Part Code ST1316
R G B WH GR BL Grey Scale #13 C M Y K
DANES-PICTA.COM
A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19

AKADEMIA OBRONY NARODOWEJ

Płk mgr inż. Marian LUTOSTAŃSKI

MODEL SYSTEMU KIEROWANIA REZERWAMI PAŃSTWOWYMI SŁUŻBY ZDROWIA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Rozprawa doktorska

BIBLIOTEKA GŁÓWNA - ARCHIWUM
Nr ewid. II
Akademii Obrony Narodowej
58648

WARSZAWA 2005

Colour Chart #13
Inches Centimetres
Blue Cyan Green Yellow Red Magenta White 3/Color Black
DANES-PICTA.COM

AKADEMIA OBRONY NARODOWEJ

WYDZIAŁ STRATEGICZNO – OBRONNY

BIBLIOTEKA GŁÓWNA - ARCHIWUM
Akademii Obrony Narodowej
Nr ewid. 58648
II

płk mgr inż. Marian LUTOSTAŃSKI

MODEL SYSTEMU KIEROWANIA REZERWAMI PAŃSTWOWYMI SŁUŻBY ZDROWIA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Rozprawa doktorska
opracowana pod kierownictwem naukowym

płk. prof. dr. hab. inż. Eugeniusza NOWAKA

Warszawa 2005

Tym, którym dobro Rzeczypospolitej Polskiej
i jej obywateli jest szczególnie bliskie
pracę tę poświęcam.

SPIS TREŚCI

WSTĘP 6

Rozdział 1. **METODOLOGICZNE PODSTAWY ROZPRAWY DOKTORSKIEJ** 15

1.1. Cele pracy i problemy badawcze 15
1.2. Hipoteza robocza 16
1.3. Metody badawcze 19
1.4. Analiza krytyczna literatury przedmiotu 20

Rozdział 2. **FORMUŁOWANIE I REALIZOWANIE POLITYKI RP W ZAKRESIE TWORZENIA REZERW PAŃSTWOWYCH SŁUŻBY ZDROWIA I GOSPODAROWANIA NIMI** 28

2.1. Istota rezerw państwowych służby zdrowia i ich klasyfikacja 28
2.2. Uwarunkowania tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia 32
2.2.1. Główne przyczyny tworzenia rezerw 32
2.2.2. Regulacje prawne prognozowania i planowania rezerw oraz tworzenia ich i gospodarowania nimi 36
2.3. Rezerwy państwowe służby zdrowia w polityce gospodarczej i obronnej RP ... 40
2.3.1. Funkcje rezerw 40
2.3.2. Polityka państwa w zakresie tworzenia rezerw i gospodarowania nimi .. 45
2.3.3. Finansowanie tworzenia i utrzymywania rezerw 49
2.4.Wnioski 51

Rozdział 3. **IDENTYFIKACJA I OCENA OBECNEGO SYSTEMU KIEROWANIA REZERWAMI PAŃSTWOWYMI SŁUŻBY ZDROWIA RP ORAZ W INNYCH PAŃSTWACH UNII EUROPEJSKIEJ I NATO** 53

3.1. Ogólna charakterystyka systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia RP 53
3.1.1. Podstawy prawne organizacji systemu kierowania rezerwami 53

3.1.2. Zadania systemu kierowania rezerwami 62
3.1.3. Struktura (organizacyjna i funkcjonalna) systemu kierowania rezerwami 71
3.1.4. Ogólne procedury organizowania systemu kierowania rezerwami 88
3.2. Funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w RP 93
3.2.1. Właściwości ogólne funkcjonowania systemu kierowania rezerwami ... 93
3.2.2. Tworzenie i obsługa rezerw państwowych służby zdrowia 95
3.2.3. Dysponowanie rezerwami państwowymi służby zdrowia 98
3.2.4. Finansowanie rezerw państwowych służby zdrowia 106
3.3. Właściwości kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w innych państwach Unii Europejskiej i NATO 109
3.3.1. Właściwości ogólne 109
3.3.2. Organizacja przygotowania rezerw państwowych w Stanach Zjednoczonych (USA) 111
3.3.3. Kierowanie przygotowaniami rezerw państwowych służby zdrowia w Republice Francuskiej 115
3.4. Wnioski 120

Rozdział 4. **POSTULATYWNY MODEL SYSTEMU KIEROWANIA REZERWAMI PAŃSTWOWYMI SŁUŻBY ZDROWIA RP** 123

4.1. Cele i zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia . 123
4.1.1. Cele i uwarunkowania funkcjonowania systemu 123
4.1.2. Główne zadania systemu 127
4.2. Struktura organizacyjna systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 130
4.2.1. Założenia ogólne i właściwości organizacyjne systemu 130
4.2.2. Elementy systemu 137
4.2.3. Kompetencje i odpowiedzialność w systemie 143
4.2.4. Relacje zewnętrzne i wewnętrzne systemu 147
4.3. Procedury funkcjonowania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 150
4.3.1. Prognozowanie i planowanie rezerw 150
4.3.2. Gromadzenie rezerw i gospodarowanie rezerwami 153
4.3.3. Przygotowanie rezerw do użycia (zwolnienia rezerw) 155

ZAKOŃCZENIE 159
BIBLIOGRAFIA 163
WYKAZ WYKRESÓW, RYSUNKÓW I TABEL 170
ZESTAWIENIE ZAŁĄCZNIKÓW 172

„Żyjemy w stanie chronicznej dezorganizacji
z powodu ciągłej reorganizacji
dla wprowadzenia racjonalnej organizacji".

T. Kotarbiński

WSTĘP

Ochrona zdrowia i życia obywateli[1] jest szczególnym składnikiem polityki[2] bezpieczeństwa państwa. Rzeczpospolita Polska (RP), podobnie jak każde państwo mające ambicję bycia dobrze zorganizowanym, prowadzi (formułuje i realizuje) taką politykę. Celem tej polityki jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego[3] obywatelom w każdych warunkach, jakie potencjalnie mogą zaistnieć na obszarze kraju.

Realizacji polityki zdrowotnej w sytuacjach szczególnych zagrożeń[4] oraz w stanach nadzwyczajnych[5], służą przygotowania nakierowane na przeciwdziałanie takim niebezpieczeństwom oraz minimalizowanie zakłóceń z nich wynikających.

Przewidywane, potencjalne zagrożenia o znacznej sile i rozmiarach, a także ich ewentualne następstwa oraz wpływ na warunki życia i zdrowia człowieka wskazują, że skuteczne przeciwdziałanie lub usuwanie skutków z nich wynikających często wykracza poza możliwości sił i środków będących w dyspozycji państwa, które przeznaczone są do zapewnienia wykonywania przynależnych mu funkcji w warunkach *normalnych* czasu pokoju. Ponadto pojawiające się zagrożenia coraz wyraźniej uwidaczniają kolejny fakt, który wykazuje, iż w przeciwstawianiu się im i zwalczaniu ich następstw, nie tylko militarnych, ale

---

[1] Zob., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Dz. U. Nr 78, poz. 483, art. 68.

[2] **Polityk** <gr. *politykós*> 1. dyplomata, mąż stanu **kierujący** (podkr. M.L.) polityką państwa, biorący czynny udział w działalności politycznej, działacz polityczny; 2. *przen.* Człowiek układny, przebiegły. Natomiast **polityka** <gr. *polityke (techne)* = (sztuka) zarządzania państwem> 1. działalność władzy państwowej, rządu w dziedzinie społecznej, gospodarczej, kulturalnej, wojskowej i innych dotycząca spraw wewnętrznych państwa lub jego stosunków z innymi krajami ... . Zob., *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1980, s. 589.

[3] Przez bezpieczeństwo zdrowotne autor rozumie stan uzyskany w rezultacie efektywnie zorganizowanego systemu zabezpieczenia medycznego państwa, także przy wykorzystaniu rezerw państwowych służby zdrowia w czasie zagrożeń zarówno militarnych jak i niemilitarnych.

[4] Sytuacje szczególnych zagrożeń to sytuacje, które mogą być przyczyną wprowadzenia stanów nadzwyczajnych, należą do nich: zewnętrzne zagrożenie państwa, zbrojna napaść na terytorium RP, wspólna obrona przeciwko agresji (wynikająca z umowy międzynarodowej) oraz zagrożenia dotyczące konstytucyjnego ustroju państwa, bezpieczeństwa obywateli, porządku publicznego, a także katastrofy naturalne i awarie techniczne o znamionach klęski żywiołowej. Zob., *Konstytucja...*, op. cit., art. 229, art. 230 i art. 232.

[5] Stany nadzwyczajne: stan wojenny, stan wyjątkowy, stan klęski żywiołowej. Zob., ibid., art. 228.

również działań asymetrycznych[6], katastrof naturalnych i awarii technicznych noszących znamiona klęsk żywiołowych, powodujących istotne straty – obok materialnych – także sanitarne, nie są w stanie sobie poradzić pojedyncze państwa.

Możliwość zaistnienia sytuacji skutkujących zwielokrotnioną – w stosunku do *normalnego* okresu – liczbą poszkodowanych dowodzi zasadności posiadania przez państwo stosownych, zarówno w sensie ilościowym jak i jakościowym, rezerw państwowych służby zdrowia[7] oraz organów kompetentnych i odpowiedzialnych za kierowania tymi rezerwami. Mając to na uwadze Polska, aby zapewnić sobie sprawne i skuteczne realizowanie polityki w tym zakresie – bez względu na charakter zagrożeń oraz źródło ich pochodzenia (krajowe czy zagraniczne) lub udzielać pomocy innym państwom, a także – w razie potrzeby – mieć zdolność wykorzystywania pomocy międzynarodowej, dąży do dysponowania efektywnym systemem rezerw państwowych służby zdrowia a w ramach niego podsystemem (systemem) kierowania tymi rezerwami.

Empiria i dostępna literatura przedmiotu wskazuje jednak na występowanie, w identyfikowanym obszarze (w obecnym systemie kierowania, jego strukturze[8] organizacyjnej), zawiłości natury organizacyjnej, będącej w dużej części wynikiem problematycznych uregulowań prawnych usankcjonowanych w drodze legislacyjnego[9] kształtowania prawa.

Zebrane przez autora, w procesie badań nad organizacją systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia i regulującymi ją przepisami prawnymi, dane potwierdzają istnienie dysfunkcji tego systemu. Dowodzą, iż jednostki organizacyjne (kierownicze oraz wykonawcze) odpowiedzialne za tworzenie rezerw i przygotowanie ich do użycia, nie posiadają uregulowań nie tylko w zakresie podległości funkcjonalnej, ale także procedur postępowania. Ponadto pomiędzy ważnymi uczestnikami procesu kierowania nie ma dookreślonych relacji i procedur postępowania. Sprawia to, że zaciera się ostrość różnicy między obligatoryjnym a fakultatywnym postępowaniem jednostek organizacyjnych odpowiedzialnych za *gospodarowanie*[10] rezerwami państwowymi służby zdrowia (*w ich tworzeniu i dysponowaniu nimi*) oraz ich *finansowanie*.

---

[6] Chodzi o różnego rodzaju działania terrorystyczne.

[7] W zakresie rezerw produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

[8] Struktura <łac. *struktura*> – układ i wzajemne relacje elementów (części) stanowiących całość, budowa, ustrój. Zob., *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 706.

[9] Legislacja = legislatura – <łac. *legislatio*, łac. *lex*, D. *legis* = prawo, ustawa + *latura* = wniesienie>. Ibid., s. 423.

[10] *Gospodarowanie* – to pojęcie bliskie zarządzaniu, z tą różnicą, że w gospodarowaniu dominują efekty gospodarcze (efektywność gospodarowania). *Gospodarowanie* rezerwami państwowymi służby zdrowia

Jest to niewątpliwie efekt braku, w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, niezbędnej przejrzystości hierarchicznej. Odczuwalny jest również brak wyraźnego wskazania organu kierującego całym tym procesem i odpowiedzialnego za jego funkcjonowanie (nie ma kierownika operacyjnego systemu).

Zjawiska powyższe, dostrzegane przez autora, znalazły potwierdzenie w dostępnej literaturze przedmiotu oraz w obowiązujących przepisach prawnych, a także opiniach zebranych w toku prowadzonych badań, konsultacji i wymiany poglądów na temat funkcjonowania istniejącego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Informacje te ukierunkowały autora na zwerbalizowanie głównego problemu badawczego, zmierzającego do usprawnienia tego systemu. Stanowiły także pierwszy etap pracy nad dysertacją i pozwoliły na konstatację, że mimo to, iż w ostatnich latach dokonywano licznych zmian prawnych i organizacyjnych, normując problematykę bezpieczeństwa państwa, z obszarem rezerw państwowych służby zdrowia włącznie, to w *kierowaniu*[11] i *zarządzaniu*[12] tymi rezerwami nadal pozostaje dużo niejasności. Ponadto wprowadzane zmiany nie zawsze korzystnie wpływały na strukturę organizacyjną badanego systemu[13]. Dotychczasowy system wciąż jakby nie nadąża za zmianami społeczno – politycznymi i uwarunkowaniami z nich wynikającymi.

