

Interreg



Współfinansowany przez
UNIE EUROPEJSKĄ

Litwa – Polska

**MEDYCYNĄ
RATUNKOWĄ
W SYTUACJI KONFLIKTU
ZBROJNEGO**

2026

Spis treści

I. INDEKS BEZPIECZEŃSTWA SZPITALI.....	4
II. PRZEPISY PRAWNE NA WYPADEK SYTUACJI KRYZYSOWYCH W POLSCE I NA LITWIE.	18
III. FAZA PRZYGOTOWAWCZA SZPITALA (PRZED WYSTĄPIENIEM ZAGROŻENIA)	23
IV. ZESPOŁY ZASTĘPCZYCH MIEJSC SZPITALNYCH (ZMSZ).....	27
V. FAZA ALARMOWA (INFORMACJA O ZAGROŻENIU/ATAKACH).....	31
VI. FAZA DZIAŁAŃ (MASOWY NAPŁYW RANNYCH/ATAK NA MIASTO).....	33
VII. FAZA EWAKUACJI I CIĄGŁOŚCI DZIAŁANIA	34
VIII. ALGORYTM EWAKUACJI SZPITALA	35
IX. FAZA ODBUDOWY I STABILIZACJI	39
X. SCENARIUSZ ĆWICZEŃ SYTUACJI KRYZYSOWEJ W REJONIE PRZYGRANICZNYM Z ELEMENTAMI EWAKUACJI TRANSGRANICZNEJ	40

WYKAZ SKRÓTÓW

CBRN

C – Chemical (chemiczne): dotyczy toksycznych substancji, np. gazów bojowych (sarin, chlor), pestycydów czy materiałów przemysłowych, które mogą powodować zatrucia lub obrażenia.

B – Biological (biologiczne): odnosi się do zagrożeń opartych na drobnoustrojach, wirusach lub toksynach, takich jak wirus Ebola, SARS-CoV-2 czy patogeny stosowane jako broń (np. węglik).

R – Radiological (radiologiczne): związane z rozprzestrzenianiem materiałów promieniotwórczych – np. „brudna bomba”, która rozrzuca promieniowanie bez wybuchu nuklearnego.

N – Nuclear (nuklearne): obejmuje pełne eksplozje jądrowe i emisję promieniowania jonizującego z potencjalnie katastrofalnymi skutkami zdrowotnymi i środowiskowym

- HSI – WHO- Lista kontrolna – ocena bezpieczeństwa szpitala WHO
- LPR - Lotnicze Pogotowie Ratunkowe
- NHCR – United Nations High Commissioner for Refugees - Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców
- NGO - Non-Governmental Organization, czyli organizacja pozarządowa, działająca na zasadach non-profit.
- OIT - Oddział Intensywnej Terapii.
- OSP – Ochotnicza Straż Pożarna
- PAH - Polska Akcja Humanitarna.
- PCK – Polski Czerwony Krzyż

- PSP – Państwowa Straż Pożarna
- PRM - Państwowe Ratownictwo Medyczne
- RARS -Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych
- RCB - Rządowe Centrum Bezpieczeństwa.
- WOT – Wojska Obrony Terytorialnej,
- WHO – World Health Organization - Światowa Organizacja Zdrowia
- ZMSZ - Zespoły Zastępczych Miejsc Szpitalnych

I. INDEKS BEZPIECZEŃSTWA SZPITALI¹

Celem niniejszego przewodnika dla oceniających jest zapewnienie osobom oceniającym dotyczące stosowania listy kontrolnej, oceny bezpieczeństwa szpitala i obliczania wskaźnika bezpieczeństwa szpitala. Ocena ułatwi określenie zdolności szpitalnych do dalszego świadczenia usług w następstwie zdarzenia niepożądanego i będzie kierować działaniami niezbędnymi do zwiększenia bezpieczeństwa i gotowości szpitala do reagowania i powrotu do zdrowia w nagłych przypadkach i katastrof. W tym dokumencie terminy „bezpieczne” obejmują bezpieczeństwo strukturalne i niestrukturalne oraz możliwości zarządzania kryzysowego i związane z klęskami żywiołowymi w szpitalu.

Hospital Safety Index jest miernikiem stopnia przystosowania szpitala do funkcjonowania w warunkach katastrofy, w tym również w warunkach wojennych.

Klasa A oznacza szpital bardzo bezpieczny, który nawet w warunkach katastrofy jest w stanie zachować ciągłość działania i udzielać świadczeń medycznych.

Klasa B wskazuje na umiarkowany poziom bezpieczeństwa – szpital funkcjonuje, lecz wymaga wprowadzenia usprawnień w celu pełnego przygotowania na sytuacje kryzysowe.

Klasa C oznacza szpital niebezpieczny, w którym istnieje wysokie ryzyko utraty zdolności działania podczas katastrofy.

Lista kontrolna HSI WHO w sposób konkretny określa, czy szpital będzie w stanie utrzymać ciągłość działania w warunkach katastrofy, w tym konfliktu zbrojnego:

1. Określić rzeczywisty stopień przygotowania szpitala

¹ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548984>

– sprawdzić, czy placówka jest zdolna do działania w warunkach kryzysowych (katastrofa, wojna, epidemia, awaria infrastruktury).

2. Zidentyfikować słabe punkty systemu

– wykryć braki w infrastrukturze, wyposażeniu, procedurach, szkoleniach i organizacji pracy.

3. Ustalić priorytety naprawcze

– wskazać, które elementy wymagają natychmiastowej poprawy, aby zwiększyć odporność szpitala.

4. Zaplanować rozwój i inwestycje

– umożliwić racjonalne planowanie modernizacji budynków, systemów i zasobów.

5. Zwiększyć ciągłość działania szpitala

– nadrzędnym celem jest zapewnienie, że szpital **nie przerwie działalności wtedy, gdy jest najbardziej potrzebny**.

6. Wspierać zarządzanie kryzysowe

– pomaga przygotować personel, struktury dowodzenia i procedury na sytuacje ekstremalne.

Lista kontrolna – ocena bezpieczeństwa szpitala (HSI – WHO) HOSPITAL SAFETY

INDEX

Oto **lista 151** zagadnień z listy kontrolnej WHO Hospital Safety Index (HSI) – **Moduł 1** i kolejne – **bezpieczeństwo szpitala w kontekście zagrożeń i zarządzania kryzysowego**:

Moduł 1: Zagrożenia wpływające na bezpieczeństwo szpitala i jego rola w zarządzaniu kryzysowym

Zagrożenia geologiczne:

- trzęsienia ziemi,
- aktywność i erupcja wulkaniczna,
- ruchy masowe suche – osuwiska,
- tsunami,
- inne zagrożenia geologiczne (np. obrywy skalne, zapadanie się terenu, lawiny błotne).

Zagrożenia meteorologiczne:

- tornada,
- lokalne burze.

Zagrożenia hydrologiczne:

- powódzie rzeczne,
- nagłe powódzie.

Zagrożenia klimatyczne:

- ekstremalne temperatury (fale upałów, mrozy, ekstremalne warunki zimowe).

Zagrożenia biologiczne

- epidemie, pandemie i choroby nowe lub odzwierzęce,
- zatrucia pokarmowe,
- inwazje szkodników (np. plagi, insekty, gryzonie).

Zagrożenia spowodowane działalnością człowieka

Zagrożenia technologiczne:

- zagrożenia przemysłowe (chemiczne, radiacyjne),
- pożary (np. w budynku),
- skażenia chemiczne,

- skażenia biologiczne,
- skażenia radiologiczne.

Zagrożenia społeczne:

- zagrożenia bezpieczeństwa budynku szpitala i personelu,
- konflikty zbrojne,
- niepokoje społeczne (w tym demonstracje),
- zgromadzenia masowe,
- przemieszczenia ludności (uchodźcy),
- inne zagrożenia społeczne (np. eksplozje, akty terroryzmu).

