dystansowania się i negatywnego nastroju.

Tabela 9 i wykres 14 przedstawiają statystyki opisowe dla 5 zmiennych psychologicznych: Wyczerpanie, Zdystansowanie, Nastrój pozytywny, Nastrój negatywny i Jakość życia. Dane dotyczą 787 osób.

Tabela 9. Statystyki opisowe dla zmiennych psychologicznych (N=787)

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Skośność	Kurtoza
Wyczerpanie	2,342	0,636	2,375	0,029	-0,826
Zdystansowanie	2,125	0,607	2,000	0,614	0,050
Nastój pozytywny	2,440	2,221	2,000	0,996	0,701
Nastój negatywny	2,034	1,981	2,000	0,881	0,595
Jakość życia	26,072	6,064	27,000	-0,875	0,394

Zródło: opracowanie własne.



Wykres 14. Średnia zmiennych psychologicznych (N=787)

Zródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Tabela 10 i wykres 15 przedstawiają statystyki opisowe dla 7 zmiennych ilościowych związanych z integracją nowoczesnych technologii informacyjnych w firmie. Dane dotyczą 787 osób.

Analiza statystyk wskazuje, że średnie oceny wszystkich zmiennych przekraczają wartość 3, co sugeruje, że pracownicy generalnie pozytywnie oceniają dostępne technologie i ich wykorzystanie w badanych placówkach służby zdrowia. Najwyższe noty uzyskały skalowalność i elastyczność systemów IT, stosowanie rozwiązań mobilnych oraz wykorzystanie systemów analitycznych i wspomagających decyzje. Natomiast najniżej oceniono dostępność i wykorzystanie systemów elektronicznej dokumentacji medycznej.

Odchylenie standardowe dla wszystkich zmiennych jest stosunkowo niewielkie, co oznacza, że oceny pracowników są relatywnie spójne. Wyjątkiem jest wykorzystanie systemów elektronicznej dokumentacji medycznej, gdzie odchylenie standardowe jest największe, wskazując na największą różnorodność opinii w tym zakresie.

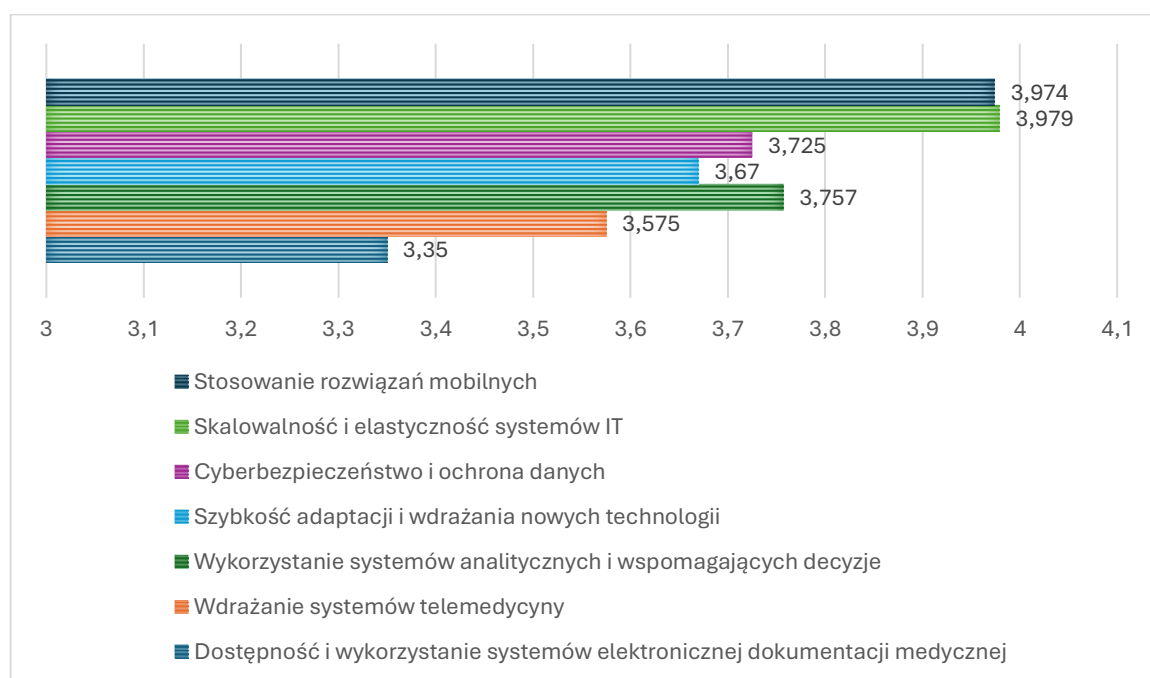
Mediany dla wszystkich zmiennych są zbliżone do ich średnich, co sugeruje symetryczność rozkładów tych zmiennych. Analiza skośności ujawnia, że wszystkie zmienne

mają ujemną skośność, co oznacza, że rozkłady są lekko lewoskośne – większość pracowników przyznała wyższe oceny. Kurtoza wszystkich zmiennych jest bliska zero, co wskazuje na rozkłady zbliżone do normalnego.

Tabela 10. Statystyki opisowe dla zmiennych związanych z integracją nowoczesnych technologii informacyjnych (N=787)

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Skośność	Kurtoza
Dostępność i wykorzystanie systemów elektronicznej dokumentacji medycznej	3,350	0,707	3,400	-0,860	1,343
Wdrażanie systemów telemedycyny	3,575	0,700	3,474	-0,701	0,611
Wykorzystanie systemów analitycznych i wspomagających decyzje	3,757	0,713	3,724	-0,524	0,460
Szybkość adaptacji i wdrażania nowych technologii	3,670	0,697	3,660	-0,550	0,571
Cyberbezpieczeństwo i ochrona danych	3,725	0,717	3,734	-0,678	0,624
Skalowalność i elastyczność systemów IT	3,979	0,727	4,044	-0,482	-0,147
Stosowanie rozwiązań mobilnych	3,974	0,731	4,044	-0,449	-0,319

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 15. Średnia zmiennych związanych z integracją nowoczesnych technologii informacyjnych (N=787)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Podsumowując, pracownicy zasadniczo pozytywnie oceniają integrację nowoczesnych technologii informacyjnych w badanych placówkach służby zdrowia. Szczególnie wysoko oceniane są skalowalność i elastyczność systemów IT, zastosowanie rozwiązań mobilnych oraz wykorzystanie systemów analitycznych i wspomagających decyzje. Istnieje jednak pewna różnorodność opinii wśród pracowników dotycząca dostępności i wykorzystania systemów elektronicznej dokumentacji medycznej. Ogólnie rzecz biorąc, oceny pracowników są spójne, a rozkłady wartości nie wykazują znaczących odchyłeń od symetrii.

Tabela 11 i wykres 16 przedstawiają statystyki opisowe dla pięciu zmiennych ilościowych związanych ze zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich w badanych placówkach służby zdrowia. Dane dotyczą 787 osób.

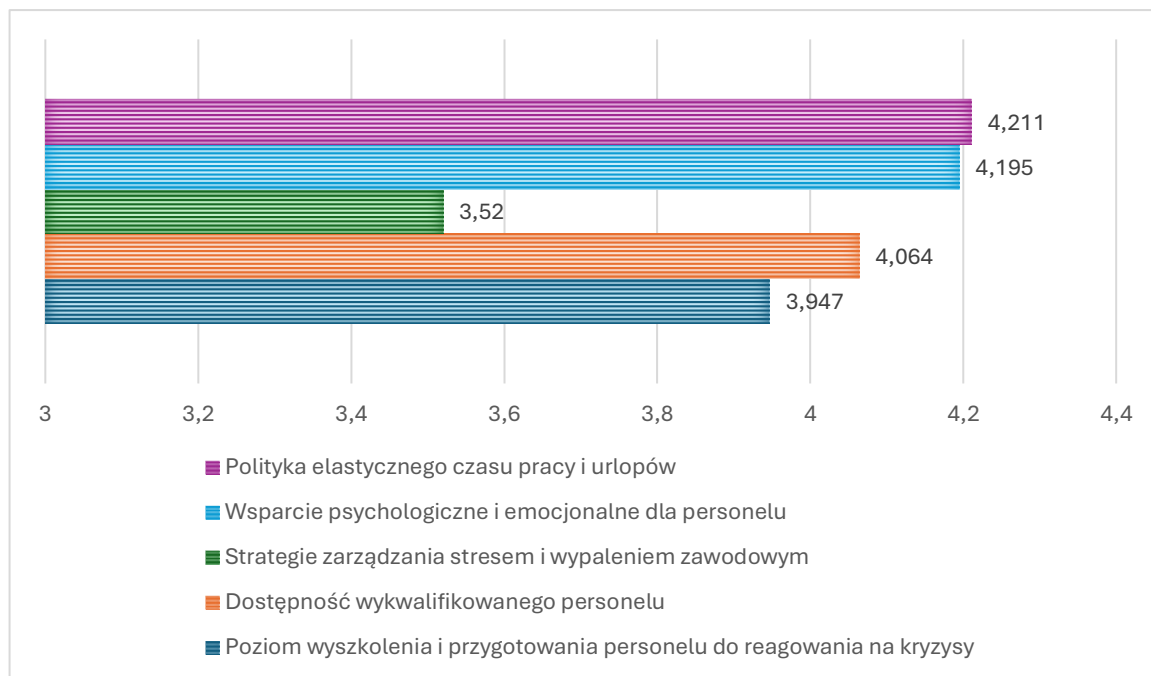
Analiza statystyk wskazuje, że średnie oceny dla wszystkich zmiennych przekraczają wartość 3,5, co sugeruje, że pracownicy zasadniczo pozytywnie oceniają zrównoważone podejście badanych placówek służby zdrowia do zarządzania zasobami ludzkimi. Najwyżej oceniana jest polityka elastycznego czasu pracy i urlopów oraz wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla personelu. Natomiast strategie zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym uzyskały najniższe oceny, co może wskazywać na potrzebę poprawy w tym obszarze.

Odchylenie standardowe dla wszystkich zmiennych jest stosunkowo niewielkie, co oznacza, że oceny pracowników są relatywnie spójne. Wyjątkiem jest dostępność wykwalifikowanego personelu, gdzie odchylenie standardowe jest największe, sugerując większą różnorodność opinii w tym zakresie.

Tabela 11. Statystyki opisowe dla zmiennych związanych ze zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich (N=787)

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Skośność	Kurtoza
Poziom wyszkolenia i przygotowania personelu do reagowania na kryzysy	3,947	0,723	4,085	-0,534	-0,092
Dostępność wykwalifikowanego personelu	4,064	0,743	4,242	-0,553	-0,391
Strategie zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym	3,520	0,730	3,506	-0,789	0,858
Wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla personelu	4,195	0,738	4,341	-0,564	-0,572
Polityka elastycznego czasu pracy i urlopów	4,211	0,714	4,306	-0,423	-0,915

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Wykres 16. Średnia zmiennych związanych ze zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich (N=787)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Mediana dla wszystkich zmiennych jest bliska średniej, co wskazuje na symetryczność rozkładów danych. Skośność wszystkich zmiennych jest ujemna, co oznacza, że rozkłady są lekko lewoskośne – większość pracowników przyznała wyższe oceny. Kurtოza zmiennych jest zbliżona do zera, co sugeruje, że rozkłady są podobne do rozkładu normalnego i nie są ani zbyt spłaszczone, ani zbyt ostre.

Podsumowując, pracownicy zasadniczo pozytywnie oceniają zrównoważone praktyki zarządzania zasobami ludzkimi w badanych placówkach służby zdrowia. Szczególnie wysoko cenione są elastyczność czasu pracy i polityka urlopów oraz wsparcie psychologiczne i emocjonalne. Istnieje pewna różnorodność opinii dotyczących dostępności wykwalifikowanego personelu. Ogólnie rzecz biorąc, oceny są spójne, a rozkłady danych nie wykazują znaczących odchyłeń od symetrii, co świadczy o jednolitych doświadczeniach pracowników. Niskie oceny strategii zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym wskazują na obszary wymagające uwagi i potencjalnej interwencji ze strony placówki służby zdrowia.

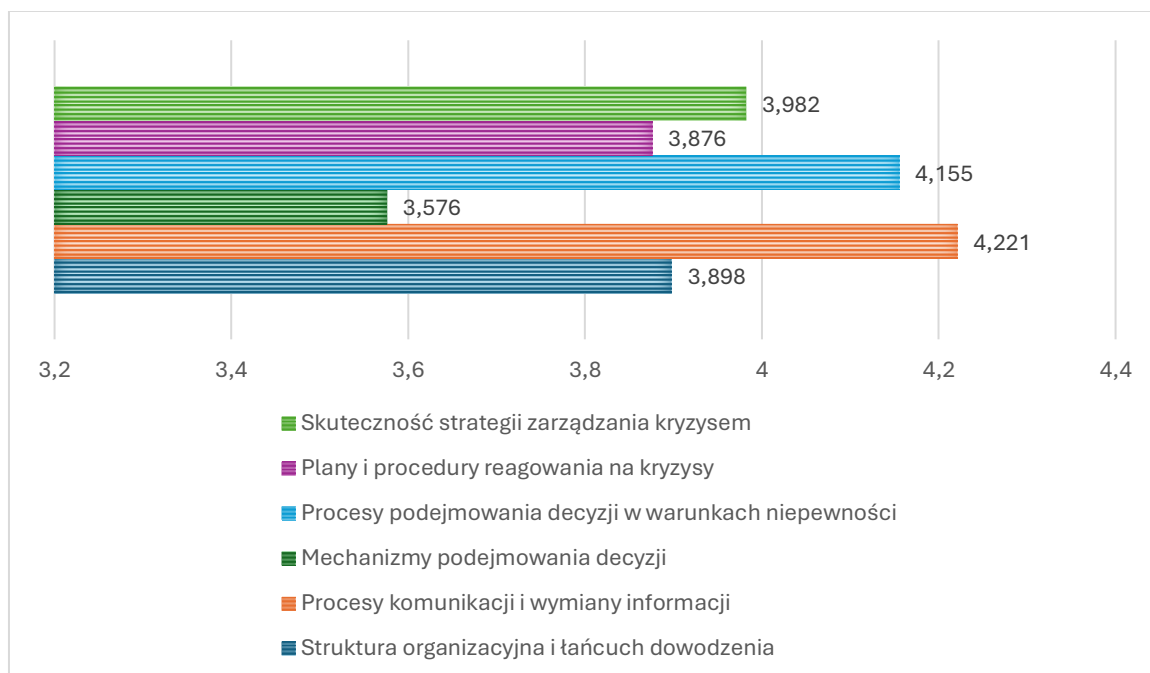
Tabela 12 i wykres 17 przedstawiają statystyki opisowe dla 7 zmiennych ilościowych związanych z elastycznymi procesami decyzyjnymi w badanych placówkach służby zdrowia. Dane dotyczą 787 osób.

Analiza statystyk wskazuje, że średnie oceny dla wszystkich zmiennych przekraczają wartość 3,5, co sugeruje, że pracownicy generalnie pozytywnie oceniają elastyczność procesów decyzyjnych w badanych placówkach służby zdrowia. Najwyższe noty uzyskały procesy komunikacji i wymiany informacji oraz skuteczność strategii zarządzania kryzysem. Natomiast mechanizmy podejmowania decyzji zostały ocenione najniżej, co może wskazywać na potrzebę ich udoskonalenia.

Tabela 12. Statystyki opisowe dla zmiennych związanych z elastycznymi procesami decyzyjnymi (N=787)

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Skośność	Kurtoza
Struktura organizacyjna i łańcuch dowodzenia	3,898	0,740	3,960	-0,543	0,019
Procesy komunikacji i wymiany informacji	4,221	0,740	4,441	-0,623	-0,421
Mechanizmy podejmowania decyzji	3,576	0,679	3,487	-0,698	0,766
Procesy podejmowania decyzji w warunkach niepewności	4,155	0,749	4,356	-0,539	-0,626
Plany i procedury reagowania na kryzysy	3,876	0,719	3,921	-0,447	-0,050
Skuteczność strategii zarządzania kryzysem	3,982	0,733	4,043	-0,507	-0,117

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Wykres 17. Średnia zmiennych związanych z elastycznymi procesami decyzyjnymi (N=787)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Odchylenie standardowe dla wszystkich zmiennych jest stosunkowo niewielkie, co oznacza, że oceny pracowników są relatywnie spójne. Wyjątkiem jest struktura organizacyjna i łańcuch dowodzenia, gdzie odchylenie standardowe jest największe, sugerując większą różnorodność opinii w tym zakresie.

Mediany dla wszystkich zmiennych są zbliżone do ich średnich, co wskazuje na symetryczność rozkładów danych. Skośność wszystkich zmiennych jest ujemna, co oznacza, że rozkłady są lekko lewoskośne – większość pracowników przyznała wyższe oceny. Kurtoza zmiennych jest bliska zeru, sugerując, że rozkłady są podobne do rozkładu normalnego i nie wykazują znaczących odchyleń.

Podsumowując, pracownicy zasadniczo pozytywnie oceniają elastyczność procesów decyzyjnych w badanych placówkach służby zdrowia. Szczególnie wysoko ocenione są procesy komunikacji i wymiany informacji oraz skuteczność strategii zarządzania kryzysem. Istnieje pewna różnorodność opinii dotyczących struktury organizacyjnej i łańcucha dowodzenia. Ogólnie rzecz biorąc, oceny pracowników są spójne, a rozkłady danych nie są znacząco zniekształcone. Niskie oceny mechanizmów podejmowania decyzji wskazują na obszary wymagające uwagi i potencjalnej poprawy.

Analiza statystyk wykazuje, że pracownicy ogólnie pozytywnie oceniają elastyczność procesów decyzyjnych w placówkach służby zdrowia, szczególnie w obszarach komunikacji i strategii zarządzania kryzysem. Wysokie oceny potwierdzają skuteczność istniejących mechanizmów, jednak największe zróżnicowanie opinii dotyczy struktury organizacyjnej oraz mechanizmów podejmowania decyzji. Wyniki sugerują, że mimo iż placówki zapewniają stabilne wsparcie w zakresie elastycznego reagowania na kryzysy, istnieją obszary wymagające usprawnienia, szczególnie w mechanizmach decyzyjnych. Udoskonalenie tych struktur może prowadzić do większej skuteczności w zarządzaniu sytuacjami kryzysowymi i lepszej adaptacji do dynamicznych warunków funkcjonowania służby zdrowia.

Wyniki przedstawione w tym rozdziale opierają się na samoocenie lekarzy, bazującej na uproszczonych wskaźnikach ilościowych. Tego typu analizy mogą nie w pełni odzwierciedlać całościowego obrazu sytuacji, szczególnie w kontekście trudności ujawnionych w wywiadach jakościowych. Różnice między wynikami ilościowymi a jakościowymi są naturalne w badaniach interdyscyplinarnych, ponieważ każda z tych metod analizuje różne aspekty doświadczeń respondentów. Statystyki opisowe, wskazujące na niski poziom wyczerpania i dystansowania oraz stosunkowo wysoki poziom zadowolenia, mogą odzwierciedlać subiektywne mechanizmy adaptacyjne, takie jak zdolność lekarzy do radzenia sobie z trudnymi warunkami. Autorka interpretuje te wyniki jako wynik funkcjonowania

mechanizmów obronnych, które pozwalają lekarzom na subiektywne odczuwanie satysfakcji pomimo obiektywnych trudności w systemie zarządzania kryzysowego. Równocześnie, wywiady jakościowe ujawniają bardziej precyzyjne problemy, takie jak niedofinansowanie, brak kadry czy presja związana z zarządzaniem technologią w warunkach kryzysowych. To zróżnicowanie wyników podkreśla potrzebę wieloaspektowego podejścia do analizy problematyki zarządzania kryzysowego w szpitalach. Autorka pragnie zaznaczyć, że wyniki statystyk opisowych należy interpretować ostrożnie i w kontekście innych źródeł danych. Choć mogą one wskazywać na pewne pozytywne aspekty, takie jak zadowolenie z pracy czy jakości życia, dane jakościowe dostarczają wyraźniejszych dowodów na istnienie poważnych problemów systemowych. Wskazuje to na złożoność doświadczeń lekarzy oraz potrzebę dalszych badań w tym zakresie.

5.3. Korelacje między czynnikami wpływającymi na skuteczność zarządzania kryzysem w placówkach służby zdrowia

Skuteczne zarządzanie kryzysem w placówkach służby zdrowia zależy od licznych czynników psychologicznych, technologicznych oraz związanych z zarządzaniem zasobami ludzkimi. W celu precyzyjnego określenia zależności między tymi zmiennymi a skutecznością działań kryzysowych przeprowadzono analizę korelacji r Pearsona, oceniając siłę oraz istotność tych powiązań w kontekście placówek służby zdrowia. Wykorzystanie zaawansowanych metod korelacji pozwala na identyfikację kluczowych obszarów wpływu, jak np. jakość życia pracowników, dostępność nowoczesnych technologii informacyjnych oraz wsparcie zasobów ludzkich. Wybór tych zmiennych jest uzasadniony potrzebą kompleksowej analizy środowiska, w którym zachodzą procesy decyzyjne oraz interakcje wewnętrzne, pozwalając na skuteczne reagowanie na wyzwania związane z kryzysem.

W badaniu uwzględniono różne aspekty elastyczności procesów decyzyjnych, w tym komunikację i strukturę organizacyjną, procesy adaptacyjne oraz zarządzanie zasobami w kontekście integracji nowych technologii. Kluczowymi obszarami były także zmienne psychologiczne, takie jak wyczerpanie i nastrój pracowników, oraz wsparcie emocjonalne i mechanizmy zarządzania stresem. Badanie to pozwala na głębsze zrozumienie, w jaki sposób czynniki te oddziałują na skuteczność zarządzania kryzysem i w jaki sposób można poprawić organizację pracy w placówkach ochrony zdrowia w celu minimalizowania ryzyka zawodowego oraz negatywnego wpływu stresu.

Aby zweryfikować tezę w pierwszej kolejności obliczono statystyki korelacji r Pearsona.

W tabelach 13-15 zaprezentowano analizę korelacji między różnymi czynnikami związanymi z elastycznymi procesami decyzyjnymi, ich skutecznością oraz innymi zmiennymi w kontekście zarządzania kryzysem. Analiza oparta jest na współczynnikach korelacji Pearsona (r) i ich istotności (p) dla próby o wielkości 787. Zmienne są zgrupowane w kategorie: czynniki psychologiczne, integracja nowoczesnych technologii informacyjnych oraz zrównoważone podejście do zasobów ludzkich.

Na podstawie danych empirycznych nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy 6. Oznacza to, że cechy określające elastyczne procesy decyzyjne i ich skutecznością są związane z (a) wyczerpaniem zawodowym, (b) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.

Tabela 13. Macierz korelacji współczynników r Pearsona między zmiennymi związanymi z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością, a pozostałymi zmiennymi (N=787)

		Zmienne związane z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością						
		Struktura organizacyjna i łańcuch dowodzenia	Procesy komunikacji i wymiany informacji	Mechanizmy podejmowania decyzji	Procesy podejmowania decyzji w warunkach niepewności	Plany i procedury reagowania na kryzysy	Skuteczność strategii zarządzania kryzysem	
Zmienne psychologiczne	Wyczerpanie	Korelacja Pearsona	-0,177	-0,124	-0,187	-0,126	-0,156	-0,117
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
	Zdystansowanie	Korelacja Pearsona	-0,132	-0,094	-0,118	-0,089	-0,123	-0,136
		Istotność p	<0,001	0,008	0,001	0,012	0,001	<0,001
	Nastrój pozytywny	Korelacja Pearsona	0,117	0,117	0,127	0,096	0,106	0,107
		Istotność p	0,001	0,001	<0,001	0,007	0,003	0,003
	Nastrój negatywny	Korelacja Pearsona	-0,176	-0,111	-0,154	-0,111	-0,15	-0,129
		Istotność p	<0,001	0,002	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
	Jakość życia	Korelacja Pearsona	0,424	0,331	0,429	0,397	0,384	0,384
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

			Zmienne związane z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością					
			Struktura organizacyjna i łańcuch dowodzenia	Procesy komunikacji i wymiany informacji	Mechanizmy podejmowania decyzji	Procesy podejmowania decyzji w warunkach niepewności	Plany i procedury reagowania na kryzysy	Skuteczność strategii zarządzania kryzysem
Zmienne związane z integracją nowoczesnych technologii informacyjnych	Dostępność i wykorzystanie systemów elektronicznej dokumentacji medycznej	Korelacja Pearsona	0,466	0,344	0,477	0,422	0,44	0,431
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Wdrażanie systemów telemedycyny	Korelacja Pearsona	0,706	0,57	0,737	0,632	0,708	0,718
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Wykorzystanie systemów analitycznych i wspomagających decyzje	Korelacja Pearsona	0,701	0,567	0,692	0,618	0,698	0,707
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Szybkość adaptacji i wdrażania nowych technologii	Korelacja Pearsona	0,709	0,562	0,729	0,601	0,681	0,667
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Cyberbezpieczeństwo i ochrona danych	Korelacja Pearsona	0,705	0,595	0,731	0,629	0,703	0,696
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Skalowalność i elastyczność systemów IT	Korelacja Pearsona	0,695	0,551	0,674	0,614	0,638	0,655
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Stosowanie rozwiązań mobilnych	Korelacja Pearsona	0,7	0,586	0,663	0,614	0,682	0,664
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Zmienne związane ze zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich	Poziom wykształcenia i przygotowania personelu do reagowania na kryzysy	Korelacja Pearsona	0,686	0,547	0,683	0,602	0,674	0,668
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Dostępność wykwalifikowanego personelu	Korelacja Pearsona	0,662	0,571	0,656	0,611	0,621	0,635
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Strategie zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym	Korelacja Pearsona	0,737	0,603	0,747	0,636	0,713	0,72
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla personelu	Korelacja Pearsona	0,605	0,532	0,627	0,591	0,6	0,602
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Polityka elastycznego czasu pracy i urlopów	Korelacja Pearsona	0,484	0,412	0,468	0,447	0,459	0,451
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

			Zmienne związane z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością					
			Struktura organizacyjna i łańcuch dowodzenia	Procesy komunikacji i wymiany informacji	Mechanizmy podejmowania decyzji	Procesy podejmowania decyzji w warunkach niepewności	Plany i procedury reagowania na kryzysy	Skuteczność strategii zarządzania kryzysem
Zmienne związane z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością	Struktura organizacyjna i łańcuch dowodzenia	Korelacja Pearsona	1	0,586	0,673	0,609	0,662	0,672
		Istotność p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Procesy komunikacji i wymiany informacji	Korelacja Pearsona	0,586	1	0,552	0,552	0,557	0,569
		Istotność p	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Mechanizmy podejmowania decyzji	Korelacja Pearsona	0,673	0,552	1	0,594	0,688	0,68
		Istotność p	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001
	Procesy podejmowania decyzji w warunkach niepewności	Korelacja Pearsona	0,609	0,552	0,594	1	0,607	0,635
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
	Plany i procedury reagowania na kryzysy	Korelacja Pearsona	0,662	0,557	0,688	0,607	1	0,697
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001
	Skuteczność strategii zarządzania kryzysem	Korelacja Pearsona	0,672	0,569	0,68	0,635	0,697	1
		Istotność p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

Zródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Czynniki psychologiczne obejmują wyczerpanie zawodowe, dystansowanie, nastroj pozytywny i negatywny oraz jakość życia. Te czynniki wykazują istotne korelacje ze skutecznością strategii zarządzania kryzysem, przy czym jakość życia ma najsilniejszą pozytywną korelację, a wyczerpanie zawodowe najsilniejszą negatywną korelację.

Integracja nowoczesnych technologii informacyjnych dotyczy dostępności i wykorzystania systemów elektronicznej dokumentacji medycznej, telemedycyny, systemów analitycznych i wspomagających decyzje, szybkości adaptacji i wdrażania nowych technologii, cyberbezpieczeństwa, skalowalności i elastyczności systemów IT oraz stosowania rozwiązań mobilnych. Te zmienne są silnie ze sobą skorelowane oraz ze skutecznością zarządzania kryzysem, co wskazuje na istotną rolę integracji technologicznej w reakcji na kryzys.

Zrównoważone podejście do zasobów ludzkich obejmuje szkolenia i przygotowanie personelu do reagowania na kryzysy, dostępność wykwalifikowanego personelu, strategie

zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym, wsparcie psychologiczne i emocjonalne oraz elastyczną politykę czasu pracy i urlopów. Te czynniki są również istotnie skorelowane ze sobą i ze skutecznością zarządzania kryzysem, podkreślając znaczenie odpowiednio przygotowanego i wspieranego personelu.

W tabeli 14 skupiono się na korelacji zmiennych związanych z integracją nowoczesnych technologii informacyjnych z pozostałymi cechami, które wcześniej w tabeli 6 nie były analizowane w takim zestawieniu.

Na podstawie danych empirycznych nie ma podstawy do odrzucenia siódmej hipotezy. Oznacza to, że cechy związane z (a) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.

Tabela 14. Macierz korelacji współczynników r Pearsona między zmiennymi związanymi z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością, a pozostałymi zmiennymi (N=787)

		Zmienne związane z integracją nowoczesnych technologii informacyjnych							
		Dostępność i wykorzystanie systemów elektronicznej dokumentacji medycznej	Wdrażanie systemów telemedycyny	Wykorzystanie systemów analitycznych i wspomagających decyzje	Szybkość adaptacji i wdrażania nowych technologii	Cyberbezp. i ochrona danych	Skalowalność i elastyczność systemów IT	Stosowanie rozwiązań mobilnych	
Zmienne psychologiczne	Wyczerpanie	r	-0,154	-0,159	-0,155	-0,212	-0,177	-0,175	-0,156
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Zdystansowanie	r	-0,139	-0,121	-0,092	-0,139	-0,128	-0,133	-0,114
		p	<0,001	0,001	0,009	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
	Nastrój pozytywny	r	0,12	0,108	0,127	0,148	0,119	0,102	0,118
		p	0,001	0,002	<0,001	<0,001	0,001	0,004	0,001
Nastrój negatywny	r	-0,151	-0,131	-0,145	-0,164	-0,166	-0,172	-0,161	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Jakość życia	r	0,47	0,44	0,421	0,477	0,443	0,41	0,42	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Zmienne związane z integracją	Dostępność i wykorzystanie systemów elektronicznej dokumentacji medycznej	r	1	0,477	0,475	0,519	0,475	0,447	0,435
		p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Wdrażanie systemów telemedycyny	r	0,477	1	0,717	0,744	0,739	0,718	0,72
p		<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

		Zmienne związane z integracją nowoczesnych technologii informacyjnych							
		Dostępność i wykorzystanie systemów elektronicznej dokumentacji medycznej	Wdrażanie systemów telemedycyny	Wykorzystanie systemów analitycznych i wspomagających decyzje	Szybkość adaptacji i wdrażania nowych technologii	Cyberbezp. i ochrona danych	Skalowalność i elastyczność systemów IT	Stosowanie rozwiązań mobilnych	
Zmienne związane ze zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich	Wykorzystanie systemów analitycznych i wspomagających decyzje	r	0,475	0,717	1	0,709	0,726	0,689	0,691
		p	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Szybkość adaptacji i wdrażania nowych technologii	r	0,519	0,744	0,709	1	0,712	0,695	0,671
		p	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001
	Cyberbezp. i ochrona danych	r	0,475	0,739	0,726	0,712	1	0,687	0,709
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
	Skalowalność i elastyczność systemów IT	r	0,447	0,718	0,689	0,695	0,687	1	0,677
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001
	Stosowanie rozwiązań mobilnych	r	0,435	0,72	0,691	0,671	0,709	0,677	1
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
	Poziom wykształcenia i przygotowania personelu do reagowania na kryzysy	r	0,458	0,735	0,71	0,693	0,704	0,697	0,687
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Dostępność wykwalifikowanego personelu	r	0,443	0,664	0,643	0,656	0,659	0,645	0,629
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Strategie zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym	r	0,503	0,778	0,751	0,751	0,774	0,721	0,719	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla personelu	r	0,359	0,632	0,632	0,606	0,607	0,59	0,617	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Polityka elastycznego czasu pracy i urlopów	r	0,27	0,486	0,477	0,448	0,489	0,481	0,475	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W tabeli 15 zamieszczono pozostałe korelacje między zmiennymi według cech określających poziom wykształcenia i przygotowania personelu do reagowania na kryzysy.

Na podstawie danych empirycznych nie ma podstawy do odrzucenia ósmej hipotezy. Oznacza to, że Cechy związane ze (a) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym oraz (c) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.

Tabela 15. Macierz korelacji współczynników r Pearsona między zmiennymi związanymi z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością, a pozostałymi zmiennymi (N=787)

			Zmienne związane ze zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich				
			Poziom wykszolenia i przygotowania personelu do reagowania na kryzysy	Dostępność wykwalifikowanego personelu	Strategie zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym	Wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla personelu	Polityka elastycznego czasu pracy i urlopów
Zmienne psychologiczne	Wyczerpanie	r	-0,175	-0,16	-0,196	-0,127	-0,127
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Zdystansowanie	r	-0,149	-0,131	-0,154	-0,093	-0,111
		p	<0,001	<0,001	<0,001	0,009	0,002
	Nastrój pozytywny	r	0,157	0,117	0,148	0,086	0,13
		p	<0,001	0,001	<0,001	0,016	<0,001
	Nastrój negatywny	r	-0,186	-0,161	-0,172	-0,099	-0,146
		p	<0,001	<0,001	<0,001	0,006	<0,001
	Jakość życia	r	0,435	0,394	0,444	0,37	0,243
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Zmienne związane ze zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich	Poziom wykszolenia i przygotowania personelu do reagowania na kryzysy	r	1	0,643	0,73	0,595	0,501
		p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Dostępność wykwalifikowanego personelu	r	0,643	1	0,675	0,594	0,451
		p	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001
	Strategie zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym	r	0,73	0,675	1	0,644	0,488
		p	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
	Wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla personelu	r	0,595	0,594	0,644	1	0,502
		p	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001
	Polityka elastycznego czasu pracy i urlopów	r	0,501	0,451	0,488	0,502	1
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

Zródło: opracowanie własne na postawie przeprowadzonych badań.

Analiza korelacji r Pearsona potwierdza znaczący wpływ czynników psychologicznych, technologicznych i zarządczych na skuteczność strategii zarządzania kryzysem w placówkach służby zdrowia. Wyniki wskazują na istotne negatywne korelacje między zmiennymi psychologicznymi, takimi jak wyczerpanie zawodowe i dystansowanie, a skutecznością działań

kryzysowych. Na przykład wyczerpanie zawodowe wykazuje silną negatywną korelację z mechanizmami podejmowania decyzji oraz strukturą organizacyjną ($r = -0,177$, $p < 0,001$), (rozdział 5.2), co sugeruje, że zmniejszenie stopnia wyczerpania może bezpośrednio poprawić skuteczność decyzji podejmowanych w sytuacjach kryzysowych.

Z kolei czynniki związane z integracją nowoczesnych technologii informacyjnych, takich jak wdrażanie systemów telemedycyny, szybkość adaptacji nowych technologii i cyberbezpieczeństwo, wykazują silne pozytywne korelacje ze skutecznością zarządzania kryzysem. Wartości korelacji dla wdrażania telemedycyny i skuteczności strategii zarządzania kryzysem są bardzo wysokie ($r = 0,718$, $p < 0,001$), co wskazuje na krytyczną rolę technologii w zapewnianiu ciągłości operacyjnej i skutecznej komunikacji w placówkach służby zdrowia.

