

EGÉSZSÉGÜGYI INFRASTRUKTÚRÁK BIZTONSÁGA A KORONAVÍRUS ÁRNYÉKÁBAN

1. Bevezetés

Hazánkban a 2012. évi CLXVI. törvény hatályba lépésével új időszámítás kezdődött a kritikus infrastruktúrák védelmének terén. A törvény által meghatározott általános szabályoknak, a horizontális kritériumoknak és a kijelölt ágazati kritériumoknak megfelelően 2016-ban az egészségügyi ágazatban is megkezdődött a létfontosságú rendszerelemek azonosítása, kijelölése és tervszerű védelme. A fekvőbeteg-ellátó intézmények, mint alágazat szintén érintett volt a kijelölésben, így a 2020. évben hazánkat is elérő új típusú koronavírus világjárvány kitörésekor már 4 év üzemeltetői biztonsági és több tíz év egészségügyi válsághelyzeti tervezési gyakorlat és szemléletmód volt a kritikus infrastruktúrák üzemeltetői mögött.

A világjárvány és így a pandémiás védekezési alapelvek mégis meglepetésként érték a teljes ellátórendszert, hiszen száz éves nagyságrendben mérhető, hogy mikor volt utoljára hasonló lefolyású, kimenetelű világjárvány. Ezzel pedig a lokális kockázatértékelés alapú tervrendszerek képtelenek érdemben számolni.

Az üzemeltetői biztonsági gyakorlat során felállított általános problématerképnek természetesen minden eleme negatívan befolyásolta a válsághelyzeti tevékenységet. A Kormány és az Operatív Törzs intézkedései ezeket ellensúlyozandó születtek, ami a problématerkép helytállóságát is bizonyítja.

2. Kritikus infrastruktúrák az egészségügyben

2.1. A jogszabályi háttér

A terrorizmus elleni küzdelem során az Európai Tanács 2004-ben kezdte meg egy átfogó anyag készítését a kritikus infrastruktúrák védelmére, aminek köszönhetően 2005 novemberében elkészült egy zöld könyv a kritikus infrastruktúrák védelmére vonatkozó európai programról. Az Európai Bizottság 2005 decemberében megkezdte a kritikus infrastruktúrák védelmére vonatkozó európai program kidolgozását (European Programme for Critical Infrastructure Protection – a továbbiakban: az EPCIP), mely az összeszély-megközelítésen alapult. 2008. december 8-án mindezek alapján hatályba lépett a Tanács 2008/114/EK irányelve az európai kritikus infrastruktúrák azonosításáról és kijelöléséről, valamint védelmük javítása szükségességének értékeléséről. Az irányelv meghatározza az európai kritikus infrastruktúrák azonosításának és kijelölésének alapelveit, a kritikus infrastruktúrák számára Üzemeltetői Biztonsági Terv készítését és biztonsági összekötő tisztviselő kinevezését írja elő, a tagállamok számára pedig meghatározza, hogy jelöljenek ki az európai kritikus infrastruktúrákkal foglalkozó kapcsolattartó pontot.

A zöld könyv alapján az európai kritikus infrastruktúravédelem során is a szubszidiaritás elve érvényesül. A kritikus infrastruktúravédelem tehát elsősorban nemzeti szinten kezelendő feladat. Ennek megfelelően hazánkban 2012-ben lépett hatályba a kritikus infrastruktúrák, azaz a létfontosságú rendszerek és létesítmények azonosításáról, kijelöléséről és védelméről szóló 2012. évi CLXVI. törvény, melynek végrehajtásáról a 65/2013. (III. 8.) Korm. rendelet rendelkezik.

Az egészségügyi ágazatban történő azonosítás és kijelölés alapelveinek lefektetésére 2015-ben került sor, az egészségügyi létfontosságú rendszerek és létesítmények azonosításáról, kijelöléséről és védelméről szóló 246/2015. (IX. 8.) Korm. rendeletben. A kijelölések a jogszabály alapján 2016-ban kezdődtek meg a fekvőbeteg-ellátásban.

2.2. A tervrendszer

Az irányelvnek megfelelően a hazai fekvőbeteg-ellátó intézményeknek is Üzemeltetői Biztonsági Tervet kell készíteniük, melynek alapja a kockázatértékelés, illetve az alapfolyamatok- és feltételek azonosítása. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet nyújt támpontot az egyes szakmaspecifikus fekvőbeteg-ellátó osztályok normál üzemmenet szerinti működéséhez szükséges minimális erő- és eszközrendszerrel.