Właściwości geotechniczne gruntu:

- upłynnianie gruntu,
- gleby gliniaste,
- niestabilne zbocza.

Wcześniejsze zdarzenia wpływające na bezpieczeństwo szpitala:

1. Poważne uszkodzenia konstrukcji budynku,
2. Budowa lub naprawa zgodna z aktualnymi normami bezpieczeństwa,
3. Wpływ modernizacji/remontów na strukturę budynku.

Integralność konstrukcji budynku:

4. Projekt systemu konstrukcyjnego,
5. Stan techniczny budynku,
6. Stan materiałów budowlanych,
7. Wpływ elementów niekonstrukcyjnych na całość,
8. Bliskość innych budynków (ryzyko wstrząsów wtórnych),
9. Bliskość budynków (efekt tunelowy i ryzyko pożaru),

- 10.Redundancja konstrukcyjna,
- 11.Detale konstrukcyjne, połączenia,
- 12.Stosunek wytrzymałości kolumn do belek,
- 13.Bezpieczeństwo fundamentów,
- 14.Nieregularności w planie budynku,
- 15.Nieregularności w elewacji,
- 16.Nieregularności w wysokości kondygnacji,
- 17.Integralność konstrukcji dachu,
- 18.Odporność na inne zagrożenia niż trzęsienia i silne wiatry.

Bezpieczeństwo architektoniczne:

- 19.Uszkodzenia i naprawy elementów niekonstrukcyjnych,
- 20.Stan drzwi, wyjść i wejść,
- 21.Stan okien i żaluzji,
- 22.Stan elewacji (ściany zewnętrzne),
- 23.Stan pokrycia dachowego,
- 24.Balustrady,
- 25.Ogrodzenia i mury zewnętrzne,
- 26.Inne elementy architektoniczne (gzymsy, kominy),
- 27.Warunki poruszania się na zewnątrz budynku,
- 28.Warunki poruszania się wewnątrz budynku (korytarze, schody),
- 29.Ściany wewnętrzne i przegrody,
- 30.Sufity podwieszane,
- 31.System wind,
- 32.Schody i podjazdy,
- 33.Posadzki i pokrycia podłóg.

Ochrona infrastruktury, dostęp i bezpieczeństwo fizyczne:

- 34. Lokalizacja kluczowej infrastruktury i sprzętu względem zagrożeń
- 35. Trasy dojazdowe do szpitala
- 36. Wyjścia awaryjne i trasy ewakuacyjne
- 37. Ochrona fizyczna budynku, sprzętu, personelu i pacjentów

SYSTEMY KRYTYCZNE

Systemy zasilania

- 38. Moc alternatywnych źródeł energii elektrycznej (np. generatorów),
- 39. Regularne testy alternatywnych źródeł energii elektrycznej w obszarach krytycznych,
- 40. Stan techniczny i bezpieczeństwo alternatywnego(-ych) źródła(-eł) energii elektrycznej,
- 41. Stan techniczny i bezpieczeństwo urządzeń elektrycznych, przewodów oraz kanałów kablowych,
- 42. Redundantny (rezerwowo) system lokalnego zasilania energią elektryczną,
- 43. Stan techniczny i bezpieczeństwo paneli sterowniczych, wyłączników przeciążeniowych oraz przewodów,
- 44. System oświetlenia w obszarach krytycznych szpitala,
- 45. Stan techniczny i bezpieczeństwo wewnętrznych oraz zewnętrznych systemów oświetlenia,
- 46. Zewnętrzne systemy elektryczne zainstalowane na potrzeby szpitala,
- 47. Awaryjne utrzymanie oraz przywracanie zasilania energią elektryczną i źródeł alternatywnych.

3.3.2 Systemy telekomunikacyjne

- 48. Stan techniczny i bezpieczeństwo anten,

- 49. Stan techniczny i bezpieczeństwo instalacji niskiego oraz bardzo niskiego napięcia (internet, telefonia),
- 50. Alternatywne systemy łączności,
- 51. Stan techniczny i bezpieczeństwo urządzeń telekomunikacyjnych oraz okablowania,
- 52. Wpływ zewnętrznych systemów telekomunikacyjnych na łączność szpitalną,
- 53. Bezpieczeństwo lokalizacji systemów telekomunikacyjnych,
- 54. Stan techniczny i bezpieczeństwo wewnętrznych systemów łączności,
- 55. Awaryjne utrzymanie oraz przywracanie standardowych i alternatywnych systemów łączności.

3.3.3 Systemy zaopatrzenia w wodę

- 57. Lokalizacja zbiorników magazynowania wody,
- 58. Bezpieczeństwo systemu dystrybucji wody,
- 59. Alternatywne źródło zaopatrzenia w wodę w stosunku do podstawowego systemu,
- 60. Dodatkowy (uzupełniający) system pompowy,
- 61. Awaryjne utrzymanie oraz przywracanie systemów zaopatrzenia w wodę,
- 61. Zbiorniki, bezpieczeństwo systemów, pompy awaryjne.

3.3.4 Systemy przeciwpożarowe

- 62. Stan techniczny i bezpieczeństwo systemu ochrony przeciwpożarowej biernej,
- 63. Systemy wykrywania pożaru i dymu,

- 64. Systemy gaszenia pożaru (automatyczne i ręczne),
- 65. Zaopatrzenie w wodę do celów gaśniczych,
- 66. Awaryjne utrzymanie oraz przywracanie systemu ochrony przeciwpożarowej.

3.3.5 Systemy gospodarki odpadami

- 67. Bezpieczeństwo systemów odprowadzania ścieków niezagrażających,
- 68. Bezpieczeństwo ścieków niebezpiecznych oraz odpadów ciekłych,
- 69. Bezpieczeństwo systemu gospodarowania odpadami stałymi niezagrażającymi,
- 70. Bezpieczeństwo systemu gospodarowania odpadami stałymi niebezpiecznymi,
- 71. Awaryjne utrzymanie oraz przywracanie wszystkich typów systemów gospodarowania odpadami szpitalnymi.

3.3.6 Systemy przechowywania paliwa

- 72. Rezerwy paliwa,
- 73. Stan techniczny i bezpieczeństwo naziemnych zbiorników paliwa i/lub butli,
- 74. Bezpieczna lokalizacja magazynowania paliwa w oddaleniu od budynków szpitalnych,
- 75. Stan techniczny i bezpieczeństwo systemu dystrybucji paliwa (zawory, węże, połączenia),
- 76. Awaryjne utrzymanie oraz odtwarzanie rezerw paliwa.

3.3.7 Gazy medyczne

77. Lokalizacja miejsc magazynowania gazów medycznych,

78. Bezpieczeństwo miejsc magazynowania zbiorników i/lub butli z gazami medycznymi,

79. Stan techniczny i bezpieczeństwo systemu dystrybucji gazów medycznych (np. zawory, rurociągi, połączenia),

80. Stan techniczny i bezpieczeństwo butli z gazami medycznymi oraz powiązanego sprzętu w szpitalu,

81. Dostępność alternatywnych źródeł gazów medycznych,

82. Awaryjne utrzymanie oraz przywracanie systemów gazów medycznych.

3.3.8 Systemy ogrzewania, wentylacji i klimatyzacji (HVAC - Heating, ventilation, and air-conditioning)

83. Odpowiednia lokalizacja obudów urządzeń HVA,

84. Bezpieczeństwo obudów urządzeń HVAC,

85. Bezpieczeństwo oraz stan eksploatacyjny urządzeń HVAC (np. kotłów, instalacji wyciągowych),

86. Odpowiednie podparcie kanałów oraz ocena elastyczności kanałów i rurociągów przechodzących przez dylatacje,

87. Stan techniczny i bezpieczeństwo rurociągów, połączeń oraz zaworów,

88. Stan techniczny i bezpieczeństwo urządzeń klimatyzacyjnych,

89. Funkcjonowanie systemu klimatyzacji (w tym stref o podciśnieniu),

90. Awaryjne utrzymanie oraz przywracanie systemów HVAC,

Sprzęt i zaopatrzenie - komputery, sprzęt operacyjny, diagnostyczny, sterylizacyjny, zaopatrzenie w leki i gazy medyczne, defibrylatory, respiratory, zestawy reanimacyjne.