W zakresie zarządzania zasobami ludzkimi, istotne korelacje dotyczą poziomu przygotowania personelu do reagowania na kryzysy oraz strategii zarządzania stresem, które wykazują pozytywne powiązania ze skutecznością zarządzania kryzysem (odpowiednio: $r = 0,668$ i $r = 0,72$, $p < 0,00$). Wyniki te podkreślają potrzebę zrównoważonego podejścia do zasobów ludzkich, uwzględniającego odpowiednie przygotowanie personelu, wsparcie psychologiczne oraz elastyczność w zakresie polityki czasu pracy i urlopów.

Podsumowując, wyniki badań wyraźnie wskazują, że elastyczność procesów decyzyjnych wspierana integracją technologii oraz zrównoważonym zarządzaniem zasobami ludzkimi jest kluczowa dla skutecznego zarządzania kryzysem w placówkach służby zdrowia. Wnioski płynące z analizy korelacji stanowią cenną podstawę do dalszych działań ukierunkowanych na optymalizację struktur organizacyjnych, rozwój technologiczny oraz poprawę dobrostanu psychicznego personelu, co w dłuższej perspektywie może przyczynić się do większej stabilności operacyjnej w sytuacjach kryzysowych.

5.4. Modelowanie wpływu technologii, zasobów ludzkich i elastyczności decyzji na skuteczność zarządzania kryzysem w placówkach służby zdrowia

W celu precyzyjnego określenia czynników, które kształtują skuteczność strategii zarządzania kryzysowego w placówkach służby zdrowia, przeprowadzono analizę z zastosowaniem modelu ścieżkowego (SEM – *Structural Equation Modeling*). SEM umożliwia testowanie zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy wieloma zmiennymi, co pozwala na analizę zarówno wpływów bezpośrednich, jak i pośrednich. Podejście to jest

szczególne przydatne w badaniach nad sektorem ochrony zdrowia, w którym zarządzanie kryzysowe opiera się na kompleksowych relacjach pomiędzy integracją technologii, zrównoważonym zarządzaniem zasobami ludzkimi oraz elastycznymi procesami decyzyjnymi.

Model ścieżkowy pozwala na identyfikację istotnych parametrów wpływających na zarządzanie kryzysem, jak również ocenę dopasowania modelu do obserwowanych danych (CFI=0,979, RMSEA=0,041), co sugeruje, że wybrane zmienne i ich wzajemne relacje zostały odpowiednio dobrane. W analizie uwzględniono wpływ integracji nowoczesnych technologii informacyjnych (np. telemedycyny, systemów analitycznych), podejścia do zasobów ludzkich (zarządzanie stresem, elastyczność czasu pracy) oraz struktur decyzyjnych, co umożliwiło szczegółową ocenę skuteczności zarządzania kryzysowego. Wybór takiego modelu analizy wynika z konieczności holistycznego podejścia do złożonych wyzwań w sektorze ochrony zdrowia, w którym zarządzanie kryzysem wymaga nie tylko zasobów technologicznych i ludzkich, ale także elastycznych procesów decyzyjnych w warunkach dużej niepewności.

Aby udowodnić tezę prezentowanej dysertacji „Skuteczność strategii zarządzania kryzysem w sektorze służby zdrowia zależy od integracji nowoczesnych technologii informacyjnych, zrównoważonego podejścia do zasobów ludzkich oraz elastycznych procesów decyzyjnych, co pozwala na skuteczne reagowanie na zmieniające się warunki, minimalizowanie negatywnych skutków kryzysów zdrowotnych oraz przeciwdziałanie zjawisku wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego” zastosowano model ścieżkowy. Model ścieżkowy, znany również jako model równań strukturalnych (SEM), to zaawansowana technika statystyczna stosowana w badaniach naukowych do testowania hipotez o zależnościach przyczynowo-skutkowych między zmiennymi. Model ścieżkowy, znany również jako model równań strukturalnych (SEM), to zaawansowana technika statystyczna stosowana w badaniach naukowych do testowania hipotez o zależnościach przyczynowo-skutkowych między zmiennymi. Pozwala on na modelowanie złożonych relacji między wieloma zmiennymi jednocześnie, biorąc pod uwagę zarówno bezpośrednie, jak i pośrednie wpływy.

Główne cechy modelu ścieżkowego:

- modelowanie zależności przyczynowo-skutkowych: SEM umożliwia formułowanie i testowanie hipotez o tym, jak jedna zmienna wpływa na inną;
- wielozmienność: SEM może analizować wiele zmiennych jednocześnie, identyfikując złożone wzory zależności;
- uwzględnianie błędów pomiarowych: SEM uwzględnia niepewność pomiaru zmiennych, co zapewnia bardziej realistyczne oszacowania zależności;

- testowanie hipotez statystycznych: SEM wykorzystuje metody statystyczne do oceny wiarygodności hipotez o relacjach między zmiennymi.

Struktura modelu ścieżkowego:

Model ścieżkowy składa się z dwóch głównych komponentów:

1. Zmienne: Reprezentują one pojęcia lub cechy, które są mierzone w badaniu. Mogą to być zmienne obserwowane, mierzone bezpośrednio za pomocą instrumentów badawczych, lub zmienne ukryte, które nie są bezpośrednio mierzone, ale wnioskowane na podstawie zmiennych obserwowanych.
2. Relacje: Reprezentują one hipotetyzowane zależności przyczynowo-skutkowe między zmiennymi. Relacje są ilustrowane za pomocą strzałek, gdzie kierunek strzałki wskazuje kierunek wpływu. Istnieją dwa główne typy relacji:
 - relacje bezpośrednie: opisują bezpośredni wpływ jednej zmiennej na drugą.
 - relacje pośrednie: opisują wpływ jednej zmiennej na drugą poprzez wpływ na inne zmienne pośredniczące.

Interpretacja wyników modelu ścieżkowego:

Wyniki modelu ścieżkowego dostarczają informacji o:

- siłę i kierunku zależności: wielkość współczynników ścieżek (standaryzowanych współczynników regresji) wskazuje na siłę wpływu jednej zmiennej na drugą, a kierunek strzałek wskazuje na kierunek tego wpływu;
- istotność statystyczna: wartości p dla współczynników ścieżek informują o tym, czy dany wpływ jest statystycznie istotny, tzn. czy istnieje wystarczające prawdopodobieństwo, że wpływ ten nie jest wynikiem przypadku;
- dopasowanie modelu: wskaźniki dopasowania, takie jak CFI, TLI i RMSEA, informują o tym, jak dobrze model pasuje do obserwowanych danych.

Zasada działania:

1. Zmienna uwarstwiona: Model składa się ze zmiennych obserwowalnych, mierzonych bezpośrednio w badaniu, oraz zmiennych uwarstwionych, których nie można zmierzyć bezpośrednio, ale są hipotetycznie powiązane ze zmiennymi obserwowalnymi.
2. Struktura modelu: Hipotezy o relacjach między zmiennymi są przedstawiane graficznie za pomocą sieci strzałek łączących zmienne. Strzałki wskazują kierunek zależności przyczynowo-skutkowych.
3. Oszacowanie parametrów: Na podstawie danych z badania estymuje się siłę i kierunek wpływu każdej zmiennej na inne zmienne.

4. Ocena dopasowania: Model jest oceniany pod kątem jego dopasowania do danych. Dobre dopasowanie oznacza, że hipotezy modelu są zgodne z obserwowanymi danymi.

Wykorzystane w modelu parametry:

RMSEA (ang. *Root Mean Square Error of Approximation*) to błąd średniokwadratowy aproksymacji, wykorzystywany w modelowaniu równań strukturalnych (SEM) do oceny dopasowania hipotetycznego modelu do obserwowanych danych.

Interpretacja:

- niższe wartości RMSEA wskazują na lepsze dopasowanie modelu do danych,
- wyższe wartości RMSEA sugerują gorsze dopasowanie.

Ogólne wytyczne dotyczące interpretacji RMSEA:

- $RMSEA < 0,05$: doskonałe dopasowanie,
- $0,05 \leq RMSEA < 0,08$: dobre dopasowanie,
- $0,08 \leq RMSEA < 0,10$: dopuszczalne dopasowanie,
- $RMSEA \geq 0,10$: słabe dopasowanie.

Ważna uwaga: Choć te wytyczne są powszechnie stosowane, ważne jest, aby przy ocenie dopasowania modelu wziąć pod uwagę również inne wskaźniki dopasowania oraz specyfikę danego badania.

Mechanizm działania RMSEA

RMSEA w istocie mierzy rozbieżność między hipotetycznym modelem a macierzą kowariancji populacji. Dostarcza on estymaty średniej wielkości błędu na jeden stopień swobody w modelu.

Zastosowania RMSEA

RMSEA jest szczególnie użyteczne w SEM, pod kątem oceny, jak dobrze dobrany został proponowany model teoretyczny CFI (ang. *Comparative Fit Index*) jako wskaźnik dopasowania porównawczego, stosowany w modelowaniu równań strukturalnych (SEM) do oceny dopasowania hipotetycznego modelu do obserwowanych danych. W przeciwieństwie do tradycyjnych miar chi-kwadratowych, CFI bierze pod uwagę złożoność modelu i porównuje jego dopasowanie do hipotetycznego modelu o zerowej zależności między zmiennymi.

Interpretacja:

- $CFI \geq 0,95$: doskonałe dopasowanie,
- $0,90 \leq CFI < 0,95$: dobre dopasowanie,
- $0,80 \leq CFI < 0,90$: dopuszczalne dopasowanie,
- $CFI < 0,80$: słabe dopasowanie.

Ważne uwagi:

- CFI jest wskaźnikiem względnym, co oznacza, że jego wartość jest interpretowana w kontekście innych modeli;
- CFI jest czuły na wielkość próby. Większe próby zazwyczaj prowadzą do wyższych wartości CFI;
- należy stosować CFI w połączeniu z innymi wskaźnikami dopasowania, aby uzyskać całościowy obraz dopasowania modelu.

Mechanizm działania CFI

CFI oblicza stosunek różnicy chi-kwadrat między hipotetycznym modelem a modelem o zerowej zależności do różnicy chi-kwadrat między hipotetycznym modelem a hipotetycznym modelem idealnym.

Zastosowania CFI

CFI jest powszechnie stosowanym wskaźnikiem dopasowania w SEM ze względu na jego względną prostotę interpretacji i odporność na zmiany wielkości próby. Jest szczególnie użyteczny w porównywaniu różnych modeli o różnej złożoności.

CFI (ang. *Comparative Fit Index*) to wskaźnik dopasowania porównawczego, stosowany w modelowaniu równań strukturalnych (SEM) do oceny dopasowania hipotetycznego modelu do obserwowanych danych. W przeciwieństwie do tradycyjnych miar chi-kwadratowych, CFI bierze pod uwagę złożoność modelu i porównuje jego dopasowanie do hipotetycznego modelu o zerowej zależności między zmiennymi.

Interpretacja:

- $CFI \geq 0,95$: doskonałe dopasowanie
- $0,90 \leq CFI < 0,95$: dobre dopasowanie
- $0,80 \leq CFI < 0,90$: dopuszczalne dopasowanie
- $CFI < 0,80$: słabe dopasowanie

Ważne uwagi:

- CFI jest wskaźnikiem względnym, co oznacza, że jego wartość jest interpretowana w kontekście innych modeli;
- CFI jest czuły na wielkość próby. Większe próby zazwyczaj prowadzą do wyższych wartości CFI;
- należy stosować CFI w połączeniu z innymi wskaźnikami dopasowania, aby uzyskać całościowy obraz dopasowania modelu.

Mechanizm działania CFI

CFI oblicza stosunek różnicy chi-kwadrat między hipotetycznym modelem a modelem o zerowej zależności do różnicy chi-kwadrat między hipotetycznym modelem a hipotetycznym modelem idealnym.

Zastosowania CFI

CFI jest powszechnie stosowanym wskaźnikiem dopasowania w SEM ze względu na jego względną prostotę interpretacji i odporność na zmiany wielkości próby. Jest szczególnie użyteczny w porównywaniu różnych modeli o różnej złożoności.

GFI (ang. *Goodness of Fit Index*) to wskaźnik dopasowania, stosowany w modelowaniu równań strukturalnych (SEM) do oceny dopasowania hipotetycznego modelu do obserwowanych danych. Mierzy on proporcję wariancji obserwowanej macierzy kowariancji, która jest wyjaśniona przez hipotetyczny model.

Interpretacja:

- $GFI \geq 0,95$: doskonałe dopasowanie,
- $0,90 \leq GFI < 0,95$: dobre dopasowanie,
- $0,80 \leq GFI < 0,90$: dopuszczalne dopasowanie,
- $GFI < 0,80$: słabe dopasowanie.

Ważne uwagi:

- GFI jest wskaźnikiem absolutnym, co oznacza, że jego wartość jest interpretowana sama w sobie, bez porównywania z innymi modelami;
- GFI jest czuły na liczbę wskaźników dla każdej zmiennej ukrytej. Większa liczba wskaźników może prowadzić do wyższych wartości GFI, nawet jeśli model nie pasuje dobrze do danych;
- należy stosować GFI w połączeniu z innymi wskaźnikami dopasowania, aby uzyskać całościowy obraz dopasowania modelu.

Mechanizm działania GFI

GFI oblicza proporcję wariancji obserwowanej macierzy kowariancji, która jest wyjaśniona przez hipotetyczne parametry modelu.

Zastosowania GFI

GFI jest często stosowanym wskaźnikiem dopasowania w SEM ze względu na jego prostotę interpretacji. Jest szczególnie użyteczny w ocenie dopasowania modeli z wieloma zmiennymi ukrytymi i wieloma wskaźnikami dla każdej z nich.

CMIN (ang. *Chi-square Minimum*) to statystyka chi-kwadrat stosowana w modelowaniu równań strukturalnych (SEM) do oceny dopasowania hipotetycznego modelu

do obserwowanych danych. Mierzy ona rozbieżność między macierzą kowariancji obserwowaną a macierzą kowariancji przewidywaną przez model.

Interpretacja:

- niższe wartości CMIN wskazują na lepsze dopasowanie modelu do danych;
- wyższe wartości CMIN sugerują gorsze dopasowanie;
- należy jednak pamiętać, że CMIN nie jest bezpośrednim wskaźnikiem dopasowania. Jest to tylko statystyka testująca hipotezę zerową, że model i dane pasują do siebie idealnie.

Interpretacja CMIN wymaga uwzględnienia kilku czynników:

- stopnie swobody: liczba stopni swobody modelu wpływa na interpretację CMIN. Większa liczba stopni swobody zazwyczaj prowadzi do wyższych wartości CMIN, nawet jeśli model dobrze pasuje do danych;
- poziom istotności: typowy poziom istotności stosowany w SEM wynosi 0,05. Jeśli wartość p związana z CMIN jest większa niż 0,05, nie ma wystarczających dowodów na odrzucenie hipotezy zerowej, co sugeruje, że model może pasować do danych;
- inne wskaźniki dopasowania: CMIN należy interpretować w połączeniu z innymi wskaźnikami dopasowania, takimi jak CFI, TLI i RMSEA, aby uzyskać całościowy obraz dopasowania modelu.

Mechanizm działania CMIN

CMIN oblicza sumę kwadratów różnic między elementami obserwowanej macierzy kowariancji a elementami przewidywanej macierzy kowariancji, podzieloną przez ich wariancje.

Zastosowania CMIN

CMIN jest tradycyjnym wskaźnikiem dopasowania stosowanym w SEM. Choć nie jest bezpośrednim wskaźnikiem dopasowania, jest użyteczny w porównywaniu różnych modeli o tej samej liczbie stopni swobody.

Na rysunku 30 przedstawiono model strukturalny.

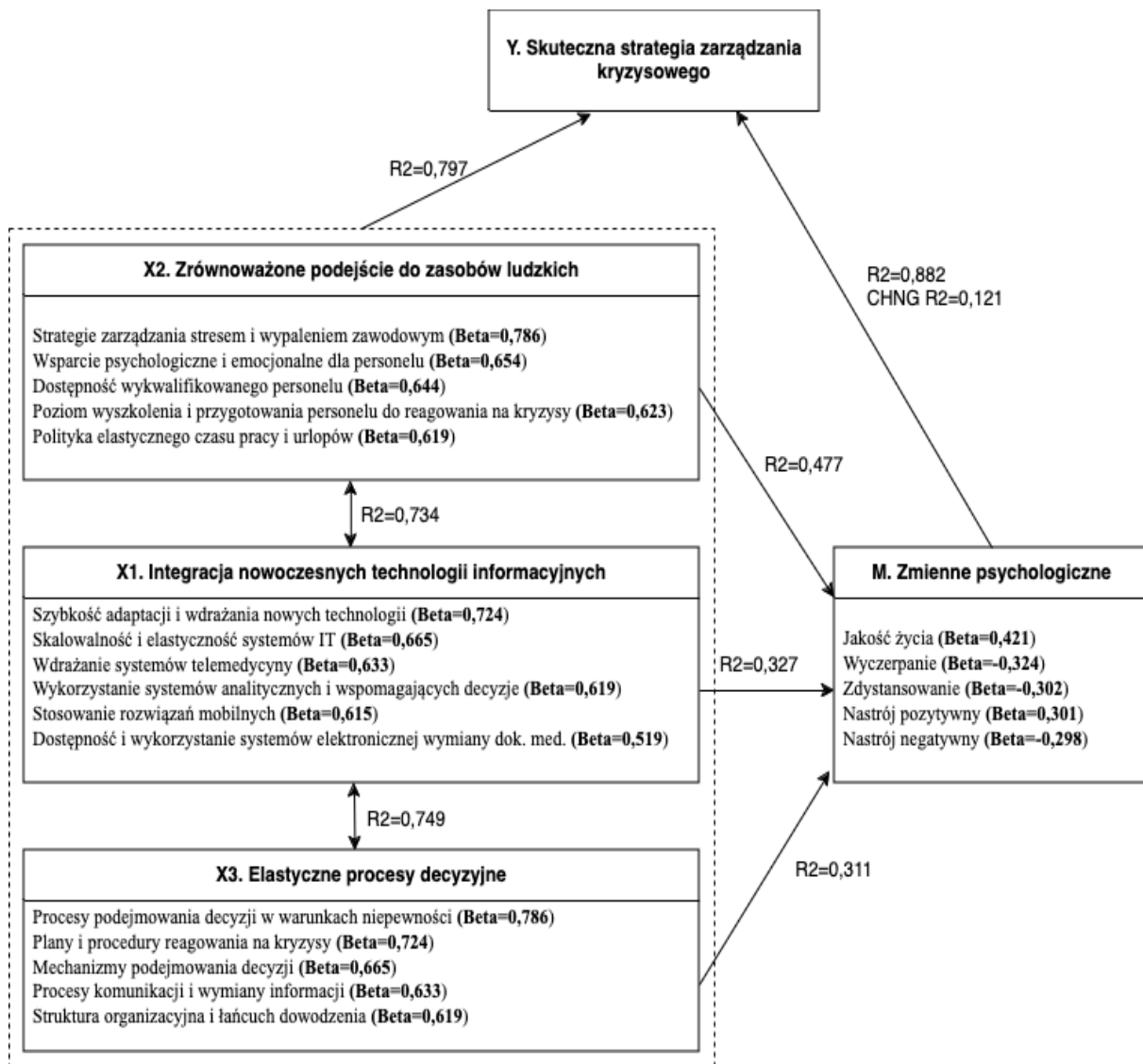
Model zgodnie z parametrami jest dobrze dopasowany.

Weryfikacja tezy dotyczyła określenia, czy istnieją istotne związki między zmiennymi niezależnymi (X_1 , X_2 , X_3) a zmienną zależną (Y), jak również czy istnieją istotne związki między zmiennymi niezależnymi, a zmiennymi pośrednimi (M).

Na podstawie modelu ścieżkowego, można stwierdzić, że teza o skuteczności strategii zarządzania kryzysem w sektorze służby zdrowia jest potwierdzona. Wyniki wskazują na istotne związki między integracją nowoczesnych technologii informacyjnych,

zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich, a także elastycznymi procesami decyzyjnymi i skutecznością zarządzania kryzysem.

Zbudowany model pozwala na podstawie danych empirycznych na przyjęcie hipotezy 9. Oznacza to, że istnieje model cech wyjaśniający skuteczną strategię zarządzania kryzysowego.



Rysunek 29. Model analizy ścieżkowej (RMSEA=0,041; CFI=0,979; GFI=0,987; CMIN=42,008; p<0,01)

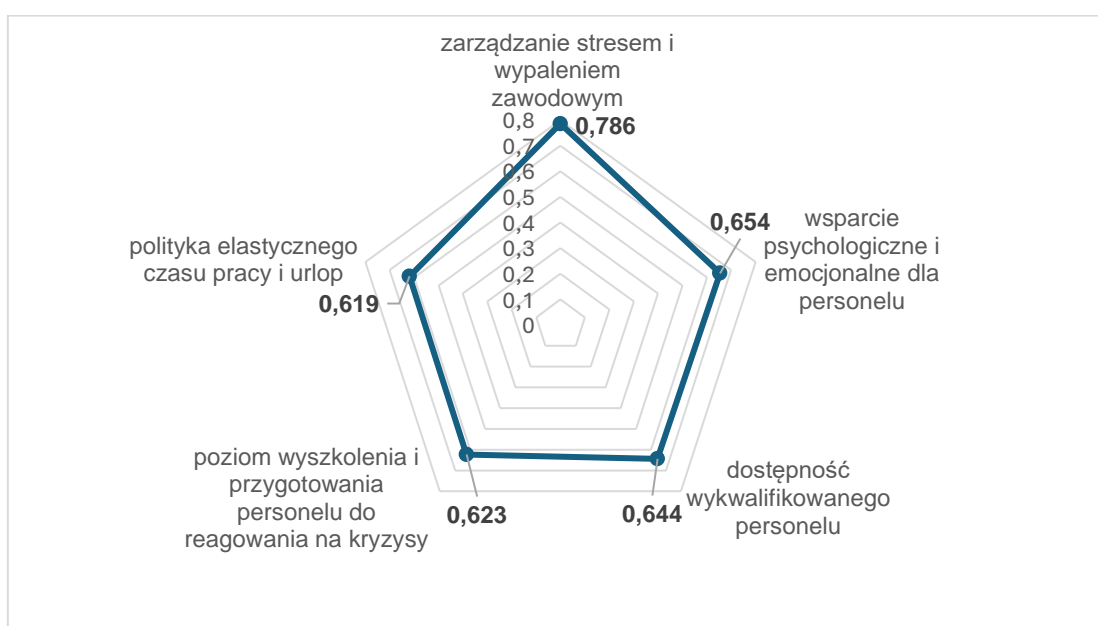
Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zmienne opisujące zrównoważone podejście do zasobów ludzkich, integrację nowoczesnych technologii informacyjnych oraz elastycznych procesów decyzyjnych są ze sobą wzajemnie powiązane i silnie R²=0,797 wpływają pozytywnie na strategię zarządzania

kryzysowego. Dodatnie współczynniki beta świadczą o tym, że im bardziej dana kategoria zmiennej jest wdrażania, tym niesie to pozytywny skutek dla ogólnej kategorii, np. zrównoważonego podejścia do zasobów ludzkich.

Zrównoważone podejście do zasobów ludzkich (wykres 18):

- zarządzanie stresem i wypaleniem zawodowym (Beta=0,786),
- wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla personelu (Beta=0,654),
- dostępność wykwalifikowanego personelu (Beta=0,644),
- poziom wyszkolenia i przygotowania personelu do reagowania na kryzysy (Beta=0,623),
- polityka elastycznego czasu pracy i urlopów (Beta=0,619).

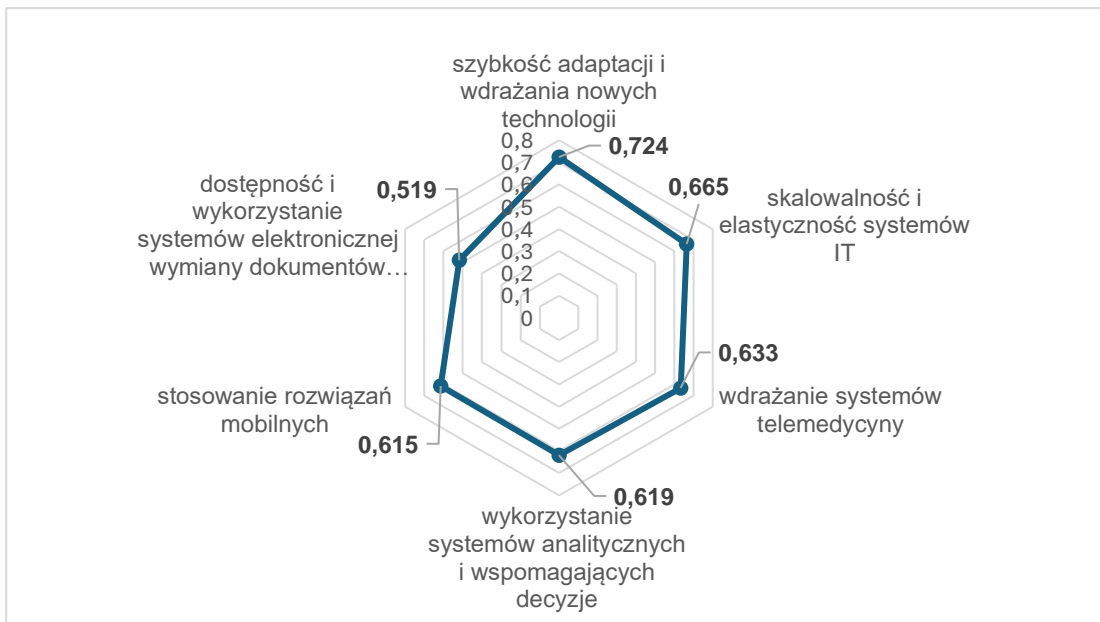


Wykres 18. Zmienne dotyczące zrównoważonego podejścia do zasobów ludzkich

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Integracja Nowoczesnych Technologii Informacyjnych (wykres 19):

- szybkość adaptacji i wdrażania nowych technologii (Beta=0,724),
- skalowalność i elastyczność systemów IT (Beta=0,665),
- wdrażanie systemów telemedycyny (Beta=0,633),
- wykorzystanie systemów analitycznych i wspomagających decyzje (Beta=0,619),
- stosowanie rozwiązań mobilnych (Beta=0,615),
- dostępność i wykorzystanie systemów elektronicznej wymiany dokumentów medycznych (Beta=0,519).

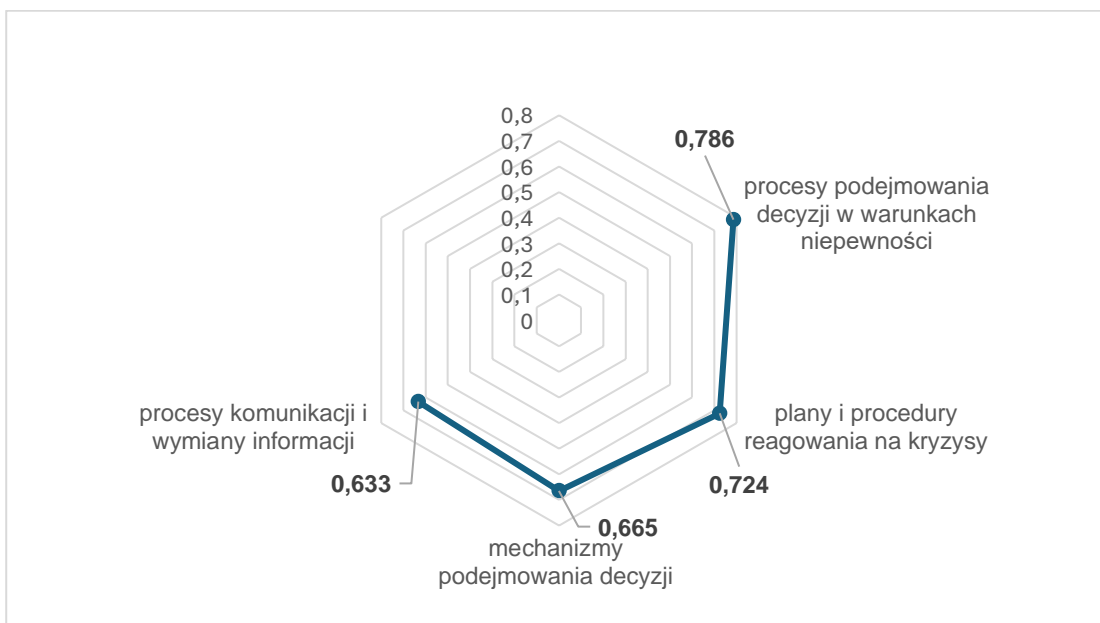


Wykres 19. Zmienne dotyczące integracji nowoczesnych technologii informacyjnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Elastyczne Procesy Decyzyjne (wykres 20):

- procesy podejmowania decyzji w warunkach niepewności (Beta=0,786),
- plany i procedury reagowania na kryzysy (Beta=0,724),
- mechanizmy podejmowania decyzji (Beta=0,665),
- procesy komunikacji i wymiany informacji (Beta=0,633).



Wykres 20. Zmienne dotyczące procesów decyzyjnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wyżej wymienione trzy wymiary w 79,7% wyjaśniają skuteczność strategii zarządzania kryzysowego. Wszystkie trzy wymiary wpływają na kształtowanie wartości zmiennych psychologicznych. Możemy wnioskować, że im wyższe wyniki w podejściu do zasobów ludzkich, im większa integracja nowoczesnych technologii informacyjnych oraz im bardziej elastyczne są procesy decyzyjne, tym pracownicy służby zdrowia odczuwają wyższą jakość życia (Beta=0,421), mniejsze wyczerpanie (Beta=-0,324), mniejsze zdystansowanie (beta=-0,302 i większy pozytywny nastrój (Beta=0,301), tym silniej się to przekłada na skuteczność strategii zarządzania kryzysowego 88,2%.

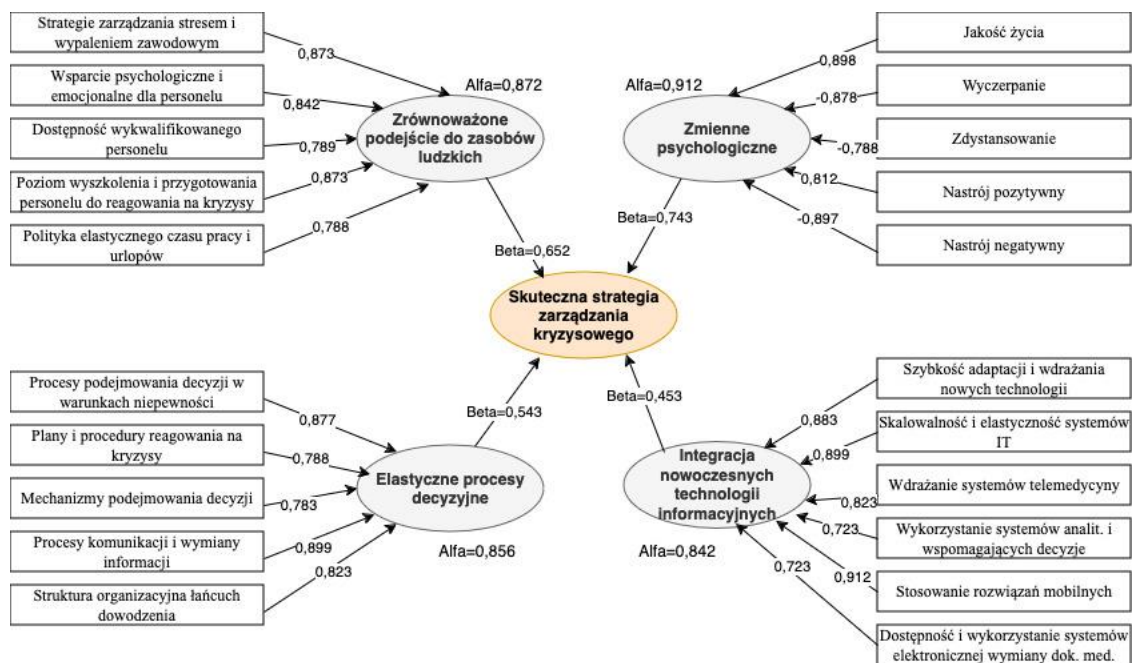
Wyniki analizy ścieżkowej potwierdzają, że skuteczność strategii zarządzania kryzysem w placówkach służby zdrowia w znaczącym stopniu zależy od trzech głównych wymiarów: integracji nowoczesnych technologii, zrównoważonego zarządzania zasobami ludzkimi oraz elastyczności procesów decyzyjnych. Każdy z tych wymiarów wykazuje istotny wpływ na poprawę wskaźników skuteczności, takich jak jakość życia personelu medycznego, ograniczenie wyczerpania zawodowego oraz wzrost poziomu pozytywnego nastroju.

Zrównoważone podejście do zarządzania zasobami ludzkimi, obejmujące zarządzanie stresem i wsparcie emocjonalne, wykazuje silny wpływ na skuteczność zarządzania kryzysem, z wysokimi współczynnikami beta (np. zarządzanie stresem – Beta=0,786, wsparcie psychologiczne – Beta=0,654), (rozdział 5.3.). Analogicznie, integracja nowoczesnych technologii, szczególnie szybkość adaptacji oraz elastyczność systemów IT (Beta=0,724 i Beta=0,665), (rozdział 5.3.), odgrywa kluczową rolę w zwiększaniu skuteczności operacyjnej. Elastyczne procesy decyzyjne, takie jak plany reagowania na kryzysy i mechanizmy podejmowania decyzji w warunkach niepewności, wykazują istotne wartości beta (odpowiednio 0,724 i 0,786), (rozdział 5.3.), co potwierdza znaczenie elastyczności w adaptacji do zmieniających się warunków kryzysowych.

Kompleksowa analiza trzech głównych wymiarów modelu wyjaśnia 79,7% skuteczności strategii zarządzania kryzysowego (rozdział 5.3.), co wskazuje na silne powiązania między badanymi zmiennymi a skutecznością zarządzania kryzysem. Ponadto, wyniki te sugerują, że odpowiednie wdrożenie nowoczesnych technologii, optymalne wykorzystanie zasobów ludzkich oraz skuteczne mechanizmy decyzyjne mają bezpośredni wpływ na dobrostan psychologiczny personelu i zdolność organizacji do adaptacji w sytuacjach kryzysowych. Wyższa jakość życia personelu (Beta=0,421), niższy poziom wyczerpania (Beta=-0,324) i zdystansowania (Beta=-0,302) są powiązane z wyższą skutecznością zarządzania kryzysowego na poziomie 88,2% (rozdział 5.3.).

Ostateczne wnioski wskazują, że doskonalenie wymiarów takich jak integracja technologii i wsparcie psychologiczne dla personelu może znacząco przyczynić się do skuteczniejszego zarządzania kryzysem w placówkach służby zdrowia, zapewniając lepsze warunki pracy i skuteczne reagowanie na zmienne sytuacje kryzysowe.

W ostatniej części analizy statystycznej przeprowadzono analizę czynnikową confirmacyjną oraz regresję.