Az üzemeltetői biztonság részét képezi a rendkívüli eseményekre történő felkészülés, a rendkívüli eseményekre adott reakciók tervezése, a működés fenntartása és a helyreállítás is. Az egészségügyi ellátás fenntartása rendkívüli események között – amennyiben az esemény hatására az ellátási igények és az ellátókapacitások rendelkezésre állása között aránytalanság áll fenn – az egészségügyi válsághelyzeti ellátás keretében történik. Az egészségügyi válsághelyzet fogalma, a kihirdetés és életbe léptetés kritériumrendszere az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben, illetve az egészségügyi válsághelyzeti ellátásról szóló 521/2013. (XII. 30.) Korm. rendeletben került rögzítésre.

A tervkészítés formai és tartalmi követelményeit az egészségügyi intézmények egészségügyi válsághelyzeti terveinek tartalmi követelményeiről, valamint egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról szóló 43/2014. (VIII. 19.) EMMI rendelet rögzíti az alábbiak szerint.

„Az Egészségügyi Válsághelyzeti Terv tulajdonképpen egy tervrendszer, ami egy alaptervből és tizennégy résztervből áll. Szintén jogszabály határozza meg, hogy kórház/mátrixkórház/szakkórház/országos gyógyintézet/országos társ-gyógyintézet/klinika/krónikus kórház, rendelőintézet/ szakrendelő/nappali kórház, illetve ápolási intézet tekintetében melyek elkészítése kötelező.

A felépítést, a megértést és nyilvánvalóan az alkalmazást megkönnyítendő, a tervek csoportosíthatók négy kategóriába. Ezek a kategóriák a következők:

- Alapinformációk és a készenlét elérése;
- Reagálás az adott szervezetet ért rendkívüli eseményre;
- Reagálás máshol lezajlott rendkívüli eseményre, a szolgáltatás kiterjesztése;
- Kiszolgáló folyamatok működtetése.

A tervek életbeléptetése, alkalmazása külön-külön, illetve a lezajló esemény természetétől függő, különböző permutációkban egyszerre is történhet.”¹

A tervrendszerből a pandémia okán kiemelendő a „Többletfeladatok ellátása” című részterv.

„A terv célja katasztrófa esetén a tömegesen jelentkező sérültek (mérgezetek, sugársérültek, járvány esetén fertőző betegek) ellátása (lásd bővebben a 4. sz. függelékben). A tervet 1-3 napra és 4-14 napra kell elkészíteni.

A személyzettel és egészségügyi anyaggal ellátás tervezésén túl tervezni kell a pótágyak beállításának rendjét is, ezen felül pedig a katasztrófa típusának megfelelően az átprofilírozás rendjét:

- *sebészeti-traumatológiai ellátásra, égési sérült ellátásra,*
- *belgyógyászati-toxikológiai ellátásra,*
- *hematológiai-sugársérült ellátásra,*
- *belgyógyászati-fertőzőbeteg ellátásra,*
- *átvevő osztályozó létrehozására.*

Tervezni szükséges a diagnosztikai egységek folyamatos működésének biztosítási rendjét, illetve az arra kijelölt intézménynél a sugársérültek ellátására, illetve dekontaminálására vonatkozó rendszert, valamint a vegyi sérültek mentesítési rendjét.

Kapcsolódó tervek lehetnek: Élelmezési terv, Szállítási terv, Egészségügyi anyagbiztosítási terv”²

Az Egészségügyi Válsághelyzeti Tervet minden év március 31-ig minden fekvőbeteg-ellátó intézménynek frissítenie kell, illetve fel kell terjesztenie a megyei/fővárosi védelmi bizottság, illetve megyei/fővárosi tisztifőorvos irányába. Ez a rendszer biztosítja, hogy a tervek (leginkább a képességek megismerése, illetve az erő-, eszköz biztosítás érdekében) a helyi és országos veszélyhelyzeti és pandémiás tervezés során figyelembevételre kerüljenek.

A gyakorlatban az látszik, hogy általában ezen tervek nem terjednek túl a szokásos influenzajárványon és az intézkedésként hozott látogatási tilalmon. Tekintettel arra, hogy a tervkészítést lokális, az adott létesítményre vizsgált kockázatértékelés előzi meg, a rendszer nem tudja figyelembe venni a nemzetközi tapasztalatokat és tendenciákat, mint pl. a korábbi nagy kiterjedésű – SARS-CoV (2002-2003), vagy MERS-CoV (2012-2014), szintén egy-egy koronavírus-törzs okozta – járványhelyzeteket.