91. Bezpieczeństwo regałów oraz ich zawartości,

92. Bezpieczeństwo komputerów i drukarek,

93. Bezpieczeństwo sprzętu medycznego na salach operacyjnych i w salach wybudzeń (sale pooperacyjne),

94. Stan techniczny i bezpieczeństwo sprzętu radiologicznego oraz obrazowego,

95. Stan techniczny i bezpieczeństwo wyposażenia oraz materiałów laboratoryjnych,

96. Stan techniczny i bezpieczeństwo sprzętu medycznego w oddziale pomocy doraźnej / ratunkowej,

97. Stan techniczny i bezpieczeństwo sprzętu medycznego w oddziale intensywnej lub pośredniej opieki,

98. Stan techniczny i bezpieczeństwo wyposażenia oraz umeblowania apteki,

99. Stan techniczny i bezpieczeństwo wyposażenia oraz materiałów w centralnej sterylizacji,

100. Stan techniczny i bezpieczeństwo sprzętu medycznego do nagłych przypadków położniczych oraz opieki neonatologicznej,

101. Stan techniczny i bezpieczeństwo sprzętu medycznego oraz materiałów do nagłej opieki nad oparzeniami,

102. Stan techniczny i bezpieczeństwo sprzętu medycznego medycyny nuklearnej oraz radioterapii,

103. Stan techniczny i bezpieczeństwo sprzętu medycznego w innych komórkach organizacyjnych,

- 104. Leki oraz materiały medyczne,
- 105. Narzędzia sterylne oraz inne materiały,
- 106. Sprzęt medyczny wykorzystywany specjalnie w sytuacjach nagłych i katastrofach,
- 107. Zaopatrzenie w gazy medyczne,
- 108. Respiratory mechaniczne objętościowe,
- 109. Sprzęt elektromedyczny,
- 110. Sprzęt podtrzymujący życie,
- 111. Zestawy materiałów, sprzęt lub wózki reanimacyjne do zatrzymania krążenia i oddechu.

Zarządzanie kryzysowe i katastrofami

- 112. Szpitalny Komitet ds. Sytuacji Nagłych i Katastrof,
- 113. Zakres obowiązków oraz szkolenia członków komitetu,
- 114. Wyznaczony koordynator ds. zarządzania sytuacjami nagłymi i katastrofami,
- 115. Program przygotowania wzmacniający reagowanie na sytuacje nagłe i katastrofy oraz proces odbudowy,
- 116. Szpitalny system zarządzania incydentami,
- 117. Centrum Operacji Kryzysowych (EOC),
- 118. Mechanizmy koordynacji oraz współpracy z lokalnymi służbami zarządzania kryzysowego i reagowania na katastrofy,
- 119. Mechanizmy koordynacji oraz współpracy z siecią ochrony zdrowia.

Planowanie odpowiedzi i odzyskiwania:

- Plany awaryjne, pod-plany, aktywacja/dezaktywacja, ćwiczenia, plan odzyskiwania.
- 120. Szpitalny plan reagowania na sytuacje nagłe lub katastrofy,

- 121. Szpitalne plany szczegółowe dla określonych zagrożeń,
- 122. Procedury uruchamiania i dezaktywacji planów,
- 123. Ćwiczenia, ocena oraz działania korygujące w ramach szpitalnego planu reagowania na sytuacje nagłe i katastrofy,
- 124. Szpitalny plan odbudowy po sytuacjach nagłych i katastrofach.

Komunikacja i zarządzanie informacją

- 125. Awaryjna komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna,
- 126. Wykaz interesariuszy zewnętrznych,
- 127. Procedury komunikowania się z opinią publiczną oraz mediami,
- 128. Zarządzanie informacjami o pacjentach.

Zasoby ludzkie - Listy kontaktowe, dostępność personelu, przypisanie obowiązków, dobrostan pracowników (stan psychiczny personelu).

- 129. Lista kontaktowa personelu,
- 130. Dostępność personelu,
- 131. Mobilizacja oraz pozyskiwanie personelu podczas sytuacji nagłej lub katastrofy,
- 132. Zakres obowiązków personelu w reagowaniu na sytuacje nagłe lub katastrofy oraz w procesie odbudowy,
- 133. Dobrostan personelu szpitala podczas sytuacji nagłej lub katastrofy.

Logistyka i finanse - Umowy z dostawcami, transport, zaopatrzenie w żywność i wodę, fundusze awaryjne.

- 134. Umowy z lokalnymi dostawcami i kontrahentami na wypadek sytuacji nagłych i katastrof,
- 135. Transport w czasie sytuacji nagłej,

136. Żywność oraz woda pitna w czasie sytuacji nagłej,

137. Zasoby finansowe na wypadek sytuacji nagłych i katastrof.

Opieka nad pacjentem i usługi wspierające

138. Ciągłość świadczeń w zakresie opieki doraźnej i intensywnej,

139. Ciągłość kluczowych klinicznych usług wspierających,

140. Zwiększenie dostępnej przestrzeni użytkowej na potrzeby zdarzeń masowych,

141. Triage w przypadku dużych sytuacji nagłych i katastrof,

142. Karty triage oraz inne materiały logistyczne na potrzeby zdarzeń masowych,

143. System kierowania, transportu oraz przyjmowania pacjentów,

144. Procedury nadzoru, zapobiegania i kontroli zakażeń,

145. Usługi psychospołeczne,

146. Procedury pośmiertne w przypadku zdarzeń z masową liczbą ofiar.

Ewakuacja, dekontaminacja i bezpieczeństwo

147–151. Plan ewakuacji, skażenia chemiczne i radiologiczne, izolacja, bezpieczeństwo systemów komputerowych.

147. Plan ewakuacji

148. Dekontaminacja w przypadku zagrożeń chemicznych i radiologicznych

149. Środki ochrony indywidualnej oraz izolacja w przypadku chorób zakaźnych i epidemii

150. Awaryjne procedury bezpieczeństwa

151. Bezpieczeństwo sieci systemów komputerowych

Hospital Safety Index (HSI) jest narzędziem służącym do kompleksowej oceny bezpieczeństwa szpitala oraz jego zdolności do utrzymania ciągłości działania i udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacjach nadzwyczajnych. Obejmuje on ocenę funkcjonowania placówki w warunkach zagrożeń takich jak katastrofy naturalne, awarie infrastrukturalne, epidemie, zdarzenia masowe, a także konflikty zbrojne.

Przedstawione powyżej kryteria stanowią szczegółową listę obszarów podlegających analizie, odnoszącą się do infrastruktury technicznej, wyposażenia medycznego, systemów bezpieczeństwa, organizacji pracy, zarządzania kryzysowego oraz zasobów ludzkich i logistycznych. Zestawienie to może być wykorzystywane do oceny gotowości szpitali oraz innych podmiotów leczniczych do działania w warunkach kryzysowych, w tym w sytuacjach katastrof i wojny, a także do planowania działań naprawczych i wzmacniania odporności systemu ochrony zdrowia.

II. PRZEPISY PRAWNE NA WYPADEK SYTUACJI KRYZYSOWYCH W POLSCE I NA LITWIE.

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2024 r. o ochronie ludności i obronie cywilnej (obowiązuje od 1 stycznia 2025 r.)