Rysunek 30. Model analizy czynnikowej confirmacyjnej z regresją (RMSEA=0,031; CFI=0,987; GFI=0,9849; CMIN=49,022; p<0,01)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wyłonione konstrukty: zrównoważone podejście do zasobów, elastyczne procesy decyzyjne, integracja nowoczesnych technologii informacyjnych oraz zmienne psychologiczne tworzą siłę konstrukty, o czym świadczy wysoka rzetelność Alfa Cronbacha $>0,7$. Im wyższe zrównoważone podejście do zasobów (Beta=0,652) i im wyższe elastyczne procesy decyzyjne (Beta=0,543) oraz im większa integracja nowoczesnych technologii informacyjnych (Beta=0,453), tym wyższe również wyniki zmiennych psychologicznych (Beta=0,743). Zatem na skuteczną strategię zarządzania kryzysowego najsilniejszy wpływ mają uwarunkowania psychologiczne, kolejno zrównoważone podejście do zasobów, elastyczne procesy decyzyjne oraz integracja nowoczesnych technologii informacyjnych.

Konstatując, w rozdziale pozytywnie zostały również zweryfikowane hipotezy wskazujące, że:

Cechy określające elastyczne procesy decyzyjnej i ich skutecznością są związane z (a) wyczerpaniem zawodowym, (b) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.

Cechy związane z (a) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.

Cechy związane ze (a) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym oraz (c) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością.

Istnieje model cech, wyjaśniającego skuteczną strategię zarządzania kryzysowego.

Rozdział 6

Analiza porównawcza strategii zarządzania kryzysowego

6.1. Zarządzanie kryzysowe w sektorze służby zdrowia w wybranych krajach

Zarządzanie kryzysowe w sektorze służby zdrowia stanowi kluczowy element zapewnienia skutecznej reakcji na nagłe i nieprzewidywalne zdarzenia. Do tego typu zdarzeń najczęściej zalicza się pandemie, katastrofy naturalne bądź inne zagrożenia wobec ogólnego zdrowia publicznego. Umiejętność podejmowania odpowiednich decyzji oraz zarządzania kluczowymi decyzjami i działaniami umożliwia reagowanie w trakcie wystąpienia kryzysu, jak i skuteczne planowanie i zabezpieczenie całego systemu przed potencjalnymi nowymi sytuacjami kryzysowymi²⁹³.

Oprócz stworzenia systemu ochrony w trakcie nagłych i nieprzewidywalnych zdarzeń, zarządzanie kryzysowe powinno uwzględniać czynniki wewnętrzne, które zabezpieczają pracowników oraz całą infrastrukturę przed niewydolnością i brakiem możliwości realizacji planu antykryzysowego. Odnosząc się do międzynarodowych strategii zarządzania kryzysowego należy uwzględnić różnorodne podejścia, które opierają się na specyfice lokalnych systemów zdrowia, lokalnej infrastrukturze i dostępnych zasobach. Porównywanie strategii zarządzania kryzysowego w sektorze zdrowia w różnych krajach powinno w głównej mierze polegać na analizie gotowości wszelkich systemów ochrony zdrowia do podejmowania reakcji na sytuacje nagłe i nieprzewidywalne, jak również kryzysy o charakterze wewnętrznym, związane z deficytami zasobów, które wpływają na codzienną pracę. Na podstawie przeglądu literatury można wyróżnić, na tle międzynarodowym, kilka kluczowych elementów, które różnią się w zależności od strategii zarządzania kryzysowego w ochronie zdrowia.

Pierwszy z takich elementów stanowi infrastruktura systemu ochrony zdrowia. W zależności od kraju różni się ona pod kątem silnych punktów scalających cały system ochrony zdrowia, jak i słabszych elementów, które nie zawsze okazują się skuteczne. Infrastruktura systemu ochrony zdrowia jest niezwykle istotna w kontekście samej pracy pracowników medycznych, pełnienia odpowiedniej służby medycznej i jakości usług

²⁹³ A. Boin, A. McConnell, P. Hart, *Governing after Crisis: The Politics of Investigation, Accountability and Learning*. Cambridge University Press 2008.

względem pacjentów, co redukuje cechy kryzysu wewnętrznego oraz ma kluczowe znaczenie w kontekście skutecznego zarządzania kryzysem. Najczęściej podyktowane możliwościami finansowymi danego kraju, jak i sposobem zarządzania, realizowanym przez władze danego państwa. Dokonując analizy, w kontekście elementów infrastruktury, należy wyszczególnić zarówno mocne jak i słabe strony w obrębie analizowanych krajów.

Odnosząc się do infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce, w kwestii analizy statystycznej, jako mocny punkt należy wskazać rozbudowaną sieć szpitali, zarówno publicznych, jak i prywatnych oraz względnie duży dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej. Pomimo istniejącej infrastruktury umożliwiającej świadczenie usług medycznych, wśród słabych podkreślić należy utrzymującą się od lat niewystarczającą liczbę kadry medycznej, w tym lekarzy i pielęgniarek oraz niewystarczającą liczbę miejsc dla chorych pacjentów na oddziałach intensywnej terapii²⁹⁴. Co więcej, pomimo dostępnej infrastruktury w postaci rozbudowanej sieci szpitali, większość z nich wymaga modernizacji i przystosowania do obecnych warunków współczesnej medycyny. W porównaniu z krajami zachodnimi, Polska, w odniesieniu do wielu elementów i na wielu płaszczyznach, odstaje od prawidłowych standardów. Na przykładzie Niemiec można zauważyć silnie rozbudowaną infrastrukturę w postaci wysokiej liczby miejsc na oddziałach intensywnej terapii, co przekłada się na wystarczającą liczbę miejsc dla osób chorych w przeliczeniu na jednego mieszkańca²⁹⁵. Niemiecki system ochrony zdrowia kładzie szczególny nacisk na szeroki dostęp do nowoczesnych technologii związanych z medycyną oraz sprawnie działających prywatnych systemów ubezpieczeń zdrowotnych. Niemiecki sektor zdrowia opiera się na silnym finansowaniu całego systemu oraz zdecentralizowanej strukturze, co ewidentnie przekłada się na skuteczność w postępowaniu z kryzysem i budowanie odporności na przyszłe nagłe sytuacje. Również zarządzanie kryzysem w obszarze zdrowia stanowi istotny element w Stanach Zjednoczonych²⁹⁶. W kontekście infrastruktury, obywatele USA posiadający prywatne ubezpieczenia, mają szeroki dostęp do najnowszych terapii i nowoczesnych technologii medycznych.

Dzięki systemu opieki zdrowotnej, w większości sprywatyzowanej, przeprowadzane są kluczowe inwestycje w doskonalenie badań oraz wdrażanie innowacji w obszarze leków i innych terapii leczenia. Słabym punktem prywatnej opieki zdrowotnej, działającej w oparciu

²⁹⁴ *Strategia zarządzania kryzysowego w polskim systemie ochrony zdrowia na lata 2021-2026*. Ministerstwo Zdrowia, 2021.

²⁹⁵ *Pandemic preparedness in Germany*. RKI Publications. Robert Koch Institute, 2020.

²⁹⁶ *National Response Framework*. FEMA. Federal Emergency Management Agency, 2021.

o prywatne ubezpieczenia, jest brak uniwersalnej opieki zdrowotnej jak również nierównomierny dostęp do usług medycznych w zależności od stanu oraz danego obywateli²⁹⁷.

Kolejnym kluczowym elementem w skutecznym zarządzaniu kryzysowym w sektorze zdrowia różniącym się na tle międzynarodowym jest kwestia zarządzania i koordynacji kryzysowej. Struktura zarządzania odgrywa kluczową i znaczącą rolę, krystalizującą cały system ochrony zdrowia, na jej podstawie tworzone są plany antykryzysowe oraz strategie postępowania z kryzysem²⁹⁸. Struktura zarządzania i koordynacja w sektorze ochrony zdrowia wpływa nie tylko na mobilizację środków zaradczych w nagłych sytuacjach kryzysowych, ale również na jakość egzystowania w trakcie świadczenia usług medycznych na co dzień oraz mierzenia się z kryzysami o charakterze wewnętrznym. W Polsce, zarządzanie kryzysowe ma w głównej mierze charakter scentralizowany, na czele z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia. Wiąże się to ze stworzeniem planów zarządzania kryzysowego z poziomu krajowego oraz z dystrybucją do lokalnych podmiotów. Scentralizowany system zarządzania i koordynacji często staje przed licznymi wyzwaniami, które mogą mieć znaczący wpływ na postępowanie z kryzysem. Regionalne i lokalne podmioty lecznicze są uzależnione od niestabilnej polityki na szczeblach ministerialnych, co często wiąże się z sytuacjami chaosu i utrudnieniami w długoterminowym planowaniu, ograniczając przy tym samodzielność i niezależność działań lokalnych podmiotów leczniczych w odpowiedzi na lokalne potrzeby i uwarunkowania. W opozycji do systemu polskiego pozostaje sytuacja zarządzania i koordynacji w Szwecji. System ochrony zdrowia w Szwecji ma charakter zdecentralizowany, poszczególne regiony są odpowiedzialne za zarządzanie systemem ochrony zdrowia z dostosowaniem do lokalnych warunków oraz lokalnych kryzysów. System zdecentralizowany umożliwia elastyczne dostosowanie działań względem pojawiających się kryzysów w danym regionie bądź w danej jednostce leczniczej.

Analizując system zdecentralizowany w krajach, w których sektor służby zdrowia koncentruje się wokół takiego właśnie schematu, można przypuszczać, że jest on zdecydowanie bardziej skuteczny i autonomiczny w postępowaniu z kryzysem wewnętrznym w trakcie codziennej pracy kadry medycznej, co ewidentnie przekłada się na skuteczność zarządzania kryzysowego o charakterze globalnym, takim jak na przykład pandemii. Pomimo wielu zalet i zauważalnej skuteczności, kwestia decentralizacji ochrony zdrowia oraz zarządzania kryzysowego może prowadzić do powstawania rozbieżności, w działaniach i na

²⁹⁷ *COVID-19 Response Strategy*. CDC Publications. Centers for Disease Control and Prevention, 2020.

²⁹⁸ J. Nowicka, Z. Ciekankowski, Uwarunkowania zarządzania kryzysowego w Polsce. Rok X NUMER 1/2017 (34), 261.

poszczególnych poziomach przygotowania występujących między jednostkami lokalnymi, co może utrudniać skuteczne zarządzanie kryzysem w skali całego kraju²⁹⁹.

W skutecznym zarządzaniu kryzysowym jeden z najbardziej kluczowych czynników stanowi kwestia zarządzania zasobami ludzkimi³⁰⁰. Odpowiednie zarządzanie zasobami ludzkimi warunkuje jakość świadczonych usług oraz ogólną kondycję systemu ochrony zdrowia w kontekście wydolności i możliwości implementacji działań antykryzysowych. Bez uwzględnienia czynnika ludzkiego, w codziennej pracy medyków, niemożliwe staje się skuteczne prowadzenie działań antykryzysowych. W kontekście zasobów ludzkich w Polsce, uwidacznia się przede wszystkim znaczący problem deficytu lekarzy i pielęgniarek oraz ogólnych braków kadrowych, co stanowi duże wyzwanie dla całego systemu ochrony zdrowia. Przeciążenie systemu ochrony zdrowia, spowodowane niewystarczającą liczbą kadry medycznej, jej wyczerpaniem psychofizycznym oraz czynnikami, które nie są zadowalające z punktu widzenia zarządzania, koordynacji i infrastruktury, przyczynia się do powstawania syndromu zespołu wypalenia, co ewidentnie przekłada się na jakość wykonywanej pracy oraz obniża jakość ogólną systemu ochrony zdrowia³⁰¹.

W Polsce, szczególny nacisk kładzie się na zarządzanie kryzysem i wdrażanie wszelkich czynności antykryzysowych w trakcie pojawienia się kryzysu, a nawet działania te podejmowane są ze znacznym opóźnieniem. System zarządzania kryzysowego w Polsce działa reaktywnie, nie uwzględniając przy tym jednostek osobowych oraz zasobów ludzkich, które odgrywają kluczową rolę w ogólnym skutecznym zarządzaniu sektorem służby zdrowia. W porównaniu z Polską, kraje, które są objęte wysokim potencjalnym ryzykiem występowania różnego rodzaju kryzysów o charakterze pandemicznym lub klęsk żywiołowych, w swojej strukturze zarządzania posiadają strategie oparte na permanentnym podnoszeniu kwalifikacji personelu medycznego oraz uwzględniają implementację obligatoryjnych szkoleń. Japonia dysponuje wysoce wykwalifikowanym personelem medycznym oraz rozwiniętą infrastrukturą szkoleniową. Na podstawie rejestrów, Japonia monitoruje sytuację wewnętrzną szpitali oraz kadry medycznej, jak również odpowiednio wcześniej reaguje na potencjalny kryzys wewnętrzny, na przykład w postaci wypalenia zawodowego personelu medycznego. Ze względu na dużą wrażliwość terytorialną w optyce niebezpiecznych zjawisk, kraj ten

²⁹⁹ *Strengthening health security by implementing the International Health Regulations*. World Health Organization, 2020.

³⁰⁰ Ł. Sułkowski, J. Sokołowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Przedsiębiorstwo Specjalistyczne Absolwent, 2001.

³⁰¹ J. Wójcik, *Lekarz: zawód czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej*. Oficyna Wydawnicza Wacław Walasek, Katowice 2018.

w znacznym stopniu uwzględnia regularne symulacje zarządzania kryzysowego oraz niezbędne szkolenia, które pomagają utrzymać wysoki poziom przygotowania na wypadek pojawienia się sytuacji kryzysowej. Również Włochy, na podstawie minionych wydarzeń pandemicznych, do swoich strategii zarządzania kryzysowego wprowadziły istotę szkoleń kadry medycznej z zakresu postępowania w trudnych i nagłych sytuacjach pod kątem organizacyjnym, jak również uwzględniania kompetencji miękkich oraz zasobów ludzkich, uwzględniając stan psychofizyczny lekarzy i pielęgniarek³⁰².

Niezwykle kluczowy element zarządzania kryzysowego stanowi kwestia zarządzania zasobami i wykorzystania technologii w medycynie. Są to elementy, które na tle międzynarodowym, wykazują znaczne różnice w poszczególnych strategiach. W porównaniu do Polski, wiele krajów zarówno europejskich jak i spoza Unii Europejskiej, cechuje zdecydowanie bardziej rozbudowany system telemedycyny, jak i wykorzystanie odpowiedniego zarządzania zasobami, co przekłada się na efektywne i skuteczne zarządzanie kryzysem³⁰³. System cyfryzacji w Polsce i wdrażanie telemedycyny jest w początkowej fazie i jest to system rozwijający się, który napotyka liczne wyzwania, zarówno ze strony scentralizowanej, jak i nieodpowiednio przygotowanej infrastruktury. Na przykładzie Niemiec można zaobserwować dobrze rozwinięty system dystrybucji zasobów między regionami oraz elastyczne mechanizmy przydziału. Co więcej, Niemcy przykładają bardzo dużą wagę do wykorzystywania zaawansowanych technologii w monitorowaniu pacjentów i ogólnej sytuacji zdrowia w kraju, co znajduje odzwierciedlenie w skuteczności zarządzania kryzysowego. Również Izrael charakteryzuje się sprawnym zarządzaniem zasobami medycznymi, dzięki zaawansowanym systemom logistycznym i prawidłowo zorganizowanymi łańcuchami dostaw. Izrael na tle międzynarodowym zajmuje pozycję lidera w zakresie wykorzystywania technologii cyfrowych w zarządzaniu ochroną zdrowia. Zarówno Izrael jak i Szwecja dążą do ciągłej rozbudowy systemu monitorowania zdrowia publicznego, jak i przeznaczają znaczącą część budżetu na finansowanie dużych inwestycji w obszarze technologii informatycznych w sektorze służby zdrowia³⁰⁴.

Wszelkie działania mające na celu doskonalenie infrastruktury placówek medycznych w postaci modernizacji instytucji, zarządzania zasobami materialnymi jak i ludzkimi oraz inwestycjami w cyfryzację i telemedycynę, przekładają się na zdecydowanie bardziej sprawną

³⁰² S. Golinowska, M. Zabdyr-Jamroz, Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1)/2020, s. 8-9.

³⁰³ E. J. Topol, *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine is in Your Hands*. Basic Books, 2019.

³⁰⁴ *Digital Solutions for COVID-19 response*. European Commission. Digital Health Europe, 2020.

organizację i skuteczność postępowania z kryzysem zewnętrznym w sytuacjach nagłych oraz eliminację możliwości rozwoju kryzysu wewnętrznego. Zestawienie podstawowych różnic pomiędzy strategiami zarządzania kryzysowego w Polsce oraz innych krajach znajduje się w tabeli 16.

Tabela 16. Porównanie strategii zarządzania kryzysowego w Polsce i innych krajach

Kluczowy element	Polska	Niemcy	Wielka Brytania	USA	Szwecja
Struktura zarządzania	Centralna z lokalnymi elementami. Rząd i wojewodowie koordynują zarządzanie kryzysowe, z pomocą samorządów.	Zdecentralizowana, z silnym wsparciem finansowym i regionalnymi instytucjami zarządzania kryzysowego.	Centralna (NHS) z wyszczególnieniem poszczególnych ról przez specyficzne agencje. National Health Service odpowiada za większość działań.	Bardzo zróżnicowana - zarządzanie kryzysowe w gestii poszczególnych stanów. Federalna koordynacja ma ograniczoną rolę.	Wysoki poziom decentralizacji, zarządzanie głównie po stronie regionów, które mają dużą autonomię.
Koordinacja działań	Wysokie zaangażowanie rządu centralnego. Ograniczona elastyczność regionów w samodzielnym zarządzaniu.	Silna koordynacja między regionami, co umożliwia szybką reakcję na kryzysy.	Centralna koordynacja przez NHS. Wysoki poziom integracji między instytucjami.	Koordinacja uzależniona od poszczególnych stanów. W kryzysach ogólnokrajowych federalna koordynacja jest implementowana zbyt późno.	Regiony działają autonomicznie, co umożliwia elastyczne dostosowanie działań do lokalnych warunków.
Zasoby ludzkie	Niedobór personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek). Koncentracja zasobów w większych miastach.	Wysoka liczba łóżek na oddziałach intensywnej terapii i personelu. Rozbudowane programy szkoleniowe.	Wyzwania związane z niedoborem personelu w niektórych regionach, zwłaszcza poza miastami.	Duża liczba specjalistów, ale dostęp do opieki jest nierówny, co uwidacznia się podczas kryzysów.	Wysokie kwalifikacje personelu, ale ograniczone zasoby ludzkie mogą stanowić wyzwanie.
Zarządzanie zasobami	Centralny system dystrybucji zasobów, który nie zawsze jest skuteczny. Problemy z brakami sprzętu.	Dobrze rozwinięty system dystrybucji zasobów między regionami. Elastyczne mechanizmy przydziału.	Silne centralne zarządzanie zasobami, ale problemy z przeciążeniem w szczytach kryzysów.	Braki zasobów w kryzysach, zwłaszcza w mniej rozwiniętych stanach. Różnice w zasobach między regionami.	Decentralizacja powoduje rozbieżności w poziomie zasobów między regionami.
Wykorzystywanie technologii	Rozwijający się system e-zdrowia, ale wyzwania związane z wdrażaniem telemedycyny i cyfryzacji.	Zaawansowane wykorzystywanie technologii w monitorowaniu pacjentów i zarządzaniu kryzysowym.	Szerokie wykorzystanie technologii w ramach NHS, w tym telemedycyna i cyfrowe zarządzanie zasobami.	Wysoki poziom technologii, jednak różnice w dostępności i zastosowaniu między stanami.	Rozbudowany system monitorowania zdrowia publicznego, duże inwestycje w technologie informatyczne.

Zródło: opracowanie własne na podstawie: Strengthening health security by implementing the International Health Regulations. *World Health Organization*, 2020.

Najlepszym przykładem ukazującym porównanie strategii i działań zarządzania kryzysowego na tle międzynarodowym jest sytuacja kryzysowa, jaką była pandemia koronawirusa. Pandemia COVID-19 miała charakter globalny i objęła swoim zasięgiem niemal wszystkie kraje, wymuszając na krajach zarówno europejskich jak i pozostałych podejmowanie, oprócz standardowych procedur wypracowanych na bazie ustaw, stworzenia nowych specjalistycznych planów antykryzysowych mających na celu zwalczanie epidemii wirusa. Analizując przebieg pandemii w różnych krajach oraz charakter podjętych w tamtym czasie działań i czynności, można zaobserwować różnice w strategiach antykryzysowych względem poszczególnych krajów. Zestawienie porównawcze oddziaływań na tle międzynarodowym, przy tak globalnej i dużej klęsce epidemiologicznej, pozwala wyszczególnić strategie, które okazały się być skuteczne oraz takie, które wykazywały się licznymi wadami. Na podstawie takiej analizy z punktu widzenia Polski, można czerpać niezbędną wiedzę, która przysłuży się do ewaluacji dotychczasowych procedur.

Pod względem zarządzania kryzysowego, w trakcie trwania pandemii, kluczowym było podjęcie decyzji o wprowadzeniu lockdownu dla gospodarki i zamykaniu granic, w oparciu o wypracowane podstawy prawne³⁰⁵. Pomimo występujących różnic w obrębie danego kraju, każdy kraj podejmował decyzje polityczne na podstawie prawnych właściwych jurysdykcji danego kraju. Organy państwowe każdego kraju wprowadzały w życie odpowiednie ustawy i specustawy dotyczące zamykania granic oraz kluczowych elementów gospodarki, chroniąc tym samym obywateli przed rozprzestrzenianiem się wirusa. Działania te, choć miały wspólny mianownik w postaci efektu końcowego, różniły się między sobą szybkością, okresem i sposobem podejmowanych decyzji. Analizując podejmowane przez poszczególne kraje działania, podkreślić należy, że na czele skutecznego zarządzania kryzysowego stoi Norwegia³⁰⁶. Jako jeden z nielicznych krajów prowadzi system corocznej aktualizacji planów działania na wypadek epidemii bądź wojny. Niezależnie od realnego zagrożenia, Norwegia prowadzi na bieżąco ewaluację planów antykryzysowych i odpowiednich procedur. Tak więc w sytuacji pandemii COVID-19, jako jeden z nielicznych krajów, to właśnie Norwegia była najlepiej przygotowanym krajem, który swój plan antykryzysowy miał już przygotowany rok przed wybuchem pandemii. W pozostałych krajach takich jak Niemcy, Czechy, Holandia czy Wielka Brytania, w oparciu o ustawy dotyczące zarządzania kryzysowego w nagłych

³⁰⁵ S. Golinowska, M. Zabdyr-Jamroz, Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1)/2020, s. 8-9.

³⁰⁶ D. A. Tomczak, Raport 4: Norway's strategy to cope with Corona pandemics. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2020.

wydarzeniach, tworzono specustawy, procedury oraz plany obejmujące specyficzne działania dotyczące postępowania wobec pandemii koronawirusa.

Kluczowym w aspekcie zarządzania kryzysowego w trakcie trwania pandemii było powoływanie odpowiednich jednostek, odpowiedzialnych za zarządzanie procedurami w obrębie działań związanych z pandemią koronawirusa. Na tle międzynarodowym większość krajów europejskich decydowała się na powołanie sztabów kryzysowych monitorujących sytuację epidemiologiczną oraz koordynujących wszelkie działania. Na tej podstawie we Włoszech powołano specjalny Komitet Naukowo-Techniczny skoncentrowany na kwestiach pandemii, który zrzeszał ponad 20 ekspertów różnych specjalizacji, odpowiedzialnych za rozwiązywanie poszczególnych problemów pojawiających się w trakcie sytuacji kryzysowej³⁰⁷. Powołany sztab kryzysowy jak i Komitet Naukowo-Techniczny miały na celu opracowanie holistycznego planu postępowania z pandemią, uwzględniając analizy porównawcze, doniesienia z innych krajów oraz własne doświadczenie z poprzednich epidemii. Zarówno w Holandii jak i Norwegii powołano grupy eksperckie oddelegowane do zarządzania sprawami pandemii COVID-19. Powołane grupy eksperckie w postaci komisji bądź grup doradczych, prowadziły odpowiedni rejestr i przekazywały sprawozdania i rekomendacje dotyczące odpowiednich działań, które stanowiły wytyczne postępowania dla wszystkich instytucji odpowiedzialnych za sprawy zdrowia publicznego. Również sztab kryzysowy został powołany w Niemczech, Czechach i Kanadzie. Niezależnie od formy organizacji i powołanych jednostek, każdy z tych krajów opierał swoje działania na opiniach specjalistów z obszaru nauk medycznych, którzy dostarczali, poza kierownictwem ministerialnym, niezbędnej wiedzy dotyczącej zdrowia publicznego i rozprzestrzeniania się wirusa. Każdy sztab kryzysowy, niezależnie od kraju, w jakim został powołany, prowadził intensywną pracę i codzienną działalność, w formie narad oraz bieżącego raportowania nowych okoliczności sytuacji kryzysowej w państwie³⁰⁸.

Porównując sytuację krajów europejskich jak i tych spoza Unii, można zauważyć, że Polska stosunkowo późno zdecydowała się na powołanie sztabu kryzysowego. Do końca czerwca, w okresie trwania pandemii w Polsce, nie powołano sztabu kryzysowego. Co więcej decyzje dotyczące zarządzania kryzysowego w dobie pandemii były podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia na tle spraw politycznych bez uwzględniania stanowiska oficjalnych

³⁰⁷ N. Magnavita, A. Sacco, F. Chirico, Raport 1: COVID-19 pandemic in Italy: pros and cons. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2020.

³⁰⁸ S. Golinowska, M. Zabdyr-Jamroz, Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1)/2020, s. 8-9.

ekspertów i doradców. Wszelkie działania dotyczące zarządzania pandemią miały charakter czysto polityczny, przez długi okres zakazywano lekarzom, pełniącym funkcje konsultantów wojewódzkich, wypowiedania się w kwestiach pandemii. Na podstawie analizy porównawczej z innymi krajami, można zauważyć, że działania podejmowane w Polsce prowadziły do opóźnienia skutecznych strategii postępowania z kryzysem, jak i ignorowania kluczowego elementu, jakim jest dobro zdrowia publicznego.

Większość krajów opierała schematy zarządzania kryzysowego w dobie pandemii na podstawie współpracy władz z grupami ekspertów³⁰⁹. Do grup ekspertów najczęściej powoływano specjalistów z zakresu zdrowia publicznego oraz specjalistów medycznych ze specjalizacją w obszarze epidemiologii, chorób zakaźnych, wirusologów czy mikrobiologów. Odpowiednia współpraca władzy z ekspertami polegała na dostarczaniu informacji, doradztwie w zakresie podejmowanych czynności jak i konsultacji przebiegu rozwoju sytuacji kryzysowej. Powoływanie grup eksperckich oraz współpraca z nimi w różnych krajach przebiegała na mocy różnych dokumentów. Często współpraca ta odbywała się odgórnie, na szczeblu Ministerstwa Zdrowia, w innych krajach na szczeblu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a jeszcze w innych na mocy dokumentacji wydawanych przez instytucje publiczne. Niemniej jednak dla większości krajów cel współpracy z grupami eksperckimi był jednokierunkowy, w postaci dostarczenia jak najbardziej obiektywnej i specjalistycznej wiedzy dotyczącej postępowania z sytuacją kryzysową, jaką była pandemia COVID-19. Znaczącą rolę grup eksperckich zauważano w krajach, w których prężnie funkcjonowały instytuty zdrowia publicznego z dostępem do profesjonalnej kadry oraz doświadczenia analitycznego. To właśnie w tych krajach grupy eksperckie realizowały naczelne funkcje i role w sztabach kryzysowych, w obszarach doradztwa w kwestiach zarządzania kryzysowego. Strategia podejmowana przez państwo, w którym decyzje zapadały w oparciu o opinie biegłych ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego i epidemiologicznego, powodowała wzrost zaufania społecznego w kwestiach zdrowotnych. W kwestiach postępowania z pandemią, największe zaufanie opinii społecznej skierowane było w stronę naukowców i lekarzy. Wykorzystywanie przez władze krajów europejskich wiedzy specjalistycznej dotyczącej istoty sytuacji kryzysowej potęguje szansę eliminacji kryzysu bez ponoszenia możliwie dużych strat, z zachowaniem pozytywnej opinii społecznej.

³⁰⁹ Tamże.

W badaniach Europejskiej Rady Stosunków Zagranicznych³¹⁰ udowodniono, że kraje, w których profesjonalna kadra medyczna traktowana była jako podrzędne narzędzie do realizacji spraw czysto politycznych, zyskiwały zdecydowanie niski wskaźnik zaufania wśród społeczeństwa. Polska, będąca jednym z takich krajów, w opinii publicznej została uznana jako kraj traktujący instrumentalizację ekspertów przez polityków, w celu zatajania istotnych informacji przed obywatelami. W Polsce działania grup eksperckich były mocno ograniczone. Ministerstwo Zdrowia zwlekało z organizacją sztabu kryzysowego i nie korzystało z kluczowych informacji oraz wiedzy profesjonalistów i specjalistów z danej dziedziny³¹¹. Analizując działania podejmowane ze strony rządu jak i strony opinii medialnej, można zauważyć dużą rozbieżność w strategiach oraz przede wszystkim brak opisywanej wyżej współpracy. W trakcie trwania pandemii można było zauważyć zjawisko szerokiej krytyki wobec działań rządowych, wyrażanej przez specjalistów zajmujących się sprawami zdrowia i naukami medycznymi. Na podstawie analizy porównawczej można sądzić, że działania podejmowane przez władze Polski nie przyczyniały się do skutecznego zarządzania kryzysem, a na podstawie analizy sytuacji w trakcie trwania pandemii oraz obecnie trwającej sytuacji po pandemicznej przyczyniły się do pogorszenia warunków pracy i zaostrzenia kryzysu o charakterze wewnętrznym.

Elementem wspólnym dla wszystkich krajów w trakcie trwania pandemii był deficyt środków ochrony osobistej oraz niezbędnego wyposażenia do leczenia powikłań po koronawirusie. Niezależnie od kraju, często reakcja władz na powstałe deficyty i trudności wynikające z niedostatecznego zaplecza ochrony osobistej, była mocno nieskoordynowana. Na bazie analizy powstałych deficytów i trudności z zabezpieczeniem zasobów materialnych, z opóźnieniem powoływano wszelkiego rodzaju instytucje i zespoły koordynacji zaopatrzenia medycznego w dobie pandemii. W wielu krajach na potrzeby zaspokojenia potrzeb materialnych i deficytów anulowano wcześniejsze ustalenia i regulacje umożliwiające postępowanie z elementem sytuacji kryzysowej o charakterze wewnętrznym³¹². Na przykład w Holandii powołano odpowiednie konsorcjum do spraw krajowych zakupów, tak, aby stało się możliwe zabezpieczenie placówek medycznych w odpowiedni sprzęt i środki medyczne na

³¹⁰ I. Krastev, L. Leonard, Europe's pandemic politics: How the virus has changed the public's worldview. *Policy Brief of European Council on Foreign Relations* – EFCR/326/2020.

³¹¹ W. Wróblewska, B. Wojtyniak, *Teoria przejścia epidemiologicznego i aktualna sytuacja zdrowotna w Polsce*. Spotkanie plenarne Komitetu Nauk Demograficznych PAN, Polska Akademia Nauk, Warszawa 2020.

³¹² K. Maj, K. Skarzyńska, *Spoleczeństwo wobec epidemii. Raport z badań*. Forum Idei, Fundacja Batorego, Warszawa 2020.

zasadach non profit. Norwegia, w swoich działaniach, zwróciła uwagę na możliwości produkowania zamówień medycznych w rodzimych i lokalnych przedsiębiorstwach.

Oprócz deficytów środków ochrony osobistej i sprzętu specjalistycznego istotnym problemem międzynarodowym dla służby zdrowia okazał się brak miejsc w szpitalach, łóżek szpitalnych oraz kadry medycznej. Na przestrzeni lat w wielu krajach przypisywano istotne znaczenie umocnieniu sektorowi służby zdrowia w zakresie POZ oraz leczenia rodzinnego, jednocześnie zaniedbując doskonalenie pozostałych segmentów systemu ochrony zdrowia, jakim są szpitale. W wielu krajach, na bazie tej sytuacji, wprowadzano liczne reformy umożliwiające zwiększenie wydolności placówek medycznych, kluczowych w trakcie trwania pandemii. Przykładem takiego kraju jest Holandia, która w swoich działaniach antykrzysowych akcentowała silną współpracę i koordynację między placówkami medycznymi i systemem ochrony zdrowia z sąsiadującym krajem - Niemcami. Deficyty łóżek szpitalnych oraz miejsc dla pacjentów były łagodzone dzięki możliwości przekazywania pacjentów do szpitali przygranicznych krajów związkowych. Również władze Holandii wprowadziły dodatkowe narzędzia kierowania pacjenta w trakcie leczenia, umożliwiając poszerzenie diagnostyki i działania medyków w ramach szerszego spektrum kompetencji. Deficyty kadrowe w wielu krajach, takich jak Włochy i Niemcy, były regulowane w formie tymczasowych specjalnych regulacji, mówiących o powoływaniu lekarzy emerytów, wolontariuszy i żołnierzy, studentów medycyny i ratownictwa do pracy podczas pandemii, bez oczekiwania na dopełnienie formalności z nostryfikacji dyplomów bądź niezbędnej biurokracji. Regulacje te zezwalały na leczenie i interwencje medyczne. Również w Bawarii i Czechach zdecydowano się na zatrudnianie lekarzy zagranicznych bez konieczności dopełniania formalności nadających prawo wykonywania zawodu w danym kraju. Z perspektywy zarządzania kryzysowego podejmowane działania rozwiązywały tymczasowo problem deficytów kadrowych oraz deficytów materialnych. Niemniej jednak podejmowane decyzje oraz działania antykrzysowe uwypukliły wady i słabe punkty obecnie funkcjonujących systemów ochrony zdrowia na całym świecie.

Na podstawie analizy sytuacji z okresu pandemii COVID-19 można zaobserwować, jak istotny element stanowi zabezpieczenie placówek medycznych w kluczowe ogniwa, jakie stanowi kadra medyczna, ilość i jakość sprzętu oraz jakość usług, aby móc mówić o skuteczności zarządzania kryzysem o charakterze zewnętrznym³¹³.

³¹³ S. Golinowska, M. Zabdyr-Jamroz, Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1)/2020, s. 8-9.