Az egészségügyi válsághelyzeti tevékenység szabályai rendkívüli jogrend idején automatikusan alkalmazandók, normál jogrend során a Kormány rendeletben hirdeti ki az egészségügyi válsághelyzetet. Hazánkban a koronavírus okozta világjárvány két hulláma közötti normál jogrend idején a Kormány egészségügyi válsághelyzetet hirdetett, tehát a magyar egészségügyi ellátó rendszer 2020 márciusa óta folyamatosan, jelen konferencia idején is, az egészségügyi válsághelyzeti ellátás szabályai szerint működik.

¹ Kátai-Urbán Lajos, Mészáros István, Vass Gyula: Iparbiztonság, válsághelyzeti tervezés. In: Major László (szerk.): A katasztrófa-készenlét, a reagálás és a beavatkozásbiztonság egészségügyi alapjai. Semmelweis Kiadó. Budapest, 2019. 73-74. o.

² Uo. 77. o.

3.3. Üzemeltetői biztonsági kihívások a világjárvány előtt

Az Üzemeltetői Biztonsági Tervrendszer jelenleg statikus, azaz a jogszabály és a kijelölő határozat pontosan meghatározza, hogy mely tevékenységekre, illetve körülményekre szükséges az üzemeltetői biztonsági tervezés során kitérni. Így tervezni szükséges az alábbi esetekre:

- robbanás és tűz,
- külső fegyveres támadás, terrorizmus,
- beléptető rendszer meghibásodása,
- fertőtlenítő/sterilizáló rendszer meghibásodása,
- kazánház, kazán meghibásodása,
- liftek meghibásodása,
- orvostechikai eszközök meghibásodása,
- gyógyszerellátási, orvosi gázellátás probléma,
- hulladék és veszélyes hulladék elszállítás,
- ionizáló, sugárzó anyaggal kapcsolatos rendellenesség,
- informatikai katasztrófaelhárítás.

A tervekészítés során azonban, amennyiben a fenti eseteket tágabb kontextusban vizsgáljuk és számba vesszük a normál napi üzemmenet kihívásait, akkor az alábbi problématerkép állítható fel.



1. sz. ábra: Problématerkép - fekvőbeteg-ellátó intézmények üzemeltetése

A koronavírus okozta világjárványt egy olyan alapvető üzemeltetői biztonsági kihívásokkal küzdő egészségügyi ellátó rendszer várta, mint az általános humánerőforrás-hiány, lassú, körülményes közbeszerzési rendszer, lejárt szállítói számlák, nagyrészt elavult

létesítményi infrastruktúra, illetve a létesítményüzemeltetés többször részlegesen, vagy teljesen történt ki-, illetve visszaszervezési hullámai, valamint a forráshiány miatt a tervszerű megelőző karbantartás, mint feladat elmaradása, elavult létesítményüzemeltetési stratégiák.

4. A koronavírus okozta világjárvány hatásai a fekvőbeteg-ellátó intézményekre

4.1. Mi újat hozott a COVID?

A koronavírus okozta világjárvány egy merőben új helyzetet hozott, mely az ország vezetésétől az egészségügyi ellátórendszeren keresztül, az állampolgárokig bezáróan mindenki számára új, szokatlan, eddig nem tapasztalt élethelyzetet eredményezett. Azonban, ha megvizsgáljuk az egészségügyi válsághelyzet kezelésének részleteit megállapíthatjuk, hogy összességében meglévő tervrendszerek, tervek, szakmai (pl.: infekciókontroll) eljárások kerültek alkalmazásra szigorúbban, nem megszokott környezetben, óriási perszonális fizikai, lelki és az egészségügyi ellátórendszer vonatkozásában rendszerszintű terhelés mellett.

Az intézkedések újdonságát tehát nem tartalmuk, hanem begyakorlatlanságuk, a személyzet leterheltsége és általában a nem mindennapi munkakörnyezet, illetve élethelyzet adta.

4.2. Üzemeltetői biztonsági kihívások a COVID alatt

A védekezés során a kormányzati intézkedéseket gerincét az epidemiológiai, a fekvőbeteg-ellátó intézmények lokális intézkedéseit pedig ezen belül az infekciókontroll eljárások képezték.

A legfontosabb központi, illetve intézményi intézkedések és kihatásuk az üzemeltetői biztonsági tevékenységre:

4.2.1. Kontaktuscsoökkentés

Az első intézkedések egyike volt, a meglévő „influenzás” eljárásrendek alapján az általános látogatási tilalom elrendelése. Tekintettel arra, hogy ez az influenzás időszakból eltérően általános érvényű volt, az első időszakban jelentős rendészeti kihívásokat jelentett a fekvőbeteg-ellátó intézmények biztonsági szervezetei részére a tilalom betartatása.