Ustawa określa:

- zadania ochrony ludności i obrony cywilnej;
- organy i podmioty realizujące zadania ochrony ludności i obrony cywilnej;
- zasady planowania ochrony ludności i obrony cywilnej;
- zasady funkcjonowania systemów wykrywania zagrożeń oraz powiadamiania, ostrzegania i alarmowania o zagrożeniach;
- zasady użytkowania i ewidencjonowania oraz warunki techniczne obiektów zbiorowej ochrony;
- zasady funkcjonowania i organizację obrony cywilnej oraz sposób powoływania personelu do obrony cywilnej;
- finansowanie ochrony ludności i obrony cywilnej.

2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 stycznia 2025 r. – w sprawie szczegółowej zawartości Programu Ochrony Ludności i Obrony Cywilnej

Wskazanie zadań ochrony ludności i obrony cywilnej, uwzględniające:

- formę i zakres realizacji każdego zadania,
- formę i wysokość planowanych środków na te zadania, zwłaszcza gdy są realizowane przez okres dłuższy niż rok – z rozbiem na lata,
- podmioty przekazujące środki,
- organy i podmioty, które będą zadania realizować,
- harmonogram realizacji zadań z oznaczeniem zadań priorytetowych.

3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 lutego 2025 r. – kryteria uznawania obiektów budowlanych albo ich części za budowle ochronne.

Ustala kryteria techniczne i funkcjonalne, które muszą spełniać obiekty budowlane (lub ich części), aby mogły być uznane za **budowle ochronne** w rozumieniu ustawy. Dotyczy zarówno nowych budowli, jak i **dotychczasowych budowli ochronnych** (np. schrony z czasów PRL), które mogą być dostosowane i włączone do systemu ochrony ludności i obrony cywilnej.

- Niektóre pomieszczenia szpitala (np. piwnice, schrony, sale podziemne) mogą zostać formalnie uznana za budowle ochronne. To oznacza, że szpital staje się także miejscem schronienia ludności cywilnej w czasie zagrożeń (ataków rakietowych, bombardowań, skażeń CBRN).
- Dyrektor szpitala odpowiada za utrzymanie gotowości tych obiektów i ich wyposażenie (wentylacja, zapasy wody, sanitarne warunki).

4. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 lutego 2025 r. – ćwiczenia z zakresu ochrony ludności i obrony cywilnej

Szpitala są obowiązkowo włączane w ćwiczenia prowadzone przez wojewodów i samorządy.

Ćwiczenia obejmują m.in.:

- przygotowanie osób zajmujących stanowiska kierownicze do koordynowania działań ochrony ludności i obrony cywilnej;
- doskonalenie umiejętności indywidualnych kadry kierowniczej w warunkach niedoboru zasobów i kryzysu;
- sprawdzenie gotowości podmiotów ochrony ludności do działania oraz ich zdolności do współpracy w sytuacjach katastrof, awarii czy kryzysów;

- ćwiczenie działań zespołowych i współdziałania z organami ochrony ludności.
- weryfikację współpracy i stosowania dobrych praktyk, m.in. w zakresie:
 - łączności i wymiany informacji,
 - ochrony danych,
 - procedur ratowniczych i pomocowych z planów ratowniczych i zarządzania kryzysowego,
 - podziału kompetencji.
- weryfikację umiejętności prowadzenia dokumentacji w ustalonych formach.

FORMY ĆWICZEŃ

Ćwiczenia mogą być organizowane:

- z udziałem rzeczywistych sił i środków,
- w formie sztabowej.

Ćwiczenia z udziałem rzeczywistych sił i środków – oznaczają obecność podmiotów w terenie i realizację faktycznych działań z użyciem przewidzianych środków (np. sprzętu ratowniczego, karetek, straży pożarnej).

Ćwiczenia sztabowe – prowadzone w salach sztabowych lub symulacyjnie:

- **gry decyzyjne** – doskonalenie procesu informacyjno-decyzyjnego, ocena sytuacji, identyfikacja zagrożeń, szukanie rozwiązań,
- **treningi** – doskonalenie praktycznych działań na poziomie dowodzenia i koordynacji.

5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 marca 2025 r. – elementy porozumienia o wykonywaniu zadań ochrony ludności zawiera:

Wykaz zadań ochrony ludności i obrony cywilnej, z wyszczególnieniem:

- formy i zakresu realizacji poszczególnych zadań,

- wysokości i formy finansowania (zwłaszcza przy zadaniach wieloletnich – rozbić na lata),
- źródeł pochodzenia środków (który organ przekazuje),
- organów i podmiotów odpowiedzialnych za realizację,
- harmonogramu realizacji, ze wskazaniem zadań priorytetowych.

Dla szpitali i podmiotów leczniczych oznacza możliwość ujęcia w Programie środków na: przygotowanie planów awaryjnych, doposażenie w sprzęt kryzysowy, ćwiczenia obrony cywilnej, adaptację pomieszczeń jako obiekty ochronne.

PODSTAWOWE AKTY PRAWNE W ZAKRESIE OCHRONY LUDNOŚCI WEDŁUG PRAWA LITEWSKIEGO:

1. Ustawa Republiki Litewskiej o ochronie ludności (*Civilinės saugos įstatymas*)
 - Określa podstawy prawne i organizacyjne funkcjonowania systemu ochrony ludności.
 - Definiuje prawa i obowiązki instytucji państwowych, samorządowych, podmiotów gospodarczych oraz obywateli w zakresie ochrony ludności.
 - Od dnia 1 stycznia 2010 r. obowiązuje uaktualniona wersja ustawy, a tekst jednolity został opublikowany w internetowym portalu aktów prawnych Sejmu²

²<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActEditions/lt/TAD/TAIS.69957?faces-redirect=true>

2. Ustawa Republiki Litewskiej o zarządzaniu kryzysowym i ochronie ludności
(*Krizių valdymo ir civilinės saugos įstatymas*)

- Obejmuje mechanizmy zarządzania kryzysowego, funkcjonowanie centrów operacyjnych ds. sytuacji nadzwyczajnych, zasady rozpowszechniania informacji itp.
- Weszła w życie 31 grudnia 1998 r. Akt prawny dostępny w portalu Sejmu.²

3. Ustawa Republiki Litewskiej o rezerwie państwowej (*Valstybės rezervo įstatymas*)

- Reguluje gromadzenie i wykorzystanie państwowych zasobów materialnych w czasie sytuacji nadzwyczajnych.
- Ustawa określa tworzenie, gromadzenie, zarządzanie i wykorzystanie rezerw państwowych w sytuacjach nadzwyczajnych, podczas mobilizacji lub w stanie wojny³.

4. Uchwały i protokoły Rządu RL

- Przykład: uchwała z 29 grudnia 2022 r. nr 1317 w sprawie wdrożenia ustawy – obejmuje zasady ogłaszania sytuacji nadzwyczajnych, tworzenia centrów operacyjnych, rekompensowania działalności wolontariuszy itd.⁴

³ <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActEditions/lt/TAD/TAIS.108263>

⁴<https://pagd.lrv.lt/lt/>

III. FAZA PRZYGOTOWAWCZA SZPITALA (PRZED WYSTĄPIENIEM ZAGROŻENIA)

- Opracowanie i aktualizacja **planu działania na czas wojny** (Plan zabezpieczenia szpitala).
- Wyznaczenie **zespołu kryzysowego** (dyrekcja, ordynatorzy, pion techniczny, służby ochrony).
- Szkolenie personelu z zakresu: ochrony ludności, triage, medycyny pola walki, procedur ewakuacyjnych.
- Zabezpieczenie zapasów (leki, płyny infuzyjne, materiały opatrunkowe, krew, środki ochrony osobistej, paliwo, żywność, woda) na min. 72 godziny.
- Weryfikacja systemów technicznych: agregaty, zbiorniki wody, systemy łączności awaryjnej.
- Wyznaczenie stref szpitalnych: **trriage, przyjęcie masowe, izolatka CBRN, strefa ewakuacyjna, schron.**

SCHEMAT TWORZENIA LISTY PERSONELU SZPITALNEGO NA WYPADEK KATASTROFY/KONFLIKTU

1. Identyfikacja potrzeb

- **Rodzaj zdarzenia:** katastrofa naturalna, technologiczna, epidemia, konflikt zbrojny.
- **Skala zagrożenia:** lokalna / regionalna / krajowa.
- **Możliwe zadania:** ewakuacja, medycyna ratunkowa, opieka nad ludnością cywilną, logistyka, bezpieczeństwo.