Występowanie powyższych zjawisk dowodzi wyraźnie braku formuły systemu i w sposób uprawniony może budzić wątpliwości, co do istnienia warunków umożliwiających efektywne gospodarowanie rezerwami państwowymi służby zdrowia. Oznaczać to może również, iż status epistemologiczny[14] systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, czyli to, co stanowi istotę naszego poznawania, nie został do końca zdiagnozowany i określony. Można, więc przyjąć, że potrzeby praktyki wyprzedziły możliwości poznawcze i legislacyjne.

---

obejmuje między innymi: tworzenie rezerw, optymalizację rezerw (zapasów), rotację rezerw, dysponowanie rezerwami (uruchamianie – zwalnianie), a także finansowanie rezerw.

[11] Kierować – zarządzać kimś, czymś, wskazywać komuś sposób postępowania, *Słownik poprawnej polszczyzny,* PWN, Warszawa 1980, s. 249.

[12] Zarządzanie - należy rozumieć jako „działalność kierowniczą polegającą na ustalaniu celów i powodowaniu ich realizacji w organizacjach podległych zarządzającemu...", *Encyklopedia organizacji i zarządzania*, PWE, Warszawa 1981, s. 609.

[13] Po likwidacji Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych – zajmującej się gospodarowaniem rezerwami państwowymi służby zdrowia i podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, zadania jej przejęła Agencja Rezerw Materiałowych, która nie była podporządkowana temu ministrowi – organowi tworzącemu rezerwy służby zdrowia (*ustawa z dnia 1 marca 2002 r. o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji państwowej i jednostek im podporządkowanych oraz o zmianie niektórych ustaw*, Dz. U. Nr 25, poz. 253)

[14] Epistemologia <gr. *episteme* = wiedza> dział filozofii traktujący o przedmiocie, treści, procesach, sposobach, granicach i kryteriach poznania ludzkiego: teoria poznania, gnozeologia, *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 196.

Dostępne fakty, analiza ich, ujawnianie związków między nimi lub ich braku sprawia, że obecnie trudno mówić o systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w naukowym znaczeniu tego określenia, gdzie za system uznaje się organizację składającą się z jednostek (elementów systemu) powiązanych ze sobą relacjami i tworzących całość jakościowo inną od zwykłej sumy tych jednostek. Wobec powyższego przyjęto, że:

System kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia to organizacja nieetatowa, składająca się z organów kierowania, powiązanych ze sobą relacjami funkcjonalnymi, w których zakresie działania znajdują się zadania związane z zarządzaniem, gospodarowaniem rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych zorientowana na wsparcie – w sytuacjach szczególnych zagrożeń – funkcjonującej służby zdrowia.
Relacje (więzi) występujące pomiędzy członkami (elementami) systemu, pomimo, że są funkcjonalne, są unormowane przepisami prawa[15].

System kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, stosownie do wagi wykonywanego zadania, ma jasny cel działania, którego realizację zapewnia przejrzysta struktura organizacyjna, program, a także plan działania. Ponadto jest w stanie pozyskiwane środki – potrzebne do realizacji celów – racjonalnie rozdzielać.

Z uwagi na to, że funkcjonowanie systemu nie odbywa się w odosobnieniu, lecz w złożonym otoczeniu zewnętrznym, musi uwzględniać uwarunkowania w obszarach: zagrożenia, możliwości ekonomicznych państwa (budżet) i systemu prawnego. System ten powinien także posiadać kierownika odpowiedzialnego za zapewnienie warunków realizowania i osiągania celów statutowych. Wreszcie odpowiedzialność uczestników (członków – elementów) systemu musi być jasno zdefiniowana.

James A. F. Stoner i Charles Wankel określają *kierowanie jako proces planowania, organizowania, przewodzenia i kontrolowania działalności członków organizacji oraz wykorzystania wszystkich innych zasobów dla osiągnięcia celów*[16].

Na wybór tematu rozprawy oraz ukierunkowanie badań miały bardzo istotny wpływ doświadczenia zawodowe autora. Wynikające z nich wnioski pobudzały do refleksji i wysiłków zorientowanych na racjonalność działań przygotowujących państwo do przeciwdziałania skutkom, powstającym z potencjalnych sytuacji szczególnych zagrożeń oraz stanów nadzwyczajnych , a także funkcjonowania (państwa) po ich wystąpieniu.

---

[15] M. Lutostański, definicja autorska.
[16] Zob., J. A. F. Stoner, Ch. Wankel, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1994, s. 23.

W trakcie badań autor czynił także próby bliższego poznania trendów w obszarze zarządzania rezerwami państwowymi służby zdrowia występującymi w innych państwach, pod kątem ewentualnej potrzeby uzyskiwania interoperacyjności, wynikającej z wejścia Polski do struktur Organizacji Traktatu Północnoatlantyckiego (NATO) i integracji z Unią Europejską (UE)[17]. Zaznaczyć należy, iż w prowadzonych badaniach interoperacyjność medyczna z innymi państwami postrzegana była jako sprawa ważna, lecz pierwszoplanową pozostawała interoperacyjność sił i środków krajowych, bez której trudno budować interoperacyjność międzynarodową.

Osiągnięcie skorelowania działań krajowych zapewnić mogą rozwiązania prawno – organizacyjne. Pozwolą one polskiemu społeczeństwu mieć nadzieję, że w razie zaistnienia nagłych i niebezpiecznych zdarzeń, jego wkład finansowy (w tworzenie rezerw), zostanie przetransmitowany w postaci sprawnej i skutecznej pomocy medycznej.

Konkludując występujące, w czasie badań a jednocześnie pozostające od lat w sferze dyskusji oraz niezrealizowanych koncepcji, trudności w tworzeniu rezerw państwowych służby zdrowia RP, gospodarowaniu nimi i przygotowaniu ich do użycia były impulsem do poszukiwań nowych sposobów kierowania tymi rezerwami, a w dalszych etapach pracy stanowiły główne motywy prowadzenia badań na opisywany temat.

Proces przygotowania dysertacji przebiegał w sześciu zasadniczych etapach, przy czym w każdym z nich autor miał na uwadze aspekt sprawności i skuteczności systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Etap pierwszy – dotyczył zidentyfikowania misji rezerw państwowych służby zdrowia i polityki państwa w zakresie ich tworzenia.

Etap drugi – obejmował określenie funkcji (celów) rezerw państwowych służby zdrowia z uwzględnieniem potencjalnych zagrożeń dla bezpieczeństwa kraju.

W etapie trzecim – dokonywano identyfikacji uwarunkowań procesu kierowania tworzeniem i gospodarowaniem rezerwami oraz przygotowaniem ich do użycia.

Etap czwarty – związany był z analizą i oceną organizacji obecnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, w tym jego struktury organizacyjnej oraz procedur funkcjonowania, jak również relacji pomiędzy uczestnikami systemu.

[17] Niektórzy eksperci twierdzą, że jest to sprawa wyłącznie poszczególnych państw, w jaki sposób przygotowują się do niesienia pomocy medycznej swoim obywatelom w czasie sytuacji wymagających dodatkowych działań (ponad standardowe) ze strony państwa.

Etap piąty – dotyczył analizy i oceny poglądów innych państw NATO i UE w zakresie przygotowywania rezerw medycznych na wypadek sytuacji szczególnych zagrożeń i stanów nadzwyczajnych, wyszukiwaniu podobieństw oraz różnic w tym obszarze.

Etap szósty – obejmował przedsięwzięcia zmierzające do wygenerowania postulatywnego modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Konstrukcja rozprawy, stosownie do zasad ciągu wynikania i układu hierarchicznego, wymagań i wskazówek metodologicznych, przyjętych w procesie realizacji założonych celów oraz wskazanych problemów badawczych, składa się ze wstępu, czterech rozdziałów i zakończenia.

Wstęp dysertacji zawiera identyfikację tematu rozprawy i uzasadnienie jego wyboru. Wskazuje także na etapy pracy nad dysertacją oraz jej strukturę z opisem poszczególnych rozdziałów.

Rozdział 1. nt. ***Metodologiczne podstawy rozprawy doktorskiej*** zawiera – zgodnie z tytułem – metodologię przygotowywania dysertacji, w tym: cel pracy i problemy badawcze, hipotezę roboczą, użyte metody badawcze oraz analizę dostępnej literatury przedmiotu.

Rozdział 2. nt. ***Formułowanie i realizowanie polityki RP w zakresie tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia i gospodarowania nimi*** jest analityczno – oceniającym i dotyczy istoty rezerw służby zdrowia w polityce bezpieczeństwa państwa, ich funkcji w zapobieganiu zakłóceniom, wynikającym ze stanów nadzwyczajnych i ograniczaniu oraz likwidowaniu ich następstw. Zawiera ponadto główne determinanty tworzenia rezerw, a także analizę unormowań prawnych, regulujących procesy tworzenia i utrzymywania, w tym gospodarowania oraz finansowania, rezerw państwowych służby zdrowia.

Rozdział 3. nt. ***Identyfikacja i ocena obecnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby RP oraz w innych państwach Unii Europejskiej i NATO*** przedstawia charakterystykę systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w RP z uwzględnieniem podstaw prawnych organizacji systemu, jego zadań oraz struktury organizacyjnej i funkcjonalnej, a także ogólne procedury organizowania systemu. Zawiera również opis funkcjonowania systemu postrzeganego z prakseologicznego punktu widzenia ze zwróceniem szczególnej uwagi na proces tworzenia i obsługi rezerw państwowych służby zdrowia, dysponowania nimi oraz finansowania ich. jego zadaniami, kompetencjami i odpowiedzialnością jednostek organizacyjnych systemu.

W rozdziale tym podjęto się także przedstawienia właściwości kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w innych (niektórych) państwach NATO i UE. Analiza tych właściwości, pod kątem zalet i wad, miała na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy przyjęte w tych państwach rozwiązania (w tym zakresie) są lepsze od polskich?

Rozdział 4. nt. ***Postulatywny model systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia RP*** jest kwintesencją prowadzonych badań i dociekań. Zawarta w nim propozycja postulatywnego modelu została poprzedzona krytycznym myśleniem i dążeniem do przezwyciężenia niekorzystnych nawyków oraz oporu rzeczywistości w procesie budowy nowych rozwiązań systemowych w zakresie przygotowania państwa i obywateli do funkcjonowania w przypadku zaistnienia zagrożeń. Opracowanie zaprezentowanej koncepcji systemu nastąpiło po analizie, z różnych punktów widzenia, „uprzedzeń" własnych i innych osób do dotychczasowych rozwiązań oraz znalezieniu solidnych podstaw uzasadniających takie przekonania. Kreowany model uwzględnia uwarunkowania narodowe oraz uznane za *dobre* rozwiązania i tendencje światowe w zakresie realizacji przez państwo jemu przynależnych funkcji, z uwzględnieniem podstawowej – ochrony zdrowia i życia obywateli w każdych warunkach, w tym w sytuacjach szczególnego zagrożenia.

W **zakończeniu** zawarto ocenę: *zakresu osiągnięcia celu rozprawy, rozwiązania problemu badawczego oraz trafności postawionej hipotezy.* Wyartykułowano także *syntetyczne wnioski z całości podjętych i przeprowadzonych badań* oraz *rozważań* z jednoczesnym sformułowaniem *postulatów,* w zakresie podmiotu i przedmiotu rozważań. Ujęto również dyskretne sugestie, aby w przyszłości, właściwe w sprawie organy baczniej obserwowały oraz sprawniej i skuteczniej reagowały na zjawiska mogące mieć wpływ (pozytywny oraz negatywny) na efektywność systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia RP.

* * *

Podejmując się badań naukowych na temat kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, autor miał świadomość swoistego ryzyka, które wynikało z wejścia w obszar, co do funkcjonowania, którego istniały różne poglądy i swoista powściągliwość wyrażania opinii.

Praca nad rozprawą potwierdziła wskazywane obawy. Jednakże znalazły się osoby i instytucje, które w trosce o efektywność systemu wykazały szczególne poparcie dla prowadzącego badania i służyły stosowną pomocą. Dostrzegały w tym przedsięwzięciu

szansę na przybliżenie problematyki rezerw państwowych służby zdrowia właściwym jednostkom organizacyjnym w państwie i konieczność nowego spojrzenia na nią (problematykę).

Doceniając mądrość maksymy łacińskiej *„Nomina sunt odiosa"* nazwy instytucji oraz nazwiska osób, które wykazały wyjątkową powściągliwość, zostały pominięte.