A második és a harmadik hullámban, a várakozási idők jelentős növekedésével, a fertőző zónák kiterjedésével a kihívások nőttek, hiszen akár a látogatás, vagy a betegek hozzátartozói kíséretének megtiltása, esetenként a várakozási időközön felháborodott, illetve a fertőző zónákban tapasztalt állapotok okozta sokktól agresszívvá váló betegek esetében a kórházi vagyon, illetve a munkavállalók életének, testi épségének védelme céljából intézkedő biztonsági szervezet, vállalkozás, vagy rendőri szerv intézkedéséhez szintén védőöltözetben történő öltözés volt szükséges.

Érdekes lenne külön elemezni a társadalom és az egészségügyi dolgozók kapcsolatát, illetve annak átalakulását a járvány hullámai alatt. Amíg az első hullámban (ekkor leginkább nozokomiálisként értelmezhető hazánkban a járvány) jellemző volt az egészségügyi dolgozók nyilvános elismerése (pl: esténként tapsvihar a lakótelepek erkélyein), addig a második és harmadik hullámban – talán a közösségi terjedésből adódó

egyre szaporodó személyes tapasztalat, illetve a tartós korlátozó intézkedések hatására kialakuló társadalmi apátia következtében – súlyosbodtak az egészségügyi dolgozók ellen elkövetett erőszakos és/vagy garázda cselekmények. Emellett azonban az egészségügyben jellemzően jelen levő (első sorban betegek kárára elkövetett) vagyon elleni cselekmények szinte nullára redukálódtak, mely nyilvánvaló következménye a szigorú beléptetési rendnek és a látogatási tilalomnak.

4.2.2. Fertőtlenítés

A kézfertőtlenítő szerek nagyszámú kihelyezésére és nagymennyiségű fogyására egyik gyártó sem volt felkészülve, így az hamar hiánycikké vált. Amellett, hogy pl. a MOL is több gyártósorát állította át fertőtlenítő készítmények gyártására, a fekvőbeteg-ellátó intézmények átálltak magisztrális készítmények előállítására.

A helyzet valamivel bonyolultabb volt a kórházi takarítások, zárófertőtlenítések alkalmával felhasznált vegyszerek beszerzése során. A világjárvány alatt a készletek megőrzése, célhoz kötött felhasználása érdekében egyes gyártók kizárólag közintézményeket szolgáltattak ki. Így azokban az esetekben, ahol a takarítást kiszervezett formában, szolgáltatók látták el a szolgáltatási árban benne foglalt fertőtlenítő szereket a fekvőbeteg-ellátó intézménynek kellett beszereznie a szükséges forrás biztosítása mellett, hiszen az adott közbeszerzési jogszabályi környezet nem adott kellően rugalmas alapot az egyébként fedezettel rendelkező áru, illetve szolgáltatás díjai közötti átvezetésre.

4.2.3. Építészeti-műszaki átalakítások

„Magyarország több évtizede – adott esetben több, mint 100 éve létesült – és azóta folyamatosan fejlődő, átalakuló telephelyeinek sajátossága, hogy jelenlegi állapotukban igen távol állnak a tömbösített kórházi modelltől. A XIX. században, XX. század első harmadában épült telephelyek jellemzően pavilonos rendszerűek. Abban az időszakban a fertőzések elkerülésének egyik módját látták abban, hogy az egyes betegosztályokat szakmánként (pl. szülészeti), vagy a hasonló szakokat csoportosítva, külön pavilonokban helyezték el. A röntgen egységeket, laboratóriumokat általában a sebészeti, belgyógyászati osztályok közelében vagy abban helyezték el. Külön létesültek az igazgatás, konyha-mosoda épületek. A rendszer abban az időben valóban segített a fertőzések elkerülésében, de ma már az általános és kórházi higiénia nagyságrendekkel magasabb színvonalra miatt a pavilonos kialakítás már túlhaladottá vált.”³

„Az egészségügyi létesítményeknek a lehetőségekhez mérten független lázklínikát kell létrehozniuk, egy kizárólagosan egyirányú fogadófolyosóval a kórház bejáratánál, jól látható jelzéssel;

A személyek mozgásának a „három zóna és két folyosó” elvét kell követnie: egy fertőzött övezet, egy potenciálisan fertőzött övezet és egy tiszta zóna, valamint két pufferezóna a fertőzött övezet és a potenciálisan fertőzött övezet között;”⁴

³ A kórház mint műszaki létesítmény – Építészeti és műszaki követelmények a Nemzeti Fejlesztési Terv keretein belül megvalósuló egészségügyi fejlesztések vonatkozásában. Egészségügyi Minisztérium 2008. április 14.