2. Kategorie personelu

1. Medyczny i ratowniczy:

- lekarze (chirurdzy, anesteziolodzy, interniści, pediatrizy),
- pielęgniarki i ratownicy medyczni,
- psychologodzy i psychiatrzy kryzysowi,
- technicy RTG, laboranci, farmaceuci.

2. Wsparcie techniczne:

- technicy sprzętu medycznego,
- elektrycy, mechanicy, hydraulicy,
- informatycy (systemy teleinformatyczne, łączność).

3. Logistyka i zaopatrzenie:

- kierowcy (karetki, transport ciężarowy),
- magazynierzy, osoby odpowiedzialne za paliwo, wodę, żywność,
- kucharze i pomoc kuchenna.

4. Bezpieczeństwo i ochrona:

- ochrona fizyczna obiektu (współpraca z policją, wojskiem, strażą pożarną),
- osoby odpowiedzialne za kontrolę dostępu, ewakuację.

5. Administracja i koordynacja:

- kierownictwo placówki / sztab kryzysowy,
- osoby odpowiedzialne za dokumentację, raportowanie, łączność ze sztabami kryzysowymi.

3. Struktura listy personelu:

- Imię i nazwisko,
- Stanowisko / specjalizacja,
- Numer telefonu / kontakt awaryjny,
- Zakres odpowiedzialności,

- Dyspozycyjność (np. 24/7, w godzinach X-Y),
- Osoba rezerwowa (backup).

4. Zasady planowania:

- **Redundancja** – do każdej kluczowej funkcji wyznaczyć min. 2 osoby.
- **Podział na zmiany** – aby utrzymać ciągłość działania (np. 12h dyżury).
- **Weryfikacja kompetencji** – regularne szkolenia, ćwiczenia kryzysowe.
- **Aktualizacja listy** – min. co 6 miesięcy.
- **Kopie listy** – w formie papierowej i cyfrowej, dostępne w sztabie kryzysowym.

Podmiotami ochrony ludności są m.in. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa, jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej wraz z ochotniczymi, zakładowymi, gminnymi i powiatowymi strażami pożarnymi, służbami ratowniczymi terenowymi i zakładowymi, a także Związek Ochotniczych Straży Pożarnych, Polski Czerwony Krzyż, organizacje harcerskie i skautowe objęte Honorowym Protektoratem Prezydenta RP, Caritas Polska i podmioty współpracujące, Polski Związek Łowiecki, Polski Związek Wędkarski, Aeroklub Polski, Służba Poszukiwania i Ratownictwa Lotniczego (ASAR) oraz Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa (SAR).

Po stronie litewskiej system ochrony ludności i reagowania kryzysowego opiera się na współdziałaniu struktur państwowych i samorządowych oraz organizacji społecznych i ratowniczych. Kluczową rolę odgrywają instytucje rządowe i centralne, w szczególności Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Republiki Litewskiej, Departament Ochrony Przeciwpożarowej i Ratownictwa (PAGD) oraz Narodowe Centrum Zarządzania Kryzysowego, które odpowiadają za koordynację działań w sytuacjach nadzwyczajnych.

System uzupełniają służby ratownicze i porządkowe, takie jak Litewska Policja, Państwowa Straż Graniczna Litwy oraz Litewskie Siły Zbrojne, zapewniające bezpieczeństwo publiczne, ochronę granic oraz wsparcie operacyjne i logistyczne w czasie kryzysów. Istotnym elementem są również struktury ratownictwa medycznego i ochrony zdrowia, w tym Państwowa Służba Ratownictwa Medycznego Litwy oraz Narodowe Centrum Zdrowia Publicznego, odpowiedzialne za reagowanie na zagrożenia epidemiologiczne, sanitarne i biologiczne. W system ochrony ludności włączone są także organizacje humanitarne i społeczne, takie jak Litewski Czerwony Krzyż, który prowadzi działania pomocowe na rzecz ludności cywilnej i uchodźców, oraz Litewski Związek Strzelców – organizacja paramilitarna wspierająca obronę cywilną oraz wzmacnianie odporności społecznej państwa.

IV. ZESPOŁY ZASTĘPCZYCH MIEJSC SZPITALNYCH (ZMSZ)

1. Definicja i cel

ZMSz to tymczasowe struktury medyczne organizowane poza istniejącymi szpitalami w celu:

- zwiększenia liczby miejsc dla rannych i chorych,
- odciążenia szpitali rejonowych i wojewódzkich,
- zapewnienia ciągłości leczenia w razie przeciążenia systemu ochrony zdrowia.

2. Podstawa prawna i koordynacja

Tworzenie i rozwijanie ZMSZ wynika z obowiązków administracji publicznej w zakresie ochrony ludności i obrony cywilnej (ustawa z 5 grudnia 2024 r. oraz rozporządzenia wykonawcze).

Organizacją zajmuje się Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego w urzędach wojewódzkich i starostwach powiatowych. Współpraca: wojewoda, samorząd, szpitale, Państwowe Ratownictwo Medyczne, wojsko, RARS (Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych).

Na Litwie odpowiednikiem polskich „Zespołów Zastępczych Miejsc Szpitalnych” są rozwiązania funkcjonujące w ramach systemu ochrony ludności, obrony cywilnej i planowania kryzysowego, choć nie występują one pod jedną, formalną nazwą identyczną jak w Polsce.

Na Litwie funkcjonują tymczasowe i alternatywne struktury opieki medycznej, uruchamiane w sytuacjach kryzysowych, katastrofach, epidemiach lub w czasie

zagrożenia militarne. Ich organizacja opiera się na współpracy systemu ochrony zdrowia, struktur zarządzania kryzysowego oraz wojska.

Formy zastępczych miejsc szpitalnych stosowane na Litwie:

Tymczasowe punkty medyczne i szpitale polowe organizowane przez Litewskie Wojsko (również we współpracy z NATO). Adaptowane obiekty cywilne (hale sportowe, szkoły, centra wystawiennicze) przekształcane w miejsca hospitalizacji lub opieki długoterminowej.

Mobilne zespoły medyczne i punkty segregacji (trriage) działające poza infrastrukturą szpitalną. Rezerwowe łóżka szpitalne uruchamiane w ramach regionalnych planów kryzysowych.

3. Lokalizacja i infrastruktura

ZMSz mogą być rozwijane w:

- halach sportowych, szkołach, internatach, domach kultury,
- nieużywanych obiektach szpitalnych lub sanatoryjnych,
- Przychodnie lekarskie, punkty apteczne, laboratoria medyczne
- namiotach modułowych i polowych miasteczkach medycznych (np. z zasobów wojska, PSP – Państwowej Straży Pożarnej).

Warunki minimalne:

- dostęp do wody, energii, kanalizacji,
- możliwość transportu karetkami,
- zabezpieczenie logistyczne (wyżywienie, odpady medyczne).

4. Struktura organizacyjna

- Kierownik ZMSz – zwykle wyznaczony przez wojewodę w porozumieniu ze szpitalem.

- Personel: lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, technicy, wolontariusze (często z rezerwy medycznej, wojska, WOT – Wojska Obrony Terytorialnej, NGO-sów).