Niezwykle ważnym aspektem w kwestii zarządzania kryzysowego jest element kompleksowego wsparcia gospodarki, społeczeństwa i systemu ochrony zdrowia. Sytuacja pandemii koronawirusa doprowadziła w wielu krajach do poniesienia licznych strat gospodarczych i społecznych. Strategia zarządzania kryzysem obejmuje również podjęcie planu odbudowy stanu po kryzysie. Dlatego też wiele krajów podjęło decyzję o realizacji odpowiednich działań zmniejszających negatywne konsekwencje czynników pandemicznych. Na bazie tej odbudowy podejmowano działania o charakterze przyzwolenia na przekraczanie limitów długu publicznego, stosowano pakiety wsparcia gospodarki, wprowadzano pakiety pomocy dla placówek służby zdrowia i ludności, czy na przykład zmieniano budżety bądź wprowadzano tarcze antykryzysowe. W niektórych krajach można było zaobserwować, że sytuacja pandemii doprowadziła do wzmocnienia systemu ochrony zdrowia. W Niemczech wprowadzono zmiany dotyczące wyceny świadczeń medycznych oraz podniesiona stawki wynagrodzeń dla pielęgniarek szpitalnych o blisko 25%³¹⁴. Władze Niemiec, w swoich reformach i planach odbudowy sektora ochrony zdrowia, uwzględniły wzmocnienie zaplecza kadrowego i kompleksową informatyzację niemieckiego systemu gromadzenia danych dotyczących zdrowia i aspektów sanitarnych przez lokalne urzędy zdrowia. Również w Holandii³¹⁵ zdecydowano się na dofinansowanie opieki podstawowej, w postaci podwyższonych stawek dla lekarzy rodzinnych, w celu motywacji do zwiększenia skuteczności udzielania porad i diagnozowania chorych, aby zminimalizować liczbę wymaganej hospitalizacji w opiece stacjonarnej. We Włoszech powstał kryzysowy fundusz, z którego wydatki są przeznaczane na opłacanie ponadnormatywnych godzin pracy lekarzy i pielęgniarek bądź zakup niezbędnego sprzętu specjalistycznego czy dodatkowych łóżek na oddziałach intensywnej terapii. Na bazie doświadczeń pandemii koronawirusa, również Czechy³¹⁶ podjęły odpowiednie działania reorganizacji szpitali i zwiększenia dotacji do ubezpieczeń zdrowotnych. Polska w swoich strategiach uwzględniła dofinansowanie Narodowego Funduszu Zdrowia w celu sfinansowania niezbędnych usług zdrowotnych i niezbędnych środków medycznych przeznaczonych do leczenia. Niemniej jednak na tle innych krajów, władze polski wprowadzały działania, które wywoływały niepokój i dyskomfort wśród pracowników medycznych. W opinii specjalistów, lekarzy i pielęgniarek, oraz ogólnej grupy

³¹⁴ T. Bielecki, *An epidemic democracy. Managing COVID-19 Journey Europe*. Fundacja Roberta Schumana, Bruksela 2020.

³¹⁵ J.M. Boot, H. Oers, Organization of public health in the Netherlands. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 13 (2)/2015, s. 180-184.

³¹⁶ M. Komenda, V. Bulhart, M. Karolyi, J. Jarkovský, J. Mužík, O. Májek i in. Complex Reporting of the COVID-19 Epidemic in the Czech Republic: Use of an Interactive Web-Based App in Practice. *J. Med. Internet Res*, 22 (5)/2020.

pracowników medycznych w Polsce, działania rządowe określone były jako restrykcyjne, które dotyczyły ograniczenia pracy do jednego miejsca bądź wprowadzania projektów zwiększania kar za błąd medyczny. Tak prowadzona polityka państwa powoduje, narastające zjawisko wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek oraz zdecydowane pogorszenie satysfakcji z wykonywanej pracy. Kryzys zdrowotny, wywołany pandemią, obecnie nie przyczynił się do wzmocnienia sektora ochrony zdrowia, a na podstawie analizy obecnego funkcjonowania polskich placówek medycznych i kadry medycznej można twierdzić, że kryzys wewnętrzny w środowisku lekarskim ulega stopniowemu pogorszeniu³¹⁷.

Analizę porównawczą wybranych strategii zarządzania kryzysowego na tle międzynarodowym, podczas trwania pandemii, przedstawiono w tabeli 17.

Tabela 17. Zarządzanie kryzysem i rozwiązania instytucjonalne w trakcie pandemii COVID-19 w międzynarodowej analizie porównawczej

Informacje	NIEMCY	CZECHY	POLSKA	UKRAINA
Podstawa prawna działań w czasie pandemii	Ustawa z 2001 r. o ochronie przed chorobami zakaźnymi znowelizowana w marcu	Stan wyjątkowy od 12 marca; przedłużany co miesiąc do końca maja	Specustawa koronawirusowa 2.03. – o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 i innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych	Ustawa z dnia 17.03. o zapobieganiu, występowaniu i rozprzestrzeleniu się choroby COVID-19
Gromadzenie i przekazywanie informacji epidemicznej	Od lokalnych urzędów zdrowia do RKI	Od regionalnych urzędów zdrowia publicznego do Czeskiego Instytutu Informacji Zdrowotnej i Statystyki (UZIS)	Sanepid powiatowy i wojewódzki oraz dalej agregacja – PZH i kodowanie – GUS	Od inspektora sanitarnego do Centrum Zdrowia Publicznego

³¹⁷ K. Malinowska, M. Marchlewska, P. Górka, Z. Molenda, P. Michalski, D. Szczepańska, *Koronawirus w Polsce w pierwszych tygodniach lockdownu: Perspektywa psychologii społecznej. Wyniki badania podłużnego przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie Polaków i Polek. Podsumowanie wyników dla 5 pomiarów od 21.03. do 19.04.* Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2020.

Informacje	NIEMCY	CZECHY	POLSKA	UKRAINA
Plan lockdownu dla gospodarki	Ogłoszenie (22.04.) w sprawie podjętych działań rządu federalnego przeciwko rozprzestrzenianiu się pandemii COVID-19; wyjaśnienie celów, wskazanie odpowiedzialnych podmiotów i środków	Od 9.03. Co kilka dni wprowadzano lockdown dla gospodarki i społeczeństwa – Plan inteligentnej kwarantanny	Od 8.03 ad hoc	Od 5.03. - bez wcześniejszego planu, a od 12.03. zamknięcie granic
Komunikacja organów władzy z obywatelami	Codzienne briefingi Instytutu imienia Roberta Kocha (RKI)	Od 27.02. Codzienne informacje i zalecenia (TV i radio) sztabu zdrowotnego, rozwijane przez stronę internetową oraz komunikaty rządu	Briefingi ministra zdrowia i głównego inspektora sanitarnego, początkowo z prezydentem lub premierem	Briefingi Ministerstwa Zdrowia na Facebooku i w TV
Sztab kryzysowy	12.03. Ustalenia kanclerza z premierami poszczególnych krajów związkowych	Działały 2 sztaby; jeden w sektorze zdrowia i drugi związany ze stanem wyjątkowym	W trakcie lockdownu nie powołano; działano w ramach istniejących rozwiązań administracyjnych, powołano dopiero 20 lipca	W Ministerstwie Zdrowia powołano Komitet operacyjny, a w rządzie Międzyministerialny Komitet Nadzwyczajny
Funkcje instytucji zdrowia publicznego	Zasadnicze znaczenie Instytutu Roberta Kocha oraz operacyjne działania urzędu zdrowia i jego lokalnych sieci	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – funkcje promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej oraz badania wpływu środowiska na zdrowie	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH; organ doradczy Ministerstwa Zdrowia, a operacyjnie – Główny Inspektor Sanitarny	Ukraińskie Centrum Zdrowia publicznego i odtworzenie sieci dawnej instytucji inspekcji sanitarnej
Koordinacja działań regionalnych i lokalnych	Konferencje ministrów zdrowia i spotkania kanclerza z premierami krajów związkowych	Decyzje centralne	Nie powołano specjalnej instytucji koordynacyjnej	Państwowy lekarz sanitarno-epidemiologiczny
Instytucje międzyministerialne – koordynacja	Mały gabinet koronawirusowy – spotkania cotygodniowe	Ograniczona koordynacja działań w ramach koalicyjnego rządu	Zespół do spraw strategii zwalczania COVID-19 z udziałem MZ, NFZ oraz MSWiA	Międzysektorowa Grupa Robocza

Informacje	NIEMCY	CZECHY	POLSKA	UKRAINA
Relacja: instytucje polityczne – instytucje profesjonalne	Opieranie się na ustaleniach specjalistów	Dominacja instytucji politycznych	Bez specjalnych procedur; dominacja instytucji politycznych	Dominacja instytucji politycznych
Pokonywanie deficytu zasobów ochrony zdrowia	Deficyt nie wystąpił, ale zatrzymano swobodny obrót sprzętem	Zakaz wolnego handlu sprzętem i jego eksportu; utrzymanie importu z Chin	Włączenie się do specjalnych przetargów kryzysowych UE oraz decyzje własne MZ	Trudności z kontrolowaniem cen kluczowych zasobów, wprowadzanie zakazu wywozu istotnego sprzętu ochronnego
Reorganizacja w systemie ochrony zdrowia	Zapewnienie płynnego finansowania szpitali w warunkach zmian organizacyjnych i wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek	Przekształcenia dużych szpitali w zakaźne i przesuwanie działalności poza leczeniem COVID-19 do szpitali mniejszych	Tworzenie sieci szpitali zakaźnych jednoimiennych i wydzielenie oddziałów zakaźnych, ograniczenie działalności pozostałych; częste zmiany	Początkowo ustalona sieć wyznaczonych szpitali zakaźnych była rozszerzana i wzmocniona namiotami do przeprowadzenia testów
Wsparcie dla gospodarki i społeczeństwa	Uchwalenie nowego budżetu państwa – z powodu kryzysu zdrowotnego – dodatkowo 156 mld euro w 2020 roku (przekroczenie prognozy zadłużenia)	Wsparcie biznesu i samozatrudnionych; program Antivirus oraz 3 programy: Blokada, Blokada I, II, głównie w formie pożyczek z gwarancjami rządu	Tarcze antykryzysowe – społeczne i gospodarcze	Wakacje podatkowe, gwarantowane przez rząd pożyczki oraz wsparcie małego biznesu
Wsparcie systemu ochrony zdrowia	Plan wzmocnienia służby zdrowia publicznego, podwyżki płac dla pielęgniarek w szpitalach	Dotacja dla ubezpieczenia zdrowotnego na sfinansowanie usług szpitalnych; wydatki budżetowe na wyposażenie szpitali oraz PPE ze zwiększonej rezerwy budżetowej – ok. 2,2 mld euro	Dotacja dla NFZ na skatalogowane wydatki w wysokości 7,5 mld zł	Nowe środki budżetowe dla regionów – ok. 45,2 mln USD na działania prewencyjne i dla szpitali; podwyżki płac, świadczenia społeczne i odszkodowania

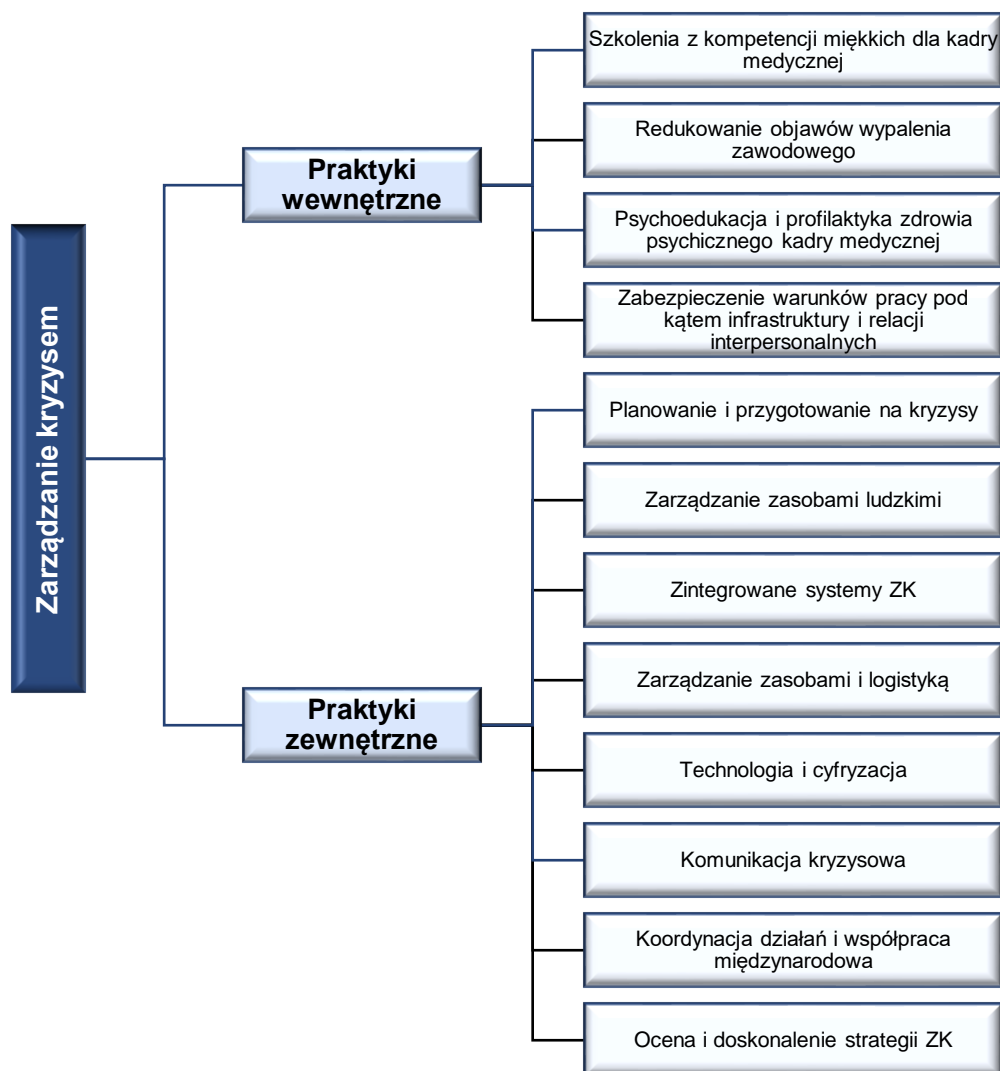
Źródło: S. Golinowska, M. Zabdyr-Jamroz, Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1)/2020, s. 8-9.

W niniejszym podrozdziale autorka dysertacji podjęła próbę przedstawienia charakterystyki podejmowania różnorodnych strategii antykryzysowych na tle międzynarodowym, uwzględniając poszczególne działania oraz ich specyfikę. Autorka odniosła się do analizy porównawczej strategii zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia w Polsce, jak i względem strategii zarządzania w poszczególnych wybranych krajach

europiejskich. Odniosła się do analizy porównawczej na bazie ogólnych działań skutecznego zarządzania kryzysowego dostępnych w wybranych krajach jak również uwzględniła porównanie strategii antykryzysowych podczas pandemii COVID-19. W powyższym podrozdziale zostały ukazane różnice pomiędzy wybranymi krajami, jak również uwypuklono zalety skutecznego zarządzania sytuacją kryzysową oraz możliwe wady i słabe strony. Przedstawiono sytuację Polski na tle międzynarodowym, co stanowi podstawę dla realizacji dalszych treści niniejszej dysertacji, dotyczących najlepszych praktyk w zarządzaniu kryzysowym i przygotowania odpowiednich rekomendacji i zaleceń w kontekście wzmocnienia systemu ochrony zdrowia.

6.2. Najlepsze praktyki w zarządzaniu kryzysowym w sektorze ochrony zdrowia

Analizując istotę zarządzania kryzysowego na podstawie porównania odpowiednich strategii w różnych krajach oraz na podstawie przeprowadzonych badań własnych można wyszczególnić podstawowe, a zarazem najlepsze praktyki w zarządzaniu kryzysowym w odniesieniu do sektora służby zdrowia. Najlepsze praktyki w zarządzaniu kryzysowym w systemie ochrony zdrowia obejmują strategie, które zostały sprawdzone i określone jako skuteczne w różnych krajach podczas reakcji na różnego rodzaju kryzysy. Dane z przeprowadzonych badań oraz doświadczeń międzynarodowych podczas minionych globalnych kryzysów pozwalają na opracowanie schematu skutecznych i kluczowych obszarów zarządzania kryzysowego, takich jak planowanie, zintegrowane systemy organizacyjne, zasoby ludzkie, zarządzanie zasobami, technologie lub komunikacja. Odnosząc się do luki definicyjnej oraz zaproponowanej definicji zarządzania kryzysowego warto zwrócić uwagę, że wśród najlepszych praktyk w zarządzaniu kryzysem należy uwzględnić rozróżnienie praktyk wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Oprócz strategii i praktyk stosowanych w trakcie wystąpienia sytuacji kryzysowej o charakterze globalnym, jak zagrożenie epidemiologiczne, klęski żywiołowe bądź ataki terrorystyczne, w tym ataki zbrojeniowo-wojenne, należy wyszczególnić najlepsze praktyki stosowane w ochronie zdrowia, które przyczyniają się do zaopatrzenia i zabezpieczenia kadry medycznej oraz całej infrastruktury placówek medycznych w codziennej pracy, redukując tym samym zjawisko kryzysu wewnętrznego. Podział i schemat najlepszych praktyk zarządzania kryzysem ilustruje rysunek 31.



Rysunek 31. Schemat najlepszych praktyk w zarządzaniu kryzysem w sektorze ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

W odniesieniu do praktyk zewnętrznych warto w pierwszej kolejności zwrócić uwagę na planowanie i przygotowanie na kryzys. Aby móc mówić o skutecznym postępowaniu z jakimkolwiek pojawiającym się kryzysem w strukturach organizacji, należy uwzględnić takie praktyki, jak tworzenie szczegółowych planów kryzysowych³¹⁸. Stosowanie najlepszych praktyk wskazuje właśnie na konieczność opracowania kompleksowych planów antykryzysowych, które w swojej strukturze przewidują i uwzględniają różne możliwe, potencjalne scenariusze. Oznacza to, że poszczególne instytucje i organizacje, w tym cały system ochrony zdrowia, zaczynając od centralnych struktur decyzyjnych, po ostatnie ogniwo

³¹⁸ M. Ćwiklicki, M. Jabłoński, S. Mazur (red.). *Współczesne koncepcje zarządzania publicznego: Wyzwania modernizacyjne sektora publicznego*. Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, 2016.

jakim są placówki medyczne, powinny być przygotowane, na podstawie opracowanych planów zarządzania kryzysowego, na możliwość wystąpienia kryzysów takich, jak pandemia, katastrofy naturalne czy wszelkie działania o charakterze militarnym. Szczegółowe plany kryzysowe powinny uwzględniać konkretne procedury oddziaływań oraz powinny zakładać w swojej profilaktyce przygotowanie kadry medycznej wobec potencjalnych zagrożeń. Przygotowanie profilaktyczne to zapewnienie odpowiednich warunków pracy oraz interpersonalnych i intrapsychicznych czynników umożliwiających wzrost wydolności pracy osób zarządzających kryzysem oraz odporności na czynniki zagrażające.

Szczegółowe planowanie powinno podlegać regularnym aktualizacjom, tak, aby w sposób maksymalny uwzględniać specyfikę lokalnych zagrożeń. Najwyższa skuteczność opracowanych planów antykryzysowych powinna być również poprzedzona prowadzeniem specjalistycznych szkoleń i możliwych symulacji, tak, aby w sposób maksymalny przygotować pracowników i osoby zarządzające do potencjalnych zagrożeń. Regularne przeprowadzenie ćwiczeń szkoleniowych i symulacyjnych powoduje wzrost wiedzy i kompetencji zaradczych podczas kryzysu oraz pozwala na określenie poziomu gotowości personelu i placówek medycznych do reagowania na powstałe kryzysy. Prowadzone szkolenia i ćwiczenia powinny sprawdzać kompetencje takie, jak zarządzanie zasobami czy koordynacja działań. Regularność tego typu oddziaływań pozwala na weryfikację sporządzonych planów antykryzysowych i ewentualną implementację nowelizacji i usprawnień zarządzania kryzysowego³¹⁹.

W odniesieniu do raportów z różnych krajów, jedną z najlepszych praktyk w zarządzaniu kryzysowym, która cieszy się wysokim poziomem skuteczności, jest ustanowienie zespołów szybkiego reagowania. Zespoły szybkiego reagowania obejmują grupę zrzeszonych profesjonalistów i specjalistów z różnych dziedzin naukowych, posiadających kluczową wiedzę i doświadczenia w zarządzaniu kryzysowym. W ochronie zdrowia, na podstawie minionych wydarzeń pandemicznych, taki zespół powinien składać się ze specjalistów z obszaru medycyny, logistyki, bezpieczeństwa obywatelskiego i międzynarodowego oraz specjalistów zajmujących się wirusologią i epidemiologią. Powołanie tego typu zespołów pozwala na natychmiastową mobilizację w sytuacji kryzysowej i podejmowanie kluczowych decyzji, które są poprzedzone zweryfikowaną wiedzą, pod kątem różnych aspektów merytorycznych.

Jako kolejną praktykę, którą z powodzeniem stosują kraje takie jak Niemcy, wskazać należy elastyczne zarządzanie zasobami ludzkimi oraz zarządzanie zasobami i logistyką

³¹⁹ E. Zgajewska-Rytelewska, Trzeci sektor w zarządzaniu kryzysowym. *Kultura Bezpieczeństwa. Nauka-Praktyka-Refleksje*, (28)/2017, s. 238-270.

o charakterze zewnętrznym³²⁰. Zarządzania zasobami ludzkimi obejmuje elastyczność w dystrybucji personelu, co umożliwia szybką relokację kadry medycznej w miejsca, w których zachodzi konieczność uzupełnienia liczby lekarzy i pielęgniarek. Elastyczny przydział zasobów ludzkich wpływa pozytywnie na szybki wzrost wymaganej liczby personelu na oddziałach intensywnej terapii lub w szpitalach tymczasowych, na przykład w sytuacji pandemii. Taka forma stosowanych strategii pozwala na bardziej skuteczne dostosowanie do zmieniających się warunków oraz umożliwia skuteczne zarządzanie strukturami ludzkimi i personelem w sytuacji kryzysowej.

Na podstawie analizy sytuacji w krajach zachodnioeuropejskich, można zauważyć, że tego typu działania przyczyniają się do uniknięcia nadmiernego przeciążenia danego segmentu systemu opieki zdrowotnej w kraju. W kontekście zarządzania zasobami i logistyką, do najlepszych praktyk zalicza się tworzenie rezerw kryzysowych, skuteczną logistykę i dystrybucję zasobów oraz optymalizację wykorzystania infrastruktury medycznej³²¹. Skuteczne zarządzanie kryzysowe w ochronie zdrowia opiera się w głównej mierze na utworzeniu centralnych i regionalnych magazynów z rezerwami sprzętu, leków i środków ochrony osobistej. Funkcjonowanie i działalność sektora ochrony zdrowia, a w szczególności placówek medycznych, niezależnie od powstałego kryzysu, na przykład pandemii czy wojny, uzależniona jest od jakości wyposażenia danych placówek i posiadania odpowiednich rezerw, umożliwiających leczenie i zaopatrzenie potrzebujących obywateli, w perspektywie świadczenia opieki zdrowotnej. Sytuacje kryzysowe o charakterze globalnym wymagają konieczności natychmiastowej reakcji i zdecydowanie większego nakładu wykorzystywania medykamentów, środków ochrony osobistej bądź zwiększonej ilości wymaganego sprzętu specjalistycznego. Tworzenie rezerw kryzysowych zabezpiecza placówkom medycznym na terenie całego kraju dostęp do kluczowych i niezbędnych narzędzi przeciwdziałających czynnikom sytuacji kryzysowej. Takie rezerwy powinny być regularnie aktualizowane, aby zapobiec ewentualnemu przeterminowaniu zapasów oraz wyeliminowaniu ryzyka sytuacji, kiedy w trakcie pojawienia się kryzysu okazuje się, że rezerwy te są niewystarczalne, co tylko prowadzi do pogłębienia się sytuacji kryzysowej i niewydolności sektora służby zdrowia. Najlepsze praktyki koncentrują się przede wszystkim na skutecznej logistyce i dystrybucji wyżej wymienionych zasobów. W sektorze ochrony zdrowia jednym z najważniejszych

³²⁰ D. Lewicka, Zarządzanie zasobami ludzkimi w kryzysie. [w:] J. Skalik (red.), *Zmiana warunkiem sukcesu. Odnowa przedsiębiorstw - czego nauczył nas kryzys*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Nr 128/2010.

³²¹ J.Ż. Żuławska, Wybrane praktyki zarządzania zasobami ludzkimi wspierające przedsiębiorczość w warunkach zagrożenia kryzysem. *Roczniki Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Toruniu*, 11/2012, s. 265-284.

elementów świadczących o skuteczności jest kwestia zarządzania zasobami i wyposażeniem medycznym. Strategie implementacji systemów zarządzania łańcuchem dostaw przyczyniają się do usprawnienia tempa i sprawności dystrybucji zasobów medycznych do najbardziej potrzebujących placówek medycznych. Skuteczna logistyka zakłada w swoich działaniach regularne monitorowanie stanów magazynowych w czasie rzeczywistym oraz automatyczne uzupełnianie monitorowanych braków i deficytów. Odpowiednio prowadzona rezerwa zasobów medycznych, jak i tworzenie sprawnych systemów monitorowania i uzupełniania braków oraz dostarczania środków medycznych do placówek, wpływa na jakość i skuteczność zarządzania w trakcie kryzysu, co przyczynia się do zwiększenia wydolności danej placówki, braku przestoju w leczeniu, zdecydowanie lepszych warunków pracy w trakcie kryzysu oraz przede wszystkim zwiększenia liczby pacjentów, którym udzielenie pomocy stało się możliwe. Zarządzanie zasobami obejmuje również praktykę optymalizacji wykorzystania infrastruktury medycznej, co znajduje odzwierciedlenie w maksymalizacji wykorzystywania dostępnych zasobów i monitorowaniu możliwości wprowadzania zmian. W sytuacji kryzysowej kluczowa jest optymalizacja wszelkich działań związanych z kryzysem tak, aby jak najszybciej potęgować wzrost wydolności placówek. Stąd też instytucje zdrowia publicznego powinny operować zaawansowanymi systemami informatycznymi do zarządzania na przykład łóżkami szpitalnymi i sprzętem specjalistycznym bądź do stałego monitorowania sytuacji przeciążenia istniejącej infrastruktury, w celu eliminacji tego stanu w postaci na przykład tworzenia tymczasowych szpitali³²².

Następną kluczową i skuteczną praktyką w zarządzaniu kryzysowym w sektorze służby zdrowia jest wykorzystywanie technologii i cyfryzacji medycznej³²³. W pierwszej kolejności należy uwzględnić i uwypuklić rolę rozwoju systemów tak zwanego e-zdrowia. System e-zdrowia opiera się na transformacji form papierowych, które potęgują biurokrację, do nowych i nowoczesnych form zarządzania w postaci elektronicznych systemów dokumentacji medycznej, wystawiania elektronicznych recept oraz wprowadzania aplikacji do monitorowania stanu zdrowia pacjentów. Implementacja takich rozwiązań przyspiesza sprawne diagnozowanie i leczenie pacjentów oraz przede wszystkim usprawnia zarządzanie informacją na przykład dotyczącą transmisji wirusa i jego rozprzestrzeniania. Stąd też równoważnie za pomocą tego typu rozwiązań teleinformatycznych okazuje się skuteczną praktyką w obszarze wykorzystania telemedycyny. W sytuacjach, na przykład klęsk żywiołowych, gdzie w wyniku

³²² M. Syrkiewicz-Świtała, T. Holecki, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia*. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2011.

³²³ M. Stelmach, Nowe technologie zwiększają efektywność leczenia. *Kurier Medyczny*, 1/2020, s. 20-21.

powodzi utrudniony jest dostęp do placówek medycznych bądź podczas pandemii możliwość bezpośredniego kontaktu osobistego z lekarzem podlega znacznym ograniczeniom, telemedycyna pozwala na monitorowanie pacjentów, ale również odciążenie systemu szpitalnego i ułatwienie dostępu do opieki zdrowotnej w odległych regionach. Systemy teleinformatyczne w medycynie umożliwiają pacjentom zdalne konsultacje i korzystanie z usług zdrowotnych, co przyczynia się do zahamowania pogłębiania się sytuacji kryzysowej, a tym samym określa wzrost skuteczności zarządzania kryzysowego. Kluczową rolę spełniają również systemy wczesnego ostrzegania i monitorowania. Wykorzystywanie najnowocześniejszych technologii, analizujących dane z dużych zbiorów, sztucznej inteligencji i schematów modelowania epidemiologicznego, umożliwia w zarządzaniu kryzysowym prognozowanie i wczesne wykrywanie potencjalnych zagrożeń zdrowotnych. Określenie stopnia prawdopodobieństwa wpływa na tworzenie szczegółowych planów antykryzysowych i reorganizacji istniejących strategii względem optymalnego środowiska³²⁴.

Najlepszą praktyką w zarządzaniu kryzysowym nie tylko w sektorze zdrowia, ale również w ujęciu ogólnym, jest przede wszystkim prawidłowa komunikacja kryzysowa³²⁵. Komunikacja kryzysowa powinna opierać się na kilku kluczowych czynnikach, których spełnienie odgrywa kluczową rolę. Przede wszystkim komunikacja ta powinna być przejrzysta i spójna. W trakcie trwania sytuacji kryzysowej zasadnicze znaczenie ma szybkość i jasność przekazywanych informacji dla obywateli kraju. Wyższe struktury i kadra nadzorująca proces zarządzania kryzysowego powinny wydawać klarowne i jednolite komunikaty, aktualizować najnowsze informacje dotyczące kryzysu oraz wyjaśniać, w oparciu o transparentność, zakresy działań podejmowanych przez poszczególne instytucje³²⁶. Przykładem kraju, który wprowadził tę strategię ze skutkiem pozytywnym, są Niemcy. Dzięki transparentnej komunikacji przekazywano informacje związane z pandemią, informacje o planowanych działaniach oraz przede wszystkim zalecenia dla obywateli. Transparentna komunikacja i klarowność przekazu przyczynia się do wzrostu zaufania społecznego oraz wzmacnia skłonność obywateli do przestrzegania zaleceń, co realnie przekłada się na postępowanie z sytuacją kryzysową i skuteczność całego procesu zarządzania kryzysem, determinując przede wszystkim zmniejszenie niepewności wśród społeczeństwa oraz wzrost skuteczności działań

³²⁴ A. Cuda, Nowe technologie w systemie ochrony zdrowia na przykładzie Stanów Zjednoczonych i Polski. *Ekonomia. Wrocław Economic Review*, 24(4)/2018, 83-92.

³²⁵ M. Kochan, Komunikacja kryzysowa jako czynnik rozwoju kryzysu. *Kultura – Media – Teologia*, 39/2019, s. 8-31.

³²⁶ M. Danielewicz, Determinanty skutecznej komunikacji kryzysowej. *Prace i studia geograficzne*, 55/2014, s. 9-17.

kryzysowych, co jest kluczowe w dynamice zmian podczas kryzysu. W obszarze komunikacji kryzysowej jako kluczowej i najlepszej z praktyk wskazać należy również na kwestie edukacji społecznej i prowadzenie kampanii informacyjnych. W sektorze ochrony zdrowia edukacja społeczeństwa oraz wszelkie rodzaje działań o charakterze profilaktyki i psychoedukacji są niezwykle ważne z punktu widzenia zabezpieczenia społeczeństwa przed rozprzestrzenianiem się chorób i innych niebezpiecznych sytuacji zdrowotnych. Jest to szczególnie istotne w propagowaniu oddziaływań medycznych chroniących społeczeństwo i powodujących wzrost odporności zdrowotnej kraju jak również szerzenia wiedzy dotyczącej postępowania w sytuacjach kryzysowych. Odpowiednie informowanie społeczeństwa o zagrożeniach i zalecanych działaniach zwiększa odporność populacji na potencjalne sytuacje kryzysowe. W realizacji tego celu niezwykle skuteczną praktyką okazuje się wykorzystywanie i współpraca z mediami. Wykorzystywanie siły i zasięgów mass mediów i liderów opinii społecznej potęguje zjawisko prawidłowego przekazywania rzetelnych informacji i wzrostu zaufania obywateli. Szeroki zasięg mediów społecznościowych oraz powszechny dostęp do nich pomaga w rozpowszechnianiu profilaktyki i kluczowych informacji dotyczących sposobów postępowania z kryzysem, co niewątpliwie określa skuteczność zarządzania kryzysem w sektorze ochrony zdrowia³²⁷.

Kolejną skuteczną praktyką w zarządzaniu kryzysowym w sektorze ochrony zdrowia jest koordynacja działań i współpraca międzynarodowa³²⁸. Kluczową rolę odgrywają zintegrowane systemy zarządzania kryzysowego, które umożliwiają współpracę między poszczególnymi instytucjami. Integracja instytucji pod kątem wydawania decyzji dotyczących sytuacji kryzysowej, takich jak szpitale, organy rządowe, służby ratunkowe lub organizacje pozarządowe wpływa na centralną koordynację działań i skuteczniejszą komunikację między poszczególnymi szczeblami administracji i instytucji medycznych. Tego typu działania i praktyki wpływają na zminimalizowanie opóźnień w podejmowaniu reakcji na kryzys oraz przede wszystkim na szybkość podejmowania decyzji, co jest niezwykle ważne w czasie pojawienia się kryzysu zdrowotnego. Skuteczne zarządzanie kryzysowe w obszarze ochrony zdrowia jest utożsamiane ze współpracą międzysektorową i międzynarodową. Wszelkie działania i praktyki określa się jako przydatne i skuteczne w momencie, kiedy dany kraj lub poszczególne instytucje rządowe i organizacje medyczne czerpią wiedzę nie tylko ze swojego

³²⁷ W. Sobera, Komunikowanie rządowe w Polsce w pierwszym roku pandemii koronawirusa – wybrane aspekty. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio K–Politologia*, 29(1)/2022, s. 105-123.

³²⁸ K. Górecka, Zarządzanie kryzysowe na tle wybranych państw sąsiadujących z Polską. *Przegląd Naukowo-Metodyczny, Edukacja dla Bezpieczeństwa*, 7(1 (22)/2014, s. 129-152.

środowiska, ale również poszerzają ją o dane ze strategii innych krajów bądź pobocznych instytucji. Współpraca międzysektorowa i międzynarodowa w zarządzaniu kryzysowym może wspomagać lepsze przygotowanie na kryzysy oraz wpływać na jakość strategii i procesów decyzyjnych oraz innowacyjność reakcji na pojawiające się symptomy. Współpraca umożliwia wymianę personelu, wspólne ćwiczenia i symulacje zaplanowanych działań oraz zdecydowanie bardziej skuteczne wykorzystywanie zasobów, umożliwiając tym samym wspólny dostęp do wiedzy nie tylko w perspektywie krajowej³²⁹.

Ostatnią praktyką zewnętrzną, która cechuje się wysoką skutecznością i tak naprawdę warunkuje skuteczne zarządzanie kryzysem, zarówno w sektorze ochrony zdrowia jak i w ogólnym ujęciu, jest ocena i doskonalenie strategii zarządzania kryzysowego. Żaden, nawet najlepiej przygotowany, plan antykryzysowy nie byłby skuteczny bez poddawania go regularnemu monitorowaniu oraz analizie i ocenie, czy zaplanowane działania są w dalszym ciągu aktualne względem lokalnych potrzeb. Stąd też, po zakończeniu kryzysu, niezbędne staje się przeprowadzenie szczegółowej oceny działań oraz lokalizowanie i identyfikacja obszarów, które zawiodły i wymagają poprawy. Skuteczne zarządzanie kryzysowe powinno opierać się na stałym doskonaleniu strategii, obejmując regularne aktualizacje planów na bazie zdobytych doświadczeń, wprowadzanie technologii względem postępującego rozwoju cywilizacyjnego, przeformułowanie procedur względem nowych zagrożeń i zmieniających się warunków oraz przede wszystkim wnioskowanie na podstawie przebytych sytuacji kryzysowych³³⁰.