⁴ Kothalawala Dulana Saman: A COVID-19 megelőzésének és kezelésének kézikönyve. The First Affiliated Hospital. Zhejiang University School of Medicine. 2020. 10. o.

Fentiek alapján kijelenthető, hogy az „elavult” infrastrukturális adottságok egyes elemei, mint pl. a még mindig jellemző pavilonos elrendezés jelen járványhelyzetben tulajdonképpen előnyként jelentek meg.

A létesítményen belüli zónák létrehozása a betegek és az egészségügyi személyzet védelme, illetve az egészségügyi személyzet egyéni védőeszközök okozta terhelésének racionális csökkentése volt a célja. Ezen intézkedések azonban jelentős kihívások elé állították az üzemeltetőt. A zónák kialakításához zsiliprendszerek kialakítására, falak, ajtók felhúzására, negatív nyomású területek kialakítására volt szükség, mely építészeti beavatkozások forrásbiztosítási, beszerzéstechnikai kihívásai mellett, jelentősen befolyásolták a létesítmény tűzvédelmi jellemzőit is. Ezen esetekben a Katasztrófavédelem helyi szerve adhat eltérési engedélyt a használati szabályok betartása alól, hiszen a veszélyhelyzeti rendeleti kormányzás nem adott felhatalmazást az OTSZ⁵-től való eltérésre. Az eskaláció ad-hoc volta és gyorsasága rendkívül szoros és rugalmas együttműködést követelt meg a Hatóság és az üzemeltető között, mely során az élet- és egészségvédelmi intézkedések érdekében el kellett térni a szokásos hivatali eljárásrendtől.

A zónák kialakítása és a létesítmények átprofilozása során figyelembe kellett venni, hogy COVID-ellátás első számú és egyik szinte alapesetben alkalmazott formája az oxigénterápia. Ehhez és a beszerzett lélegeztető gépekhez is orvosi gázra (oxigén, sűrített levegő), illetve a gépek ellátásához megfelelően méretezett elektromos hálózatra volt szükség, melyek az átprofilozásra kijelölt létesítmények esetén többségében nem álltak rendelkezésre a kellő számban.

Az üzemeltetőnek így egy-egy éjszaka, vagy hétvége alatt kellett intézkednie a zónák, zsilipek, betegutak, orvosi gáz hálózatok (vagy a kialakítással párhuzamosan kézi palackok és ezek logisztikája), elektromos hálózatok beszerzésére, kiépítésére.

4.2.4. Egyéni védőeszközök, munkavédelmi kockázatok

„A veszélyforrások ellen védelmet nyújtó egyéni védőeszközöket meg kell határozni, azokkal a munkavállalókat el kell látni, rendeltetésszerű használatukra a munkavállalókat ki kell oktatni és az egyéni védőeszközök rendeltetésszerű használatát meg kell követelni.”⁶

„Az egészségügyi személyzet számára a védőfelszerelés felvételére és levetésére vonatkozóan megfelelően standardizált eljárást kell kidolgozni. Készítsenek folyamatábrákat a zónákra vonatkozóan, biztosítsanak teljes testet láthatóvá tevő tükröket, emellett szigorúan tartsák be a kijelölt közlekedési útvonalakat.

(...)

Mielőtt egy lázklinikán és elkülönítőben dolgozni kezdene bárki, a személyzetnek szigorú képzésen és vizsgákon kell részt vennie annak biztosítása érdekében, hogy tudják, hogyan kell felvenni és levenni az egyéni védőfelszerelést.

(...)

A személyzetet különböző csoportokra kell osztani. Egy-egy csoport legfeljebb 4 órát dolgozhat elkülönítőben.”⁷

⁵ Az Országos Tűzvédelmi Szabályzatról szóló 54/2014. (XII. 5.) BM rendelet

⁶ A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 42. § b) pont

⁷ Kothalawala Dulana Saman: i.m. 10-13. o.

A jogszabályi előírások és infenkciókontroll ajánlások munkavédelmi szempontból is tervezést, szervezést igényeltek, mely elsősorban az egyéni védőeszközök meghatározására, a védőeszköz ellátás szervezésére, illetve a munkahelyik kockázatok értékelésére és kezelésére fókuszált.

Egyéni védőeszközök szempontjából a három zónának megfelelően három különböző szintű védelem került meghatározásra, a megfelelő szintű védelem, illetve az egyéni védőeszköz okozta terhelés egyensúlyának fenntartása érdekében.