Koordinacja działań na Litwie w tym zakresie realizowana jest głównie przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Republiki Litewskiej oraz Ministerstwo Zdrowia Republiki Litewskiej, przy ścisłej współpracy z Departamentem Ochrony Przeciwpożarowej i Ratownictwa (PAGD). W ramach tego systemu na Litwie organizowane są alternatywne i tymczasowe miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, przeznaczone do wykorzystania w sytuacjach kryzysowych, katastrofach oraz innych zdarzeniach nadzwyczajnych.

Moduły ZMSz:

- izba przyjęć z triage,
- oddział obserwacyjno-wewnętrzny,
- część zabiegowo-opatrunkowa,
- strefa intensywnego nadzoru (kilka łóżek OIT z respiratorami przenośnymi),
- logistyka (aparatownia, magazyn leków, kuchnia polowa).

5. Zadania ZMSz

- przyjęcie i segregacja poszkodowanych (trriage katastroficzny),
- zapewnienie podstawowej opieki medycznej i stabilizacji pacjentów,
- leczenie lżejszych przypadków, które nie wymagają pełnoszpitalnych zasobów,
- przygotowanie do ewakuacji pacjentów ciężkich do szpitali wyższego szczebla,

- współpraca z PRM Państwowego Ratownictwa Medycznego i jednostkami wojskowymi.

6. Zasady funkcjonowania

- czas rozwinięcia: w zależności od lokalizacji i zasobów – od kilku do kilkunastu godzin;
- okres działania: do czasu przywrócenia zdolności szpitali lub uruchomienia szpitali polowych/wojskowych;
- zasilanie i logistyka: dostarczane przez samorząd, RARS, wojsko lub inne jednostki administracji kryzysowej;
- ćwiczenia: obowiązkowo testowane w ramach wojewódzkich i powiatowych ćwiczeń ochrony ludności i obrony cywilnej.

7. Praktyczne zastosowanie

- masowy napływ rannych podczas katastrof komunikacyjnych, przemysłowych, klęsk żywiołowych;
- wsparcie dla szpitali w sytuacjach epidemii (np. COVID-19 – szpitale tymczasowe);
- zabezpieczenie medyczne w czasie konfliktu zbrojnego (szpitale polowe);
- zwiększenie liczby łóżek w czasie kryzysów migracyjnych czy humanitarnych.

V. FAZA ALARMOWA (INFORMACJA O ZAGROŻENIU/ATAKACH)

- Uruchomienie **szpitalnego zespołu kryzysowego**.
- Wdrożenie **planu działania w stanie zagrożenia wojennego**.
- Wzmocnienie ochrony fizycznej obiektu, zamknięcie dostępu dla osób postronnych.
- Sprawdzenie dostępności personelu, wezwanie rezerwowych (zgodnie z planem mobilizacji).
- Przygotowanie oddziałów do przyjęcia dużej liczby poszkodowanych (zwolnienie łóżek, odroczenie planowych zabiegów).

Procedura mobilizacji szpitala

- automatyczne wezwanie personelu przez system SMS/łączność kryzysową;
- powiadomienie wojewódzkiego centrum zarządzania kryzysowego.

Procedura triage masowego

- wydzielony teren przy szpitalu z oznakowaniem,
- wyposażenie: opaski kolorowe, zestawy ratunkowe, nosze,
- wyznaczenie lidera triage,

Procedura zabezpieczenia infrastruktury

- uruchomienie agregatów prądotwórczych i alternatywnych źródeł wody,
- zabezpieczenie systemów IT i dokumentacji (kopie offline),

stały kontakt z RARS (Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych) w sprawie dostaw leków i krwi.

Po stronie litewskiej odpowiednikiem tego rozwiązania jest utrzymywanie stałej współpracy z instytucjami odpowiedzialnymi za rezerwy państwowe oraz zaopatrzenie medyczne, w szczególności:

Litewska Agencja Rezerw Państwowych– w zakresie dostaw strategicznych, w tym leków, materiałów medycznych i środków ochronnych,

Narodowe Centrum Krwiodawstwa Litwy– w zakresie zabezpieczenia i dystrybucji krwi oraz jej składników.

Procedura ochrony przeciw CBRN

- strefa dekontaminacji przy wejściu,
- osobne wejście/wyjście dla pacjentów skażonych,
- zestawy dekontaminacyjne i odzież ochronna dla personelu.

VI. FAZA DZIAŁAŃ (MASOWY NAPŁYW RANNYCH/ATAK NA MIASTO)

a) Triage i segregacja

- utworzenie punktu przyjęć przedszpitalnych przed SOR-em,
- zastosowanie triage START lub SALT: czerwony – natychmiast, żółty – pilny, zielony – odroczone, czarny – zgon/bez szans,
- priorytet: urazy penetrujące, krwotoki, obrażenia dróg oddechowych, urazy wielonarządowe.

b) Organizacja pracy szpitala

- chirurgia urazowa, Oddział Intensywnej Terapii i blok operacyjny przechodzą w tryb pracy 24/7,
- oddziały o mniejszym znaczeniu przekształca się w dodatkowe miejsca łóżkowe,
- zapewnienie minimalnej, ale ciągłej obsady w pediatrii, internie i położnictwie,
- wdrożenie medycyny o ograniczonych zasobach – zasada „*the greatest good for the greatest number*” to etyczne motto, które głosi, że właściwe działania to takie, które przynoszą największe dobro dla jak największej liczby osób.

c) Ochrona personelu i pacjentów

- schronienie w obiektach zbiorowej ochrony (piwnice, schrony szpitalne),
- wydawanie środków ochrony indywidualnej (maski, kombinezony CBRN),
- procedury dekontaminacji w przypadku skażeń.

VII. FAZA EWAKUACJI I CIĄGŁOŚCI DZIAŁANIA

- Decyzja o ewakuacji części pacjentów do innych ośrodków (koordynacja z wojewodą i RCB).
- Priorytetowo ewakuowani: pacjenci stabilni, przewlekle chorzy, dializowani, wymagający kontynuacji terapii onkologicznej.
- W szpitalu pozostają: pacjenci w stanie krytycznym, wymagający intensywnej terapii i operacji ratujących życie.
- Dokumentacja medyczna prowadzona w trybie uproszczonym (karty katastroficzne).

Po stronie Litewskiej koordynacja jest w oparciu o: Narodowe Centrum Zarządzania Kryzysowego, Departament Ochrony Przeciwpożarowej i Ratownictwa (PAGD), Litewska Policja, Państwowa Straż Graniczna Litwy, Państwowa Służba Ratownictwa Medycznego Litwy, Narodowe Centrum Zdrowia Publicznego, Litewskie Siły Zbrojne.

VIII. ALGORYTM EWAKUACJI SZPITALA

Procedura ewakuacji szpitala

- Priorytetyzacja pacjentów (transport sanitarny, lotniczy, kolejowy);
- Koordynacja z innymi szpitalami województwa;
- Dokumentacja uproszczona – tylko dane identyfikacyjne i podstawowe leczenie.

1. Decyzja o ewakuacji

- Źródło decyzji: **wojewoda / Szef Obrony Cywilnej** lub w sytuacji nagłej – dyrekcja szpitala w porozumieniu z centrum zarządzania kryzysowego.
- Ocena ryzyka: bezpośrednie zagrożenie (atak, zniszczenia, skażenia CBRN, brak wody/energii/ochrony).

W praktyce na Litwie bezpośrednią **decyzję operacyjną** o ewakuacji szpitala może podjąć **dyrektor szpitala**, natomiast w przypadku zagrożeń o większej skali decyzja ta jest **koordynowana lub zatwierdzana przez władze samorządowe i państwowe**, przede wszystkim struktury MSW, Narodowe Centrum Zarządzania Kryzysowego Litwy oraz Ministerstwo Zdrowia.