Mark Twain twierdził, że towarzystwo ludzi prawdziwie wielkich wpływa na naszą osobowość i sami stajemy się wielcy. W czasie pracy nad niniejszą rozprawą doktorską, dane było autorowi przebywać wśród takich osób. Ich życzliwość i ekspercka pomoc przeniknięta troskę o bezpieczeństwo Polski i jej obywateli pozwoliły doprowadzić przedsięwzięcie do szczęśliwego końca.

*Przygotowanie pracy dysertacyjnej w takiej postaci było możliwe dzięki profesorskiej opiece i pomocy, tak metodycznej jak i merytorycznej – **większej niż kogokolwiek**, obficie zaopatrzonej także w duchowe wsparcie – kierownika naukowego rozprawy doktorskiej **Pana płk. prof. dr. hab. inż. Eugeniusza NOWAKA**.*

Na prowadzone badania i rozważania miały także szczególnie znaczący wpływ, konsultacje z Panem prof. dr hab. Czesławem SKOWRONKIEM – długoletnim Prezesem Agencji Rezerw Materiałowych.

Autorami ważnych, fachowych spostrzeżeń byli również: Pan dr med. Janusz OPOLSKI - Prezes Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych (funkcjonującej w początkowych etapach pisania dysertacji), a także oficerowie Departamentu Polityki Obronnej Ministerstwa Obrony Narodowej, Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia Sztabu Generalnego Wojska Polskiego, Akademii Obrony Narodowej i Wojskowej Akademii Technicznej.

Wśród udzielających fachowego wsparcia znajdują się również oficerowie i pracownicy cywilni: Departamentu Spraw Obronnych Kancelarii Prezesa Rady Ministrów oraz Departamentu Spraw Obronnych w Ministerstwie Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej.

Autor ma zaszczyt podziękować także Jego Magnificencji Rektorowi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Panu prof. dr. hab. med. Andrzejowi LEWIŃSKIEMU z kadrą naukową, Kierownikowi Studium Medycyny Katastrof Akademii Medycznej w Warszawie Panu mjr. dr. med. Radosławowi ZIEMBIE oraz dyrektorom, kierownikom i specjalistom Wydziałów Zarządzania Kryzysowego Urzędów Wojewódzkich za znaczącą pomoc i cenne, wynikające z troski o system i wiedzy merytorycznej popartej długoletnią praktyką, opinie.

Wszystkim wymienionym i nie wymienionym, którzy mimo różnych przeciwności, w tym z powodu licznych i absorbujących obowiązków służbowych i prywatnych z łagodnością i życzliwością traktowali doktoranta, udzielając mu merytorycznego i duchowego wsparcia, serdecznie dziękuję i życzę szczęścia.

Przygotowaniu dysertacji służyła także wiedza i osobiste doświadczenie zdobyte podczas pełnienia obowiązków służbowych w Departamencie (Biurze) Spraw Obronnych w Ministerstwie Zdrowia. ***Tym, którzy wiedzę tę umożliwili mi posiąść również dziękuję.***

Moi Rodzice i Wychowawcy przekazali mi narodowe pojmowanie istoty bezpieczeństwa i obronności kraju, doceniając przyjaźń oraz partnerskie współdziałanie z innymi państwami i narodami, było ono obecne także przy pracy nad niniejszą dysertacją.

Moja Żona i Dzieci wykazały wyrozumiałość i pomoc w pisaniu rozprawy doktorskiej.

Za to, moje specjalne – dziękuję.

„Dobrych ludzi nikt nie zapomina".

Safona

„Każde nowe dociekanie opiera się
na dotychczasowych regułach metodologicznych,
lecz jednocześnie rozwija je i koryguje".

S. Kamiński

Rozdział 1. METODOLOGICZNE PODSTAWY ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

1.1. Cele pracy i problemy badawcze

Priorytetem dysertacji stała się racjonalizacja rozwiązań organizacyjno – proceduralnych, w kontekście praktyczności propozycji zmierzających do zapewnienia skutecznego kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w czasie pokoju w związku z sytuacjami szczególnych zagrożeń (patrz *załącznik 9 – sytuacje szczególnych zagrożeń i stanów nadzwyczajnych*).

Dlatego ***cel dysertacji*** otrzymał brzmienie:

Wypracować model[18] systemu[19] kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia zapewniający skuteczne zarządzanie zapasami produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Skuteczne zarządzanie[20] – oznacza *„robienie właściwych rzeczy"*, czyli posiadanie umiejętności wyboru właściwych celów (wybierania właściwych rzeczy do zrobienia).

Przy opracowywaniu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia – w trosce o efektywne gospodarowanie zgromadzonymi zasobami, uwzględnia się *celowość* działania, czyli posiadanie przekonania, co do słuszności tworzenia i utrzymywania tego rodzaju rezerw oraz sprawnego i skutecznego systemu kierowania nimi.

---

[18] Model <łac. *modulus* = miara, wzór> cyber. układ względnie odosobniony, możliwie mało skomplikowany, działający analogicznie do oryginału, którym może być istota żywa, maszyna, zakład przemysłowy, organizacja społeczna itd., *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 484.

[19] „Model systemowy – celowe i wielowymiarowe (wieloaspektowe) uproszczenie, ujmujące badany obiekt, zjawiska i procesy w ich złożoności (zasada niezbędnej różnorodności), wzajemnych powiązaniach i dynamice", *Zarządzanie: teoria i praktyka* [red.] A. K. Koźmiński, W. Piotrowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 695.

[20] Por., J. A. F. Stoner, Ch. Wankel, *Kierowanie*, op. cit., s. 29. Ważnym, obok skuteczności zarządzania, jest także sprawność zarządzania, co oznacza *„robienie rzeczy we właściwy sposób"*, czyli posiadanie umiejętności właściwego działania w relacji nakłady – efekty.

Wiedza empiryczna autora w połączeniu z licznymi konsultacjami i wypracowanymi wnioskami oraz analizą krytyczną dostępnej literatury przedmiotu i aktów prawnych pozwoliły na wyodrębnienie obszaru problemowego – *systemu kierowania tymi rezerwami.*

Dociekania na temat *procesu* kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia RP i potrzebą powołania *systemu* w tym zakresie, skutkowały sformułowaniem ***głównego problemu badawczego*** o następującej treści:

Jaką strukturę[21] organizacyjną oraz procedury funkcjonowania powinien posiadać system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia RP?

Rozwiązanie *głównego problemu badawczego* wymagało udzielenia odpowiedzi na *problemy szczegółowe* wyrażone w następujących pytaniach:

1. *Jakie są zasadnicze uwarunkowania tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia i kierowania nimi?*
2. *Jakie są funkcje rezerw państwowych służby zdrowia oraz jak oddziałują one na cele i zadania systemu kierowania tymi rezerwami?*
3. *Jaką politykę prowadzi państwo w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia oraz jak oddziałuje ona na rozwiązania legislacyjne i organizacyjne wynikające z funkcji utylitarnych (praktycznych) tych rezerw, a także, jaki jest ich wpływ na system kierowania tymi rezerwami?*
4. *Jakie rozwiązania stosują inne państwa UE i NATO w zakresie przygotowywania rezerw medycznych do wykorzystania w sytuacjach nadzwyczajnych?*

1.2. Hipoteza robocza

Poznanie i analizę obecnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia RP autor prowadził pod kątem określenia skuteczności systemu, z uwzględnieniem uporządkowania i powiązania ze sobą poszczególnych jego uczestników (elementów), a także wyodrębnienia go z otoczenia. Podejmowane działania, osiągane rezultaty i ich analiza pozwoliły na sformułowanie poniższej **hipotezy roboczej.**

Rezerwy państwowe służby zdrowia stanowią istotną część strategicznych rezerw RP. Są współcześnie jednym z głównych czynników i wyznaczników bezpieczeństwa narodowego.

---

[21] Struktura <łac. *struktura*> – układ i wzajemne relacje elementów (części) stanowiących całość; budowa, ustrój. *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 706.

Dotychczasowe prognozowanie i planowanie oraz tworzenie i gospodarowanie, a także przygotowanie do użycia tych rezerw odbywało się na podstawie mało skutecznych rozwiązań organizacyjnych, jak również problematycznych rozwiązaniach legislacyjnych, które generowały dysfunkcje systemu, utrudniając sprawne i skuteczne zarządzanie nimi.

Wobec powyższego, ***jeżeli w oparciu o „dobre prawo" zostanie powołany system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia z precyzyjnie określonymi zadaniami, posiadający przejrzystą strukturę organizacyjną oraz stabilne procedury funkcjonowania to zarządzanie zapasami produktów leczniczych i wyrobów medycznych będzie skuteczne.***

Przy konstruowaniu powyższej hipotezy autor szczególną uwagę poświęcił propozycjom zebranym podczas konsultacji z ekspertami zajmującymi się rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Synteza przemyśleń pozwoliła na dookreślenie *przedmiotu badań* oraz odkrycie zmiennych i ustalenie *wskaźników* mogących zaświadczyć o skuteczności badanego systemu. Umożliwiła ona także na wskazanie organów (elementów systemu kierowania) uczestniczących w procesie zarządzania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Osiągnięta w toku pracy identyfikacja elementów rzeczywistości – *zmiennych* umożliwiła też na ustalenie ich wpływu na skuteczność systemu.

Za *zmienne*[22] *niezależne* (oddziałujące na system) przyjęto determinanty wymuszające organizowanie systemu kierowania rezerwami, funkcje i zadania przewidziane do realizacji przez ten system oraz relacje i oddziaływania poszczególnych elementów systemu na siebie.

Natomiast *zmiennymi zależnymi*, które stanowią *podmiot* i *przedmiot badań*, określono organy kierowania rezerwami oraz relacje i procedury kierowania tymi rezerwami.

Rozwiązania prawne sankcjonujące zachowania się uczestników procesu zarządzania rezerwami państwowymi służby zdrowia w Polsce, w tym relacje i stosowanie określonych procedur, nazwano *zmiennymi pośredniczącymi*.

W trosce o zrealizowanie przyjętego celu rozprawy oraz przejrzystość prowadzonych badań uznano, że istotnym będzie określenie merytorycznego jej zakresu, a także wskazanie przyjętych **założeń i ograniczeń** – podmiotowych, przedmiotowych, czasowych i przestrzennych.

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż w czasie prowadzonych badań, szczególnie ważne dla autora było poszukiwanie rozwiązań systemowych w zakresie zarządzania rezerwami

[22] J. Brzeziński, *Metodologia badań psychologicznych,* Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1997, s. 189 – 190.

państwowymi służby zdrowia[23] w oparciu o funkcje i z zasady kształtowania polityki rezerw. Badania i dociekania trwały w okresie od 1999 r. do kwietnia 2004 r.

Terenem badań był obszar RP. Ponadto, szczególnie w czasie pierwszego i drugiego etapu (konceptualizacji i realizacji badań), studiowane były akty prawne oraz dostępna literatura przedmiotu, w tym czasopiśmiennictwo. Stanowiły one, w połączeniu z konsultacjami w Ministerstwie Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej[24] (MG,PiPS), Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych[25] (ARAS) oraz Ministerstwie Obrony Narodowej (MON), główną bazę wiedzy z zakresu teorii problemu. Pogłębianiu wiedzy służyły również konsultacje w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) oraz Agencji Rezerw Materiałowych (ARM). Badania związane ze sprawnością i skutecznością funkcjonowania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia prowadzono także w 12. Wydziałach Zarządzania Kryzysowego Urzędów Wojewódzkich oraz Akademii Medycznej w Warszawie i Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Podejmowane działania pozwoliły na doprecyzowanie problemu badawczego, widzianego jako efekt polityki państwa wobec rezerw państwowych służby zdrowia, a także miały wpływ na wygenerowanie funkcji rezerw, celów (operacyjnych i strategicznych) oraz zadań wynikających z tych funkcji.

W dysertacji powyższa problematyka postrzegana była następująco:

1) w okresie pokoju – w związku z potencjalnymi sytuacjami szczególnych zagrożeń a przede wszystkim z katastrofami naturalnymi lub awariami technicznymi noszącymi znamiona klęski żywiołowej z uwzględnieniem kontekstu potrzeb okresu kryzysu i wojny,
2) rozpatrywany proces zarządzania rezerwami państwowymi służby zdrowia, nie uwzględniał potrzeb obronnych RP wynikających z zagrożeń zewnętrznych - militarnych, jak również odnoszących się do zobowiązań sojuszniczych w ramach NATO, jednakże jego efektywność postrzegana była również w kontekście takich potrzeb,

---

[23] Rozwiązania systemowe i zasady kształtowania polityki kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia RP stanowiły dwa podstawowe obszary badawcze w szerokiej problematyce tych rezerw. Obszary te autor uznaje za zasadnicze determinanty procesu tworzenia, gospodarowania i przygotowania do użycia rezerw państwowych służby zdrowia. Obszary te wykazują wyraźne sprzężenia zwrotne – wzajemne powiązania i uwarunkowania.