Wśród najlepszych praktyk w zarządzaniu kryzysowym w sektorze ochrony zdrowia, należy przede wszystkim zwrócić szczególną uwagę na praktyki o charakterze wewnętrznym, które stanowią budulec schematów postępowania z kryzysem o charakterze globalnym. Wśród nich można wskazać na wsparcie dla pracowników medycznych, strategię zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym, dostępność wykwalifikowanego personelu oraz politykę elastycznego czasu pracy i urlopów. Kadra medyczna, w postaci lekarzy i pielęgniarek, stanowi grupę osób, która w obliczu kryzysu o charakterze zewnętrznym jawi się pierwszej linii frontu.

Analizując sytuację polskich placówek medycznych należy uwzględnić trwający kryzys w czasie rzeczywistym, obejmujący nieadekwatne wynagrodzenia personelu, wysoki reżim organizacyjny i administracyjny, trudne warunki pracy w aspekcie czasu pracy, infrastruktury i braku dostosowania szpitali do nowoczesnych form technologicznych. Określane przez

³²⁹ R. Lisiakiewicz, Modele zarządzania kryzysowego – perspektywa międzynarodowa. [w:] K. Baran, S. Mazur (red.) *Przywództwo w Administracji Publicznej*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2022.

³³⁰ A. Zabłocka-Kluczka, Próba oceny procesu zarządzania kryzysowego w kontekście zapewnienia Bezpieczeństwa publicznego w Polsce. *Zeszyty Naukowe/Wyższa Szkoła Oficerska Wojsk Lądowych im. gen. T. Kościuszki*, Instytut Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2010, s. 192-204.

badanych nadmiernie ciężkie warunki pracy przyczyniają się do rozwoju wypalenia zawodowego i przede wszystkim wyczerpania psychofizycznego, które wpływa bezpośrednio na niską jakość świadczonych usług, a nawet na pogłębiającą się redukcję i tak już niskiego poziomu pracy kadry medycznej. Brak zabezpieczenia na wypadek wystąpienia kryzysu wewnętrznego w polskich placówkach medycznych uniemożliwia skuteczne postępowanie z kryzysem o charakterze globalnym. Co więcej, pojawienie się dużego kryzysu generuje kryzys wewnętrzny, co tylko pogłębia utrudnioną sytuację w systemie ochrony zdrowia. Dlatego też w pojmowaniu zarządzania kryzysowego nie należy skupiać się jedynie na strategiach w obliczu pojawiającego się kryzysu bądź opracowaniu procedur na wypadek pojawienia się kryzysu, tylko również uwzględnić ochronę osób, które w głównej mierze odpowiedzialne są za skuteczność postępowania w sytuacji kryzysu o charakterze globalnym. Stąd też do najlepszych praktyk skutecznego zarządzania systemem ochrony zdrowia zalicza się dbałość o utrzymanie odpowiedniego stanu zdrowia psychicznego lekarzy i pielęgniarek, zabiegając o zapewnienie dostępu do pomocy psychologicznej oraz do oddziaływań psychoprophylaktycznych zmniejszających ryzyko wypalenia zawodowego.

W oddziaływaniach antykryzysowych powinny być uwzględnione wszelkie strategie zarządzania stresem oraz aktywności pozwalające odreagować napięcie emocjonalne wytworzone podczas codziennego dnia pracy. Co więcej zapewnienie personelowi odpowiednich warunków pracy, satysfakcjonującego i adekwatnego wynagrodzenia, unormowanego czasu pracy i możliwości adekwatnego czasu urlopu, zapewnienie środków ochrony osobistej oraz programów ochrony zdrowia fizycznego przyczynia się do wzrostu zrównoważonego podejścia do zasobów ludzkich oraz pozytywnie koreluje z jakością życia i odczuwaniem nastroju pozytywnego, co bezpośrednio wpływa na skuteczność strategii zarządzania kryzysowego zarówno w czasie rzeczywistym jak i tym, pojawiającym się nagle.

Implementacja najlepszych praktyk znacząco poprawia skuteczność zarządzania kryzysowego w sektorze zdrowia, przyczyniając się do zwiększenia odporności systemu i zapewnienia lepszej ochrony zdrowia publicznego, co stanowi kluczowy czynnik z punktu widzenia zarządzania krajem.

W niniejszym podrozdziale autorka rozprawy doktorskiej dokonała podziału najlepszych praktyk zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia na praktyki o charakterze zewnętrznym, jak i praktyki o charakterze wewnętrznym, odnosząc się tym samym do zaproponowanej przez siebie definicji zarządzania kryzysowego podkreślającej rolę wewnętrznych oddziaływań prowadzących do wzrostu wydajności personelu w trakcie pojawienia się sytuacji kryzysowej o charakterze nagłym. Zostały opisane szczegółowo

praktyki, które skutecznie wpływają i korelują z wysoką jakością postępowania w trakcie kryzysu oraz przedstawiono znaczenie implementacji tych praktyk w standardowe działania antykryzysowe, co potwierdza przyjętą hipotezę szczegółową, stanowiącą, że działania te mogą znacząco wpłynąć i poprawić skuteczność strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia.

6.3. Możliwości adaptacji międzynarodowych strategii w Polsce

Możliwość adaptacji międzynarodowych strategii w Polsce może wpłynąć i przyczynić się do rozwoju sektora ochrony zdrowia, przede wszystkim w kontekście poprawy gotowości i zdolności reagowania na różne zagrożenia o charakterze zewnętrznym, jak również w doskonaleniu sytuacji wewnętrznej placówek medycznych, koncentrując się na warunkach pracy i zarządzaniu zasobami ludzkimi. Wykorzystując doświadczenia i wiedzę innych krajów, Polska może zaimplementować kluczowe czynniki i strategię dla zarządzania kryzysowego, adaptując je do własnych lokalnych i państwowych potrzeb. Na podstawie analizy strategii zarządzania kryzysowego w optyce międzynarodowej, należy uwzględnić obszar możliwości adaptacyjnych oraz określić dostępne szanse i pojawiające się ryzyka dla ochrony zdrowia w Polsce.

Na podstawie doświadczeń zarządzania kryzysowego w innych krajach można twierdzić, że dla ochrony zdrowia w Polsce kluczowym byłaby adaptacja międzynarodowych standardów. Międzynarodowe wytyczne i normy określone przez WHO, Unię Europejską, FEMA czy Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ECDC dostarczają szczegółowych zaleceń i procedur, wymaganych w trakcie reagowania na sytuacje kryzysowe o charakterze zewnętrznym, takie jak pandemie czy klęski żywiołowe³³¹. Wydawane zalecenia i procedury mają na celu szybkie i skuteczne zarządzanie zdrowiem publicznym, które obejmuje systemy wczesnego ostrzegania, monitoring epidemiologiczny oraz przede wszystkim odpowiednie przygotowanie placówek medycznych w kontekście postępowania z powstałymi sytuacjami kryzysowymi. Posługiwanie się uniwersalnymi i jednoznacznymi zaleceniami oraz procedurami umożliwi sprawną koordynację działań współpracy międzysektorowej oraz sprawne zarządzanie zasobami zarówno materialnymi jak i ludzkimi. Prowadzenie działań antykryzysowych, opartych na podejściu wieloszczeblowym, umożliwia

³³¹ D. Wróblewski, B. Połec, A. Ponichtera, T. Popielarczyk, M. Trzcńska, Zagadnienia ogólne z zakresu zarządzania ryzykiem i zarządzania kryzysowego. Centrum Naukowo-Badawcze Ochrony Przeciwpożarowej im. Józefa Tuliszkowskiego Państwowy Instytut Badawczy, 2014.

symbiotyczne współdziałanie władz centralnych z lokalnymi, które scala wspólny dla istoty kraju system zarządzania kryzysowego, co znajduje odzwierciedlenie w szczególnie istotnej kwestii wzmocnienia systemów wczesnego ostrzegania i monitorowania. Adaptacja rozwiązań technologicznych, którymi posługuje się między innymi Korea Południowa czy Singapur, umożliwiłaby zaawansowane monitorowanie stanu zdrowia populacji w Polsce i wczesnego wykrywania ewentualnych możliwych zagrożeń epidemiologicznych. Wykorzystywanie nowoczesnych technologii, którymi posługują się kraje wysokorozwinięte gospodarczo, zdecydowanie usprawniłoby przekazywanie i gromadzenie niezbędnej wiedzy oraz danych dotyczących zakażeń, jak również informacji o niezbędnych potrzebach o charakterze zarówno krajowym jak i lokalnym, co determinuje jakość i skuteczność oceny ryzyka i oceny gospodarowania infrastrukturą i finansowaniem w obszarze ochrony zdrowia na poczet przyszłych sytuacji kryzysowych. Nawiązując do lokalnych warunków i potrzeb, niezwykle ważną adaptacją, która przyczynia się do wzrostu skuteczności w zarządzaniu kryzysowym w Polsce jest powołanie regionalnych centrów koordynacji zdrowotnej. Analiza danych i koordynacja działań zarówno prewencyjnych jak i interwencyjnych w obrębie danego regionu, usprawnia zabezpieczenie lokalnych warunków wobec sytuacji kryzysowych, funkcjonując jednocześnie w ramach ogólnokrajowego systemu³³².

Kolejną możliwością adaptacji, korzystną dla Polski, jest integracja telemedycyny i cyfryzacja opieki zdrowotnej. Wykorzystanie usług telemedycznych na szeroką skalę, którymi posługiwała się na przykład Wielka Brytania, pozwoliłoby Polsce na zintegrowanie telemedycyny z publicznym systemem opieki zdrowotnej. Takie działania umożliwiłyby odciążenie placówek medycznych, w tym w szczególności przeciążonego psychofizycznie personelu medycznego, co wpłynęłoby pozytywnie na dostępność usług medycznych oraz jakość świadczonych usług. Co więcej, digitalizacja dokumentacji medycznej, wpłynęłaby na wzrost cyfryzacji dokumentacji i zarządzania danymi. Niewątpliwie przyczyniłoby się to do rozwoju systemu e-recept, elektronicznego systemu dokumentacji oraz elektronicznych systemów zarządzania łózkami i sprzętem specjalistycznym w czasie rzeczywistym. Cyfryzacja dokumentacji medycznej i zarządzanie szpitalem z pozycji elektronicznej porządkuje działania, określa hierarchię potrzeb i transparentność stawianych diagnoz oraz podejmowanych działań kierunkowych w leczeniu szpitalnym. Wprowadzenie pełnej cyfryzacji w placówkach

³³² J. Godlewska, E. Sidorczyk-Pietraszko, *Analiza rozwiązań wprowadzanych w innych państwach europejskich w zakresie strategii, narzędzi prawnych i ekonomicznych pozwalających na przygotowanie gospodarki i społeczeństwa do zmian klimatu i przystosowanie do tych zmian*. Instytut Ochrony Środowiska, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2020.

medycznych wpływa na wzrost kontroli personelu medycznego nad systemem pracy w jednostkach ochrony zdrowia, poprawy ich satysfakcji z wykonywanego zawodu z racji redukcji trudnych warunków pracy, jak również przyczynia się do wzrostu zadowolenia opinii publicznej z dostępności i klarowności systemu opieki zdrowotnej³³³.

Jedną z najważniejszych adaptacji, jaką Polska powinna przyjąć w ślad za innymi krajami, jest wprowadzenie kompleksowych programów edukacyjnych³³⁴. Implementacja regularnych szkoleń i symulacji, jak na przykład w Japonii czy w Stanach Zjednoczonych, stanowi podstawę przygotowania zarówno personelu medycznego jak i kadry zarządzającej na wypadek wystąpienia potencjalnych sytuacji kryzysowych. Należałoby zwiększyć zdecydowanie częstotliwość szkoleń dla personelu medycznego i organizowania symulacji, określających różnorodne scenariusze kryzysowe. Cele oparte na podnoszeniu kwalifikacji personelu medycznego jak i osób zarządzających sytuacjami kryzysowymi z pozycji centralnej umożliwiają wzrost szans na wyjście z kryzysu oraz podnoszą zdecydowanie poczucie bezpieczeństwa w obszarze podejmowanych działań antykryzysowych. Potencjalne symulacje scenariuszy kryzysowych wpływają na zwiększenie poczucia kontroli i uporządkowania procedur oraz konkretnych strategii w trakcie trwania kryzysu. Co więcej szkolenia i symulacje pozwalają na ocenę podjętych działań i wprowadzenie niezbędnej ewaluacji oraz poprawy dotychczas realizowanych działań antykryzysowych. Działania na hipotetycznych scenariuszach i wydarzeniach niwelują poziom stresu i strat psychofizycznych u personelu, a jednocześnie umożliwiają dostarczenie niezbędnej wiedzy prowadzącej do poprawy skuteczności strategii zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia. Z punktu widzenia zarządzania kryzysowego i redukcji napięcia sytuacji kryzysowej, niezwykle istotnym jest wzrost świadomości społecznej. Polska mogłaby wprowadzić wszelkiego rodzaju procedury z zakresu psychoedukacji i psychoprofilaktyki, edukując społeczeństwo w zakresie postępowania z sytuacjami kryzysowymi, jak również tworzyć programy edukacyjne na temat zdrowia publicznego i profilaktyki. Wzrost świadomości społeczeństwa i wiedzy na temat zdrowia publicznego, dostępnych form pomocy i działań antykryzysowych powoduje w trakcie

³³³ P. Krawczyk, L. Piersiala, Zarządzanie e-biznesem w medycynie. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych/Szkoła Główna Handlowa* (56 Technologie informatyczne w administracji publicznej i służbie zdrowia), 317-327/2019.

³³⁴ K. Sienkiewicz-Małyjurek, Zarządzanie kryzysowe w ujęciu procesowym – istota, zadania, efekty. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 11 (12 Bezpieczeństwo i zarządzanie kryzysowe – uwarunkowania XXI wieku. Współczesne aspekty zarządzania bezpieczeństwem)/ 2010, s. 23-35.

pojawienia się rzeczywistego kryzysu zdecydowanie bardziej sprawną koordynację i skuteczne zarządzanie³³⁵.

Możliwość adaptacji w Polsce zachodzi również w odniesieniu do koordynacji międzynarodowej i wymiany doświadczeń. W ramach tej koordynacji należy uwzględnić współpracę z organizacjami międzynarodowymi oraz ewentualne wprowadzenie standardów NATO dotyczących ochrony zdrowia. Prowadzenie jawnej i regularnej współpracy z kluczowymi organizacjami międzynarodowymi w zakresie danych, procedur czy strategii, determinuje zwiększenie kompetencji i gotowości do reagowania na kryzysy. Współdzielenie dostępnej wiedzy i wypracowanie strategii pozwala na opracowanie wspólnych programów zwiększających skuteczność zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia nie tylko na tle krajowym, ale również międzynarodowym. W trakcie pojawiania się kryzysów, które obligatoryjnie wymagają podjęcia współpracy z innymi krajami, polski system zarządzania powinien uwzględnić i dostosować swoje działania do standardów NATO w zakresie ochrony zdrowia publicznego. Pewnego rodzaju dostosowanie i określenie sztywnych standardów ułatwiłoby koordynację działań w przypadku takich kryzysów³³⁶.

Polska posiada realne możliwości implementacji międzynarodowych strategii zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia. Należy jednak uwzględnić, oprócz dostępnych szans i możliwości, również potencjalne wyzwania, które stanowią pewnego rodzaju utrudnienia oraz ograniczenia skuteczności poszczególnych strategii. Analizując szanse i możliwości dla Polski, należy zwrócić uwagę, z czego już korzysta w swoich strategiach i systemach antykryzysowych oraz jakie działania już przedsięwzięła. W kontekście międzynarodowego wsparcia, Polska od lat korzysta z wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia i będąc członkiem Unii Europejskiej korzysta z europejskich procedur i ram zarządzania kryzysowego. Członkostwo w Unii Europejskiej oraz w NATO przyczynia się do poszerzenia możliwości w zakresie współpracy i korzystania ze standardów ochrony zdrowia publicznego. Współpraca ta najczęściej opiera się na wsparciu technicznym i logistycznym, tworzeniu sojuszków i wspólnym budowaniu systemów szybkiego reagowania na potencjalne sytuacje kryzysowe. W kontekście rozwoju telemedycyny, z roku na rok, Polska poszerza swoją infrastrukturę technologiczną poprzez na przykład wprowadzenie e - recepty bądź IKP, czyli Internetowego Konta Pacjenta. Również w trakcie trwania pandemii COVID-19 rozwinęła się

³³⁵ S. Zakrzewska, Kierunki doskonalenia systemu zarządzania kryzysowego w kontekście ochrony ludności i ratownictwa. *Doctrina. Studia społeczno-polityczne*, 18(18)/2021.

³³⁶ A. Białek, Zarządzanie kryzysowe w prawie polskim, [w:] R. Harabin, P. Ramiączek, G. Wilk-Jakubowski (red.) *Prawne, ekonomiczne i polityczne aspekty bezpieczeństwa w Europie*. Studia i Monografie Nr 84, Łódź -Warszawa 2/2018.

telemedycyna, wykorzystując konsultacje zdalne, redukując tym samym przeciążenia placówek medycznych i zwiększając dostępność do usług medycznych w regionach wiejskich. W ostatnich latach obywatele polski coraz częściej dysponują szerszym dostępem do edukacji i profilaktyki zdrowotnej, dzięki licznym kampaniom edukacyjnym i programom zdrowotnym, na przykład dotyczących szczepień.

Pomimo powszechnych możliwości korzystania z międzynarodowych strategii i zapoczątkowanych działań, które te adaptacje umożliwiają i przyspieszają, należy wyszczególnić i scharakteryzować wyzwania i ograniczenia, które wpływają na skuteczność strategii międzynarodowych i szans prowadzonych adaptacji. Pierwszym kluczowym ograniczeniem dla adaptacji międzynarodowych strategii są ograniczone zasoby finansowe. W porównaniu do krajów o wyższym poziomie finansowania służby zdrowia, Polska ma zdecydowanie ograniczone środki na wszelkiego rodzaju inwestycje w nowoczesne technologie, specjalistyczny sprzęt, drogie szkolenia i kursy bądź poprawę warunków pracy personelu medycznego. Aby móc wprowadzić międzynarodowe strategie bazujące na nowoczesnych technologiach i ciągłym, regularnym inwestowaniu w sektor zdrowia, konieczna będzie priorytetyzacja wydatków i skuteczne lokowanie dostępnych już zasobów. Władze Polski są zmuszone decydować o wyborze danej inwestycji, która w danym momencie będzie kluczowa dla sektora ochrony zdrowia. Chęć wdrażania nowoczesnych systemów zarządzania kryzysowego, opartych na systemach monitorowania, zaawansowanych rezerw strategicznych bądź innych systemów technologicznych wiąże się z przeznaczeniem na podjęcie tych działań licznych środków finansowych, które w danym momencie mogą konkurować z innymi potrzebami systemu opieki zdrowotnej, co choć może powodować wzrost funkcjonalności i skuteczności ochrony zdrowia w trakcie zarządzania kryzysem, to brak zapewnienia pozostałych potrzeb może przyczynić się do rozwoju pobocznego kryzysu o charakterze wewnętrznym³³⁷.

Należy uwzględnić również podział populacji i rozmieszczenie geograficzne ludności w Polsce pod kątem dostępu do ochrony zdrowia i jej zasobów. Można zauważyć, że w Polsce, w niektórych obszarach, występuje brak dostatecznego poziomu cyfryzacji³³⁸. Pomimo rozwoju gospodarki i wdrażania nowych technologii, postęp cyfryzacji jest nieosiągalny dla rejonów bardziej ubogich i oddalonych od większych aglomeracji. Regiony w Polsce, szczególnie wiejskie, posiadają ograniczony dostęp do technologii, a tym samym ograniczony poziom cyfrowej edukacji społeczeństwa. Stanowi to znaczącą barierę dla wdrażania

³³⁷ P. Łuniewska, Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Współczesna gospodarka*, 5(1)/2014.

³³⁸ M. Polakowski, S. Golinowska, M. Balicki, *Ochrona zdrowia w Polsce*. icra. 2019

zaawansowanych rozwiązań technologicznych w sektorze służby zdrowia. Co więcej, wprowadzenie na poziomie międzynarodowym, cyfryzacji i telemedycyny, wymagałoby od państwa polskiego reorganizacji polskich szpitali, uwzględniając ich modernizację oraz wymianę infrastruktury teleinformatycznej, która na ten moment jest przestarzała i ogranicza skuteczne zarządzanie kryzysowe³³⁹.

Wyzwania ograniczające możliwość adaptacji strategii międzynarodowych widoczne są również w kulturze organizacyjnej i strukturze zarządzania w Polsce. Ze względu na centralny system zarządzania w Polsce, adaptacja modeli opartych na decentralizacji może być znacząco utrudniona. Podjęcie takich działań wymagałoby od państwa restrukturyzacji w strukturach zarządzania opartych na reformach administracyjnych oraz niezbędnych szkoleniach dla kadry zarządzającej, co, analizując obecne funkcjonowanie państwa polskiego, wydaje się niemożliwe. Co więcej, zarządzanie kryzysowe w Polsce opiera się na modelu reaktywnym, uwzględniając podejmowanie działań antykryzysowych jedynie w chwili pojawienia się sytuacji nagłej i trudnej dla funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Konieczność adaptacji modeli proaktywnych wymagałoby wprowadzenia kultury organizacyjnej, uwzględniającej zdecydowanie większy nacisk na prewencję i permanetne doskonalenie procedur.

Potencjalne ograniczenia dla adaptacji międzynarodowych strategii można zauważyć również w indywidualnym podejściu społeczeństwa do niektórych rozwiązań. W Polsce występuje niska akceptacja społeczna dla nowych rozwiązań, które w znaczący sposób ingerują w życie obywateli. Implementacja nowoczesnych technologii, opartych na monitorowaniu poziomu zakażeń, a tym samym monitorowanie kontaktów z osobami zakażonymi, powoduje w społeczeństwie wzrost obaw dotyczących kwestii związanych z prywatnością i ochroną danych osobowych. Polska, w charakterystyce swojego społeczeństwa i obywateli, określana jest jako kraj o wysokim stopniu wrażliwości społecznej, dlatego też w procesie wprowadzania nowych technologii będzie musiała szczególnie uwzględnić sposób wprowadzania nowych strategii, tak, aby był on jak najbardziej transparentny dla społeczeństwa i miał charakter edukacyjny, niwelując tym samym ryzyko niedopowiedzeń i możliwych nadinterpretacji powodujących zaburzenie odbioru wśród obywateli. Dodatkowo na przestrzeni lat obserwuje się w Polsce niską akceptację obywateli wobec wybranych interwencji zdrowotnych, na

³³⁹ W. Zgliczynski, J. Pinkas, D. Cianciara, M. Sitarek, T. Berdyga, J. Nowicka-Wasilewska, J. Kawwa, Telemedycyna w Polsce-bariery rozwoju w opinii lekarzy. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(4)/2013.

przykład szczepień, co znacząco wpływa na ograniczenie skuteczności zarządzania kryzysowego w państwie³⁴⁰.

Zestawienie szans i ograniczeń dla Polski wobec możliwości adaptacji międzynarodowych strategii zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia zostało przedstawione w tabeli 18.

Tabela 18. Zestawienie szans i ograniczeń związanych z adaptacją międzynarodowych strategii zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia

KRYTERIUM	SZANSE	OGRANICZENIA
Wsparcie międzynarodowe i współpraca	możliwość korzystania z wytycznych WHO, EU oraz wsparcia NATO	potrzeba koordynacji i odpowiednich reform administracyjnych
Rozwój telemedycyny i cyfryzacja	postępy w cyfryzacji, wdrożenie e-recept i telemedycyny	nierówny dostęp do infrastruktury cyfrowej w niektórych regionach
Regionalne struktury zarządzania	dobrze rozwinięte regionalne centra zdrowia mogą wspierać lokalne zarządzanie kryzysowe	potrzeba decentralizacji i dodatkowych zasobów na poziomie lokalnym
Edukacja społeczna	zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat zdrowia i sytuacji kryzysowych	niska gotowość społeczeństwa do przyjmowania niektórych rozwiązań, na przykład aplikacji do śledzenia kontaktów
Zasoby finansowe	możliwość pozyskania funduszy z UE i innych źródeł	ograniczone środki finansowe w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej
Poziom cyfryzacji w regionach	coraz większa dostępność narzędzi cyfrowych w systemie ochrony zdrowia	braki infrastrukturalne w regionach wiejskich
Kultura organizacyjna	możliwość implementacji bardziej proaktywnego zarządzania kryzysowego	reaktywne podejście w zarządzaniu, brak wystarczającej elastyczności
Akceptacja społeczna	wzrost akceptacji dla nowych rozwiązań technologicznych	opór wobec technologii śledzących i interwencji zdrowotnych, na przykład szczepień

Źródło: opracowanie własne.

Polska posiada realne możliwości adaptacji międzynarodowych strategii zarządzania kryzysowego. Adaptacja tych strategii przyczyniłaby się znacząco do wzmocnienia polskiego systemu ochrony zdrowia i skuteczności postępowania z pojawiającymi się kryzysami. Co więcej, oprócz skutecznego postępowania w sytuacjach kryzysów zewnętrznych, takich jak pandemia, poszerzenie infrastruktury i kompleksowa modernizacja systemu ochrony zdrowia

³⁴⁰ A. Kozierkiewicz, W. Misiński, A. Sośnierz, T. Teluk, (2006). Raport o ochronie zdrowia w Polsce. *Co zrobić, aby nowoczesna medycyna była dostępna dla pacjentów*. Instytut Globalizacji, 2006.

w Polsce wpłynie pozytywnie na możliwość eliminacji kryzysu o charakterze wewnętrznym, podnosząc jakość warunków pracy, a tym samym satysfakcję z wykonywanego przez personel medyczny zawodu. Kluczowym jest jednak dostosowanie międzynarodowych wzorców do lokalnych potrzeb oraz odpowiedniego planowania i inwestycji w zasoby.

W niniejszym podrozdziale autorka dysertacji scharakteryzowała możliwości adaptacji międzynarodowych strategii zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia, określając, które strategie mają największe szanse na implementację oraz które w znaczący sposób przyczyniają się do wzrostu skuteczności zarządzania kryzysowego w Polsce. Uwzględniła również wady polskiego systemu i potencjalne ograniczenia, które warunkują sukces procesu adaptacji międzynarodowych oddziaływań antykryzysowych. Na podstawie oszacowania i analizy możliwości oraz ograniczeń wdrażania strategii międzynarodowych na arenę polską należy przedstawić dostępne rekomendacje i zalecenia w kategorii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze ochrony zdrowia.

6.4. Rekomendacje dotyczące strategii zarządzania kryzysowego w Polsce

Analizując powyżej omawianą w rozprawie doktorskiej tematykę, dotyczącą zarządzania kryzysowego w Polsce, w rozumieniu ogólnym, jak również odnosząc się do specyfiki sektora ochrony zdrowia, koniecznym staje się odniesienie wobec powszechnie obecnych rekomendacji dotyczących strategii zarządzania kryzysowego w Polsce. Niezależnie od sytuacji kryzysowej, która ma miejsce w kraju bądź charakterystyki specyficznego sektora, określone rekomendacje dla strategii zarządzania kryzysowego w Polsce opierają się w głównej mierze na kwestiach zapewnienia skuteczności i elastyczności w przygotowaniu na różne zagrożenia i potencjalne kryzysy, jak klęski żywiołowe, cyberataki, pandemie czy inne zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego. Wszelkiego rodzaju proponowane rekomendacje dostępne w literaturze naukowej, badaniach naukowych czy danych pochodzących z obszaru wiedzy specjalistycznej, dostarczają kluczowych informacji, których celem jest wzrost gotowości zarówno państwa, jak i pobocznych oraz indywidualnych instytucji i organizacji do reakcji oraz koordynacji działań na różnych poziomach zarządzania względem danego kryzysu. Aby mówić o skutecznym zarządzaniu kryzysowym należy zwrócić szczególną uwagę na proponowane rekomendacje zarówno w ogólnym kontekście zarządzania kryzysowego w Polsce, jak i wyszczególnionych rekomendacji odnoszących się do specyfiki działania danego sektora, w tym sektora służby zdrowia.

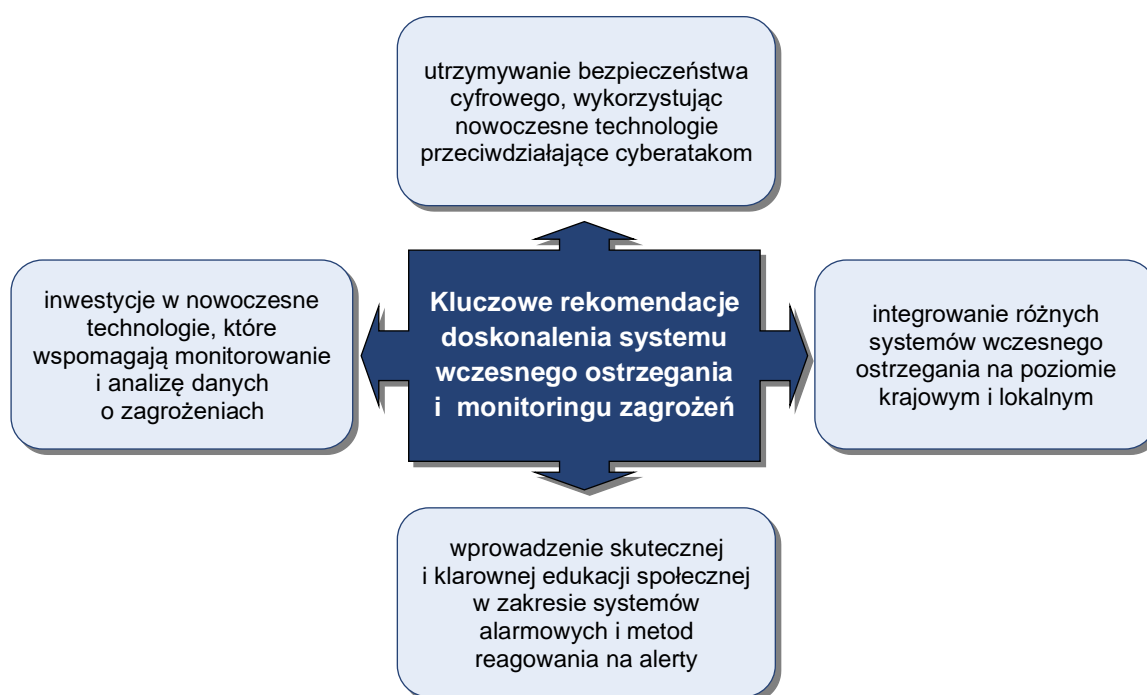
W pierwszej kolejności warto skoncentrować się na kluczowych aspektach rekomendowanych strategii zarządzania kryzysowego w kontekście ogólnym, dotyczącym różnego rodzaju zagrożeń w kraju. Wśród ogólnie dostępnych rekomendacji, jedną z najważniejszych jest rekomendowana strategia wzmocnienia systemów wczesnego ostrzegania i monitoringu zagrożeń³⁴¹. Analizując funkcjonowanie poszczególnych krajów oraz poszczególnych szczebli i etapów zarządzania kryzysem i ochroną bezpieczeństwa publicznego, systemy wczesnego ostrzegania i monitoringu stanowią fundament skutecznego zarządzania. Każdy kraj, w tym Polska, powinien podjąć działania zwiększające możliwość monitorowania zagrożeń o wyspecjalizowanym przebiegu, zarówno meteorologicznym, hydrologicznym, technologicznym, militarnym czy epidemiologicznym, co przekłada się na wzmocnienie systemu ostrzegania konkretnych służb i organizacji, jak i społeczeństwa w czasie rzeczywistym. Na podstawie istoty doskonalenia systemu wczesnego ostrzegania i monitoringu zagrożeń należy wyszczególnić kilka kluczowych rekomendacji dotyczących tego obszaru, które przyczynią się do skutecznego monitorowania i ostrzegania. Wśród nich wskazać należy na (rysunek 32)³⁴²:

- inwestycje w nowoczesne technologie, które wspomagają monitorowanie i analizę danych o zagrożeniach. Nowoczesne i zaawansowane technologie informatyczne w strukturach władzy państwa, dotyczące zarządzania kryzysowego w Polsce, umożliwiają jak bardziej skuteczne monitorowanie zmian różnego rodzaju w kontekście zagrożenia oraz stwarzają możliwość zaawansowanego porównywania i analizy zgromadzonych danych, prowadzących do tworzenia szczegółowych i wysoce prawdopodobnych modeli scenariuszy planu zarządzania kryzysowego. Tym samym korzystanie z nowoczesnych technologii w każdym sektorze oraz implementacja zintegrowanych systemów zarządzania kryzysowego prowadzi do tworzenia skutecznych strategii zarządzania kryzysem i zwiększa szanse danego kraju na szybkie i sprawne postępowania z zagrożeniem, jak również analizę sytuacji w czasie rzeczywistym i szybkie podejmowanie decyzji;
- utrzymywanie bezpieczeństwa cyfrowego, wykorzystując nowoczesne technologie przeciwdziałające cyberatakam, które mogłyby wpływać na zakłócenia systemu zarządzania kryzysowego;
- integrowanie różnych systemów wczesnego ostrzegania na poziomie krajowym i lokalnym, aby zwiększyć skuteczność przepływu kluczowych informacji. Sprawność

³⁴¹ A. Frąckiewicz-Wronka, M. Wronka, *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.

³⁴² *Kontrola systemu zarządzania kryzysowego w Polsce: Wnioski i rekomendacje*. Najwyższa Izba Kontroli 2021.

informowania o zagrożeniu, w tym ostrzegania społeczeństwa, jest kluczowe dla skuteczności zarządzania kryzysem. Dlatego też niezbędna jest integracja działań zarówno na szczeblu krajowym jak i lokalnym, aby informacje dotyczące planów postępowania z kryzysem oraz praktyk i oddziaływań związanych z unikaniem zagrożenia mogły być przekazywane przy wysokiej koordynacji i współpracy wszystkich zaangażowanych jednostek. W kontekście rozwoju narzędzi cyfrowych i systemów informacji kryzysowej rekomendowany jest rozwój aplikacji mobilnych, które umożliwiają informowanie obywateli o zagrożeniach i zaleceniach;



Rysunek 32. Kluczowe rekomendacje doskonalenia systemu wczesnego ostrzegania i monitoringu zagrożeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Kontrola systemu zarządzania kryzysowego w Polsce: Wnioski i rekomendacje*. Najwyższa Izba Kontroli 2021.

- wprowadzenie skutecznej i klarownej edukacji społecznej w zakresie systemów alarmowych i metod reagowania na alerty. Według rekomendacji, niezwykle istotna jest właściwa edukacja społeczeństwa wyjaśniająca, jak odczytywać i reagować na pojawiające się alerty wczesnego ostrzegania przed zagrożeniem. Społeczeństwo powinno być przygotowane do pełnej mobilizacji i przestrzegania pojawiających się alertów. Odpowiednia edukacja przyczynia się do skuteczności kompleksowego modelu postępowania w sytuacji kryzysu. Stanowić to powinno podstawę wprowadzania kampanii

edukacyjnych, uświadamiających obywatelom postępowanie w sytuacjach nagłych. W kwestii rozwoju zdolności edukacyjnych i zwiększenia świadomości społecznej konieczna jest edukacja w zakresie zasad zarządzania kryzysowego w szkołach oraz organizowanie warsztatów dla dorosłych. W dzisiejszych czasach, dla potrzeb edukacji, wartościowym okazuje się wykorzystywanie mediów i platform społecznościowych do przekazywania instrukcji postępowania na wypadek zagrożenia, jak również dystrybucja świadomości w społeczeństwie, dotycząca odpowiedniego odczytywania alertów i indywidualnych reakcji.