2. Uruchomienie procedur szpitalnych

- Zwołanie **szpitalnego zespołu kryzysowego**.
- Ogłoszenie alarmu i powiadomienie personelu.
- Kontakt z organami: wojewoda, RCB, PRM, inne szpitale.
- Przygotowanie dokumentacji uproszczonej pacjentów (karty ewakuacyjne, oznaczenia kolorowe).

3. Segregacja pacjentów (triage ewakuacyjny)

Pacjenci dzieleni na kategorie:

Grupa I – transportowani w pierwszej kolejności

pacjenci w stanie stabilnym wymagający kontynuacji leczenia (onkologia, dializy, przewlekłe choroby), kobiety w ciąży, dzieci, osoby z niepełnosprawnościami.

Grupa II – pozostający do stabilizacji, ewakuowani później

wymagający intensywnej terapii, operacji ratujących życie.

Grupa III – niemożliwi do ewakuacji

w stanie krytycznym, bez szans transportu (pozostają w szpitalu do opieki paliatywnej).

4. Przygotowanie do transportu

- wyznaczenie dróg ewakuacyjnych i punktów zbiórki;
- zabezpieczenie pacjentów: opaski identyfikacyjne, dokumentacja, podstawowe leki;
- przygotowanie sprzętu medycznego i leków niezbędnych w transporcie;
- organizacja konwojów (karetki, autobusy, transport wojskowy, kolejowy, lotniczy).

5. Realizacja ewakuacji

- kolejność: dzieci, kobiety w ciąży, pacjenci stabilni, następnie pacjenci wymagający opieki specjalistycznej;
- każdy konwój transportowy zgłaszany do wojewódzkiego centrum zarządzania kryzysowego;
- personel medyczny wyznaczony do opieki w czasie transportu;
- dokumentacja przekazywana wraz z pacjentem (pełna lub uproszczona).

6. Odbiór pacjentów

- koordynacja z szpitalami przyjmującymi w regionie;
- pacjenci kierowani zgodnie z przygotowanym planem ewakuacji wojewody;
- potwierdzenie przyjęcia pacjentów i raportowanie do organów nadrzędnych.

7. Ewakuacja personelu i mienia

- minimalna liczba personelu pozostaje do opieki nad pacjentami krytycznymi;
- część personelu kierowana do szpitali docelowych wraz z pacjentami;
- ewakuacja zapasów leków, krwi, sprzętu ratującego życie.
- ochrona dokumentacji medycznej (kopie elektroniczne/offline).

8. Zabezpieczenie szpitala po ewakuacji

- zabezpieczenie obiektu przed grabieżą i sabotażem.
- ochrona pacjentów niemożliwych do transportu.
- raport końcowy do wojewody i Szefa Obrony Cywilnej.

Po stronie litewskiej system ewakuacji szpitala ma zbliżoną strukturę i opiera się na współdziałaniu administracji państwowej, służb ratowniczych, systemu ochrony zdrowia, wojska, organizacji humanitarnych oraz samorządów lokalnych. W proces ewakuacji zaangażowane są przede wszystkim organy rządowe i centralne, w tym Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Republiki Litewskiej, odpowiedzialne za koordynację ochrony ludności, obrony cywilnej i zarządzania kryzysowego, Ministerstwo Zdrowia Republiki Litewskiej, które odpowiada za koordynację ewakuacji medycznej, zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej oraz wskazywanie

placówek przyjmujących pacjentów, a także Narodowe Centrum Zarządzania Kryzysowego, pełniące funkcję centralnego ośrodka koordynacji działań w sytuacjach nadzwyczajnych.

Istotną rolę odgrywają służby ratownicze i porządkowe, w szczególności Departament Ochrony Przeciwpożarowej i Ratownictwa (PAGD), realizujący ewakuację ludzi, zabezpieczenie obiektów oraz działania ratownictwa technicznego i przeciwpożarowego, Litewska Policja, odpowiedzialna za utrzymanie porządku publicznego, kontrolę ruchu i ochronę tras ewakuacyjnych, a także Państwowa Straż Graniczna Litwy, zapewniająca wsparcie ochronne i logistyczne, zwłaszcza w sytuacjach o charakterze transgranicznym.

W zakresie ochrony zdrowia kluczową rolę pełni Państwowa Służba Ratownictwa Medycznego Litwy, która odpowiada za transport pacjentów, prowadzenie triage ewakuacyjnego oraz zabezpieczenie medyczne działań, a także Narodowe Centrum Zdrowia Publicznego, sprawujące nadzór sanitarno-epidemiologiczny oraz czuwające nad bezpieczeństwem biologicznym.

System ewakuacji wspierany jest również przez struktury wojskowe i obronne, w tym Litewskie Siły Zbrojne, zapewniające wsparcie transportowe i logistyczne, możliwość uruchomienia szpitali polowych oraz ochronę obiektów, a także Litewski Związek Strzelców, który wspiera działania obrony cywilnej i ochronę infrastruktury krytycznej. Uzupełnieniem systemu są organizacje humanitarne, w szczególności Litewski Czerwony Krzyż, zapewniający pomoc humanitarną ewakuowanym pacjentom i personelowi, oraz samorządy lokalne, odpowiedzialne za organizację miejsc przyjęcia, transportu zastępczego oraz zaplecza socjalnego dla osób ewakuowanych.

IX. FAZA ODBUDOWY I STABILIZACJI

- Stopniowe przywracanie normalnego trybu pracy.
- Uzupełnianie zapasów, przyjmowanie pomocy humanitarnej.
- Wsparcie psychologiczne dla personelu i pacjentów.
- Raportowanie strat i wniosków do wojewody, wojska, policji oraz Ministerstwa Zdrowia.

Raportowanie strat i wniosków na Litwie kierowane jest do:

- Narodowe Centrum Zarządzania Kryzysowego,
- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Republiki Litewskiej,
- Ministerstwo Zdrowia Republiki Litewskiej,
- Narodowe Centrum Zdrowia Publicznego,
- Departament Ochrony Przeciwpożarowej i Ratownictwa (PAGD),
- Litewska Policja.

X. SCENARIUSZ ĆWICZEŃ SYTUACJI KRYZYSOWEJ W REJONIE PRZYGRANICZNYM Z ELEMENTAMI EWAKUACJI TRANSGRANICZNEJ

1. Opis sytuacji

W rejonie przygranicznym (powiat X, gmina Y) dochodzi do **eskalacji konfliktu zbrojnego** po stronie państwa sąsiadującego. Na terenie przygranicznym pojawiają się **incydenty zbrojne, ostrzał artyleryjski oraz napływ uchodźców**. W wyniku narastającego zagrożenia konieczne staje się podjęcie działań ochrony ludności, w tym przygotowanie do **ewakuacji części mieszkańców rejonu przygranicznego** na terytorium państwa sojuszniczego (transgranicznie).

2. Założenia początkowe

- Liczba mieszkańców zagrożonego obszaru: ok. 15 000 osób.
- Na terenie gminy znajdują się: szpital powiatowy, 3 szkoły, dom pomocy społecznej, zakład przemysłowy o znaczeniu strategicznym.
- Dwa przejścia graniczne drogowe są zdolne przyjąć ruch ewakuacyjny.
- Istnieje umowa bilateralna między państwami o **wzajemnym przyjmowaniu ewakuowanych ludności cywilnej** i udzielaniu pomocy medycznej.