A sebészi, FFP2 és FFP3 típusú maszkok fokozott felhasználása készlethiányt okozott, mely hiány további területeken is üzemeltetési biztonsági kockázatot okozott, hiszen a hatályos jogszabályok alapján elkészített egyéni védőeszköz juttatási dokumentációk a normál üzemmenet szerinti működés során is feltételként szabták meg ezen eszközök viselését pl. egyes orvosi beavatkozások során, vagy egyes vegyszerekkel dolgozó munkavállalók esetében (mosoda, takarítás stb.). Az első hullám elején a fekvőbeteg-ellátó intézmények számára engedélyezett volt a saját hatáskörű beszerzés, mely során igen eltérő árakon, versenyeztetés nélkül, a piac felé kiszolgáltatottan, a minőségellenőrzés nélkülözésével kerültek beszerzésre egyéni védőeszközök. Később az Operatív Törzs döntésére, minden megkezdett beszerzés az Állami Egészségügyi Tartalékba került, ahonnan heti, majd kétheti igényléssel, illetve készletjelentés alapján hívhattak le eszközöket az intézmények.

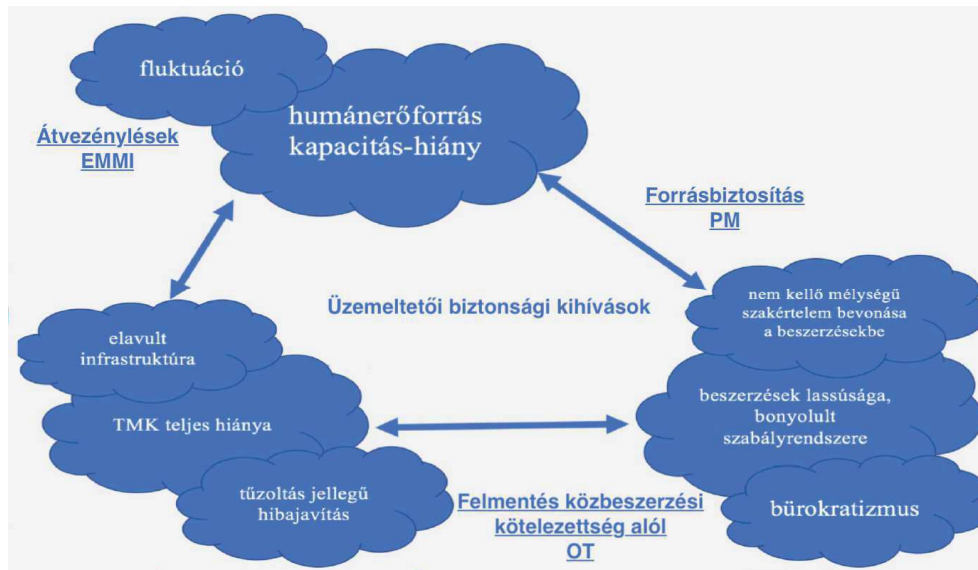
A munkavállalókat ért munkahelyi ártalmak okozta kockázatok csökkentése érdekében került meghatározásra továbbá – a nemzetközi ajánlásokkal összhangban – hogy a fertőzött zónában 4 órás váltásokban dolgozik a szakszemélyzet, illetve számukra ingyenesen, fokozott kalóriatartalmú ételmezés került bevezetésre, mely intézkedést a közbeszerzési környezetben kellett kezelni azonnali határidők mellett.

További kockázatcsökkentő intézkedések a veszélyes hulladék gyűjtése terén a merev falú gyűjtőedények preferálása, illetve a duplazsákos csomagolás, az egészségügyi mosodákban pedig a hőre olvadó mosózsákok alkalmazása. Ezen eszközök, illetve a megnövekedett mennyiség beszerzése szintén kihívások elé állította az üzemeltetőt, illetve a nagy mértékű nemzetközi felhasználás és a határátlépési tilalmak miatt alapanyagrendelkezésre állási oldalról a beszállítót is.

4.3. Kormányzati intézkedések

4.3.1. Problématérkép

Az üzemeltetési biztonsági kockázatok csökkentése érdekében hozott legfontosabb kormányzati intézkedések közé sorolható, hogy a fekvőbeteg-ellátó intézmények a megfelelő indoklás után az Operatív Törzs engedélyével konkrét beszerzések (eszközök, szolgáltatások, bérnövérek) esetében mellőzhették a közbeszerzés szabályrendszerét, a beszerzésekhez a Pénzügyminisztérium és a fenntartó is külön forrást biztosított. Továbbá az egészségügyi dolgozók átvezénylésével és az egészségügyi felsőoktatási intézmények hallgatóinak egészségügyi válsághelyzet során történő foglalkoztatási, vezénylési lehetőségével a humán erőforráskapacitás-hiány kezelése is megvalósult.