Kolejnym obszarem, w którym zauważa się liczne rekomendacje dotyczące doskonalenia zarządzania kryzysowego, jest obszar usprawniania struktur i procesów zarządzania kryzysowego. W trakcie trwania sytuacji kryzysowej mobilizowanych jest wiele organizacji i jednostek, od których wymaga się szybkiej i skoordynowanej reakcji. Aby mówić o skutecznie przeprowadzonych procesach zarządzania kryzysowego w odpowiedzi na konkretne zagrożenie, niezbędne jest posiadanie jasno określonych procedur działania i sprecyzowanych konkretnych struktur zarządzania. W Polsce powinno dążyć się do jak największego uproszczenia, klaryfikacji i harmonizacji struktur zarządzania kryzysowego przy jednoczesnym określeniu jednoznacznych ról i odpowiedzialności. Stąd też wyszczególnione zostały istotne rekomendacje³⁴³:

- aktualizacja i standaryzacja procedur reagowania kryzysowego wobec poszczególnych typów zagrożeń. Na podstawie dynamicznie zmieniającego się otoczenia i wszelkich zachodzących w nim zmian, w kontekście technologii, społeczeństwa, środowiska czy struktur militarnych, każde zagrożenie powinno być rozpatrywane w odniesieniu do aktualnych danych i aktualnie funkcjonującego społeczeństwa. Procedury reagowania kryzysowego określone kilkanaście lub kilkadziesiąt lat temu mogą być nieaktualne w stosunku do obecnie potencjalnych zagrożeń. Stąd też, aby mówić o skutecznym zarządzaniu kryzysowym i zapewnieniu bezpieczeństwa publicznego, należy regularnie aktualizować i standaryzować procedury reagowania na kryzys w odpowiedzi na różnego rodzaju zagrożenia;
- przeprowadzanie regularnych szkoleń i symulacji sytuacji kryzysowych, które określają i weryfikują skuteczność procedur i gotowość poszczególnych służb. Zmieniająca się rzeczywistość i dynamika rozwijającego się świata gospodarczego wymaga od władz

³⁴³ S. Koziej, Główne ustalenia i rekomendacje Strategicznego Przeglądu Bezpieczeństwa Narodowego 2012. *Bezpieczeństwo Narodowe*, 2012, s. 23-24; R. Zięba, J. Zając, Budowa zintegrowanego systemu bezpieczeństwa narodowego Polski. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010.

Polski aktualizacji dostępnych procedur względem zagrożeń, a tym samym odpowiedniego przygotowania poszczególnych służb i jednostek, tak, aby były one wyspecjalizowane w nowym planie zarządzania kryzysowego oraz żeby posiadały wystarczające umiejętności w obszarze zarządzania antykryzysowego. Regularna aktualizacja procedur oraz regularna kontrola skuteczności tych procedur wymaga działań przygotowawczych, w tym symulacji i szkoleń;

- wytypowanie lidera i właściwych punktów decyzyjnych na każdym poziomie zarządzania oraz określenie procedur podejmowania decyzji w sytuacjach kryzysowych. Aby uniknąć sytuacji rozproszenia i zjawiska braku wystarczającej wiedzy w trakcie trwania kryzysu i sytuacji tak zwanego potencjalnego chaosu, należy wytypować osoby odpowiedzialne za koordynację decyzji na każdym poziomie zarządzania oraz w sposób jasny i klarowny wyszczególnić uniwersalne procedury podejmowania wszelkich decyzji w trakcie trwania kryzysu. Takie postępowanie przyczynia się do zwiększenia sprawności realizacji kompleksowego planu zarządzania kryzysem, co wpływa na jego skuteczny efekt końcowy.

Kolejnym, niezwykle istotnym, obszarem w zarządzaniu kryzysowym jest wzmocnienie koordynacji międzysektorowej i współpracy międzynarodowej.³⁴⁴ Skuteczne zarządzanie kryzysowe opiera się na skoordynowanych działaniach różnych służb i instytucji, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Odpowiednio prowadzona polityka międzysektorowa i współpraca międzynarodowa przyczynia się do przepływu i wymiany skutecznych strategii antykryzysowych, wspólnej analizy danych oraz wymiany zasobów, które determinują stopień postępowania z kryzysem. Aby mówić i oceniać skuteczność postępowania z kryzysem zaleca się realizację poniższych rekomendacji³⁴⁵:

- wprowadzenie niezbędnych komunikatorów oraz platform komunikacyjnych ułatwiających przepływ informacji, zarówno między sektorami, jak i między poszczególnymi krajami. Wzmocnienie państwa o dostępne i możliwe sposoby komunikowania się, zarówno w przestrzeni krajowej i lokalnej, jak również na arenie międzynarodowej, ułatwia sprawne reagowanie na pojawiający się kryzys i skuteczne podejmowanie odpowiednich działań i procedur;

³⁴⁴ M. Lasoń, Zaangażowanie Polski w operacje zarządzania kryzysowego NATO. Stan obecny i perspektywy. *Krakowskie Studia Międzynarodowe*, 10(4)/2013, s. 107-123.

³⁴⁵ A. Klimczuk, Pandemia COVID-19 z perspektywy teorii ryzyka. [w:] A. Bartoszewicz, K. Księżopolski, A. Zybala (red.), Polska, Unia Europejska, Świat, w pandemii COVID-19 – wybrane zagadnienia; *Wnioski dla kształtowania i prowadzenia polityki publicznej*. Elipsa, Warszawa 2021; T. Iwanek, *Europejska Polityka Bezpieczeństwa i Obrony w polityce zagranicznej Polski i jej sąsiadów – analiza i rekomendacje*, 2011.

- podkreślanie istoty współpracy między służbami publicznymi a podmiotami prywatnymi. Dla skutecznego zarządzania kryzysem w państwie istotna jest ścisła współpraca pomiędzy służbami, takimi jak policja, straż pożarna czy wojsko a wszelkimi rodzajami organizacji oraz przedsiębiorstw infrastruktury krytycznej. Współpraca i wspólna koordynacja przyczyniają się do wspólnego podejmowania decyzji i prowadzenia jednolitej koordynacji w całym kraju. Efektywna współpraca ogranicza ryzyko niejednorodnych procedur antykryzysowych oraz potencjalnych niepowodzeń w planie zarządzania kryzysowego;
- uczestnictwo w międzynarodowych ćwiczeniach o charakterze kryzysu. Aktywny i regularny udział w symulacjach i szkoleniach pozwala na możliwość wymiany doświadczeń i najlepszych strategii oraz praktyk z poszczególnymi krajami. Z punktu widzenia skutecznego zarządzania kryzysowego wzmaga to współpracę na arenie międzynarodowej oraz pozwala na aktualizację i modyfikację planów zarządzania kryzysowego, w aspekcie ich optymalizacji i dostosowania do obowiązujących norm.

Niezwykle istotne rekomendacje znajdują swoje odzwierciedlenie również w kwestii zwiększania zasobów na rzecz gotowości i reagowania kryzysowego³⁴⁶. Niezależnie od rodzaju zagrożenia i kryzysu, skuteczność postępowania z kryzysem determinują dostępne zasoby, zarówno ludzkie, jak i materialne. Polska powinna uczestniczyć w szerokim rozwijaniu rezerw kryzysowych i jak najwięcej inwestować w sprzęt oraz infrastrukturę, która stanowi główny człon stabilizacyjny podczas sytuacji kryzysowej, umożliwiając szybką mobilizację w sytuacjach nagłych. Odpowiednia organizacja i zarządzanie zasobami ludzkimi oraz materialnymi, uposażona państwo w zdecydowanie większe możliwości podejmowania działań antykryzysowych w dobie nagłych i nieprzewidywalnych sytuacji. Oprócz odpowiednio przygotowanych procedur i planów zarządzania kryzysowego niezbędnym staje się posiadanie odpowiednich narzędzi i instrumentów pozwalających na eliminację sytuacji kryzysowych. Stąd też należy zwrócić szczególną uwagę na, poniżej przytoczone, specyficzne rekomendacje³⁴⁷:

- regularne inwestowanie w nowoczesny sprzęt dla służb ratunkowych, który warunkuje szybkość działania tych służb;
- przygotowywanie specjalistycznych zespołów reagowania kryzysowego, szybko mobilizujących się w trakcie pojawienia się sytuacji nagłej i nieprzewidywalnej;

³⁴⁶ M. Bienkowski, *Funkcjonowanie systemu ochrony ludności w Polsce – skuteczne działania w sytuacji kryzysowej. Kontrola Państwowa*, 64(5(388))/2019, 52-70.

³⁴⁷ S. Smoleński, *Plany zarządzania kryzysowego wobec współczesnych zagrożeń*. SGSP, 2023.

- regularne monitorowanie i utrzymywanie zapasów krytycznych materiałów, kluczowych dla długotrwałych sytuacji kryzysowych.

Oprócz ogólnych rekomendacji dla zarządzania kryzysowego należy, w kontekście podejmowanego tematu dysertacji doktorskiej, wyszczególnić kluczowe rekomendacje specyficzne dla sektora ochrony zdrowia. Ochrona zdrowia w Polsce oraz wszelkie instytucje medyczne i placówki ochrony zdrowia w ostatnich latach funkcjonowały w sytuacji konsekwencji popandemicznych. Miniona pandemia COVID-19 przyczyniła się do uwypuklenia różnych nieszczelności i niejasności w procedurach oraz uwidoczniła braki i deficyty funkcjonowania polskiej służby ochrony zdrowia³⁴⁸. Zgromadzone, na bazie sytuacji epidemiologicznej, doświadczenia, pozwoliły na określenie odpowiednich rekomendacji w odniesieniu do działań zdrowia publicznego, jak również funkcjonowania całej struktury kraju. Rekomendacje te w głównej mierze koncentrują się na kilku kluczowych obszarach, wśród których wskazać należy na wzmocnienie zasobów, poprawę infrastruktury, skuteczniejszą organizację i koordynację działań, wdrażanie nowoczesnych technologii oraz zwiększanie elastyczności i decentralizacji procesów zarządzania. Do najważniejszych rekomendacji zalicza się:

- działania zgodne z zasadami zrównoważonego rozwoju, uwzględniając tym samym wyzwania dotyczące przyszłości, jak i proporcji w wymiarze strukturalnym;
- dialog na poziomie globalnym oraz wdrażanie najważniejszych ustaleń w sprawach ludzkości i poszczególnych narodów;
- implementację międzynarodowych ustaleń na poziom narodowy, uwzględniając dobro przyrody i zdrowia społeczeństwa. Współpraca z organizacjami międzynarodowymi, takimi jak WHO czy Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób³⁴⁹;
- prowadzenie prac analityczno-prognostycznych przez niezależne instytucje, dbając tym samym o rozbudowę infrastruktury oraz monitorowanie i ocenę działań antykryzysowych, w tym możliwe podejmowanie adekwatnych korekt w zakresie tych czynności;
- prowadzenie badań naukowych ukierunkowanych na monitorowanie najważniejszych schorzeń i problemów współczesności pod kątem zdrowia, co umożliwi ukierunkowanie działań zarządzania kryzysem na tematy ważne dla ludzkości i wyszczególnienie potrzeb

³⁴⁸ J. Scheres, I. Curfs, Dutch public health policy during the COVID-19 pandemic of the first half of 2020. Answers from Dutch authors on public health activities during the COVID-19 pandemic. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia*, 2020.

³⁴⁹ S. Golinowska, M. Zabdyr-Jamroz, Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1)/2020, s. 8-9.

danego społeczeństwa. Określenie problemów zdrowotnych społeczeństwa i jego potrzeb umożliwi odpowiedni poziom wsparcia ze środków publicznych, bezpośrednio celując w problem danego regionu czy narodu³⁵⁰;

- utrzymywanie ochrony zdrowia w systemie publicznym, który jest odpowiednio zabezpieczony w zasoby materialne, jak i zasoby ludzkie. Niezbędne jest respektowanie rozwoju zasobów kadrowych, utrzymywanie rezerw i solidarne finansowanie, w tym wzrost liczby personelu medycznego, szczególnie w regionach mniej rozwiniętych. Analizując sytuację Polski, ma ona jedną z najniższych liczb lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców Unii Europejskiej, co jest znaczącym ograniczeniem w czasie kryzysu;
- z punktu widzenia sytuacji epidemiologicznej i zabezpieczenia poszczególnych miast i regionów pod kątem zagrożeń zdrowotnych, rekomendowane jest organizowanie życia publicznego w warunkach bezpiecznych i sprzyjających korzystnym zachowaniom zdrowotnym i społecznym, uwzględniając bezpieczne środowisko w przestrzeni miejskiej, bezpieczne miejsca pracy oraz bezpieczny transport publiczny³⁵¹;
- poprawa warunków pracy dla personelu medycznego, w tym wyższych wynagrodzeń i systemów motywacyjnych, aby zapobiegać migracji pracowników do innych krajów;
- wprowadzenie modernizacji infrastruktury szpitalnej. Rozwój i modernizacja istniejących już szpitali i placówek medycznych umożliwi rozwiązanie sytuacji ograniczonych zasobów oraz braku nowoczesnego sprzętu medycznego, ograniczających świadczenie profesjonalnych usług medycznych, co w sytuacji kryzysu jest kluczowe w ochronie zdrowia. W przypadku kryzysu tworzenie szpitali tymczasowych stanowi szybkie rozwiązanie, redukujące przeciążenia, a organizacja tego typu placówek powinna być zdecydowanie bardziej precyzyjna, aby zapewnić ich kompleksową funkcjonalność;
- dostęp do środków ochrony osobistej i leków. Należy w szczególności zadbać o system zasobów rezerwowych na poziomie centralnym i regionalnym, gwarantując tym samym odpowiednią ilość środków ochrony osobistej oraz medykamentów na wypadek kryzysów, w możliwie jak największej liczbie dostępnych regionów;
- wprowadzenie bardziej elastycznego i zdecentralizowanego systemu zarządzania, dostosowanego do lokalnych warunków i potrzeb;

³⁵⁰ K. Maj, K. Skarzyńska, Społeczeństwo wobec epidemii. Raport z badań. Forum Idei, Fundacja Batorego, Warszawa 2020

³⁵¹ B. Rogulska, *Rząd wobec epidemii-oceny w drugiej połowie czerwca. Komunikat z badań*. CBOS. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, 2020(79).

- poprawa komunikacji między kluczowymi instytucjami oraz sprawna koordynacja między Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia a lokalnymi władzami i instytucjami medycznymi³⁵²;
- wdrażanie nowoczesnych technologii oraz rozbudowa systemów e-zdrowia i telemedycyny. Zwiększenie dostępu do usług telemedycznych, szczególnie w obszarach wiejskich, gdzie dostęp do lekarzy specjalistów jest znacznie ograniczony;
- inwestowanie w technologie monitorowania zdrowia publicznego. Prowadzenie badań oraz implementacja wszelkich systemów pozwalających na określanie stanu zdrowia populacji i szybkiego reagowania na możliwe potencjalne zagrożenia zdrowotne dla całego narodu³⁵³;
- prowadzenie szkoleń personelu w zakresie epidemiologii oraz zarządzania podczas trwania pandemii, w celu skutecznego reagowania na występowania ognisk chorobowych;
- poprawa edukacji i komunikacji społecznej poprzez wdrażanie kampanii edukacyjnych dotyczących profilaktyki zdrowotnej szczepień, higieny oraz sposobów postępowania w sytuacjach kryzysowych, poprzez prowadzenie przejrzystej komunikacji kryzysowej. Społeczeństwo powinno być informowane w sposób spójny i transparentny, oraz precyzyjny na temat sytuacji kryzysowej i kwestii zdrowotnych, tak, aby uniknąć dezinformacji i paniki;
- wdrożenie współpracy z mediami w celu skutecznego przekazywania informacji o działaniach służby zdrowia oraz zaleceniach dotyczących ochrony zdrowia³⁵⁴.

Wszelkie rekomendacje dotyczące zarządzania kryzysowego w kwestii ogólnej jak i w kontekście sektora służby zdrowia mają na celu zwiększenie odporności systemu narodowego i systemu ochrony zdrowia na wszelkiego rodzaju kryzysy i sytuacje nagłe oraz nieprzewidywalne. Dostępne w literaturze naukowej i specjalistycznej rekomendacje wnoszą kluczowe informacje dla poprawy jakości zarządzania i organizacji działań w kontekście skutecznego zarządzania jak i wykorzystania nowoczesnych technologii i dostępnych zasobów.

W niniejszym podrozdziale autorka dysertacji przedstawiła kluczowe rekomendacje dotyczące skutecznego zarządzania kryzysowego w Polsce w kontekście ogólnym, w trakcie

³⁵² W. Wróblewska, B. Wojtyniak, *Teoria przejścia epidemiologicznego i aktualna sytuacja zdrowotna w Polsce*. Spotkanie plenarne Komitetu Nauk Demograficznych PAN, Polska Akademia Nauk, Warszawa 2020.

³⁵³ Digital solutions for COVID-19 response. European Commission. Digital Health Europe 2020.

³⁵⁴ S. Golinowska, M. Zabdyr-Jamroz, Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1)/2020, s. 8-9.

sytuacji kryzysowej, jak i odnosząc się do specyficznych rekomendacji poświęconych ochronie zdrowia w Polsce. Tym samym potwierdza, że odpowiednie rekomendacje mogą znacząco poprawić skuteczność strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia i są one kluczowe do rozwoju ogólnego poszczególnych placówek, i jak i całego systemu.

6.5. Propozycje usprawnień w polskim sektorze ochrony zdrowia

W dostępnej literaturze i badaniach naukowych skuteczne zarządzanie kryzysowe opiera się na wdrażaniu najlepszych praktyk i skutecznych strategii, które umożliwiają postępowanie z sytuacją kryzysową, która ma charakter nagły i nieprzewidywalny. Wszelkie rekomendacje oraz charakterystyki strategii bazują na potencjalnych możliwościach i czynnościach zaradczych, koncentrujących się wokół sytuacji kryzysu w czasie rzeczywistym. Zarządzanie kryzysowe może zostać określone jako skuteczne w sytuacji, gdy wszelkie struktury oraz podejmowane plany okażą się skuteczne i doprowadzą do szybkiej eliminacji kryzysu, najczęściej rozumianego jako klęski naturalne, sytuacje epidemiologiczne, katastrofy gospodarcze czy sytuacje militarne. Analizując dostępną literaturę naukową można zauważyć pewną powierzchowność obszaru tematycznego, gdzie zarządzanie kryzysem jest traktowane jedynie jako odpowiedź na wystąpienie dużego kryzysu w postaci sytuacji nieprzewidywanych i bez kontroli możliwości podejmowania działań. Według zdefiniowanej luki badawczej, zarządzanie kryzysowe w różnych organizacjach i strukturach powinno być rozpatrywane wielopłaszczyznowo, zaczynając od charakterystyki i diagnozy sytuacji wewnątrz danego systemu i organizacji, określając tym samym, czy nie występuje kryzys o charakterze wewnętrznym, który znacząco wpływa na skuteczność i możliwość postępowania z potencjalną sytuacją kryzysową, która jest nieprzewidywalna i nagła. Stąd też, tworząc rekomendacje, powinno uwzględniać się nie tylko strategie i działania koncentrujące się wokół postępowania z sytuacją kryzysową, która wystąpiła na skutek klęsk naturalnych czy epidemii, ale również powinno się uwzględniać czynniki wewnętrzne danej organizacji i wszelkie usprawnienia oraz rekomendacje dotyczące zasobów ludzkich i czynności doskonalących daną infrastrukturę i warunki funkcjonowania, tak aby dana organizacja czy jednostka mogła być w pełni przygotowana, wraz z dostępnymi zasobami, do podejmowania adekwatnych działań w trakcie pojawienia się nagłego, dużego kryzysu o charakterze zewnętrznym.

Odnosząc się do sektora służby zdrowia oraz do skutecznego zarządzania w tym obszarze należy w pierwszej kolejności zwrócić uwagę na trwający od wielu lat kryzys

wewnętrzny w polskich szpitalach i placówkach medycznych. Na podstawie analizy literatury specjalistycznej, analizy literatury dotyczącej skutecznego zarządzania kryzysem oraz przeprowadzonych badań własnych, potwierdza się zasadność, w skutecznym zarządzaniu kryzysowym, podejmowania stosownych oddziaływań redukujących czynniki nieprawidłowego funkcjonowania wewnętrznego danej organizacji, które negatywnie przekładają się na skuteczność postępowania z kryzysem. Zabezpieczenie polskiego systemu ochrony zdrowia pod kątem wewnętrznych warunków pracy oraz wewnętrznych czynników usprawniających ogólne funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia oraz redukujących negatywne czynniki, takie jak wypalenie zawodowe, przyczynia się do wzrostu szans i możliwości eliminacji kryzysu, a tym samym wzrostu skuteczności zarządzania kryzysowego. Stąd też, na podstawie analizy trwającego kryzysu o charakterze wewnętrznym w polskich placówkach medycznych i sektorze ochrony zdrowia, należy jasno sprecyzować rekomendacje i niezbędne usprawnienia w tym obszarze, które przygotowują personel medyczny oraz wszystkie kluczowe struktury systemu ochrony zdrowia do osiągnięcia wysokiego poziomu zaradczości w momencie pojawienia się kryzysu.

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych³⁵⁵ propozycje usprawnień w polskim systemie ochrony zdrowia można rozgranicyć według trzech głównych obszarów. Dotyczą one przede wszystkim zrównoważonego podejścia do zasobów ludzkich, integracji nowoczesnych technologii informacyjnych oraz elastycznych procesów decyzyjnych. Jak pokazują badania, zapewnienie odpowiedniego poziomu zarządzania we wszystkich tych obszarach pozytywnie koreluje i wpływa na zmienne o charakterze psychologicznym, wśród lekarzy i pielęgniarek, które bezpośrednio warunkują skuteczne strategie zarządzania kryzysowego.

Koncentrując się na obszarze zrównoważonego podejścia do zasobów ludzkich należy uwzględnić kilka istotnych kwestii, a w tym kluczowych usprawnień dla sektora ochrony zdrowia. Podejście do zasobów ludzkich jest kluczowym elementem skutecznego postępowania z kryzysem zarówno wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Grupa zawodowa lekarzy i pielęgniarek oraz pozostałego personelu medycznego stanowi grupę, która w swojej pracy i w życiu prywatnym jest narażona na przeżywanie ciągłego i chronicznego kryzysu. W sektorze ochrony zdrowia, pracownicy i struktury decyzyjne, doświadczają kryzysu w trakcie wystąpienia nagłej i nieprzewidywalnej sytuacji kryzysowej, która zmusza do

³⁵⁵ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań w latach 2021-2023, skierowanych do 787 pracowników służby zdrowia w Polsce. Wyniki zostały szczegółowo przedstawione w rozdziale 6.

podejmowania wszelkich strategii i planów postępowania antykryzysowego w trybie nagłym. Natomiast ostatnie ogniwo, jakie stanowią lekarze i pielęgniarki, w trybie codziennym musi funkcjonować w niekorzystnych warunkach, ratując życie i zdrowie pacjentów.

Rozpatrując zarządzanie kryzysowe jako dbałość o bezpieczeństwo obywateli, codzienna walka o zdrowie i leczenie powoduje, że grupa zawodowa personelu medycznego mierzy się na co dzień z chronicznie pojawiającym się stresem i działaniem pod presją w kontekście podejmowania trudnych i niezwykle ważnych decyzji, dotyczących zdrowia i życia pacjenta. Często podczas codziennego wykonywania obowiązków, zdarza się, że medycy muszą mierzyć się zarówno z trudnymi przypadkami, działaniem pod presją czasu, działaniem pod presją rodziny i samego pacjenta, często wyrażającego niezadowolenie i nieprzychylnie komentarze, a nawet mierzą się z sytuacją, w której dochodzi do zgonu pacjenta.

Wszelkie te czynniki powodują nadmierne przeciążenie psychofizyczne u lekarzy i pielęgniarek, co, w trakcie pojawienia się sytuacji kryzysowej o charakterze globalnym, potęguje to zjawisko i wpływa na skuteczność stosowanych strategii. Brak zrozumienia ze strony wyższych organów zarządzających oraz brak dostosowania środowiska i infrastruktury, prowadzą do pogłębienia opisywanego zjawiska kryzysu o charakterze wewnętrznym. Podejmując kwestię rekomendacji dla polskiego sektora ochrony zdrowia, w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę właśnie na zrównoważone podejście do zasobów ludzkich. Ze względu na charakter pracy grupy zawodowej medyków, w polskich szpitalach i placówkach medycznych, powinny zostać opracowane strategie zarządzania stresem i zjawiskiem wypalenia zawodowego. Świadome podejście do mechanizmów wypalenia zawodowego oraz jego konsekwencji umożliwi rozpoczęcie pracy, zarówno nad sobą, jak i uzyskanie odpowiedniej pomocy, mającej na celu zapobieganie pojawienia się objawów. Im bardziej dogłębnie zjawisko wypalenia zawodowego wśród lekarzy zostanie przebadane, tym więcej zostanie opracowanych programów na rzecz walki z wypaleniem. Programy takie powinny opierać się na edukacji personelu medycznego w zakresie postępowania w sytuacjach działania pod presją czasu jak i w warunkach stresu oraz powinny uwzględniać możliwe czynności redukujące wypalenie zawodowe. Z poziomu placówek medycznych, jak i wyżej usytuowanych struktur, takich jak Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, powinny zostać opracowane programy psychoedukacyjne oraz terapeutyczne dla personelu medycznego oraz powinny zostać wprowadzone działania obejmujące higienę psychiczną, opanowanie i kontrolę zaistniałej sytuacji i przede wszystkim wsparcie psychiczne dla osób, które są narażone na wysokie ryzyko wypalenia zawodowego i jego konsekwencji.

Prezentowane wyniki badań³⁵⁶ powinny stanowić podstawę do opracowania schematu usprawnień w polskim sektorze ochrony zdrowia oraz podstawę do opracowania szkoleń zawodowych, których celem będzie opanowanie kompetencji zaradczych, umiejętności interpersonalnych oraz umiejętności postępowania ze stresem. Świadome podejście do problemu może przyczynić się do podejmowania decyzji związanych z pomocą psychologiczną, ale również świadoma psychoedukacja i rozwój lekarzy przyczynia się do wysokiego poziomu wyszkolenia i przygotowania personelu do reagowania na kryzysy.

Kluczowym jest, aby zapewnić personelowi medycznemu poczucie bezpieczeństwa oraz możliwość korzystania z poszerzania wiedzy i możliwości postępowania z potencjalnymi objawami, poprzez możliwość skorzystania z pomocy specjalisty. Analizując przyczyny wypalenia zawodowego należy zwrócić również uwagę na politykę pracy i funkcjonowanie polskich placówek medycznych. Brak odpowiedniej infrastruktury szpitali ograniczający zasoby materialne i korzystanie z niezbędnego sprzętu specjalistycznego, brak odpowiedniej polityki elastycznego czasu pracy i urlopów lekarzy wynikających często z dostępności wykwalifikowanego personelu oraz kwestie finansowania polskiej ochrony zdrowia przyczyniają się do pogłębiania zjawiska wypalenia zawodowego, a tym samym pogłębienia kryzysu o charakterze wewnętrznym. Mając na względzie powyższe, należy wprowadzić restrukturyzację warunków środowiska pracy w polskich szpitalach. Restrukturyzacja ta powinna odnosić się do poszerzania dostępnej liczby lekarzy i pielęgniarek, poprzez dostępność wykwalifikowanego personelu, stabilizację czasu pracy i urlopów przy jednoczesnym podniesieniu waloryzacji wynagrodzeń i wynagradzania za ciężką pracę obarczoną wysokim ryzykiem oraz zwrócenie szczególnej uwagi na zwiększenie dofinansowania polskich szpitali w postaci niezbędnej infrastruktury, zasobów materialnych, jak i inwestowania w zasoby ludzkie, poprzez zapewnienie wymaganych szkoleń oraz programów.

Kolejnym, możliwym do zaproponowania, usprawnieniem w sektorze ochrony zdrowia jest dystrybucja wiedzy na temat charakterystyki pracy całego personelu medycznego, szczególnie podczas pandemii, jak również informacji na temat przyczyn, objawów i skutków wypalenia zawodowego, co może przyczynić się do edukacji społeczeństwa oraz zredukowania negatywnych i wrogich zachowań wobec medyków. Wyeliminowanie aspektu dyskryminacji bezpośrednio wpłynie na pracę i funkcjonowanie w życiu codziennym grupy zawodowej lekarzy i pielęgniarek. Rozwój wiedzy dotyczącej trwającego kryzysu wewnętrznego

³⁵⁶ Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań w latach 2021-2023, skierowanych do 787 pracowników służby zdrowia w Polsce. Wyniki zostały szczegółowo przedstawione w rozdziale 6.

w strukturach ochrony zdrowia oraz ukazywanie lekarza jako człowieka, który mierzy się na co dzień z trudnymi warunkami pracy i pracą wymagającą działania w kryzysie i w warunkach chronicznego stresu, pozwoli społeczeństwu i obywatelom spojrzeć na problemy funkcjonowania polskich szpitali z innej strony. Działania o charakterze psychoedukacyjnym wśród społeczeństwa mają na celu wzrost kompetencji interpersonalnych oraz komunikacyjnych zarówno względem pacjentów, jak i lekarzy. Rozpowszechnianie wiedzy na temat pracy lekarzy oraz trwającego kryzysu o charakterze wewnętrznym powinny odbywać się w drodze kampanii społecznych, spotów reklamowych bądź innych metod przy wykorzystaniu środków masowego przekazu, aby dotrzeć do szerokich rzesz społeczeństwa.

W kontekście usprawnień, w polskim sektorze ochrony zdrowia, należy zwrócić szczególną uwagę również na integrację nowoczesnych technologii informacyjnych. Ze względu na braki infrastruktury w polskich szpitalach oraz wynikające trudności w środowisku lekarskim, kluczowa jest dbałość o szybkość adaptacji i wdrażania nowych technologii, przy jednoczesnej skalowalności i elastyczności systemów informatycznych, które będą dostosowane do potrzeb placówek medycznych, oraz które będą mogły znaleźć praktyczne zastosowanie w pracy zawodowej lekarzy, a nie będą występowały w postaci czysto proforma. Integracja nowoczesnych technologii informacyjnych powinna przede wszystkim, w polskich szpitalach, skupiać się na wdrażaniu systemów telemedycyny, odciążających przeciążony system ochrony zdrowia oraz fizyczne przeciążenie lekarzy i pielęgniarek, na stosowaniu rozwiązań mobilnych oraz dbałości o zwiększenie dostępności i wykorzystanie systemów elektronicznej wymiany dokumentacji medycznej. Wszelkie podejmowane usprawnienia dotyczące nowoczesnych technologii determinują skuteczne wykorzystanie systemów analitycznych, które wspomagają procesy podejmowania decyzji w warunkach niepewności, a tym samym wpływają na skuteczne strategie zarządzania kryzysowego, zarówno z perspektywy wewnętrznej, jak i z perspektywy zewnętrznej w trakcie wystąpienia nagłego kryzysu o charakterze globalnym.

W polskich placówkach służby zdrowia niezbędna jest reforma dotycząca procesów komunikacji i wymiany informacji oraz struktur organizacyjnych i łańcucha dowodzenia. Usprawnienia dotyczące elastycznych procesów decyzyjnych są kluczowe dla poprawnego i prawidłowego funkcjonowania w warunkach codziennej pracy lekarzy i pielęgniarek, jak i w trakcie postępowania z sytuacją nieprzewidywalną i trudną dla całego sektora ochrony zdrowia. Forma komunikacji i przekazywania istotnych informacji dotyczących zaleceń lekarskich, poleceń służbowych czy komunikatów koordynowania działań na oddziałach powinna być jasna i klarowna, przekazywana w sposób spokojny i oparty na zasadach

wzajemnego szacunku i asertywnej komunikacji interpersonalnej. Prowadzenie otwartej komunikacji pozbawionej aspektu obojętności, agresji słownej oraz elementów mobbingu, pozwala na poprawę jakości i satysfakcji wykonywanej pracy, poprawę warunków pracy w postaci relacji pracowniczych, jak i wpływa pozytywnie na prawidłową strukturę organizacyjną i prawidłowo przeprowadzonego łańcucha dowodzenia. Wszelkie te czynniki wpływają na szanse zapobiegania lub ryzyko pogłębiania się kryzysu o charakterze wewnętrznym, jak i bezpośrednio przekładają się na skuteczność strategii zarządzania kryzysowego o charakterze ogólnym.

Skuteczne zarządzanie kryzysem zarówno wewnętrznym, jak i zewnętrznym w sektorze ochrony zdrowia wymaga konsekwentnej analizy bieżącej sytuacji w czasie rzeczywistym i odpowiedniej reakcji na pojawiające się niepokojące czynniki dotyczące wewnętrznych warunków pracy oraz zewnętrznych objawów zwiastujących pojawienie się nagłej sytuacji kryzysowej. Centralne struktury decyzyjne sektora służby zdrowia, czyli Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia powinny na bieżąco aktualizować dostępne dane i wdrażać wszelkie rekomendacje i usprawnienia mające na celu rozwiązywanie trudności i problemów natury wewnętrznej oraz dążenie do jak najlepiej funkcjonującego sektora ochrony zdrowia w Polsce, dbając o bezpieczeństwo zawodowe lekarzy i pielęgniarek oraz o bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa i obywateli.

W niniejszym podrozdziale autorka szczególną uwagę zwróciła na kluczowe i niezbędne usprawnienia w sektorze ochrony zdrowia w Polsce, które warunkują odpowiednie postępowanie z kryzysem o charakterze wewnętrznym, a tym samym determinują skuteczne strategie zarządzania kryzysowego w ujęciu ogólnym. Autorka przedstawiła konieczność zarządzania kryzysowego nie tylko w trakcie trwania sytuacji kryzysowej o charakterze nagłym, ale również zwróciła uwagę na codzienność funkcjonowania poszczególnych obszarów kraju, które generują wewnętrzne kryzysy, uniemożliwiające sprawne i skuteczne postępowanie w trakcie na przykład pandemii czy klęsk żywiołowych. Przeprowadzone w rozdziale rozważania dotyczyły analizy porównawczej strategii zarządzania kryzysowego w Polsce i na arenie międzynarodowej odnosząc się do najlepszych praktyk w zarządzaniu kryzysowym w sektorze ochrony zdrowia, możliwości adaptacyjnych poszczególnych strategii oraz kluczowych rekomendacji i propozycji usprawnień dla polskiego sektora służby zdrowia.

PODSUMOWANIE

Rozwój globalny świata, a w tym Polski z roku na rok przynosi nowe rozwiązania technologiczne, generujące korzyści usprawniające funkcjonowanie w społeczeństwie, ale jednocześnie potęguje ryzyko wystąpienia sytuacji kryzysowych o zróżnicowanej różnorodności. Analizując minione wydarzenia oraz sytuacje, które mają miejsce na świecie, można mówić o niepewnych czasach, które z wysokim poziomem prawdopodobieństwa będą przynosić potencjalne sytuacje kryzysowe. Sytuacje konfliktów zbrojnych i agresji, które obecnie mają miejsce na świecie oraz miniona sytuacja epidemiologiczna wymagają od władz państw, jak i społeczeństwa, posiadanie wysokich zasobów umiejętnościowych i decyzyjnych w postępowaniu z potencjalnymi sytuacjami kryzysowymi, które w każdej chwili mogą się pojawić. Tendencja wzrostowa prawdopodobieństwa wystąpienia możliwego kryzysu, utrzymująca się od wielu lat w skali globalnej oraz lokalnej, wymaga podejmowania niezbędnych działań, określających stworzenie skutecznego planu działania w trakcie pojawienia się sytuacji nagłej i niebezpiecznej oraz posiadania prawidłowo funkcjonującego systemu wspomagającego proces zarządzania w podejmowaniu decyzji w sytuacjach kryzysowych. Traktując o temacie głównym niniejszej rozprawy, należy uwzględnić, poza ogólnie powszechnymi i niezbędnymi czynnikami warunkującymi skuteczne zarządzanie kryzysowe, ujęcie kryzysu również z perspektywy wewnętrznej oraz określenie wewnętrznych determinant, które wpływają na skuteczność kompleksowego postępowania z pojawiającym się kryzysem o charakterze globalnym.