3. Rozwój wydarzeń

1. **Dzień 1:** incydent zbrojny na granicy, ostrzał kilku miejscowości, ofiary cywilne. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa ogłasza 2. stopień alarmowy CRP i podniesienie gotowości obrony cywilnej.
2. **Dzień 2:** nasilają się ataki, w rejonie powstają zniszczenia infrastruktury krytycznej (linia energetyczna, wodociąg). Samorząd uruchamia gminne plany ewakuacji.
3. **Dzień 3:** władze państwowe podejmują decyzję o **ewakuacji transgranicznej** ludności cywilnej z rejonu do obozów recepcyjnych w państwie sąsiadującym.

4. Działania operacyjne

a) Organizacja ewakuacji

- **Podmioty ochrony ludności** (PSP, OSP, wojsko, policja, PCK, Caritas, organizacje harcerskie) organizują punkty zbiórki.
- **Transport:** autokary, karetki, pojazdy wojskowe przewożą osoby do granicy.
- **Priorytety:**
 1. osoby ranne i chore (transport do szpitali po obu stronach granicy),
 2. dzieci, kobiety ciężarne, osoby starsze i niepełnosprawne,
 3. pozostała ludność.

b) Koordynacja transgraniczna

- Wspólny sztab kryzysowy obu państw wymienia informacje o liczbie ewakuowanych i dostępnych miejsc w ośrodkach recepcyjnych.
- Straż graniczna i służby ochrony granicy przyspieszają procedury odprawy.

- WHO i UNHCR angażują się w pomoc humanitarną (środki medyczne, namioty, wsparcie psychologiczne).

c) Działania na miejscu

- Ewakuowana ludność kierowana jest do ośrodków tymczasowego pobytu (szkoły, hale sportowe, obozy namiotowe).
- Organizacje pozarządowe (Caritas, PCK, PAH) zajmują się dystrybucją żywności, odzieży, środków higieny.
- Służby medyczne przeprowadzają selekcję rannych (triage) i kierują ich do odpowiednich szpitali.

5. Problemy do rozwiązania

- **przeciążenie przejść granicznych** – konieczność uruchomienia dodatkowych korytarzy humanitarnych.
- **brak miejsc w szpitalach lokalnych** – część rannych transportowana lotniczo do szpitali w głębi kraju i za granicą.
- **dezinformacja** – pojawiają się fałszywe komunikaty, konieczne jest stałe informowanie ludności przez lokalne media i aplikacje ostrzegawcze.
- **bezpieczeństwo ewakuowanych** – ryzyko paniki, zagrożenie sabotażem.

6. Rezultat ćwiczenia/scenariusza

- Ludność cywilna zostaje **bezpiecznie ewakuowana** poza obszar bezpośredniego zagrożenia.
- Dzięki współpracy transgranicznej i zaangażowaniu organizacji międzynarodowych zapewniono podstawowe warunki bytowe i medyczne.

- Służby krajowe i lokalne uzyskały doświadczenie w koordynacji dużej operacji humanitarnej.

SCENARIUSZ KRYZYSOWY – SZPITAL PRZYGRANICZNY Z ELEMENTAMI EWAKUACJI TRANSGRANICZNEJ

1. Opis sytuacji

Szpital powiatowy w miejscowości przygranicznej (200 łóżek, w tym OIT, oddział chirurgii, pediatrii, ginekologii, interny) zostaje objęty skutkami eskalacji konfliktu zbrojnego w państwie sąsiednim. Na teren szpitala zaczynają trafiać **ranni cywile z ostrzału**, a jednocześnie pojawia się ryzyko konieczności **ewakuacji pacjentów i personelu** ze względu na bliskość działań zbrojnych.

2. Założenia początkowe

- W szpitalu przebywa: 120 pacjentów, 50 osób personelu na dyżurze.
- Szpital posiada własny plan ewakuacji, uzgodniony z wojewodą i powiatowym centrum zarządzania kryzysowego.
- Zgodnie z porozumieniem bilateralnym, część pacjentów może być **ewakuowana do szpitali w państwie sąsiadującym**.
- Funkcjonuje współpraca z PSP, Policją, LPR, Caritas, PCK i lokalnymi wolontariuszami.

3. Rozwój wydarzeń

1. **Dzień 1:** napływ rannych – oddział ratunkowy zostaje przepełniony, wprowadzony zostaje **system triage** (kolor czerwony, żółty, zielony).
2. **Dzień 2:** uszkodzenia infrastruktury – brak prądu, ograniczone dostawy wody i tlenu. Szpital przechodzi na zasilanie awaryjne.

3. **Dzień 3:** decyzja wojewody i Rządowego Centrum Bezpieczeństwa – rozpoczęcie ewakuacji części pacjentów do szpitali w głębi kraju i za granicą.

4. Działania operacyjne szpitala

a) Organizacja pracy wewnętrznej

- Kierownik szpitala zwołuje **sztab kryzysowy** (dyrekcja, lekarz naczelny, pielęgniarka naczelna, kierownik administracyjny).
- Oddziały przygotowują **listy pacjentów do ewakuacji** (priorytet: intensywna terapia, oddział dziecięcy, pacjenci wymagający zabiegów operacyjnych).
- Tworzona jest dokumentacja medyczna w formie skróconej (karta ewakuacyjna pacjenta).

b) Podział pacjentów wg priorytetów

1. **Pilna ewakuacja** – pacjenci OIT, wymagający respiratora, pacjenci po ciężkich operacjach.
2. **Ewakuacja w drugiej kolejności** – stabilni pacjenci wymagający dalszego leczenia szpitalnego.
3. **Pozostali** – pacjenci, którzy mogą zostać wypisani do domu pod opiekę rodziny lub do punktów recepcyjnych.

c) Ewakuacja i transport

- **Transport medyczny:** karetki PRM, śmigłowce LPR, transport wojskowy.
- **Transport cywilny:** autokary dla osób stabilnych, we współpracy z samorządem.
- **Koordinacja transgraniczna:** za pomocą wojewódzkiego centrum zarządzania kryzysowego i punktów kontaktowych w państwie sąsiednim.

d) Wsparcie organizacji

- **PCK i Caritas** – pomoc w opiece nad pacjentami przewlekle chorymi, dystrybucja żywności i odzieży.
- **Organizacje harcerskie** – wsparcie logistyczne, opieka nad dziećmi.
- **Wojsko i Policja** – zabezpieczenie szpitala, konwojowanie transportów.

5. Problemy do rozwiązania

- **Niewystarczająca liczba karetek** – konieczność użycia transportu wojskowego i śmigłowców.
- **Braki leków i tlenu** – konieczność dostaw transgranicznych.
- **Personel w stresie i zmęczeniu** – konieczne wsparcie psychologiczne.
- **Pacjenci bez rodzin/opiekunów** – potrzebna opieka organizacji społecznych.
- **Dezinformacja** – rozchodzące się plotki o „opuszczeniu szpitala” powodują panikę wśród ludności.

6. Rezultat

- **Bezpieczna ewakuacja pacjentów** wymagających hospitalizacji – część do szpitali krajowych, część do placówek w państwie sojusznicy.
- **Utrzymanie ciągłości działania** – w budynku pozostaje minimalny zespół personelu i pacjenci, których można bezpiecznie leczyć na miejscu.
- **Doświadczenie w ewakuacji transgranicznej** – placówka uzyskuje wiedzę praktyczną do dalszych planów kryzysowych.

MEDYCYNĄ RATUNKOWĄ W SYTUACJI KONFLIKTU ZBROJNEGO



Studium powstało w ramach w ramach projektu nr LTPL00015 pn. „Medycyna ratunkowa w sytuacjach kryzysowych” dofinansowanego ze środków Programu INTERREG VI-A Litwa-Polska 2021-2027

Interreg



Współfinansowany przez
UNIEJ EUROPEJSKĄ

Litwa – Polska

Autor:

dr.n.med. Krzysztof Tyburczy

We współpracy z:

Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach

Szpital Okręgowy w Olicie, Litwa

Prof. Roman Liachowycz, Uniwersytetu Medyczny w Tarnopolu, Ukraina