[24] W początkowym etapie badań (1999 r.) ministerstwo to nosiło nazwę Ministerstwa Gospodarki (MG), i w końcowej fazie opracowywania dysertacji (2004 r.) wróciło do nazwy z etapu początkowego (MG).

[25] ARAS została zlikwidowana *ustawą z dnia 1 marca 2002 r. o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek im podporządkowanych oraz o zmianie niektórych ustaw*, Dz. U. Nr 25, poz. 253, art. 37 pkt 7.

3) badania były prowadzone głównie z uwzględnieniem aspektów organizacyjnych oraz formalno – prawnych zarządzania rezerwami postrzeganych z prakseologicznego punktu widzenia. Nie wnikano w formy gromadzenia rezerw i ich dyslokację.

Podkreślenia wymaga również fakt, że w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia stan ilościowy i jakość rezerw oraz koszt, są rozumiane jako jedne z wielu informacji wskazujących na funkcjonowanie systemu, nie jest jednak przedmiotem szczegółowych badań i dociekań.

Przygotowaniu, a następnie prowadzeniu badań, których istotą było wskazanie uczestników procesu[26] kierowania rezerwami, wygenerowanie ich wzajemnej integracji i współpracy oraz rodzajów relacji występujących pomiędzy nimi, sprzyjało poszukiwanie, a następnie określenie niezbędnych metod i narzędzi badawczych służących wyartykułowanemu celowi. Założono, że integracja uczestników badanego systemu i relacje pomiędzy nimi powinny ewoluować w kierunku zapewnienia mu skuteczności funkcjonowania.

1.3. Metody badawcze

Rozwiązanie problemów badawczych wymagało krytycznego podejścia do badanego obszaru. Badania miały podłoże diagnostyczne, co oznacza, że propozycje nowych rozwiązań poprzedzono identyfikacją i oceną istniejącego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia oraz wskazaniem źródeł i przyczyn powstawania mankamentów, rzutujących na jego problematyczną skuteczność funkcjonowania.

W prowadzonym postępowaniu badawczym zostały wykorzystane następujące **metody badawcze:**

- *Metoda analizy* – (z uwzględnieniem, stosownie do stadium zagłębienia się w badaną problematykę, *analizy elementarnej, przyczynowej i krytycznej)* była wiodącą w badaniu literatury przedmiotu oraz aktów prawnych. Metoda ta znalazła zastosowanie w całym procesie badawczym i była wykorzystywana do identyfikowania oraz monitorowania

[26] Teoria i empiria wskazują, że obecnie nie ma systemu kierowania rezerwami „System – to zestaw składników, między którymi zachodzą wzajemne stosunki (interakcje), które połączone są ze sobą bezpośrednio lub pośrednio (R. L. Ackoff)", *Zarządzanie: teoria i praktyka* [red.] A. K. Koźmiński, W. Piotrowski, op. cit., s. 697.

systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia – w świetle obowiązujących aktów prawnych i publikacji traktujących o rezerwach państwowych służby zdrowia;

- *Metoda analogii* – stosowana była głównie do „rozumowania i wnioskowania przez analogię". *Rozumowanie przez analogię* było używane do ustalenia procedur przydatnych w procesie kierowania i zarządzania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Ustalenia te poczyniono porównując doświadczenia i rozwiązania stosowane w przygotowywaniu innych rezerw, np. paliw. *Wnioskowanie przez analogię* pozwoliło na konstruowanie nowych rozwiązań i koncepcji związanych z doskonaleniem procesu zarządzania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

- *Metoda syntezy* – (głównie *syntezy przyczynowej*) wykorzystana została do formułowania wniosków cząstkowych i końcowych;

- *Metoda modelowania* – została wykorzystana do zbudowania postulatywnego modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Proponowany model – dzięki tej metodzie – przewiduje powołanie organizacji nieetatowej, jednakże ze ściśle określonymi strukturami, w których wiodącymi relacjami są więzi funkcjonalne;

- *Metoda badania opinii ekspertów* – służyła do weryfikowania poglądów autora, a także przyjmowanych kierunków i koncepcji;

- *Metoda sondażu techniką ankiety* – do określania wymagań organizacyjnych postulowanego systemu kierowania rezerwami służby zdrowia, a także identyfikowania systemu obecnego, w tym wskazania jego dysfunkcji.

Metody badawcze były także niezbędne przy analizie i ocenie rozwiązań prawnych i organizacyjnych związanych z gospodarowaniem rezerwami państwowymi służby zdrowia.

1.4. Analiza krytyczna literatury przedmiotu

Prowadzenie badań problematyki kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w RP oraz w przodujących państwach NATO i UE, a także w innych dziedzinach wiedzy, autor poprzedził *zgromadzeniem i przestudiowaniem* dostępnej literatury krajowej i zagranicznej dotyczącej tego problemu. Wnioski wypływające z analizy tej literatury wskazują, że kierowanie rezerwami jest procesem złożonym (potwierdza to bardzo wyraźnie praktyka) o charakterze interdyscyplinarnym. Uczestniczą w nim, obok Rady Ministrów: ministrowie – zarówno w charakterze organu tworzącego rezerwy, jak i koordynatorów w zakresie przygotowania programów strategicznych (wieloletnich) – Programu Mobilizacji

Gospodarki (PMG), a także rocznych planów rzeczowych i finansowych tworzenia rezerw; kierownicy urzędów centralnych i prezesi: Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych (do 31 marca 2002 r.) oraz Agencji Rezerw Materiałowych i wojewodowie.

Z uwagi na fakt, że problematyka rezerw państwowych w warunkach polskich – przed transformacją ustrojową – była objęta tajemnicą państwową, obecnie nie ma zbyt dużo opracowań oraz publikacji z tego obszaru[27].

Autorzy dostępnych opracowań podejmowali próbę pokazania ułomności obecnego systemu, wskazywali na potrzebę opracowania zmiany istniejących rozwiązań systemowych. Jednakże w opracowaniach dominowała wielość i różnorodność spostrzeżeń, bez jednoznacznych propozycji, które stanowiłyby alternatywę dla obecnych rozwiązań.

Analiza i ocena dotychczasowych opracowań z obszaru rezerw państwowych służby zdrowia a szczególnie zarządzania nimi wskazuje, że podjęta przez autora próba zaproponowania nowych rozwiązań systemowych w zakresie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia nie ma odpowiednika w dostępnej literaturze, jak również w funkcjonujących w tym obszarze rozwiązaniach pragmatycznych. Pozwala też oczekiwać, że dociekania autora przyczynią się do doskonalenia istniejących rozwiązań w tym zakresie.

Proponowane przez autora ujęcie problematyki kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest próbą zaprezentowania nowego modelu kierowania nimi. Mimo, iż autor uwzględnia w swoich rozważaniach, spostrzeżenia jednostek organizacyjnych, którym te kwestie są bliskie z racji uczestniczenia w obecnym systemie tworzenia i utrzymywania rezerw, jego przemyślenia, wsparte na badaniach, prowadzą do przedstawienia nowej wizji, a następnie koncepcji zarządzania nimi.

Dostępne, zgromadzone źródła wiedzy autor podzielił na *cztery grupy literatury*, z wyodrębnieniem w nich *podgrup* tematycznych:

* *grupę pierwszą stanowi* ***literatura wprowadzająca***, z *dwoma podgrupami* dotyczącymi:
  - *podgrupa pierwsza* – teorii obronności i bezpieczeństwa państwa,
  - *podgrupa druga* – teorii organizacji zabezpieczenia materiałowego, w tym medycznego, państwa na wypadek zaistnienia stanów nadzwyczajnych, a także zobowiązań sojuszniczych;

[27] Pojęcie rezerw państwowych stało się publiczne i jest coraz śmielej upowszechniane (w stosownym zakresie) po wejściu w życie *Ustawy z 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw* (Dz. U. Nr 90, poz. 404, z późn. zm.). Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 stycznia 2003 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 197). Podkr. M. L.

* *grupa druga obejmuje* ***literaturę fachową***, z *dwoma podgrupami* odnoszącymi się do:
    - *podgrupa pierwsza* – teorii i praktyki gospodarowania rezerwami państwowymi służby zdrowia,
    - *podgrupa druga* – teorii kierowania, roli systemów oraz istoty modelowania;
* *grupa trzecia literatury* dotyczy ***literatury metodologii***, z podziałem na *dwie podgrupy* związane z:
    - *podgrupa pierwsza* – metodologią pisania rozprawy doktorskiej,
    - *podgrupa druga* – metodologią badań naukowych;
* *grupa czwarta związana jest z* ***literaturą pomocniczą.***

Analiza ***literatury wprowadzającej*** odnosi się do problematyki bezpieczeństwa RP, w tym zobowiązań sojuszniczych oraz przygotowania się państwa do funkcjonowania w stanach nadzwyczajnych czasu pokoju, kryzysu i wojny, a także sankcjonowania prawnego tych działań [ważniejsze pozycje w tym zbiorze to: *Ustawa zasadnicza – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Strategia bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej, ustawa o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej*, *Podstawowe problemy strategii i systemu obronności na przełomie XX i XXI wieku, autorstwa* S. Kozieja oraz *Sojusznicza Doktryna i Procedury Połączonego Wsparcia przez Państwo – Gospodarza AJP-4.5*].

Literatura tej grupy stanowiła dla autora obszerne kompendium wiedzy z zakresu kształtowania bezpieczeństwa państwa. Ponadto dostarczyła podstaw, co do zasadności poszukiwania rozwiązań naukowych, także w części bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz świadczeń na rzecz organizacji, których funkcjonowanie jest ukierunkowane na zapewnienie bezpieczeństwa państwa, tak zewnętrznego jak i wewnętrznego. Trwające od wielu lat zmiany fundamentalnych regulacji prawnych z dziedziny obronności i bezpieczeństwa państwa potwierdzają fakt, że dotychczasowe rozwiązania wymagają korekty i wskazują, że system obronny oraz bezpieczeństwa państwa jest procesem, który wymaga obserwacji, badań i permanentnego doskonalenia. W procesie tym, jego dynamice uwzględnia się również problematykę zabezpieczenia medycznego ludności.

Druga podgrupa, analizowanej literatury, zawierała pozycje [wśród nich: *Organizacja zabezpieczenia medycznego katastrof i stanów nagłych*, autorstwa R. Nowakowskiego, R. J. Klonowskiego; *Przygotowanie do mobilizacyjnego rozwinięcia systemu obronnego państwa „MOB – SOP – 3"*; J. Wojnarowskiego, H. Getki; *Planowanie zaopatrzenia ludności w podstawowe artykuły konsumpcyjne w warunkach zewnętrznego*

zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny, autorstwa P. Górskiego; *Wojskowa Koncepcja NATO obrony przeciwko terroryzmowi*; *Doktryna Narodowa Operacje Połączone*; *Połączona Sojusznicza Doktryna Zabezpieczenia Medycznego*], które świadczą o dostrzeganiu przez państwo zagrożeń zdrowia i życia narodu oraz jego sił zbrojnych, a także o podejmowanych działaniach ukierunkowanych na przeciwdziałanie im.

Problematyka poruszana w literaturze tej podgrupy odnosi się do wsparcia logistycznego sił zbrojnych, w tym wynikających z zadań realizowanych przez państwo - gospodarza oraz działań w systemie pozamilitarnym, którego elementem – w każdym z przypadków – jest zabezpieczenie medyczne i ochrona zdrowia ludności.

Druga grupa literatury przedmiotu – **literatura fachowa** obejmuje (w podgrupie pierwszej), literaturę bezpośrednio związaną z teorią i praktyką funkcjonowania rezerw państwowych służby zdrowia [do głównych pozycji literaturowych tej podgrupy należą: *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw*; *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania, dysponowania i finansowania rezerw państwowych, kontroli i tworzenia systemu informacyjnego o rezerwach gospodarczych*; *Ustawa z dnia 23 sierpnia 2001 r. o organizowaniu zadań na rzecz obronności państwa realizowanych przez przedsiębiorców*; ARAS: *Informacje o stanie systemu rezerw państwowych Ministra Zdrowia wraz z propozycjami kierunkowych zmian*; *Uwagi do „Kierunków polityki państwa w zakresie rezerw państwowych ...”*; *System rezerw państwowych dla opieki zdrowotnej. Dylematy strategiczne i podejmowane działania.*].

Wnikliwa analiza tej literatury, która w dużej części składa się z aktów normatywnych, w kontekście licznych zmian – zwłaszcza w zakresie legislacyjnego sankcjonowania praktycznego procesu prognozowania i planowania rezerw państwowych służby zdrowia oraz ich tworzenia i utrzymywania – dowodzi, istnienia istotnych dysfunkcji w dotychczas funkcjonujących rozwiązaniach.