W kontekście sektora służby zdrowia w Polsce istotne jest, aby zwrócić szczególną uwagę na sytuację wewnętrzną w jednostkach szpitalnych oraz pozostałych placówkach medycznych oraz na kondycję psychofizyczną polskich lekarzy i pielęgniarek, którzy w głównym stopniu decydują o skuteczności postępowania z kryzysem oraz stanowią najważniejsze ogniwo w całym łańcuchu zarządzania kryzysowego w sektorze zdrowia. Kluczowym jest uwzględnienie specyfiki i lokalnych uwarunkowań w środowisku medycznym, aby móc sformułować skuteczne strategie określające zarządzanie kryzysowe. Krystalizacja wewnętrznych determinant oraz opracowanie odpowiednich wniosków i rekomendacji dotyczących poprawy funkcjonowania polskich placówek medycznych oraz jakości pracy personelu medycznego zapewnia eliminację natężenia kryzysu wewnętrznego

w systemie ochrony zdrowia w Polsce oraz maksymalizację bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

Przeprowadzone w dysertacji badania, literaturowe oraz empiryczne, umożliwiły realizację głównego celu badawczego: *identyfikacja determinant strategii zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia w Polsce oraz opracowanie rekomendacji mających na celu poprawę skuteczności tych strategii w kontekście przyszłych kryzysów*. Wieloaspektowość podjętej problematyki, wymagała realizacji sformułowanych następujących celów szczegółowych:

- identyfikacja i charakterystyka stosowanych strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia;
- identyfikacja skuteczności poszczególnych strategii zarządzania kryzysowego na podstawie wybranych studiów przypadków oraz danych empirycznych;
- badanie kluczowych czynników determinujących skuteczność zarządzania kryzysowego w sektorze służby zdrowia;
- sformułowanie rekomendacji dotyczących poprawy strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia, z uwzględnieniem wniosków z przeprowadzonych analiz.

Prezentowane w pracy wyniki badań umożliwiły pozytywne zweryfikowanie następującej hipotezy głównej: *stosowane strategie zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia są niewystarczająco skuteczne, co wynika z niedostatecznego przygotowania strukturalnego i organizacyjnego systemu służby zdrowia na sytuacje kryzysowe*. W dysertacji pozytywnie zweryfikowano przyjęte hipotezy szczegółowe:

- strategie zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia są w dużej mierze reaktywne, a nie proaktywne, co negatywnie wpływa na ich skuteczność;
- skuteczność zarządzania kryzysowego jest istotnie zależna od stopnia przygotowania infrastruktury oraz dostępności zasobów finansowych i materialnych;
- kompetencje menedżerów oraz systemy komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej odgrywają kluczową rolę w skutecznym zarządzaniu kryzysowym w sektorze służby zdrowia;
- istnieją znaczące różnice w skuteczności strategii zarządzania kryzysowego między polskim sektorem ochrony zdrowia a sektorami ochrony zdrowia w innych krajach o podobnych uwarunkowaniach, co sugeruje potrzebę adaptacji najlepszych praktyk międzynarodowych;

- implementacja zidentyfikowanych najlepszych praktyk oraz rekomendacji może znacząco poprawić skuteczność strategii zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia;
- cechy określające elastyczne procesy decyzyjnej i ich skutecznością są związane z (a) wyczerpaniem zawodowym, (b) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością;
- cechy związane z (a) integracją nowoczesnych technologii informacyjnych są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym, (c) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich oraz (d) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością;
- cechy związane ze (a) zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich są związane z (b) wyczerpaniem zawodowym oraz (c) z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością;
- istnieje model cech wyjaśniającego skuteczną strategię zarządzania kryzysowego.

W toku procesu badawczego, w celu weryfikacji postawionych hipotez, autorka sformułowała tezę badawczą, determinującą krystalizację wyników z przeprowadzanego badania kwestionariuszowego. Wyodrębnienie tezy badawczej przyczyniło się do wyszczególnienia czynników i determinant wewnętrznych wpływających na skuteczne strategie zarządzania kryzysem w sektorze ochrony zdrowia. W toku badań sformułowano następującą tezę badawczą: *skuteczność strategii zarządzania kryzysem w sektorze służby zdrowia zależy od integracji nowoczesnych technologii informacyjnych, zrównoważonego podejścia do zasobów ludzkich oraz elastycznych procesów decyzyjnych, co pozwala na skuteczne reagowanie na zmieniające się warunki, minimalizowanie negatywnych skutków kryzysów zdrowotnych oraz przeciwdziałanie zjawisku wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego.*

Teoretyczne rozważania zostały opracowane w oparciu o studium literatury przedmiotu (polskiej i zagranicznej) oraz o przegląd dokumentów i raportów branżowych. Empiryczną część rozprawy doktorskiej sformułowano w oparciu o:

- analizę dokumentacji i raportów;
- analizę korelacji między poszczególnymi czynnikami związanymi z elastycznymi procesami decyzyjnymi, ich skutecznością oraz innymi zmiennymi w kontekście zarządzania kryzysem z wykorzystaniem współczynnika korelacji Pearsona;

- analizę istotnych związków między integracją nowoczesnych technologii informacyjnych, zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich, a także elastycznymi procesami decyzyjnymi i skutecznością zarządzania kryzysem z wykorzystaniem modelu równań strukturalnych (SEM);
- analizę danych otrzymanych na podstawie badań jakościowych.

Wkład niniejszej dysertacji w rozwój dziedziny nauk społecznych w dyscyplinie nauk o zarządzaniu i jakości przejawia się:

- w aspekcie teoretycznym: usystematyzowanie dotychczasowego dorobku naukowego w zakresie zarządzania kryzysowego w ujęciu ogólnym, jak również w odniesieniu do zarządzania kryzysowego w specyfice środowiska jakim jest sektor służby zdrowia. Przedstawienie czynników i determinant wpływających na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz określenie czynników i strategii determinujących skuteczne zarządzanie kryzysowe. Wyszczególnienie zarówno praktycznych stron obecnie funkcjonującego zarządzania kryzysowego, jak i wyodrębnienie ograniczeń i słabych stron funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz możliwości skutecznych strategii zarządzania kryzysem;
- w aspekcie empirycznym: zidentyfikowanie rozwiązań, dotyczących skutecznych strategii zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia. Określenie kluczowych determinant wewnętrznych w sektorze ochrony zdrowia, warunkujących skuteczne zarządzanie kryzysem zarówno wewnętrznym jak i zewnętrznym. Analiza zależności przyczynowo - skutkowych dotycząca funkcjonowania specyfiki sektora ochrony zdrowia oraz skuteczności zarządzania kryzysem. Krytyczna implementacja istniejącego modelu zarządzania kryzysem w ochronie zdrowia oraz opracowanie autorskiego modelu zależności integracji nowoczesnych technologii informacyjnych, zrównoważonego podejścia do zasobów ludzkich oraz elastycznych procesów decyzyjnych w procesie zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia.

Podsumowując wyniki badań, należy podkreślić złożoność doświadczeń lekarzy. Z jednej strony, dane ilościowe wskazują na subiektywne zadowolenie z pracy i pozytywną ocenę niektórych aspektów funkcjonowania placówek. Z drugiej strony, wywiady jakościowe uwidaczniają istotne problemy systemowe, takie jak niedofinansowanie, niewystarczająca liczba kadr czy trudności w zarządzaniu technologią. Ta złożoność wyników podkreśla konieczność interdyscyplinarnego podejścia do analizy zarządzania kryzysowego w ochronie zdrowia. Wyniki badań wskazują na potrzebę wsparcia systemowego oraz wprowadzenia

działań na rzecz zrównoważonego zarządzania placówkami medycznymi, uwzględniających zarówno perspektywę lekarzy, jak i wyzwania organizacyjne. Konkludując, różnice w wynikach mogą wynikać z odmiennych metodologii, a także subiektywnym charakterze niektórych wskaźników.

Analiza istniejącego modelu zarządzania kryzysem w systemie ochrony zdrowia wskazała na brak odniesienia się do wewnętrznych determinant w polskich placówkach medycznych warunkujących skuteczne strategie zarządzania kryzysowego, zarówno o charakterze wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Istniejący model dotyczy przede wszystkim kwestii postępowania antykryzysowego w sytuacji pojawienia się nagłego i nieprzewidywalnego kryzysu. Konieczne jest zmodyfikowanie i ujęcie skutecznego zarządzania kryzysowego jako kompleksowego procesu uwzględniającego wewnętrzne przygotowania jednostek i organizacji, w postaci redukcji kryzysu o charakterze codziennym, w kierunku mobilizacji i odpowiedniego przygotowania do sytuacji nagłych o charakterze zewnętrznym i globalnym.

Realizacja celów badawczych oraz weryfikacja postawionych hipotez, umożliwiła sformułowanie następujących wniosków:

1. Strategie zarządzania kryzysowego w polskim sektorze służby zdrowia są oparte na modelu reaktywnym, co negatywnie wpływa na ich skuteczność. Implementując strategie zarządzania kryzysem w sektorze zdrowia należy podjąć działania mające na celu zmianę modelu z reaktywnego na proaktywny.
2. Skuteczność zarządzania kryzysowego jest zależna w sposób znaczący od przygotowania infrastruktury oraz zapewnienia wystarczającej dostępności zasobów finansowych i materialnych.
3. Strategie zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia w innych krajach o podobnych uwarunkowaniach posiadają znacznie wyżej funkcjonujące systemy i procesy zarządzania kryzysem, jak i wyżej funkcjonujące mechanizmy specyfiki pracy placówek medycznych, co przekłada się na wysoką potrzebę adaptacji najlepszych praktyk międzynarodowych.
4. Zabezpieczenie placówek medycznych w Polsce pod kątem prawidłowej komunikacji interpersonalnej zarówno na szczeblach menedżerskich, jak i pracowniczych oraz niezbędnych satysfakcjonujących warunków pracy, znacząco wpływają na wskaźnik występowania kryzysu wewnętrznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce, co przekłada się na ogólną skuteczność zarządzania kryzysowego w trakcie pojawienia się sytuacji nagłej.

5. Integracja nowoczesnych technologii informacyjnych, w tym: szybkość adaptacji i wdrażania nowych technologii, skalowalność i elastyczność systemów informatycznych, wdrażanie systemów telemedycyny, wykorzystanie systemów analitycznych i wspomagających decyzje, stosowanie rozwiązań mobilnych oraz dostępność i wykorzystanie systemów elektronicznej wymiany dokumentów medycznych pozytywnie wpływają na wyższą jakość warunków pracy, a tym samym wpływają na kształtowanie wartości zmiennych psychologicznych, ograniczając ryzyko pojawienia się wypalenia zawodowego.
6. Elastyczne procesy decyzyjne, w tym: procesy podejmowania decyzji w warunkach niepewności, plany i procedury reagowania na kryzysy, mechanizmy podejmowania decyzji oraz procesy komunikacji i wymiany informacji pozytywnie wpływają na jakość pracy personelu medycznego w polskich placówkach medycznych, co przekłada się na większą wydolność kadry medycznej, ograniczając ryzyko przeciążenia psychofizycznego.
7. Zrównoważone podejście do zasobów ludzkich, w tym: zarządzanie stresem i wypaleniem zawodowym, udzielanie wsparcia psychologicznego i emocjonalnego dla personelu, dbałość o wystarczającą dostępność wykwalifikowanego personelu, poziom wykszolenia i przygotowania personelu do podejmowania reakcji na kryzysy oraz prawidłowa polityka elastycznego czasu pracy i urlopów jest jednym z najważniejszych czynników i determinant warunkujących skuteczne zarządzanie kryzysem, w szczególności kryzysem o charakterze wewnętrznym, jak również zewnętrznym w placówkach medycznych.
8. Wdrożenie wszelkich rekomendacji i implementacji usprawniających warunki pracy w polskich szpitalach i instytucjach zdrowia, ze szczególnym zwróceniem uwagi na konieczność odpowiedniego planowania i symulacji, prowadzenie szkoleń poszerzających kompetencje oraz umiejętności miękkie, doskonalenie warunków pracy, zabezpieczenie placówek w odpowiednie zasoby finansowe i materialne oraz prowadzenie polityki przeciwdziałającej wypaleniu zawodowemu oraz szerzenie wiedzy wśród kadry medycznej i społeczeństwa, prowadzi do ograniczenia ryzyka wypalenia zawodowego wśród lekarzy, a tym samym przekłada się na wzrost skuteczności strategii zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia.
9. Skuteczne zarządzanie kryzysem w sektorze ochrony zdrowia w Polsce powinno w pierwszej kolejności skupić się na długofalowym przygotowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce tak, aby był on jak najbardziej satysfakcjonujący i dostosowany do warunków i możliwości dalszego planowania i koordynowania zarządzania kryzysowego w charakterze zewnętrznym. Aby mówić o skutecznym zarządzaniu kryzysowym w trakcie

występowania klęsk naturalnych czy zjawisk epidemiologicznych, należy zabezpieczyć służbę zdrowia, pod kątem kryzysu przejawianego w codziennej pracy w czasie rzeczywistym.

Wnioski sformułowane w niniejszej dysertacji umożliwiły opracowanie autorskiego modelu skutecznego zarządzania kryzysem wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Autorka przeprowadziła krytyczną implementację istniejącego modelu, co umożliwiło zidentyfikowanie występującej w literaturze luki badawczej, która wskazała na ujęcie w nim działań z zakresu zarządzania kryzysem w niewielkim stopniu. Autorski model uwzględnia kluczowe determinanty, które są nieodzownym elementem skutecznych strategii zarządzania kryzysem oraz kluczowe czynniki redukujące ryzyko pojawienia się wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego, które destabilizuje możliwość odpowiedniego postępowania z kryzysem. W przeciwieństwie do dotychczas funkcjonujących modeli i ujęcia teoretycznego zarządzania kryzysowego, w których koncentrowano się na strategiach i działaniach w obrębie pojawiającego się kryzysu o charakterze nagłym i zewnętrznym, w autorskim rozwiązaniu wyodrębniono zależne od siebie struktury kryzysu (wewnętrzny i zewnętrzny), które wzajemnie się uzupełniają i określono kluczowe determinanty warunkujące skuteczne zarządzanie kryzysowe w każdej z tych struktur.

W oparciu o wyniki i przygotowany model sektor służby zdrowia w Polsce powinien wprowadzić wymagane adaptacje, rekomendacje i implementacje, aby usprawnić funkcjonowanie polskich placówek medycznych jak i strategie zarządzania kryzysowego. Rozważania przedstawione w niniejszej dysertacji stanowią o aktualnej problematyce, związanej z istniejącym kryzysem w strukturach służby zdrowia w Polsce o charakterze wewnętrznym, jak również o braku wystarczających działań umożliwiających skuteczne zarządzanie kryzysem w trakcie pojawienia się sytuacji kryzysowej o charakterze nagłym i nieprzewidywalnym. Konkludując, stwierdza się, że centralne struktury koordynacji zarządzania kryzysowego w Polsce powinny podjąć działania, zmierzające do implementacji rozwiązań, przekładających się na poprawę warunków pracy w polskich placówkach medycznych oraz usprawnić modele strategiczne zarządzania kryzysowego w ujęciu ogólnym. Przedstawiony w dysertacji model stanowi podstawę do dalszych badań. Może on zostać rozbudowany o dodatkowe rozwiązania, których wdrożenie będzie wynikać z aktualnych potrzeb i warunków specyfiki sektora ochrony zdrowia w Polsce.

Literatura

1. Aleksandrowicz T.R., Bezpieczeństwo w cyberprzestrzeni ze stanowiska prawa międzynarodowego. *Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego*, 8(15)/2016.
2. Argyris Ch., Schön D. A., *Organizational Learning II: Theory, Method, and Practice*. Addison-Wesley 1996.
3. Armstrong M., *Jak być lepszym menedżerem*. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1997.
4. Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
5. Bachnik K., Szumniak-Samolej J., *Potencjał biznesowy mediów społecznościowych*. Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2015.
6. Badura-Madej W. (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej – poradnik dla pracowników socjalnych*. Inteart, Warszawa 1998.
7. Bagiński J., *Nowe zarządzanie kryzysowe w praktyce*. Wydawnictwo Forum, Poznań 2008.
8. Beskosty M., *Funkcje i rola mediów w zarządzaniu kryzysowym*. *Studia nad bezpieczeństwem*, (3)/2018.
9. Białek A., Zarządzanie kryzysowe w prawie polskim, [w:] R. Harabin, P. Ramiączek, G. Wilk-Jakubowski (red.) *Prawne, ekonomiczne i polityczne aspekty bezpieczeństwa w Europie*. *Studia i Monografie* Nr 84, Łódź -Warszawa 2/2018.
10. Bielecka E., *Systemy Informacji Geograficznej. Teoria i zastosowanie*. Warszawa 2006.
11. Bielecki T., *An epidemic democracy. Managing COVID-19 Journey Europe*. Fundacja Roberta Schumana, Bruksela 2020.
12. Bielecki T., Czabanowska K., System zarządzania szpitalem w Polsce – bariery i możliwości. *Problemy Zarządzania*, 15(1)/2017.
13. Bieńkiewicz M., Elektroniczna dokumentacja medyczna: analiza wdrażania w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 17(4)/2019.
14. Bieńkowski M., *Funkcjonowanie systemu ochrony ludności w Polsce – skuteczne działania w sytuacji kryzysowej*. *Kontrola Państwowa*, 64(5(388))/2019.
15. Biernacik B., *Możliwości wykorzystania HMS Web Portal na potrzeby zarządzania kryzysowego*. *Systemy teleinformatyczne w zarządzaniu kryzysowym*, 2012.
16. Birchmeier K., Köcher P., *Crisis Management and Strategic Responses in Organizations*. Kogan Page, 2013.
17. Boin A., McConnell A., Hart P., *Governing after Crisis: The Politics of Investigation, Accountability and Learning*. Cambridge University Press 2008.
18. Boot J.M., Oers H., Organization of public health in the Netherlands. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 13 (2)/2015.
19. Borkowski W., Biurokracja w polskim systemie zdrowia – przyczyny, skutki i możliwe rozwiązania. *Zarządzanie Publiczne*, 17(1)/2019.
20. Borowiecki R., Kusio T., Siuta-Tokarska B., Innowacje otwarte w MSP. *Studia i prace WNEiZ US*, 52/2018.
21. Borowiecki R., Siuta-Tokarska, B., Nauki o zarządzaniu w świetle paradygmatów. *Przegląd Organizacji*, (4)/2018.

22. *Braki kadrowe wśród lekarzy specjalistów w Polsce*. Dane Centralnego Rejestru Lekarzy. Naczelna Izba Lekarska, 2023.
23. Brzozowska A., Bubel D., Nekrasenko L., *Organisation Management in the Digital Economy: Globalization Challenges*. Taylor & Francis Group, 2022.
24. Brzozowska A., Kabus J., Źródła podejmowania decyzji w e-usługach. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*, (86)/2015.
25. Brzozowska A., Kalinichenko A., Galych O., Kierunki rozwoju szkoły zasobowej zarządzania strategicznego. *Європейський вектор економічного розвитку*, 2/2015.
26. Brzozowska A., Zarządzanie informacją w dynamicznym środowisku biznesowym–studium przypadku organizacji fraktalnych. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica*, 2(367)/2024.
27. Buchelt B., Kowalska-Bobko I., Masłyk T., *Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości*. Centrum Polityk Publicznych. Kraków 2021.
28. Chodyński A., Zarządzanie mediami a bezpieczeństwo. *Bezpieczeństwo – Teoria i Praktyka*, nr 4/2017.
29. Cholewiński M., System finansowania ochrony zdrowia w Polsce: wyzwania i przyszłość. *Zdrowie i Ekonomia*, 12(1)/2019.
30. Cieślarczyk M., Grzywacz A., *System zarządzania kryzysowego, aspekty teoretyczne, formalne i badawcze*. Kultura Bezpieczeństwa, no. 1-2, 2014.
31. Coombs W.T., *Ongoing Crisis Communications: Planning, Managing and Responding*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 2011.
32. Coombs W.T., *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing and Responding*. Sage Publications 2014.
33. Coombs W.T., *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing, and Responding*. Sage Publications, 2012.
34. *COVID-19 Response Strategy*. CDC Publications. Centers for Disease Control and Prevention, 2020.
35. Crandall W., Menefee M. L., *Crisis Management in the Midst of Labor Strife: Preparing for the Worst*. S.A.M. Advanced Management Journal, Winter, vol. 61, iss. 1, 1996.
36. Cuda A., Nowe technologie w systemie ochrony zdrowia na przykładzie Stanów Zjednoczonych i Polski. *Ekonomia. Wrocław Economic Review*, 24(4)/2018.
37. Czabanowska K., Dykowska G., Współpłacenie jako czynnik wpływający na dostęp do opieki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 16(1)/2018.
38. Czarnecki D., Skalski D., Cylkowski J., Tuz M., *Podmioty wykonawcze i organizacje pozarządowe w zarządzaniu kryzysowym*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Gdańsk 2020.
39. Czarzasty J., Poland: Latest Working Life Developments – Q4 2017. *European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions*, 2018.
40. Czerw A., Religioni U., Matuszna A., Lesiak K., Olejnik A., Śniadła D., Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygela Public Health*, 47(3)/2012.
41. Ćwiklicki M., Jabłoński M., Mazur S., (red.). *Współczesne koncepcje zarządzania publicznego: Wyzwania modernizacyjne sektora publicznego*. Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, 2016.
42. Dajczak K., Hille-Jarząbek S., Koncepcja zarządzania wiedzą w polskim szpitalu. *Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management*, t. 27/2010.

43. Danielewicz M., Determinanty skutecznej komunikacji kryzysowej. *Prace i studia geograficzne*, 55/2014.
44. Davies A. , *Public Relations*. PWE, Warszawa, 2007.
45. Dąbrowska A., Kowalski P., Organizacja pracy i komunikacja w polskich szpitalach – wyzwania i perspektywy. *Medycyna Praktyczna*, 23(1)/2020.
46. Dąbrowski J., *Zmiany strategiczne w teorii i praktyce zarządzania*. Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2002/2003.
47. Dąbrowski P., Systemy wczesnego ostrzegania: nowoczesne rozwiązania w zarządzaniu kryzysowym. *Zarządzanie Kryzysowe*, 6/2019.
48. Dąbrowski, *Wpływ pandemii COVID-19 na funkcjonowanie wysokospecjalistycznych ośrodków R. kardiologicznych w Polsce*. Narodowy Instytut Kardiologii, [w:] III Kongres Demograficzny – Wyzwania zdrowotne dla Polski po pandemii COVID-19, 2022.
49. *Digital Solutions for COVID-19 response*. European Commission. Digital Health Europe, 2020.
50. Ditrich R., Ilu jest lekarzy w Polsce? Jakich specjalistów brakuje najczęściej? *Obserwator Gospodarczy*, 27/2022.
51. Domańska E., Witkowski K., Polityka zatrudnienia w ochronie zdrowia – potrzeby i wyzwania. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 17(3)/2019.
52. Domański F., Sawicka D., Skutki finansowe współpłacenia w systemie ochrony zdrowia – analiza na przykładzie leków refundowanych. *Ekonomia i Zdrowie*, 15(3)/2020.
53. Domański P., Systemy wsparcia informatycznego w systemie zarządzania kryzysowego na szczeblu wojewódzkim. *Rocznik bezpieczeństwa morskiego*, r. X, 2016.
54. Drzewiecki W., *Systemy Informacji Geograficznej*. Akademia Górniczo-Hutnicza, Kraków 2004.
55. Dudek-Godeau D., Kieszkowska-Grudny A., Kwiatkowska K., Bogusz J., Wysocki M.J., Bielska-Lasota M., Analysis of changes in cancer health care system in Poland since the socio-economic transformation in 1989. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 67(4)/2016.
56. Dudzik-Lewicka I., Specyfika zarządzania przedsiębiorstwem w czasie kryzysu. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas Zarządzanie*, 14(2)/2013.
57. Dupłaga M., Szulc E., K., Ewolucja zastosowań systemów teleinformatycznych w ochronie zdrowia: od telemedycyny do zdrowia 2.0. *Zeszyt Naukowy Wyższej szkoły Zarządzania i Bankowości w Krakowie*, (53)/2019.
58. *Działania zwiększające kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ*. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2023.
59. Dziembek D., *Model SaaS jako forma zdalnej eksploatacji aplikacji dla przedsiębiorstw*. Prace Naukowe UE Wrocław nr 118, IE nr 17, Wrocław 2010.
60. Eaton L., Health workforce burn-out. *Bulletin of the World Health Organization*, 97/2019.
61. European Commission. *High-Level Expert Group on Artificial Intelligence. A definition of AI: Main capabilities and scientific disciplines*, 2019. Pobrane z: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/>.
62. Falecki J., Kryzys i sytuacja kryzysowa, [w:] P. Guła, B. Wiśniewski (red.), *Wybrane problemy zarządzania informacją i wsparcia psychologicznego w sytuacjach kryzysowych*. Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2009.
63. Fedorowski J.J. Raport OECD: Polska na tle innych krajów. *Menedżer Zdrowia*, 11(23)/2023.
64. Fengler J., *Pomaganie mężczyznom: wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk 2001.

65. Fitzpatrick K.R., Shubow Rubin M., Public Relations vs. Legal Strategies in Organizational Crisis Decisions. *Public Relations Review*, nr 1/1995
66. Flasiński M., *Zarządzanie projektami informatycznymi*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
67. Frąckiewicz-Wronka A., Wronka M., *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.
68. Frąckiewicz-Wronka A., Jasłowski J., Owcorz-Cydzik B., Sobosik D., *Samorządowa polityka zdrowotna*. Akademia Ekonomiczna, Katowice 2004.
69. Gajda A., Bochenek T., Zarządzanie finansami w polskich szpitalach – wyzwania i perspektywy. *Ekonomia i Zdrowie*, 15(4)/2019.
70. Gałązka-Sobotka M., Finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia: konieczne reformy i rekomendacje. *Medycyna Praktyczna*, 24(4)/2019.
71. Gałązka-Sobotka M., *Ochrona zdrowia w Polsce – wyzwania dla sektora publicznego i prywatnego*. Wolters Kluwer, 2020.
72. Gawroński H., *Zarządzanie strategiczne w samorządach lokalnych*. Warszawa 2010.
73. Gierszewska G., Romanowska M., *Analiza strategiczna przedsiębiorstw*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
74. Gierszewska G., *Strategie kryzysowe w warunkach globalizacji*, [w:] B. Kozyra, A. Zelek (red.), *Praktyka zarządzania kryzysem w przedsiębiorstwie*. Wydawnictwo Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu, Szczecin 2002.
75. Gierszewska G., *Strategie kryzysowe w warunkach globalizacji*, [w:] B. Kozyra, A. Zelek (red.), *Praktyka zarządzania kryzysem w przedsiębiorstwie*. Wydawnictwo Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu, Szczecin 2002.
76. Głowacka M., Szewczyk A., Komunikacja interpersonalna w zespołach medycznych – klucz do sukcesu. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi w Ochronie Zdrowia*, 10(2)/2016.
77. Głowacka M.D., Dłużewska M., *Wypalenie zawodowe występujące w środowisku pielęgniarów – przyczyny i konsekwencje*, [w:] M.D. Głowacka, E. Mojs, (red.), *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008.
78. Głowacka M.D., *Wybrane uwarunkowania zarządzania promocją zdrowia*, [w:] M.D. Głowacka (red.), *Promocja Zdrowia Konteksty społeczno-kulturowe*. Wolumin, Poznań 2000.
79. Głowacki P., Nowak A., Problemy z dostępem do leków onkologicznych w Polsce: Analiza kryzysu lat 2015-2016. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1)/2017.
80. Główny Urząd Statystyczny. *Statystyka Zdrowia 2020*. GUS, Warszawa 2020.
81. Godlewska J., Sidoreczuk-Pietraszko E., *Analiza rozwiązań wprowadzanych w innych państwach europejskich w zakresie strategii, narzędzi prawnych i ekonomicznych pozwalających na przygotowanie gospodarki i społeczeństwa do zmian klimatu i przystosowanie do tych zmian*. Instytut Ochrony Środowiska, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2020.
82. Golinowska S., Kocot E., *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce: Analiza systemowa*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2015.
83. Golinowska S., Kocot E., Sowa A., *Health System Review: Poland. Health Systems in Transition*, 18(1)/2016.
84. Golinowska S., Zabdyr-Jamroz M., Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1)/2020.

85. Goniewicz K., Goniewicz M., Challenges of Crisis Management in the Face of the COVID-19 Pandemic in Poland. *Journal of Clinical Medicine*, 10(10)/2021.
86. Gorczyca A., *Porozumienie Rezydentów: Lekarze protestują, bo nikt się z nami nie liczy*, 2021. Pobrań z: <https://gospodarka.dziennik.pl>
87. Górecka K., Zarządzanie kryzysowe na tle wybranych państw sąsiadujących z Polską. *Przegląd Naukowo-Metodyczny, Edukacja dla Bezpieczeństwa*, 7(1 (22))/2014.
88. Gregory A., *Planning and Managing Public Relations Campaigns*. Kogan Page, 2010.
89. Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*. PWN, Warszawa 2017.
90. Grudzewski W.M., Hejduk I.K., Sankowska A., Wańtuchowicz M., *Sustainability w biznesie, czyli przedsiębiorstwo przyszłości. Zmiany paradygmatów i koncepcji zarządzania*. Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010.
91. Guła P., Prońko J., Wiśniewski B., *Zarządzanie informacją w sytuacjach kryzysowych*. Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2009.
92. Gzowska W., Wybrane media społecznościowe jako narzędzie wspierające rekrutację. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, nr 5/2016.
93. *Health at a Glance: Europe 2023*. OECD Publishing, Paryż 2023.
94. <http://www.tvp.pl/rso/aktualnosci/regionalny-system-ostrzegania-rso/16323840>
95. Iwanek T., *Europejska Polityka Bezpieczeństwa i Obrony w polityce zagranicznej Polski i jej sąsiadów – analiza i rekomendacje*, 2011.
96. Izdebski H., *Doktryny polityczno-prawne. Fundamenty współczesnych państw*. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
97. Jarosz M. J., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubzda A., Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18(3)/2012.
98. Jaworzyńska M., *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*. CeDeWu, Warszawa 2010.
99. Jędrzejczak A., Nowak J., Komunikacja w placówkach ochrony zdrowia: znaczenie, problemy i możliwości poprawy. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi w Ochronie Zdrowia*, 11(2)/2018.
100. Juras B., Zdanowska J., *Jak przygotować się na sytuację kryzysową w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych?*, [w:] M.D. Głowacka, E. Mojs, (red.), *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008.
101. Kane L., *Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide*, 2020. Pobrań z: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-bunout-6012460>.
102. Karski J.B., *Zdrowie publiczne: Wybrane zagadnienia organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
103. Karwacka, *Komunikacja w partnerstwie publiczno-prywatnym w ochronie zdrowia*. 2020.
104. Kęsy M., *Kompetencje menedżerskie personelu medycznego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018.
105. Kiełkiewicz-Janowiak A., Pacjent nie współpracuje – socjogramatyka (nie) porozumienia w ochronie zdrowia. *Poradnik Językowy*, (08), 7-22/2021.
106. Klimczuk A., Pandemia COVID-19 z perspektywy teorii ryzyka. [w:] A. Bartoszewicz, K. Książkowski, A. Zybala (red.), *Polska, Unia Europejska, Świat, w pandemii COVID-19 – wybrane zagadnienia*, 2021.

107. Kochan M., Komunikacja kryzysowa jako czynnik rozwoju kryzysu. *Kultura – Media – Teologia*, 39/2019.
108. Komenda M., Bulhart V., Karolyi M., Jarkovský J., Mužik J., Májek O. i in. Complex Reporting of the COVID-19 Epidemic in the Czech Republic: Use of an Interactive Web-Based App in Practice. *J. Med. Internet Res*, 22 (5)/2020.
109. *Kontrola systemu zarządzania kryzysowego w Polsce: Wnioski i rekomendacje*. Najwyższa Izba Kontroli 2021.
110. Korporowicz V., *Polityka zdrowotna w systemie nauk o polityce publicznej*. SGH, Warszawa 2015.
111. Kowalska F., Hakerzy w służbie państwa – wirtualna strona patriotyzmu. *Refleksje*, nr 17/2018.
112. Kowalska-Bobko I., Gałązka-Sobotka M., E-zdrowie – wyzwania i możliwości dla Polski. *Polityka Zdrowotna*, 22(3)/2018.
113. Kowalska-Bobko I., Gałązka-Sobotka M., Kocot E., The Role of Local Governments in the Polish Health Care System. *Journal of Health Policy, Insurance and Management*, 15(1)/2017.
114. Kowalska-Bobko I., Mokrzycka A., Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 16(4)/2018.
115. Koziej S., Główne ustalenia i rekomendacje Strategicznego Przeglądu Bezpieczeństwa Narodowego 2012. *Bezpieczeństwo Narodowe*, 2012.
116. Kozierkiewicz A., Misiński W., Sośnierz A., T.Teluk, (2006). Raport o ochronie zdrowia w Polsce. *Co zrobić, aby nowoczesna medycyna była dostępna dla pacjentów*. Instytut Globalizacji, 2006.
117. Kozłowski R., Wyposażenie szpitali w dobie pandemii COVID-19. *Menedżer Zdrowia*, 6/2020.
118. Koźmiński A.K., Jemielniak D., *Zarządzanie od podstaw*. Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
119. Kral Z., Zabłocka-Kluczka A., Istota zjawisk kryzysowych, [w:] J. Skalik (red.), *Zachowania organizacji wobec zjawisk kryzysowych*. Cornetis, Wrocław 2003.
120. Kral Z., Zabłocka-Kluczka A., Kategoryzacja zjawisk kryzysowych organizacji, [w:] J. Skalik (red.), *Zmiana warunkiem sukcesu. Organizacja a kryzys*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2004.
121. Krasnodębski G., *Zagrożenia krytycznej infrastruktury teleinformatycznej w dobie rozwoju społeczeństwa informacyjnego*, (2008). Pobrane z: <https://www.uwm.edu.pl/.../42>.
122. Krastev I., L. Leonard, Europe's pandemic politics: How the virus has changed the public's worldview. *Policy Brief of European Council on Foreign Relations – EFCR/326/2020*.
123. Krawczyk P., Piersiała L., Zarządzanie e-biznesem w medycynie. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych/Szkoła Główna Handlowa* (56 Technologie informatyczne w administracji publicznej i służbie zdrowia), 317-327/2019.
124. Krawczyk-Wasilewska V., *COVID-19 jako paradygmat choroby globalnej*. LUD. Organ Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego i Komitetu Nauk Etnologicznych PAN, 104/2020, s. 155-184.
125. Krzakiewicz K. (red.), *Teoretyczne problemy organizacji i zarządzania*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2008.
126. Krzeszowski W., *Zarządzanie kryzysowe i ochrona ludności*. Wydawnictwo AON, Warszawa 2017.
127. Krzyżanowska A., W. Piotrowski, Organizacja systemu zdrowia w Polsce w kontekście integracji usług zdrowotnych. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(2)/2020.
128. Kubiak R., *Prawo lekarza do strajku i innych form protestu*. Medycyna Praktyczna, Warszawa 2021.