2. sz. ábra: A kormányzati intézkedések és a problématerkép viszonyrendszere

Az intézkedések alapján megállapítható a normál üzemmenet szerint felállított problématerkép helyállósága is.

4.3.2. A védekezés irányítása, rendszert az egészségügyben

A Kormány a Koronavírus-járvány Elleni Védekezésért Felelős Operatív Törzs felállításáról szóló 1012/2020. (I. 31.) határozatával már januárban létrehozta az Operatív Törzset a nemzetközi járványügyi helyzet monitorozása, az ország védekezésre történő felkészítése érdekében, majd márciusban további határozatban költségvetési forrást biztosított a védekezés koordinálására, végrehajtására.

Az Operatív Törzset a Katasztrófavédelmi Koordinációs Tárcaközi Bizottság mintájára a belügyminiszter vezeti, tagjai a védekezésben részt vevő minisztériumok, állami, rendészeti szervek kijelölt vezetői.

A védekezés és így a fekvőbeteg-ellátó intézmények irányítása (a napi üzemeltetésen túl) az Operatív Törzs, az Emberi Erőforrások Minisztériuma (mint szakirányító), egyetemi klinikák esetén az Innovációs és Technológiai Minisztérium (mint fenntartó), az Országos Kórházfőparancsnokság és a Nemzeti Népegészségügyi Központ írásos utasításai alapján történt. Ennek megfelelően a jelentési kötelezettség is ezen irányokba került meghatározásra, mely során előfordult, hogy egy fekvőbeteg-ellátó intézménynek naponta 6 azonos tartalmú, azonban más formai követelményeknek megfelelő, több száz soros táblázatban kellett jelentést tennie a rendelkezésre álló és felhasznált erőforrásokról (erő, eszköz, ágykapacitás). Ez nem csak jelentős adminisztrációs terhet, de a túlterhelésből és az intézményi érdekvényesítés lehetőségéből adódóan az adatok torzulását is eredményezhette.

A Rendőrség, a Katasztrófavédelem és a Magyar Honvédség tiszti állományából kórházparancsnokok, illetve logisztikusok kerültek kivevénylésre minden fekvőbeteg-ellátó

intézménybe. A kórházparancsnokok új szemléletet hoztak az egészségügyi ellátórendszerbe, mely leginkább az utasítási/jelentési rend szigorú szabályainak betartásán keresztül nyilvánult meg. Ezen kívül az országos kórházfőparancsnokon és kapcsolatrendszerükön keresztül a rendészeti szervek bevonásával segítették a védekezés irányítását, a védőeszköz-készletek őrzését és a felhasználásuk adminisztrációs rendjének ellenőrzését, a visszaélések megakadályozását.

A második hullám során a Magyar Honvédség katonákat vezényelt a kórházakba. A honvédek segítségével jelentősen csökkent az egészségügyi és egészségügyben dolgozó munkavállalói állomány terheltsége, hiszen részt vettek a beléptetésben, őrzés-védelemben és a létesítményen belüli különböző logisztika feladatok ellátásában is.

5. Javaslatok

Legfontosabb feladatunk, hogy felkészítsük a meglévő szervezet-, terv- és intézményrendszereket a hasonló kihívások leküzdésére. Ennek egyik módja lehet az üzemeltetői biztonsági tervezés kiterjesztése a kritikus infrastruktúráként ki nem jelölt intézményekre, sőt az országos ellátás szintjére, illetve az üzemeltetői biztonsági tervezés során a folyamat alapú, üzletmenetfolytonossági menedzsment rendszerek alkalmazása.

Az üzletmenetfolytonossági szemléletű tervezés alapja a rendszer folyamatainak azonosítása, a folyamatokat zavaró potenciális tényezők felismerése, a folyamatok és a zavaró hatások interdependenciáinak megállapítása, a feltárt kockázatok kezelése az egyes folyamatok tolerálható leállási és visszaállítási idejének meghatározásával. A jelenlegi deeszkaláció során a fekvőbeteg-ellátó intézmények terhelése nem a járvány előtti szintre áll vissza, hiszen egyes szakmacsoportokban megjelentek az eddig – saját maguk által is – „elhanyagolt” betegek, illetve a szűrővizsgálatok elmaradása miatt súlyosabb esetek is. Ezért is fontos az egyes részfolyamatok tolerálható leállási értékeinek a visszaállítási időnek, az esetleges átszervezés módjának meghatározása, előzetesen, tervszerűen.