Istnienie tych dysfunkcji skutkuje poważnym obniżeniem efektywności procesu tworzenia rezerw i gospodarowania nimi, co jest widoczne szczególnie dobitnie w opracowaniach organu odpowiedzialnego za gospodarowanie rezerwami. Jednakże uwypuklany tu problem jest znaczony pytaniami i oczekiwaniami, a sygnalizowane wątpliwości oscylują wokół niego (istniejącego problemu) nie zawierają natomiast propozycji realnych rozwiązań. Analizowana literatura w znakomitej części potwierdziła dobitnie istnienie mankamentów w dotychczasowych rozwiązaniach i skłoniła autora do dokonania pełniejszej identyfikacji przyczyn i ich wpływu na funkcjonowanie rezerw państwowych

w poszczególnych fazach: prognozowania i planowania oraz tworzenia (gromadzenia) gospodarowania i przygotowania do użycia.

Podgrupa druga **literatury fachowej** [z wiodącą pozycją literaturową: Z. Bolkowska, Cz. Skowronek, *Rezerwy państwowe. Funkcje, organizacja, ekonomika*], z uwagi na temat badań pozostaje w bardzo ścisłej korelacji z literaturą bezpośrednio związaną z problematyką rezerw państwowych służby zdrowia i stanowi dla niej swoistą bazę środowiskową. Literatura tej *podgrupy*, z treścią odpowiadającą tytułowi, zdaniem autora, choć nie proponuje rozwiązań w zakresie kierowania tymi rezerwami (nie jest to jej celem) jest bardzo wartościowa – oddaje istotę rezerw państwowych i ich rolę w szeroko rozumianej polityce państwa. Literatura z tej podgrupy wykazuje doniosłość rezerw państwowych, szczególnie w zakresie polityki obronnej i gospodarczej, przez co jest ważnym determinantem zwracającym uwagę na konieczność posiadania przez państwo efektywnego systemu kierowania w całym procesie prognozowania i planowania, tworzenia i utrzymywania oraz przygotowania do użycia tych rezerw.

Istotnym uzupełnieniem literatury w tych podgrupach jest [T. Wojciechowski, *Zasady polityki państwa w zakresie gospodarowania rezerwami państwowymi*; S. Wesołowski, *Funkcje jakie powinny spełniać rezerwy w okresie transformacji systemowej*; Z. Sarjusz – Wolski, *Metody ustalania poziomu rezerw i ich struktury*; Z. Bolkowska, A. Mielczarek, A. Bobińska, *Wpływ rezerw państwowych na równowagę podstawowych segmentów rynku wewnętrznego*] grant – projekt badawczy przygotowany przez ośmiu pracowników naukowych i ekspertów.

Autor potraktował tą literaturę jako ważne uzupełnienie, powyżej wymienionych podgrup. Pozwala ona zgłębić doniosłość rezerw w szeroko rozumianej polityce państwa.

Z literatury powyższej i zawartej w niej wiedzy teoretycznej badaczy problematyki rezerw państwowych (w ogóle), mimo że nie koncentrowała się ona na rozwiązaniach organizacyjnych i legislacyjnych w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia, autor korzystał w całym procesie opracowywania dysertacji i uwzględniał ją w czasie generowania postulatywnego modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w celu podniesienia jego skuteczności.

Kolejna – *podgrupa trzecia* analizowanej ***literatury fachowej*** zawiera [głównie: J. A. F. Stoner, Ch. Wankel, *Kierowanie*; T. Oleksyn, *Sztuka kierowania*; R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*; P. Tyrała, *Kierowanie organizowanie zarządzanie*; P. Sienkiewicz, *Podstawy teorii systemów, Inżynieria systemów kierowania*; T. Lambert, *Problemy zarządzania. 50 praktycznych modeli rozwiązań*; E. Nowak, *Prognozowanie*

gospodarcze. Metody, modele, zastosowania, przykłady; E. Nowak, *System logistyczny wojsk obrony terytorialnej*; E. Nowak, Z. Kurasiński, *Model funkcjonalny systemu kierowania logistyką Wojsk Lądowych*; B.P. Zeigler, *Teoria modelowania symulacji*] niezbędną teorię problemu z zakresu budowy systemów, modeli, kierowania.

Analiza tej literatury pozwoliła autorowi zgłębić teorię problemu. Znajomość jej (literatury) miała istotny wpływ na zidentyfikowanie słabości istniejącego procesu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia[28], a jednocześnie była szczególnie użyteczna przy opracowywaniu, projektowaniu postulatywnych rozwiązań w zakresie budowy modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

W *grupie trzeciej* literatury przedmiotu – ***metodologii***, znalazły się, w *podgrupie pierwszej* [przede wszystkim: S. Kolman, *Poradnik dla doktorów i habilitantów*; Z. Stachowiak, *Metodyka i metodologia pisania prac kwalifikacyjnych*; M. Cieślarczyk, P. Krawczyk, Z. Korulczyk, *Poradnik metodologiczny autorów prac magisterskich, dyplomowych, podyplomowych*; T. Majewski, *Ankieta i wywiad w badaniach wojskowych*] pozycje literaturowe, które stanowiły głównie pomoc metodyczną oraz techniczno – organizacyjną w przygotowaniu się autora do pisania niniejszej dysertacji. Zapoznanie się ze wskazaniami w tym zakresie i stosowanie ich w praktycznym działaniu umożliwiło autorowi na opracowanie strony organizacyjnej przygotowania i pisania rozprawy.

Druga podgrupa dotycząca ***literatury metodologii*** [gdzie zasadnicze miejsce zajmują: A. Górski, *Metody opisu i wnioskowania statystycznego w psychologii i statystyce*; S. Kamiński, *Nauka i metoda. Pojęcie nauki i klasyfikacja nauk, Filozofia i metoda, Metoda i język*; R. Wróblewski, *Metodologia strategii wojskowej*; T. Kotarbiński, *Traktat o dobrej robocie*; T. Kubiński, *Wstęp do logicznej teorii pytań*] pozwoliła autorowi na dogłębne poznanie struktury, procedur i metod badawczych oraz ich stosowania przy rozwiązywaniu, określonych i sformułowanych przez autora problemów badawczych.

Ostatnią – *czwartą grupą* literatury przedmiotu jest ***literatura pomocnicza***. Stanowi ona zbiór literatury, mieszczący głównie encyklopedie, słowniki i publikacje determinujące badany problem, [wśród nich najczęstszymi były: Zeszyty Naukowe AON, Myśl Wojskowa, Towarzystwo Wiedzy Obronnej (TWO): *Zeszyt Problemowy*].

Literatura ta była bardzo pomocnym źródłem wspierającym autora przy pisaniu pracy. Wykorzystywanie tej literatury i posługiwanie się wiedzą z niej wynikającą, podobnie jak wiedzą zdobytą w oparciu o literaturę wymienioną wcześniej, a odnoszącą się do badanej

[28] Połowa spośród ankietowanych zwraca uwagę, że obecnie trudno mówić o systemie.

problematyki lub z nią związaną, miało miejsce w całym procesie przygotowywania dysertacji.

Analiza i ocena, dostępnej i zgromadzonej **literatury przedmiotu wskazuje**, że:

1. W strukturach państwa istnieje przeświadczenie o potrzebie prognozowania i planowania oraz gromadzenia i utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia.
2. Przeświadczenie prognozowania i planowania rezerw państwowych służby zdrowia oraz gromadzenia ich i gospodarowania tymi rezerwami znajduje wyraz w ustanawianiu regulacji prawnych w tym zakresie, a także określeniu źródeł pochodzenia środków na ten cel.
3. Obecne regulacje prawne związane z procesem prognozowania i planowania oraz gromadzenia i gospodarowania, jak również przygotowania do użycia rezerw państwowych służby zdrowia, charakteryzują się niską stabilnością.
4. Brak stabilności w dziedzinie rezerw państwowych służby zdrowia jest związany, z co najmniej dwoma aspektami: *po pierwsze* – państwo zorientowane jest na poszukiwanie efektywnych rozwiązań, lecz wciąż nie dysponuje takimi. Przyjmowane rozwiązania nie wskazują jednoznacznie ważnego dla systemu precyzyjnego podziału zadań oraz jednostek organizacyjnych systemu (elementów systemu) kompetentnych i jednoznacznie odpowiedzialnych za ich realizację, *po drugie* ściśle związane z pierwszym aspektem, ustawodawca nie wskazuje ośrodków kierowania (głównie operacyjnego), tj. osoby odpowiedzialnej za stworzenie systemu i bieżące kierowanie nim oraz uzyskiwane rezultaty.
5. W większości opracowań istota rezerw państwowych służby zdrowia wynika z istoty rezerw państwowych w ogóle.
6. Teoretyczne prezentacje prognozowania i planowania rezerw państwowych służby zdrowia, gromadzenia i gospodarowania nimi kwalifikują się do określenia jako dość ogólne i wybiórcze.
7. Wyrażane koncepcje prognozowania i planowania rezerw, gromadzenia i utrzymywania, w tym gospodarowania nimi, a także przygotowania do użycia, stanowiły głównie wyraz troski o stan rezerw państwowych służby zdrowia i miały zazwyczaj charakter wycinkowy.

Analiza dostępnej literatury przedmiotu pozwoliła autorowi rozprawy wyrazić stwierdzenie, że:

* ***po pierwsze,*** przyjęte rozwiązania w zakresie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia skutkują wieloma istotnymi niejasnościami występującymi w procesie prognozowania i planowania rezerw, gromadzenia ich oraz gospodarowania nimi;

* ***po drugie,*** stosowane rozwiązania prawno – organizacyjne nie wskazują jednoznacznie organu administracji rządowej odpowiedzialnego za poziom jakościowy, ilościowy i strukturę rezerw państwowych służby zdrowia (prognozowanie i planowanie);

* ***po trzecie,*** aktualne rozwiązania nie wskazują jednoznacznie organu administracji rządowej (nie kolegialnego) odpowiedzialnego za funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia i uzyskiwane przez ten system rezultaty;

* ***po czwarte,*** obecnie mało jest opracowań teoretycznych, które przy pomocy metody benchmarkingu (porównania rozwiązań własnych z rozwiązaniami i doświadczeniami innych państw) dostarczałyby wiedzy na temat organizowania systemów zabezpieczenia medycznego społeczeństw państwach UE i NATO na wypadek zaistnienia sytuacji szczególnych zagrożeń.

„Możecie dostać tylko to, co zaplanowaliście,
a waszą strategię ogranicza to, co macie".

D. Norick

Rozdział 2. FORMUŁOWANIE I REALIZOWANIE POLITYKI RP W ZAKRESIE TWORZENIA REZERW PAŃSTWOWYCH SŁUŻBY ZDROWIA I GOSPODAROWANIA NIMI

2.1. Istota rezerw państwowych służby zdrowia i ich klasyfikacja

W ramach rezerw tworzonych i utrzymywanych przez państwo znajdują się rezerwy rzeczowe służby zdrowia[29] (patrz *załącznik 2 – zestawienie głównych składników rezerw państwowych służby zdrowia - produktów leczniczych i wyrobów medycznych*). Rezerwy te stanowią wyodrębniony majątek Skarbu Państwa i przewidziane są do wsparcia, na wypadek zaistnienia sytuacji szczególnych zagrożeń, które wywołują sytuacje nadzwyczajne[30], funkcjonującej w *normalnym* okresie pokoju służby zdrowia. Zatem celem posiadania przez państwo takich rezerw jest zapewnienie niezbędnego bezpieczeństwa medycznego społeczeństwu, jego siłom zbrojnym – z umożliwieniem wywiązania się z zobowiązań sojuszniczych w tym zakresie (układ militarny), jak również jednostkom organizacyjnym, które odpowiadają za bezpieczeństwo wewnętrzne (układ pozamilitarny) – patrz *rys. 2.1.*

Istotą rezerw państwowych służby zdrowia jest to, że są tworzone i utrzymywane przez państwo w oparciu o środki pochodzące z jego budżetu, a także to, iż użycie rezerw może mieć miejsce wyłącznie w celu zapobieżenia groźnym zakłóceniom mającym związek z bezpieczeństwem państwa (regionu), co oznacza, że nie są one źródłem zaspokajania bieżących potrzeb ochrony zdrowia, gospodarki, a także ludności w warunkach normalnego funkcjonowania państwa[31].