129. Kurowska K., Rybicka A., Wypalenie zawodowe wśród personelu medycznego w Polsce – przyczyny i skutki. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 19(1)/2019.
130. Kwiecińska M., Wykorzystywanie mediów dla podniesienia bezpieczeństwa, potrzeby i sposoby realizacji. *Obronność. Zeszyty Naukowe*, nr 3(11)/2014.
131. Lasoń M., Zaangażowanie Polski w operacje zarządzania kryzysowego NATO. Stan obecny i perspektywy. *Krakowskie Studia Międzynarodowe*, 10(4)/2013.
132. Lenio P., Charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne jako źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. *Przegląd Prawa i Administracji* nr 97/2014.
133. Lenio P., *Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w Wielkiej Brytanii*. Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne, 23/2018.
134. Lerb J.L., *Crisis Management in Organizations*. Palgrave Macmillan 2011.
135. Lewicka D., Zarządzanie zasobami ludzkimi w kryzysie. [w:] J. Skalik (red.), *Zmiana warunkiem sukcesu. Odnowa przedsiębiorstw - czego nauczył nas kryzys*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Nr 128/2010.
136. Lisiakiewicz R., Modele zarządzania kryzysowego –perspektywa międzynarodowa. [w:] K. Baran, S. Mazur (red.) *Przywództwo w Administracji Publicznej*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2022.
137. Łuczak M., *Ryzyko i kryzys w zarządzaniu przedsiębiorstwem*. Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Warszawie, Warszawa 2003.
138. Łuniewska P., Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Współczesna gospodarka*, 5(1)/2014.
139. Łyszczarz B., The financing of the Polish Healthcare System: Key Problems and Challenges. *Polish Journal of Public Health*, 129(4)/2019.
140. Magnavita N., Sacco A., Chirico F., Raport 1: COVID-19 pandemic in Italy: pros and cons. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2020.
141. Maj K., Skarzyńska K., *Spółeczeństwo wobec epidemii. Raport z badań*. Forum Idei, Fundacja Batorego, Warszawa 2020.
142. Majchrzak D., *Zarządzanie kryzysowe jako zorganizowane działania odpowiedzialnych organów i podmiotów*. Wydawnictwo AON, Warszawa 2013.
143. Malinowska K., Marchlewska M., Górka P., Molenda Z., Michalski P., Szczepańska D., *Koronawirus w Polsce w pierwszych tygodniach lockdownu: Perspektywa psychologii społecznej. Wyniki badania podłużnego przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie Polaków i Polek. Podsumowanie wyników dla 5 pomiarów od 21.03. do 19.04*. Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2020.
144. Markiewicz M., *Covid-19 spotęguje zjawisko wypalenia zawodowego lekarzy*, 2020. Pobrane z: <https://pulsmedycyny.pl/covid-19-spoteguje-zjawisko-wypalenia-zawodowego-lekarzy-opinia-989849>.
145. Maśloch P., Globalizacja i rozwój gospodarki w warunkach kryzysu. *Prace Komisji Geografii Przemysłu Polskiego Towarzystwa Geograficznego*, 22/2013.
146. Maśloch P., Poverty forming as a result of contemporary globalization processes. *Studies of the Industrial Geography Commission of the Polish Geographical Society*, 10/2008.
147. Maśniak M., *Mechanizmy finansowania opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2016.
148. Mazur A., Łyszczarz B., Zarządzanie zespołami medycznymi w polskich szpitalach – wyzwania i perspektywy. *Medycyna Pracy*, 71(3)/2020.

149. Mazur G., Zieliński A., *Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce: Problemy i wyzwania*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2023.
150. Meller D., Milik A., Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej. *Zarządzanie i Finanse*, 12(2)/2014.
151. Michałowska M., Stankiewicz D., Danielak W., *Zarządzanie sytuacją kryzysową w przedsiębiorstwie*. Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze, 2(2)/2015.
152. Ministerstwo Zdrowia. *Raport o sytuacji epidemiologicznej SARS-CoV-2 w Polsce*, 2021. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie>.
153. Ministerstwo Zdrowia. *System SENTINEL – Zarządzanie zasobami kryzysowymi podczas pandemii COVID-19 w Polsce*. Raport rządowy, 2021.
154. Mitroff I.I., *Crisis Leadership: Planning for Unthinkable*. Wiley 2004.
155. Mitroff I.I., *Managing Crises before they happen*. American Management Association, New York 2001.
156. Mitroff I.I., Pearson Ch.M., *Crisis Management: A diagnostic Guide for Improving Your Organization's Crisis-Preparedness*. Jossey-Bass 1993.
157. Moczydłowska J.M., Błędy w zarządzaniu relacjami z pracownikami jako wewnętrzne źródło kryzysu w organizacji, [w:] S. Patrycki (red.), *Strategie działań w warunkach kryzysu*. Wydawnictwo KUL, Lublin 2013.
158. Mokrzycka A., Wilk M., Problemy finansowania opieki zdrowotnej w Polsce. *Zarządzanie w Ochronie Zdrowia*, 7(2)/2019.
159. Monarcha-Matlak A., Wykorzystywanie systemów informacji przestrzennej w administracji publicznej. Internet: informacja przestrzenna, 2018.
160. Mróz B., Turkiewicz A., Mordarski S., Wypalenie zawodowe wśród personelu intensywnej opieki medycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15(2)/2010.
161. *My też jesteśmy ludźmi, nie jesteśmy systemem*. Kampania Samorządu Lekarskiego „Jestem Lekarzem, jestem człowiekiem”. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2024.
162. Naczelna Izba Lekarska. *Wpływ pandemii COVID-19 na pracę lekarzy w Polsce*, 2020. Pobrane z: <https://nil.org.pl>
163. Najwyższa Izba Kontroli, Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*. Departament Zdrowia, Warszawa 2018.
164. Nakonieczna I., *System Informacji Przestrzennej jako narzędzie wspomagające proces planistyczny i decyzyjny w samorządzie*. *Miasto. Pamięć i Przyszłość*, 3/1, 2018.
165. National Response Framework. FEMA. Federal Emergency Management Agency, 2021.
166. Nogalski B., Macinkiewicz H., *Zarządzanie antykryzysowe przedsiębiorstwem. Pokonać kryzys I wygrać*. Difin, Warszawa 2004.
167. Nowak E., Kitler W., Skrabacz A., Gąsiorek K., *Zarządzanie kryzysowe w sytuacji klęski żywiołowej*. Towarzystwo Wiedzy Obronnej, Zeszyt Problematyczny nr 1, Warszawa 2006.
168. Nowakowska E., Wpływ zmian w systemie finansowania ochrony zdrowia na poziom współpłacenia pacjentów w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(2)/2020.
169. Nowicka J., Ciekankowski Z., Uwarunkowania zarządzania kryzysowego w Polsce. Rok X NUMER 1/2017.
170. Nowicka P., Kocik J., *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*. Studia BAS, 4(56), 2018.

171. Nowosielska K., *Ministerstwo zakazuje lekarzom mówić o problemach*, 2020. Pobrane z: <https://www.prawo.pl/zdrowie/499036.html>.
172. OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris 2021.
173. OECD. Polska: *Profil systemu ochrony zdrowia 2021*. State of Health in the UE. OECD Publishing, Paryż 2021.
174. Ogińska-Bulik N., Kaflik-Pieróg M., *Stres zawodowy w służbach ratowniczych*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2006.
175. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. *Protest rezydentów: Analiza skutków i dalsze kroki*. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. Prof. Jana Nielubowicza, 2018. Pobrane z: <https://izba-lekarska.pl>
176. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. *Protesty lekarzy rezydentów i pandemia COVID-19: Wyzwania dla polskiego systemu ochrony zdrowia*, 2021. Pobrane z: <https://izba-lekarska.pl>.
177. Oldcorn R., *Management*. MacMillan, London 1989.
178. Orlińska-Gondor A., *Zarządzanie ludźmi oparte na pojęciu kompetencji*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
179. Otwinowski W., *Podstawy zarządzania kryzysowego i systemu obronnego*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Handlu i Usług. Poznań 2015.
180. Pandemic preparedness in Germany. RKI Publications. Robert Koch Institute, 2020.
181. Paradowska-Stankiewicz I., Rosińska M., *Priorytety zdrowia publicznego w świetle doświadczeń pandemii COVID-19*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy, [w:] III Kongres Demograficzny – Wyzwania zdrowotne dla Polski po pandemii COVID-19, 2022.
182. Patryn R., Regulacje prawne dotyczące czasu pracy lekarza. *Neurologia praktyczna*, 3/2017.
183. Pawłowska M., Znaczenie liderów zespołów medycznych w organizacji pracy szpitala. *Zdrowie Publiczne*, 22(3)/2021.
184. Piasny B., Zarządzanie przedsiębiorstwem w warunkach kryzysu. *Przegląd Prawno-Ekonomiczny*, nr 32/2015.
185. Pietryka K., Nowe technologie informacyjno-komunikacyjne w zarządzaniu kryzysowym [w:] A. Danielewska, K. Maciąg (red.). *Wybrane aspekty kryminologii, kryminalistyki i bezpieczeństwa w wymiarze narodowym i międzynarodowym*. Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, Lublin 2021.
186. Pietryka K., *Nowe technologie informacyjno-komunikacyjne w zarządzaniu kryzysowym. Wybrane aspekty kryminologii, kryminalistyki i bezpieczeństwa w wymiarze narodowym i międzynarodowym*. Wydawnictwo Naukowe Tygiel, Lublin 2021.
187. Pochrząst-Motyczyńska A., 60 proc. Lekarzy i pielęgniarek z objawami wypalenia zawodowego, 2018. Pobrane: <https://www.prawo.pl/zdrowie/wypalenie-zawodowe-wsrod-personelu-medycznego-statystyki,330566.html>
188. Polakowski M., Golinowska S., Balicki M., *Ochrona zdrowia w Polsce*. icra. 2019
189. Polakowski M., Golinowska S., Balicki M., *Ochrona zdrowia w Polsce. Warszawskie debaty o polityce społecznej*. Friedrich Ebert Stiftung, Warszawa 2019.
190. Prajzner A., Media a bezpieczeństwo. Pośrednie i bezpośrednie oddziaływania. Opis zjawiska i systematyzacja terminów. *Rocznik Bezpieczeństwa Narodowego*, 2007.
191. *Priorytety zdrowia publicznego w świetle doświadczeń pandemii COVID-19*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Instytut Badawczy, 2023.
192. *Program wsparcia psychologicznego kadry medycznej oraz studentów kierunków medycznych*. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2024.

193. Pszczółkowski T., *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*. Ossolineum, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk 1978
194. Pyka J., *Komunikacja w zarządzaniu kryzysowym – problemy i wyzwania*. Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej, nr 7/2023.
195. *Raport i stanie służby zdrowia w Polsce – 2023*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2023.
196. *Raport na temat dostępności usług medycznych w Polsce: Stan na rok 2022*. Fundacja My Pacjenci, Warszawa 2022.
197. *Raport o stanie służby zdrowia w Polsce – 2023*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2023.
198. *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*. Najwyższa Izba Kontroli. Departament Zdrowia, Warszawa 2018
199. Regester M., Larkin J., *Zarządzanie kryzysem*. PWE. Warszawa 2005.
200. Reid J., *Crisis Management: Planning and media Relations for The Design and Construction Industry*. John Wiley&Sons Inc, New York 2000.
201. Rogowski W., Zyśk R., Krzakowski M., *Programy lekowe w onkologii. Jak optymalnie wykorzystać ich możliwości? Onkologia w praktyce Klinicznej – Edukacja*, 4(5)/2018.
202. Rogulska B., *Rząd wobec epidemii-oceny w drugiej połowie czerwca. Komunikat z badań*. CBOS. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, 2020(79).
203. Rozwadowska B., *Public Relations. Teoria, praktyka, perspektywy*. Studio EMKA, Warszawa 2009.
204. Rydzak W., *Reputacja a działania informacyjne organizacji w sytuacjach kryzysowych i determinanty ich wyboru*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2011.
205. Rysz S. J., *Zarządzanie kryzysowe zintegrowane*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2016.
206. Saltman R.B., Busse R., Figueras J., *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press, 2020.
207. Samardakiewicz E., Gorbaniuk O., *Zarządzanie antykryzysowe a wizerunek firmy. Organizacja i Kierowanie*, 147(4)/2011.
208. Scheres J., Curfs I., *Dutch public health policy during the COVID-19 pandemic of the first half of 2020. Answers from Dutch authors on public health activities during the COVID-19 pandemic. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia*, 2020.
209. Seroka-Stolka O., *Proaktywne podejście przedsiębiorstwa do ochrony środowiska – kontekst strategiczny*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2017, nr 463.
210. Seroka-Stolka O., *Proaktywne podejście przedsiębiorstwa do ochrony środowiska – kontekst strategiczny*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 463/2017.
211. Sęk H., *Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi. Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(2)/2005.
212. Sienkiewicz-Małyjurek K., Krynojewski F. *Zarządzanie kryzysowe w administracji publicznej*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2011.
213. Sienkiewicz-Małyjurek K., Krynojewski F.R., *Zarządzanie kryzysowe w administracji publicznej. Zarządzanie bezpieczeństwem*. Difin, Warszawa 2010.
214. Sienkiewicz-Małyjurek K., *Możliwości i problemy zastosowania sztucznej inteligencji w zarządzaniu kryzysowym. Bezpieczeństwo – Teoria i Praktyka*, nr 1/2024.

215. Sienkiewicz-Małyjurek K., Odporność i przedsiębiorczość w zarządzaniu kryzysowym. [w:] M. Ćwiklicki, K. Sienkiewicz-Małyjurek (red.), *Ekonomia Społeczna. Przedsiębiorczość społeczna w czasie kryzysu*. Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 2020.
216. Sienkiewicz-Małyjurek K., Podstawowe aspekty zarządzania kryzysowego. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, seria: *Organizacja i Zarządzanie*, z. 48/2002.
217. Sienkiewicz-Małyjurek K., *Skuteczne zarządzanie kryzysowe*. Difin, Warszawa 2015.
218. Sienkiewicz-Małyjurek K., Zarządzanie kryzysowe w ujęciu procesowym – istota, zadania, efekty. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 11 (12 Bezpieczeństwo i zarządzanie kryzysowe-uwarunkowania XXI wieku. Współczesne aspekty zarządzania bezpieczeństwem)/ 2010.
219. Siuta-Tokarska B., *SMEs during the COVID-19 Pandemic Crisis. The Sources of Problems, the Effects of Changes, Applied Tools and Management Strategies – The example of Poland*, “Sustainability”, MDPI, 13(18), 2021.
220. Siuta-Tokarska B., Zarządzanie organizacją w czasie kryzysu-badania empiryczne przedsiębiorstw w Polsce w dobie globalnego kryzysu ekonomicznego z początku XXI wieku. *Problemy Zarządzania*, 1/2011 (31).
221. Slatter S., Lovett D., *Restrukturyzacja firmy. Zarządzanie przedsiębiorstwem w sytuacjach kryzysowych*. WIG-Press, Warszawa 2001.
222. *Słownik biznesu i zarządzania*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
223. *Słownik wyrazów obcych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
224. Smoleński S., Plany zarządzania kryzysowego wobec współczesnych zagrożeń. SGSP, 2023.
225. Sobera W., Komunikowanie rządowe w Polsce w pierwszym roku pandemii koronawirusa – wybrane aspekty. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio K–Politologia*, 29(1)/2022.
226. Sobolewski G., Majchrzak D., Solejko Z., *Uwarunkowania organizacji i funkcjonowania systemu zarządzania kryzysowego RP*. Wydawnictwo AON, Warszawa 2014.
227. Sowa P., *Systemy ochrony zdrowia w Europie: Polska na tle krajów UE*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018.
228. Sowińska E., Ślusarczyk B., Niedobory kadrowe w polskim systemie ochrony zdrowia – analiza sytuacji i prognozy. *Ekonomia i Zarządzanie w Ochronie Zdrowia*, 18(2)/2019.
229. *Stan liczbowy lekarzy i lekarzy dentyistów według województw*. Centralny Rejestr Lekarzy RP. Naczelna Izba Lekarska, 2022.
230. Stanisławski P., *Zarządzanie finansami w sektorze ochrony zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2021.
231. Staniszevska L., Kruszewska K., *Alert prawny. Ograniczenie świadczenia pracy w wielu miejscach przez pracowników podmiotów medycznych*, 2020. Pobrane z: <https://wil.org.pl/>
232. Stankiewicz M., Stankiewicz B., Znaczenie szkoleń w zarządzaniu personelem medycznym. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi w Ochronie Zdrowia*, 11(1)/2017.
233. State of Health in the EU: Poland – Country Health Profile 2023. European Commission, Brussels 2023.
234. Stelmach M., Nowe technologie zwiększają efektywność leczenia. *Kurier Medyczny*, 1/2020.
235. Stępień B., Truskolaski Sz., Strategie firm w obliczu sankcji nałożonych na Rosję. [w:] E. Małecka-Ziembińska (red.), *Prawo i ryzyko celne*. Wydawnictwo UEP, Poznań 2024.
236. *Strategia zarządzania kryzysowego w polskim systemie ochrony zdrowia na lata 2021-2026*. Ministerstwo Zdrowia, 2021.

237. *Strengthening health security by implementing the International Health Regulations*. World Health Organization, 2020.
238. Strzemecki P., *Strategie organizacji w sytuacji kryzysowej*. Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku, Nauki Ekonomiczne, t. XXII, 2015.
239. Sułkowski Ł., Sokołowski J., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Przedsiębiorstwo Specjalistyczne Absolwent, 2001.
240. Syrkiewicz-Światała M., Holeccki T., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia*. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2011.
241. Szmaj A., Bartosik K., *Koniec oklasków, pora na hejt. Agresja wobec medyków coraz częstsza. Dostaje się też nauczycielom*, 2020. Pobrane z: <https://polskatimes.pl/c1-14960022>.
242. Szydło J., Witczak I., *Odnowa zakładu opieki zdrowotnej jako reakcja na zjawiska kryzysowe w Polskim systemie opieki zdrowotnej*. Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 128, Wrocław 2010.
243. Szymańska A., *Public Relations w systemie zintegrowanej komunikacji marketingowej*. Unimex, Wrocław 2004.
244. *Technologie medyczne i ich wpływ na polski system zdrowia*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2023.
245. Tobiasz-Adamczyk B., *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
246. Tomaszuk M., Dymek D., *Zarządzanie kryzysowe w Polsce w obliczu pandemii COVID-19*. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2020.
247. Tomczak D. A., Raport 4: Norway's strategy to cope with Corona pandemics. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2020.
248. Topol E. J., *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine is in Your Hands*. Basic Books, 2019.
249. Tubielewicz K., *Koncepcja zarządzania kryzysowego w tworzeniu strategii współczesnego przedsiębiorstwa*. Zeszyty Naukowe, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, nr 171, s. 397-407, Poznań 2011.
250. Tworzydło D., Gawroński S., *Model skuteczności reakcji w organizacji czulej na zdarzenia kryzysowe oraz wizerunkowe elementy składowe systemu odpornościowego organizacji. Na podstawie badań przeprowadzonych wśród polskich przedsiębiorców*. *Studia Medioznawcze*, T. 23, nr 3(90), 2022.
251. Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).
252. Ustawa z 16 lipca 2004 roku Prawo telekomunikacyjne, Dz. U. 2004, Nr 171, poz. 1800.
253. Ustawa z 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Dz. U. 2002, Nr 144, poz. 1204.
254. Ustawa z 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym, Dz.U., nr 89, poz. 590 z późn.zm.
255. Ustawa z 8.10.2020 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz. U. 2020. poz. 1845, art. 47.
256. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków (Dz. U. 2011. Nr 122 poz. 696).
257. Ustawa z dnia 18 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.).
258. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135).

259. Van Dierendonck D., Schaufeli W.B., Sixma H. J., Wypalenie zawodowe wśród lekarzy ogólnych z perspektywy równości. [w:] H. Sęk, (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, 2000.
260. Walas-Trębacz J., Ziarko J., *Podstawy zarządzania kryzysowego. Część 2, Zarządzanie kryzysowe w przedsiębiorstwie*. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.
261. Walas-Trębacz, J., Sołtysik, M., System zarządzania kryzysowego w przedsiębiorstwie. *Organizacja i Kierowanie*, nr 4/2014.
262. Walecka A., Zakrzewska-Bielawska A., *Strategie antykryzysowe i modele zarządzania przedsiębiorstwem w kryzysie. Przedsiębiorstwo w warunkach kryzysu*. Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2009, 3(2).
263. Wawrzyniak B., *Odnawianie przedsiębiorstwa. Na spotkanie XXI wieku*. Poltext, Warszawa 1999.
264. Węgrzyn M., Koszty badań profilaktycznych w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, (84 (2)/2016).
265. Węgrzyn M., Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, (410)/2015.
266. WHO Health System Response Monitor: Poland, 2023.
267. WHO. *Integrated Care Models: An Overview*. World Health Organization, Geneva 2018.
268. Wieczerzyńska B., *Kryzys w przedsiębiorstwie*. CeDeWu, Warszawa 2009.
269. Więckowska B., Skrzypczak Z., *Challenges in Polish Healthcare System, Health Policy*, 124(9)/2020.
270. Więckowska B., *Sprawozdania i raporty NFZ*. Narodowy Fundusz Zdrowia 2023.
271. Wiśniewska A., Współpłacenie w systemie ochrony zdrowia jako mechanizm finansowania – tendencje i wyzwania. *Polskie Studia Ekonomiczne*, 17(2)/2021.
272. Wiśniewski B., *Zarządzanie informacją w sytuacjach kryzysowych*. Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku Białej, Bielsko-Biała 2009.
273. Włodarczyk C., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*. Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
274. Włodarczyk C., *Zmiany w systemie zdrowia publicznego jako odpowiedź na wyzwania po pandemii*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, 2022.
275. *Wnioski dla kształtowania i prowadzenia polityki publicznej*. Elipsa, Warszawa 2021
276. Wojtyniak B., Goryński P., Ocena systemu nadzoru epidemiologicznego w Polsce w kontekście pandemii COVID-19. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, 2020.
277. Wojtyniak B., Goryński P., Organizacja szpitali tymczasowych w Polsce podczas pandemii COVID-19. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(2)/2020.
278. Wójcik J., *Lekarz: zawód czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej*. Oficyna Wydawnicza Waclaw Walasek, Katowice 2018.
279. Wrotek W., *Informatyka Europejczyka. Technologia informacyjna*. Helion, Warszawa 2006.
280. Wróblewska W., Wojtyniak B., *Teoria przejścia epidemiologicznego i aktualna sytuacja zdrowotna w Polsce*. Spotkanie plenarne Komitetu Nauk Demograficznych PAN, Polska Akademia Nauk, Warszawa 2020.
281. Wróblewski D., Połec B., Ponichtera A., Popielarczyk T., Trzcńska M., Zagadnienia ogólne z zakresu zarządzania ryzykiem i zarządzania kryzysowego. Centrum Naukowo-Badawcze Ochrony Przeciwpożarowej im. Józefa Tuliszkowskiego Państwowy Instytut Badawczy, 2014.

282. Zabłocka-Kluczka A., Próba oceny procesu zarządzania kryzysowego w kontekście zapewnienia Bezpieczeństwa publicznego w Polsce. *Zeszyty Naukowe, Wyższa Szkoła Oficerska Wojsk Lądowych im. gen. T. Kościuszki*, Instytut Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2010.
283. Zaborowski P., *Komunikacja... i co dalej. Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, 2019.
284. Zakrzewska S., Kierunki doskonalenia systemu zarządzania kryzysowego w kontekście ochrony ludności i ratownictwa. *Doctrina. Studia społeczno-polityczne*, 18(18)/2021.
285. *Zdrowie i opieka zdrowotna w Polsce w latach 2022-2023*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2023.
286. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1)/2020.
287. Zelek A., *Zarządzanie kryzysem w przedsiębiorstwie. Perspektywa strategiczna*. Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemśle „Orgmasz”, Warszawa 2003.
288. Zelek A., *Zarządzanie strategiczne. Diagnozy, decyzje, strategie*. Wydawnictwo Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu, Szczecin 2000.
289. Zgajewska-Rytelewska E., Trzeci sektor w zarządzaniu kryzysowym. *Kultura Bezpieczeństwa. Nauka-Praktyka-Refleksje*, (28)/2017.
290. Zgliczynski W., Pinkas J., Cianciara D., Sitarek M., Berdyga T., Nowicka-Wasilewska J., Kawwa J., Telemedycyna w Polsce-bariery rozwoju w opinii lekarzy. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(4)/2013.
291. Zięba R., Zając J., Budowa zintegrowanego systemu bezpieczeństwa narodowego Polski. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010.
292. Zimroz S., Dudzik-Lewicka I., Kryzys a zmiany w zasadach zarządzania przedsiębiorstwem. Wydawnictwo ATH, Bielsko-Biała 2010.
293. Żuławska J.Ż., Wybrane praktyki zarządzania zasobami ludzkimi wspierające przedsiębiorczość w warunkach zagrożenia kryzysem. *Roczniki Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Toruniu*, 11/2012.

Spis tabel

Tabela 1.	Porównanie wybranych strategii zarządzania kryzysowego	56
Tabela 2.	Porównanie strategii reaktywnych i strategii proaktywnych.....	62
Tabela 3.	Zmiany wprowadzane w organizacjach w okresie kryzysu	65
Tabela 4.	Zarządzanie kryzysowe ze względu na skuteczność i determinacje	74
Tabela 5.	Wydatki na ochronę zdrowia ogółem w Polsce na tle międzynarodowym w latach 2021-2022.....	87
Tabela 6.	Porównanie wpływu różnych zasobów na zarządzanie kryzysowe	129
Tabela 7.	Statystyki opisowe dla zmiennych socjodemograficznych (N=787).....	164
Tabela 8.	Zmienne niezależne i zależne, test normalności.....	170
Tabela 9.	Statystyki opisowe dla zmiennych psychologicznych (N=787).....	172
Tabela 10.	Statystyki opisowe dla zmiennych związanych z integracją nowoczesnych technologii informacyjnych (N=787)	173
Tabela 11.	Statystyki opisowe dla zmiennych związanych ze zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich (N=787).....	174
Tabela 12.	Statystyki opisowe dla zmiennych związanych z elastycznymi procesami decyzyjnymi (N=787).....	176
Tabela 13.	Macierz korelacji współczynników r Pearsona między zmiennymi związanymi z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością, a pozostałymi zmiennymi (N=787).....	179
Tabela 14.	Macierz korelacji współczynników r Pearsona między zmiennymi związanymi z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością, a pozostałymi zmiennymi (N=787).....	182
Tabela 15.	Macierz korelacji współczynników r Pearsona między zmiennymi związanymi z elastycznymi procesami decyzyjnymi oraz ich skutecznością, a pozostałymi zmiennymi (N=787).....	184
Tabela 16.	Porównanie strategii zarządzania kryzysowego w Polsce i innych krajach	204
Tabela 17.	Zarządzanie kryzysem i rozwiązania instytucjonalne w trakcie pandemii COVID-19 w międzynarodowej analizie porównawczej.	211
Tabela 18.	Zestawienie szans i ograniczeń związanych z adaptacją międzynarodowych strategii zarządzania kryzysowego w sektorze ochrony zdrowia	229

Spis rysunków

Rysunek 1.	Kryterialne ujęcie definicji kryzysu	16
Rysunek 2.	Pojmowanie kryzysu w ujęciu podobieństw i różnic	19
Rysunek 3.	Teoria zarządzania kryzysowego według W.T. Coombsa	23
Rysunek 4.	Fazy rozwoju kryzysu.....	25
Rysunek 5.	Model zarządzania kryzysowego według A. Zelek.....	26
Rysunek 6.	Wzorzec zarządzania w sytuacji kryzysowej	27
Rysunek 7.	Rodzaje i źródła zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego	30
Rysunek 8.	Podział odpowiedzialności implementacji procedur zarządzania kryzysowego w ochronie zdrowia	33
Rysunek 9.	Najważniejsze cele stosowania technologii informatycznych	38
Rysunek 10.	Budowa Systemu Informacji Geograficznej GIS	40
Rysunek 11.	Źródła danych Systemu Informacji Geograficznej GIS	41
Rysunek 12.	Miejsca publikowania komunikatów w ramach RSO	42
Rysunek 13.	Strategie zarządzania kryzysem według Birchmeier i Köcher.....	51
Rysunek 14.	Strategie reaktywne	59
Rysunek 15.	Działania i strategie proaktywne	61
Rysunek 16.	Cykl zarządzania sytuacją kryzysową z uwzględnieniem planowania i realizacji	69
Rysunek 17.	Kluczowe elementy skutecznych strategii zarządzania kryzysowego	73
Rysunek 18.	Struktura organizacyjna polskiego systemu ochrony zdrowia	82
Rysunek 19.	Źródła finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia	85
Rysunek 20.	Kluczowe wyzwania i problemy w polskim sektorze służby zdrowia.....	92
Rysunek 21.	Kierunek zarządzania kryzysem w polskim sektorze służby zdrowia	93
Rysunek 22.	Sprzężenie zwrotne w sektorze służby zdrowia w Polsce.....	105
Rysunek 23.	Kluczowe czynniki wpływające na skuteczność zarządzania kryzysowego w służbie zdrowia.....	126
Rysunek 24.	Prawidłowy schemat czynników wpływających na skuteczne zarządzanie kryzysowe.....	131
Rysunek 25.	Pożądane kompetencje menedżerskie w polskiej służbie zdrowia.....	143
Rysunek 26.	Pożądane kompetencje personelu medycznego w polskiej służbie zdrowia..	147
Rysunek 27.	Komunikacja pionowa i pozioma w sektorze służby zdrowia	153
Rysunek 28.	Schemat procedury badawczej zastosowanej w rozprawie doktorskiej	161

Rysunek 29. Model analizy ścieżkowej (RMSEA=0,041; CFI=0,979; GFI=0,987; CMIN=42,008; $p<0,01$)	192
Rysunek 30. Model analizy czynnikowej confirmacyjnej z regresją (RMSEA=0,031; CFI=0,987; GFI=0,9849; CMIN=49,022; $p<0,01$)	196
Rysunek 31. Schemat najlepszych praktyk w zarządzaniu kryzysem w sektorze ochrony zdrowia.....	215
Rysunek 32. Kluczowe rekomendacje doskonalenia systemu wczesnego ostrzegania i monitoringu zagrożeń	232

Spis wykresów

Wykres 1. Procentowy wpływ zasobów na zarządzanie kryzysowe.....	130
Wykres 2. Braki kadrowe wśród lekarzy specjalistów w Polsce	134
Wykres 3. Liczba personelu medycznego na 100 tysięcy mieszkańców w Polsce	135
Wykres 4. Wpływ kluczowych kompetencji menedżerów i personelu medycznego na skuteczność zarządzania kryzysowego.	149
Wykres 5. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – płeć	165
Wykres 6. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – stan cywilny	165
Wykres 7. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – model rodziny..	165
Wykres 8. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – miejsce zamieszkania	166
Wykres 9. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – miejsce pracy	166
Wykres 10. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – ilość godzin pracy	166
Wykres 11. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – staż pracy....	167
Wykres 12. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – rodzaj specjalizacji	167
Wykres 13. Statystyki opisowe zmiennych socjodemograficznych (N=787) – ilość zdobytych specjalizacji	167
Wykres 14. Średnia zmiennych psychologicznych (N=787)	172
Wykres 15. Średnia zmiennych związanych z integracją nowoczesnych technologii informacyjnych (N=787).....	173
Wykres 16. Średnia zmiennych związanych ze zrównoważonym podejściem do zasobów ludzkich (N=787)	175
Wykres 17. Średnia zmiennych związanych z elastycznymi procesami decyzyjnymi (N=787)	176
Wykres 18. Zmienne dotyczące zrównoważonego podejścia do zasobów ludzkich.....	193
Wykres 19. Zmienne dotyczące integracji nowoczesnych technologii informacyjnych.....	194
Wykres 20. Zmienne dotyczące procesów decyzyjnych	194

Załączniki

Ankieta

Proszę ocenić (zakreślić) występowanie swoich cech psychologicznych. 1 – cecha zupełnie mniej nie opisująca, 5 – cecha zupełnie bardziej opisująca

Wyczerpanie	1	2	3	4	5
Z dystansowanie	1	2	3	4	5
Nastroj pozytywny	1	2	3	4	5
Nastroj negatywny	1	2	3	4	5
Jakość życia	1	2	3	4	5

Proszę ocenić ważność występujących cech w Pana/Pani firmie. 1 – zupełnie nie ważna, 5 – ważna – 5 cecha zupełnie bardzo ważna

Dostępność i wykorzystanie systemów elektronicznej dokumentacji medycznej	1	2	3	4	5
Wdrażanie systemów telemedycyny	1	2	3	4	5
Wykorzystanie systemów analitycznych i wspomagających decyzje	1	2	3	4	5
Szybkość adaptacji i wdrażania nowych technologii	1	2	3	4	5
Cyberbezpieczeństwo i ochrona danych	1	2	3	4	5
Skalowalność i elastyczność systemów IT	1	2	3	4	5
Stosowanie rozwiązań mobilnych	1	2	3	4	5
Poziom wykształcenia i przygotowania personelu do reagowania na kryzysy	1	2	3	4	5
Dostępność wykwalifikowanego personelu	1	2	3	4	5
Strategie zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym	1	2	3	4	5
Wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla personelu	1	2	3	4	5
Polityka elastycznego czasu pracy i urlopów	1	2	3	4	5
Struktura organizacyjna i łańcuch dowodzenia	1	2	3	4	5
Procesy komunikacji i wymiany informacji	1	2	3	4	5
Mechanizmy podejmowania decyzji	1	2	3	4	5
Procesy podejmowania decyzji w warunkach niepewności	1	2	3	4	5
Plany i procedury reagowania na kryzysy	1	2	3	4	5
Skuteczność strategii zarządzania kryzysem	1	2	3	4	5

Proszę zakreślić kategorię zmiennej socjodemograficznej, która dotyczy Pana/Panią

Wiek w latach				
Płeć	kobieta	mężczyzna		
Stan cywilny	panna/kawaler	zamężna/żonaty	rozwidziona/roz wiedziona	
Model rodziny	przed założeniem rodziny	rodzina bezdzienna	rodzina z jednym dzieckiem	rodzina wielodzietna
Miejsce zamieszkania	wieś	małe miasto	średnie miasto	duże miasto
Miejsce pracy	praca w miejscu zamieszkania	praca poza miejsmem zamieszkania	praca w miejscu zamieszkania i poza miejscem zamieszkania	
ilość godzin w pracy	do 5 godzin	od 5 do 8 godzin	od 8 do 12 godzin	powyżej 12 godzin
Staż pracy	od 0 do 5 lat pracy	od 6 do 20 lat pracy	od 20 do 30 lat pracy	powyżej 30 lat pracy