Fontos továbbá, hogy a válsághelyzeti tervrendszer része legyen az üzletmenetfolytonossági rendszernek, a tervezés racionális alapon, a valóban rendelkezésre álló erők és eszközök figyelembevételével történjen, melyet a jelenlegi tervezési gyakorlat nem tükröz.

Elengedhetetlen a tervek helyi és központi összegzése, a szükséges erők és eszközök központi tervezése, tartalékolása, forrásbiztosítás, a veszélyhelyzeti tervezésbe illesztés, illetve komplex, realisztikus, minden lehetséges résztvevő bevonásával tartott gyakorlatok szervezése, a tervrendszer lepróbálása, hatékonyságának visszamérése.

A jelenlegi pandémiás helyzet esetében megoldás lehet, ha az átprofilozás tervezése során felmerülő építészeti-műszaki beavatkozások már a tervezés fázisában hatósági egyeztetésre és – az egészségügyi válsághelyzeti tevékenység bevezetésével, mint életbeléptető feltétellel – engedélyezésre is kerülnek. Így az előzetes tervezéssel, nem csak idő takarítható meg a védekezés során, de a költségvetési forrás is tervezhetővé, tartalékolhatóvá válik és a megoldások biztonságra gyakorolt hatásai is elfogadható kockázati értéken maradhatnak.

6. Összefoglalás

Összefoglalásként megállapítható, hogy a meglévő szervezet-, intézmény-, üzemeltetői biztonsági és válsághelyzeti tervrendszer ellenére, a tapasztalt kiterjedésű,

globális járványhelyzet, mint rendkívüli esemény váratlanul érte – a normál üzemenet során is kihívásokkal küzdő – egészségügyi ellátórendszert és komoly kihívások elé állította a védekezésben résztvevőket.

Ennek oka lehet a tervezés statikus (nem folyamat alapú) megközelítése, a lokális (létesítményi) kockázatértékelés, a tervek gyakoroltatásának, a hatékonyság visszamérésének hiánya, ezáltal a racionális erő-eszköz szükséglet meghatározásának, biztosíthatóságának elmaradása.

A normál üzemenet szerint üzemeltetői biztonsági kihívások a járványhelyzet alatt fokozottan jelentkeztek, a Kormány intézkedéseivel ezen kockázatok a járványhelyzet alatt kezelhető értéken maradtak.

Fontos, hogy az üzemeltetői biztonsági tervezés ne csak a létfontosságú rendszerelemké nyilvánított intézmények esetében történjen meg, illetve hogy az üzletmenetfolytonossági menedzsment rendszerek folyamat alapú megközelítésével történjen nem csak intézményi, hanem központi szinten is. Ez a folyamat alapú megközelítés biztosítaná a teljes ellátórendszer és az egyes intézmények működési kockázatainak pontos feltárását, a védelmi szükségletek meghatározását és a megfelelő intézkedések, illetve forrásbiztosítás esetén a békeidei és válsághelyzeti működés üzembiztos feltételeinek megteremtését. A központi tervezés és alapvetően a létfontosságú rendszerelemek megfelelő kijelölése érdekében szükséges a területi ellátási kötelezettség, a progresszivitási szintek újra tervezése, illetve viszonyrendszerének feltárása, felhasználása a létfontosságú rendszerelemek azonosítása, kijelölése során. Ezen központi tervezési módszertan alapján, ideális esetben a valóban kritikus infrastruktúráként kijelölt intézmények irányába tud elterelődni a válsághelyzeti tevékenység, a ki nem jelölt intézmények erő-, eszközkapacitásainak tartalékolásával, szükség szerinti hadrendbe állításával.

Még nem tudható, hogy mikor ér véget a járvány és mikor mondható végérvényesen is sikeresnek a védekezés, mindenesetre az egészségügyi és egészségügyben dolgozó bajtársak több mint másfél éve rendületlenül dolgoznak az egészségügyi ellátórendszer fenntartásán. A sikeres védekezés után nem felejthető el ez a heroikus munka és nem szabad hátra dőlni. Mérleget kell vonni és a szükséges rendszerszintű intézkedéseket meg kell hozni annak érdekében, hogy az egészségügyi kritikus infrastruktúrák normál üzemenet szerinti biztonságos működésével is megerősítő legyen a válsághelyzeti működés üzembiztonsága, nem csak egy járványügyi veszélyhelyzet, hanem a teljes tervrendszer vonatkozásában.