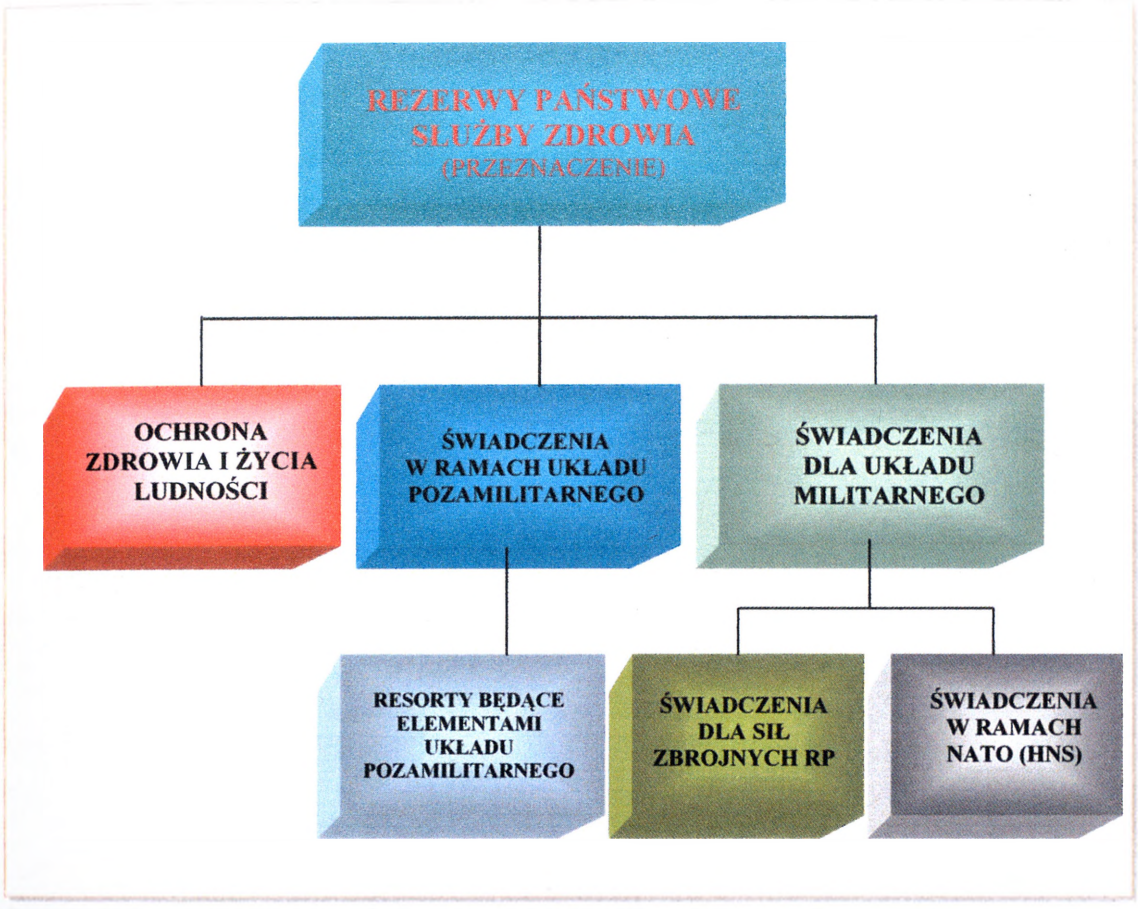
---

[29] Rezerwy rzeczowe służby zdrowia to ważne strategicznie zapasy produktów leczniczych i wyrobów medycznych przewidziane do zapewnienia stabilizacji potrzeb tej służby, wynikłych z gwałtownych i niebezpiecznych sytuacji.

[30] Sytuacja nadzwyczajna – z punktu widzenia medycznego – to stan, w którym zwykłe codzienne działanie profesjonalnych sił ratowniczych lub innych jednostek służby zdrowia, przeznaczonych do ratowania życia i zdrowia ludzi staje się w określonym miejscu i czasie niewystarczający w stosunku do potrzeb. Zob., J. Święcicki, *Ogólne zasady przygotowania sił i środków cywilnej służby zdrowia do ratowania życia i zdrowia ludzi w sytuacjach nadzwyczajnych i w czasie wojny,* AON – Ministerstwo Zdrowia 2001, s. 5.

[31] Zob., Z. Bolkowska, Cz. Skowronek, *Rezerwy państwowe. Funkcje, organizacja, ekonomika,* Warszawa 1997, s. 151.

O tym, jakie powinny być rezerwy, zarówno pod względem wielkości jak i struktury asortymentu, lokalizacji itp. decydują określone w przepisach prawa organy i jednostki organizacyjne państwa.



Źródło: *M. Lutostański, Identyfikacja potencjału rezerw państwowych służby zdrowia, „Myśl Wojskowa" Nr 1, MON 2001 r., s. 134.*

Rys. 2.1. Przeznaczenie rezerw państwowych służby zdrowia

Z. Bolkowska[32] i Cz. Skowronek[33] wskazują, że rezerwami państwowymi mogą być objęte wyroby, spełniające różne funkcje w gospodarce i przedstawiające różną postać rzeczową oraz charakteryzujące się różnorodnością zastosowania, a także

[32] Prof. dr Zofia Bolkowska – profesor w Prywatnej Wyższej Szkole Biznesu i Administracji, kierownik projektu badawczego pt. *Model gospodarowania rezerwami państwowymi w warunkach transformacji systemowej*.

[33] Prof. Czesław Skowronek – nauczyciel akademicki (do 2003 r. Prezes Agencji Rezerw Materiałowych - przez ponad dwadzieścia lat).

stanowiące istotny instrument państwa w realizacji jego funkcji obronnych i tworzenia warunków normalnego funkcjonowania gospodarki i państwa w ogóle[34].

Rezerwy państwowe służby zdrowia dzielą się na: *rezerwy mobilizacyjne* i *rezerwy gospodarcze* (patrz *rys. 2.2*). Taka klasyfikacja wynika z przyjętych funkcji rezerw w systemie obronnym i bezpieczeństwa państwa.

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 2.2. Struktura rezerw państwowych służby zdrowia i ich determinanty

[34] Zob., Z. Bolkowska, Cz. Skowronek, *Rezerwy państwowe* .., op. cit., s. 150.

Rezerwy mobilizacyjne są przeznaczone do realizacji zadań obronnych oraz związanych z bezpieczeństwem państwa. W ramach tych rezerw, uwzględniane są szczególnie potrzeby Sił Zbrojnych RP oraz bezpieczeństwa publicznego w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa państwa, jak również w czasie podwyższania gotowości obronnej państwa. Natomiast *rezerwy gospodarcze* są tworzone z przeznaczeniem (głównie) do zaspokajania potrzeb gospodarki narodowej w niezbędne surowce i inne materiały oraz utrzymania ciągłości zaopatrywania ludności w produkty lecznicze i wyroby medyczne w sytuacjach zagrożenia bezpieczeństwa państwa, a także w celu eliminowania lub łagodzenia zakłóceń w funkcjonowaniu gospodarki narodowej, powstałych na skutek nieprzewidzianych zdarzeń i okoliczności oraz klęsk żywiołowych. Ponadto w rezerwach gospodarczych ustawodawca wyodrębnia *stany zastrzeżone*. Rezerwy zgromadzone w ramach tych stanów są przewidziane do realizacji zadań wynikających z celów mobilizacyjnych[35].

Doświadczenia, na które powołują się znawcy problematyki rezerw państwowych, wskazują, że o poziomie utrzymywanych rezerw rzeczowych[36] w relacji do popytu (zapotrzebowania) decyduje zamożność państwa – im bogatsze państwo, tym wyższy poziom rezerw rzeczowych.

Podstawowymi warunkami, jakie muszą być spełnione w procesie tworzenia i utrzymywania rezerw przez państwo, aby działania te były skuteczne w zastosowaniu oraz racjonalne z ekonomicznego punktu widzenia, powinno być przede wszystkim „przywiązanie rezerw do zagrożeń". Wiąże się to między innymi z posiadaniem odpowiedniego asortymentu, lokalizacją na terytorium kraju, wysoką mobilnością (możliwość szybkiego uruchomienia i zastosowania[37]).

---

[35] *Ustawa z 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* ..., op. cit., art. 3.

[36] Rezerwy rzeczowe to pewna, wyodrębniona część zasobów materialnych, które państwo gromadzi w celu realizacji szczególnych zadań. Zasoby te biorą udział w procesach gospodarczych wyłącznie w szczególnych okolicznościach. Oznacza to, że w warunkach normalnych nie uczestniczą one w bieżących obrotach gospodarczych. W tym czasie podlegają jednak – jako wyodrębnione zasoby – procesom zapewniającym im pełne wartości użytkowe (wymiana, odświeżanie, itp.). Por., Z. Bolkowska, Cz. Skowronek, *Rezerwy państwowe...*, op. cit., s. 11 – 12.

[37] Z. Bolkowska, Cz. Skowronek, *Rezerwy państwowe...*, op. cit., s. 151.

2.2. Uwarunkowania tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia

2.2.1. Główne przyczyny tworzenia rezerw

Obok oczywistych, wymiernych korzyści dla rozwoju człowieka, wynikających z postępu nauki i rozkwitu przemysłu, w świecie ma miejsce erupcja kryzysów i konfliktów zbrojnych (lokalnych – przeradzających się w regionalne), „wojny asymetrycznej", której orężem staje się terroryzm[38], klęsk żywiołowych, katastrof i groźnych awarii przemysłowych. Zagrożenia te stały się faktem i przechodzą obecnie swoistą ewolucję. Przyszło nam zatem żyć w świecie, w którym poziom zagrożenia bezpieczeństwa publicznego systematycznie rośnie i w niektórych obszarach przekracza nawet wyobraźnię przeciętnego człowieka[39].

Istota potencjalnych zagrożeń polega na tym, że ich źródła tkwią niejednokrotnie (nie jest to jednak regułą) w geograficznie odległych miejscach i mogą się zmaterializować na terytorium kraju po niekontrolowanym przeniknięciu przez granice[40].

Utrzymujące się zatem zidentyfikowane i potencjalne (mogące się ujawnić) zagrożenia zdrowia i życia obywateli oraz zapewnienie przygotowania mobilizacyjnego i funkcjonowania gospodarki, w tym świadczenia dla Sił Zbrojnych RP (z uwzględnieniem zobowiązań sojuszniczych) i innych organów państwowych odpowiedzialnych za bezpieczeństwo publiczne stanowią główny determinant tworzenia i utrzymywania przez państwo niezbędnych rezerw służby zdrowia.

Prawdopodobieństwo wystąpienia szczególnych zagrożeń powoduje, że tworzenie takich rezerw należy postrzegać jako proces ciągły. Proces ten, aby mógł przebiegać sprawnie i być skutecznym wymaga uwzględnienia wielu przedsięwzięć organizacyjnych i prawnych. W państwie prawa szczególna rola przypada działaniom legislacyjnym, w których, uwzględniając zagrożenia organy państwa dążą do zawarcia precyzyjnych regulacji prawnych określających, istotę rezerw, logikę ich tworzenia i utrzymywania oraz zapewnienia skutecznego działania wszystkich jednostek organizacyjnych uczestniczących w tym procesie.

Podejmowane działania przebiegają z uwzględnieniem uwarunkowań ekonomicznych (możliwości budżetowych) i społecznych, w tym stosunków własnościowych (przekształceń

---

[38] J. Pawłowski, *Wybrane problemy bezpieczeństwa RP w kontekście walki z terroryzmem. (Zagrożenia asymetryczne)*, Zeszyt problemowy, TWO, 2 (28)/2002, s. 23.

[39] W. Pokruszyński, K. Straszewski, T. Terlikowski, *System bezpieczeństwa publicznego Polski*, AON 1996 r., s. 5.

[40] *Strategia bezpieczeństwa RP.* Źródło: Internet http://www.m.gov.pl/start.php?page=1010302000 z dnia 15 grudnia 2003 r.

własnościowych w gospodarce) w państwie. Tworzone w ten sposób rezerwy stanowią ważny czynnik w systemie bezpieczeństwa i obronności RP.

Utrzymujące się niebezpieczeństwa podzielić można (ogólnie) na dwa zasadnicze rodzaje generujące zagrożenia związane z nagromadzonym potencjałem militarnym oraz zagrożenia pochodzenia niemilitaryjnego. Należy także podkreślić, że zagrożenia te nie występują samoistnie, lecz tworzą ze sobą sieć wzajemnych powiązań, a ich zasięg wciąż się powiększa o nieznane dotychczas niebezpieczeństwa. Zjawiska tego typu stanowią istotny czynnik determinujący tworzenie rezerw, bowiem ich skala i zasięg, w razie wystąpienia, mogą w sposób bezpośredni lub pośredni zagrażać zdrowiu i życiu obywateli tak bardzo, że siły i środki przewidziane do realizacji zadań w ochronie zdrowia w okresie normalnym nie będą w stanie im sprostać (patrz *załącznik 3*). Realność zaistnienia zakłóceń na dużą skalę grozi wystąpieniem destrukcji w procesach gospodarczych, politycznych, społecznych, a nawet bezpośrednio związanych z bezpieczeństwem militarnym. Zakłócenia te mogą mieć swój początek, między innymi, w przyczynach *naturalnych*, *politycznych*, *gospodarczych*, jak również *militarnych* (patrz *rys. 2.3*).

Przyczyny naturalne stanowią różnego rodzaju zdarzenia nadzwyczajne, które powodują destabilizację w funkcjonowaniu państwa, jego wszystkich bądź części działów. Wynikają one z różnego rodzaju przyczyn, takich jak klęski żywiołowe: pożar, powódź, trzęsienie ziemi, długotrwała susza, itp. Likwidacja bądź ograniczanie skutków tych zdarzeń szczególnie, jeśli dotyczy znacznych obszarów terytorium kraju, lub (wzgl. bądź) wiąże się z dużym natężeniem zagrożenia i często wymaga uruchomienia źródeł alternatywnego zaopatrzenia[41].

Zakłócenia wynikające ze zdarzeń nadzwyczajnych, będących następstwem klęsk żywiołowych, mogą rzutować, nie tylko na przerwy w funkcjonowaniu gospodarki wykonującej zadania na rzecz ochrony zdrowia, ale także na możliwości wywiązywania się z umów i zobowiązań międzynarodowych, związanych z bezpieczeństwem zdrowotnym obywateli państw obcych przebywających na terytorium RP, np.: „wsparcia przez państwo – gospodarza" (HNS)[42].

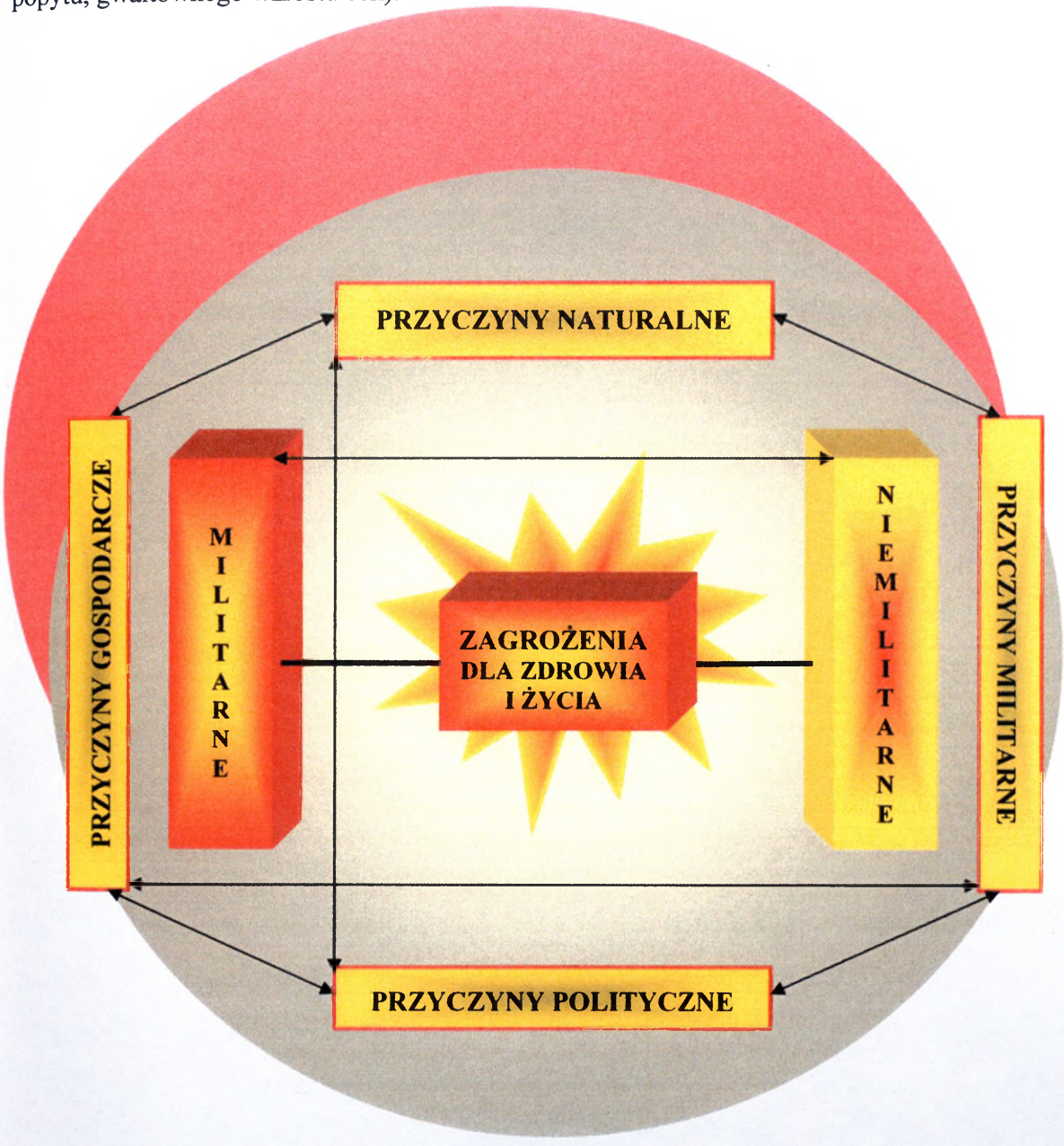
Przyczyny polityczne natomiast, mogą nieść ze sobą zakłócenia procesów gospodarczych poprzez ograniczenie lub przerwy w dostawach surowców i (wzgl. lub) wyrobów będących niezbędnymi w procesie ochrony zdrowia.

---

[41] Rezerwy rzeczowe stanowią źródła takiego zaopatrzenia.

[42] „Wsparcie przez państwo – gospodarza" (ang. *Host Nation Support – HNS*).

Przyczyny gospodarcze dotyczą zjawisk zachodzących w gospodarce oraz zjawisk, nie związanych z nią bezpośrednio, a których występowanie nie jest wolne od oddziaływania na procesy w niej zachodzące. Szczególnie niekorzystne dla gospodarki są wahania wywołane czynnikami sytuacyjnymi, które powodują powstawanie okresów niebezpiecznych załamań dynamiki gospodarczej i powstawanie, związanego z tym, rozchwiania rynku (podaży, popytu, gwałtownego wzrostu cen).



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 2.3. Zagrożenia dla zdrowia i życia społeczeństwa, przyczyny powstawania ich i wzajemne oddziaływanie

Z zakłóceniami politycznymi i gospodarczymi mogą wiązać się również *przyczyny militarne.* Powstanie sytuacji konfliktowych w tych obszarach działania państwa, będzie wywoływać konieczność intensyfikacji przygotowań militarnych. Aby zatem pożądane procesy przebiegały sprawnie, powinny być ubezpieczone rezerwami państwowymi służby zdrowia, które stworzą państwu możliwości realizowania przynależnych mu funkcji poprzez skuteczne oddziaływania na ich przebieg.

Rezerwy państwowe służby zdrowia, z uwagi na nadzwyczajne okoliczności uruchamiania ich często są nazywane także rezerwami strategicznymi[43].

Zakres rzeczowy tych rezerw, poziom ich w relacji do zużycia są zmienne i zależą od wielu czynników. Czynnikami tymi i ich wszechstronną identyfikacją, zarówno w czasie jak i skutkach zajmują się organy państwa posiadające szczególne kompetencje w tym zakresie. Oznacza to jednocześnie, że zadania związane z zapewnieniem pomocy medycznej i opieki zdrowotnej obywatelom oraz ochrony majątku narodowego (istnieje ścisły związek) stają się w coraz większym stopniu domeną instytucji i służb działających w sferze bezpieczeństwa wewnętrznego państwa.

Mając powyższe na uwadze nie trudno dostrzec zasadność, a nawet konieczność posiadania przez państwo instrumentów zapewniających skuteczne stymulowanie procesów związanych z rezerwami państwowymi służby zdrowia w trudnych okresach funkcjonowania rynku. Instrumenty takie pozwolą kierować rezerwami we wszystkich etapach tworzenia rezerw oraz gospodarowania nimi z uwzględnieniem zarówno jakości, jak również ilości w poszczególnych asortymentach i wyrobach gotowych czy też surowcach.

Jednym z kluczowych instrumentów jest system prawny. Przyjęte rozwiązanie prawne generują rozwiązania organizacyjne i stanowią podstawę prawną gromadzenia rezerw państwowych służby zdrowia.

---

[43] Określenie rezerwy strategiczne oznacza ich charakter rzeczowy, który wskazuje, że są one głównie przeznaczone do celów gospodarczych. Ich gospodarcze przeznaczenie może być jednakże uwarunkowane przesłankami militarnymi.

2.2.2. Regulacje prawne prognozowania i planowania rezerw oraz tworzenia ich i gospodarowania nimi

Do drugiej połowy ostatniej dekady dwudziestego wieku problematyka rezerw państwowych (w ogóle) stanowiła temat o charakterze niejawnym, była bowiem objęta ochroną tajemnicy państwowej. Kwestie rezerw państwowych służby zdrowia były regulowane głównie uchwałami Rady Ministrów (RM), w tym niejawnymi[44] oraz zarządzeniami wykonawczymi Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej[45], jak również wytycznymi organów uczestniczących w tworzeniu i utrzymywaniu takich rezerw[46].
Można przyjąć, że regulacje prawne w zakresie utrzymywania rezerw państwowych uzyskały jawny charakter od 1996 r.[47] Od tego czasu bowiem problematyka rezerw państwowych służby zdrowia znalazła swoje umocowanie prawne w aktach normatywnych o randze ustawy, rozporządzenia Rady Ministrów, a także rozporządzeń i zarządzeń ministrów wydawanych na podstawie delegacji zawartych w ustawach (patrz *rys. 2.4*).

Obecnie problematykę rezerw państwowych służby zdrowia reguluje wiele aktów prawnych. W dysertacji autor skoncentruje się jednak głównie na regulacjach odnoszących się bezpośrednio do tej problematyki.

Aktem prawnym związanym z programowaniem rezerw państwowych służby zdrowia na rzecz mobilizacji gospodarki w zakresie zabezpieczenia potrzeb obronnych państwa oraz Sił Zbrojnych RP i wojsk sojuszniczych w warunkach zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny, jest ustawa z dnia 23 sierpnia 2001 r. o organizowaniu zadań na rzecz obronności państwa realizowanych przez przedsiębiorców[48]. Ustawa ta dotyczy interesu obronności i bezpieczeństwa państwa. Dostrzega się w niej i uznaje za celowe, aby podmioty gospodarcze realizujące szczególnie ważne zadania, niezależnie od stosunków własnościowych, pozostawały w nadzorze centralnego organu administracji rządowej.

---

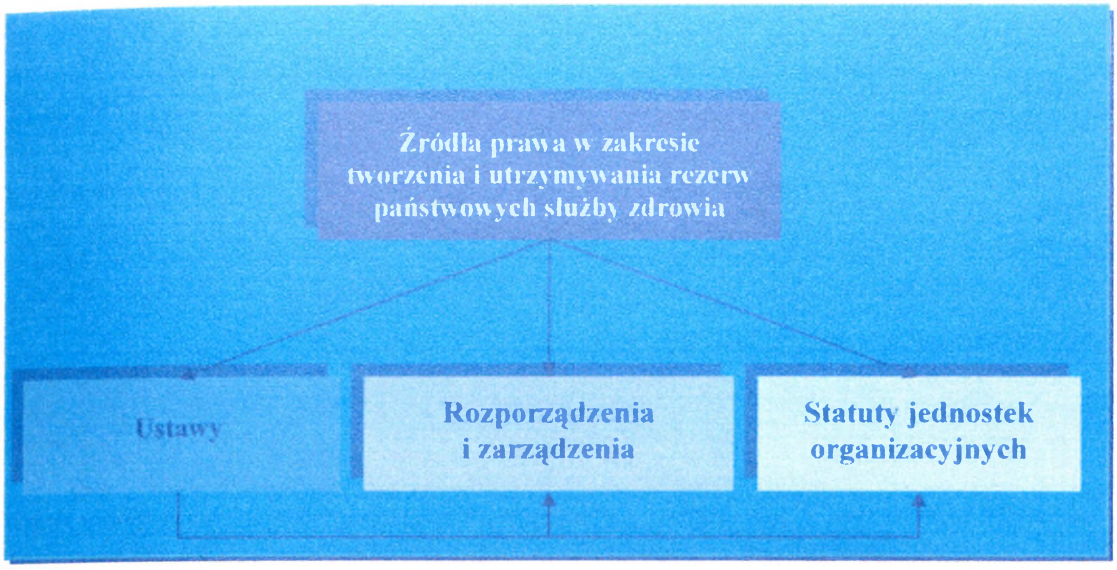
[44] *Uchwała Nr 168 Rady Ministrów z dnia 11 grudnia 1989 r. w sprawie zasad tworzenia rezerw państwowych i gospodarowania tymi rezerwami* (M.P. Nr 41, poz. 329 z późn. zm.).
Z powyższą uchwałą była powiązana *uchwała Rady Ministrów z dnia 17 grudnia 1984 r. w sprawie zasad tworzenia rezerw państwowych i gospodarowania nimi* (uchwała niepublikowana). Źródło: Internet, http://insip.sejm.gov.pl/PRAWO.nsf?OpenDatabase

[45] Od 1999 r. Minister Zdrowia (bez członu „Opieki Społecznej").

[46] Ważną rolę w zakresie rezerw spełniały *Wytyczne w sprawie gospodarki specjalistycznymi rezerwami służby zdrowia*, Zarząd Artykułów Sanitarnych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1986.

[47] Nie dotyczy Programu Mobilizacji Gospodarki. Dokument ten nie podlegał analizie.

[48] Dz. U. Nr 122, poz. 1320 z późn. zm.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 2.4. Źródła prawne w zakresie tworzenia i utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia

Zawarte w niej rozwiązania regulują zagadnienia związane z obronnością, w szczególności w zakresie Programu Mobilizacji Gospodarki (PMG). Wskazują między innymi RM jako organ ustalający PMG a Ministra Obrony Narodowej czynią odpowiedzialnym za koordynowanie przygotowaniem tego programu[49].

Bardzo ważnym aktem prawnym, stanowiącym pragmatykę w zakresie rezerw i określającym zasady tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia (rezerw produktów leczniczych i wyrobów medycznych) oraz gospodarowania nimi[50] jest ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw[51]. W tym akcie prawnym ustawodawca sprecyzował powody tworzenia rezerw[52] i ich podział[53]. Wskazał też jednostki organizacyjne zobowiązane do tworzenia rezerw, każda w zakresie swojej działalności statutowej, z uwzględnieniem zakresu rzeczowego i ilościowego, niezbędnego do realizacji zadań związanych z obronnością i bezpieczeństwem

[49] Ibid., art. 4a.
[50] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* .., op. cit., art. 1.
[51] Dz. U. z 1996 r. Nr 90, poz. 404 z późn. zm. – pierwszy w okresie powojennym akt prawny rangi ustawy, który regulował całokształt problematyki rezerw państwowych, miedzy innymi, służby zdrowia.
[52] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* .., op. cit., art.2.
[53] Ibid., art. 3.

państwa[54]. Określił również źródło finansowania rezerw i przeznaczenie środków (wydatkowanie) związanych z gospodarowaniem rezerwami[55]

Na podstawie delegacji, zawartej w ustawie pragmatycznej o rezerwach, RM wydala rozporządzenie z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, dysponowania i finansowania rezerw państwowych, kontroli i tworzenia systemu informacyjnego o rezerwach gospodarczych[56].

Zadaniem tego rozporządzenia było szczegółowe, zgodnie z wolą ustawodawcy, określenie sposobów i trybu tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia, gospodarowania nimi, finansowania ich oraz kontroli i tworzenia systemów informacyjnych o rezerwach (z wyjątkiem rezerw mobilizacyjnych[57]).

Kolejnym aktem prawnym, dotyczącym badanej problematyki, było rozporządzenie Ministra Gospodarki, Płacy i Polityki Społecznej z dnia 12 marca 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad gospodarki finansowej Agencji Rezerw Materiałowych (ARM)[58]. Bardzo ważnym zapisem w tym akcie prawnym było jednoznaczne rozstrzygnięcie finansowania rezerw. Rozporządzenie to doprecyzowało zapisy ustawowe w zakresie odpowiedzialności za finansowanie rezerw wskazując jednoznacznie na ARM, jako na jednostkę organizacyjną, właściwą do ponoszenia kosztów związanych z gospodarowaniem tymi rezerwami[59].

Badając obowiązujące regulacje prawne w zakresie prognozowania i planowania rezerw państwowych służby zdrowia oraz tworzenia ich i gospodarowania nimi należy wskazać na statuty[60] jednostek organizacyjnych uczestniczących w tym procesie, a także na ich wewnętrzne regulaminy organizacyjne[61].

---

[54] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* .., op. cit., art. 4.
[55] Ibid., art. 7.
[56] Dz. U. Nr 5, poz. 15 z późn. zm.
[57] Rezerwy mobilizacyjne podlegają badaniom statystycznym prowadzonym przez Główny Urząd Statystyczny, na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439 z późn. zm.) – na podstawie ibid., art. 5.
[58] Dz. U. Nr 49, poz. 413.
[59] Zob., ibid., § 5.
[60] „Statut <łac. *statutum* = postanowione> zbiór przepisów dotyczący organizacji, zakresu i sposobu działania osoby prawnej", *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 700.
[61] *Zarządzenie Nr 2 Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 stycznia 2002 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Obrony Narodowej*, M.P.02.1.29.
Zarządzenie Nr 75 Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 czerwca 2002 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji, M.P.02.26.434.

Szczególnie istotnym pozostaje statut Agencji Rezerw Materiałowych[62], która po likwidacji Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych (ARAS)[63] przejęła jej wszystkie zadania związane z gospodarowaniem rezerwami państwowymi służby zdrowia. Ponadto, obok wymienionych wyżej aktów prawnych, poświęconych bezpośrednio rezerwom państwowym służby zdrowia, w systemie prawnym występują inne akty normatywne, odnoszące się w różnym zakresie do problematyki kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Należą do nich, między innymi: ustawa z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej[64], ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej[65] oraz ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów[66], a także ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r.: o samorządzie województwa[67], o administracji rządowej w województwie[68], o samorządzie powiatowym[69].
Zawarte w nich zarówno zadania jak i kompetencje organów administracji państwowej oraz samorządowej dotyczą także działań podejmowanych przez właściwe jednostki organizacyjne w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia i rzutują na funkcjonowanie systemu tych rezerw.

Powyższe regulacje prawne są głównym instrumentem (narzędziem) państwa przy realizowaniu polityki gospodarczej i obronnej RP w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia.

---

[62] *Statut Agencji Rezerw Materiałowych*, Internet, http://www.arm.gov.pl/printer.php?client=printer&inold=16, z dnia 16. grudnia 2003 r.
[63] Zlikwidowana z dniem 31 marca 2002 r. Zob., *ustawa z dnia 1 marca 2002 r. o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji państwowej i jednostek im podporządkowanych oraz zmianie niektórych ustaw*, Dz. U. Nr 25, poz. 253, art.1 ust. 6..
[64] Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 205 – jednolity tekst.
[65] Dz. U. Nr 141, poz. 943 z późn. zm.
[66] Dz. U. z 1999 r. Nr 82, poz. 929 (tekst jednolity), System Informacji Prawnej LEX („OMEGA") 18/2003.
[67] Dz. U. Nr 576, poz. 3285.
[68] Dz. U. Nr 577, poz. 3296.
[69] Dz. U. Nr 578, poz. 3302.

2.3. Rezerwy państwowe służby zdrowia w polityce gospodarczej i obronnej RP

2.3.1. Funkcje rezerw

Rezerwy państwowe służby zdrowia spełniają ważną rolę w szeroko rozumianym systemie obronności i bezpieczeństwa państwa.
Fakt ten jest dostrzegany przez właściwe w sprawie organy i determinuje je do formułowania i realizowania polityki dotyczącej podstawowych płaszczyzn i problemów gospodarczych, ukierunkowanych na minimalizację zagrożeń życia i zdrowia obywateli oraz jednostek organizacyjnych odpowiedzialnych za zapewnienie obronności i bezpieczeństwa.

Na podstawie dostępnej literatury przedmiotu[70] stwierdzić można, że polityka państwa w zakresie rezerw służby zdrowia (produktów leczniczych i wyrobów medycznych) jest na pewno częścią polityki gospodarczej. Jednakże polityka ta nie daje się jednoznacznie zakwalifikować wyłącznie do jednej z jej części (np. do polityki przemysłowej). Na politykę państwa w tym zakresie wywierają istotny wpływ (niekiedy decydujący) koncepcje i działania państwa należące do jeszcze innych płaszczyzn jego polityki – szczególnie polityki obronnej, społecznej i zagranicznej. Polityka państwa w tych płaszczyznach, są one uznawane za bardzo istotne w systemie obronności i bezpieczeństwa, przybiera taki kształt, aby zapewnić rezerwom możliwość wykonania przynależnych im, podstawowych funkcji.

Cel tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia i ich misja, wyraża się najpełniej właśnie w funkcjach przewidzianych do rozwiązywania przez te rezerwy. Ogólnie można stwierdzić, że funkcje rezerw są związane z operowaniem w dziedzinie *obronności*[71] oraz *bezpieczeństwa*[72] *państwa*[73]. Obydwa wskazane aspekty – zarówno *obronność*, jak i *bezpieczeństwo* pozostają w bardzo ścisłych relacjach z gospodarką państwa. Jednakże należy podkreślić, że obecny model tworzenia i utrzymywania rezerw państwowych służby

---

[70] Zob., T. Wojciechowski, *Zasady polityki państwa w zakresie gospodarowania rezerwami państwowymi*, PWSB i A, Warszawa 1996, s. 2.
[71] „Obronność – jedna z podstawowych dziedzin działalności państwa, mająca na celu przeciwdziałanie wszelkiego rodzaju zagrożeniom", *Słownik terminów* .., op. cit., s. 83.
[72] „Bezpieczeństwo – stan, który daje poczucie pewności, i gwarancje jego zachowania oraz szansę na doskonalenie. Jedna z podstawowych potrzeb człowieka to sytuacja odznaczająca się brakiem ryzyka utraty czegoś co człowiek szczególnie ceni, **na przykład zdrowia** (podkr. M. L.), pracy, szacunku, dóbr materialnych. Wyróżnia się m. in. bezpieczeństwo globalne regionalne, narodowe; bezpieczeństwo militarne, polityczne, społeczne; bezpieczeństwo psychiczne, socjalne; bezpieczeństwo strukturalne i personalne", Ibid., s. 13.
[73] „Bezpieczeństwo państwa – stan uzyskany w wyniku zorganizowanej ochrony i obrony przed możliwymi zagrożeniami, wyrażony stosunkiem potencjału obronnego do skali zagrożeń", *Słownik terminów*..., op. cit., s. 16.

zdrowia, odzwierciedleniem, którego jest jakość rezerw, doprowadził do ukształtowania przekonania (wśród wielu osób zajmujących się problematyką obronną) o deklaratywnym charakterze niektórych rezerw[74].

Funkcje[75] rezerw państwowych, w tym służby zdrowia, są zróżnicowane i mogą być zmienne w zależności od sytuacji, w której przychodzi je wykorzystywać. Zatem można przyjąć, że są one pochodną przyczyn (powodów) tworzenia rezerw a wizja[76] i koncepcja[77] wykorzystania ich przesądza o funkcjach, jakie rezerwy będą miały do spełnienia.

ARAS (była jednostka organizacyjna właściwa w zakresie gospodarowania rezerwami państwowymi służby zdrowia) wskazywała, że główną i podstawową funkcją tworzenia i utrzymywania rezerw jest funkcja przeciwdziałania zakłóceniom procesów gospodarczych różnego pochodzenia oraz udział rezerw w transakcjach koniunkturalnych[78], a także zapewnienie potrzeb sił zbrojnych i wsparcie działania systemu opieki zdrowotnej w „stanach nadzwyczajnych", w tym zapewnienie ciągłości zaopatrywania ludności w środki farmaceutyczne i materiały medyczne poza zakładami opieki zdrowotnej[79].

Podkreślić należy fakt, iż funkcje rezerw państwowych służby zdrowia są tożsame z funkcjami innych rezerw tworzonych przez państwo (np.: materiały pędne czy artykuły spożywcze). Funkcje te, jak wskazano wyżej, wynikają z czynników i przesłanek, które legły u podstaw powołania instytucji rezerw oraz które mają wpływ na kształtowanie funkcji, a także zasad i sposobów ich realizacji.

Funkcje rezerw możemy podzielić na *dwie zasadnicze grupy: podstawowe i pomocnicze* (patrz *rys. 2.5*).

Do *pierwszej grupy (funkcje podstawowe)* należą funkcje związane ze wspomaganiem realizacji zadań obronnych, zwłaszcza w sytuacjach militarnego zagrożenia państwa, w czasie

---

[74] W. Kitler, *Wykorzystanie potencjału pozamilitarnego w czasie kryzysu i wojny*, „Myśl Wojskowa" nr 4, Warszawa 2000 r., s. 62.

[75] Rozróżnienie *celów* i *funkcji* kierowania i zarządzania rezerwami rzeczowymi państwa nie zawsze jest możliwe i w większości ma charakter umowny. W tym przypadku do *funkcji* zostaje zaliczone rozwiązywanie w wyniku operowania rezerwami państwowymi służby zdrowia problemów obronno – gospodarczo – społecznych, związanych z realizacją podstawowego celu ich tworzenia (funkcje celu) i przyjętej polityki jego realizacji. Na podstawie T. Wojciechowski, *Zasady polityki państwa* ..., op. cit., s. 5.

[76] Wizja <łac. *visio*> - obraz fragmentu rzeczywistości utworzony przez twórczą wyobraźnię; wyobrażenie, opis czego. Na podstawie: *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 808.

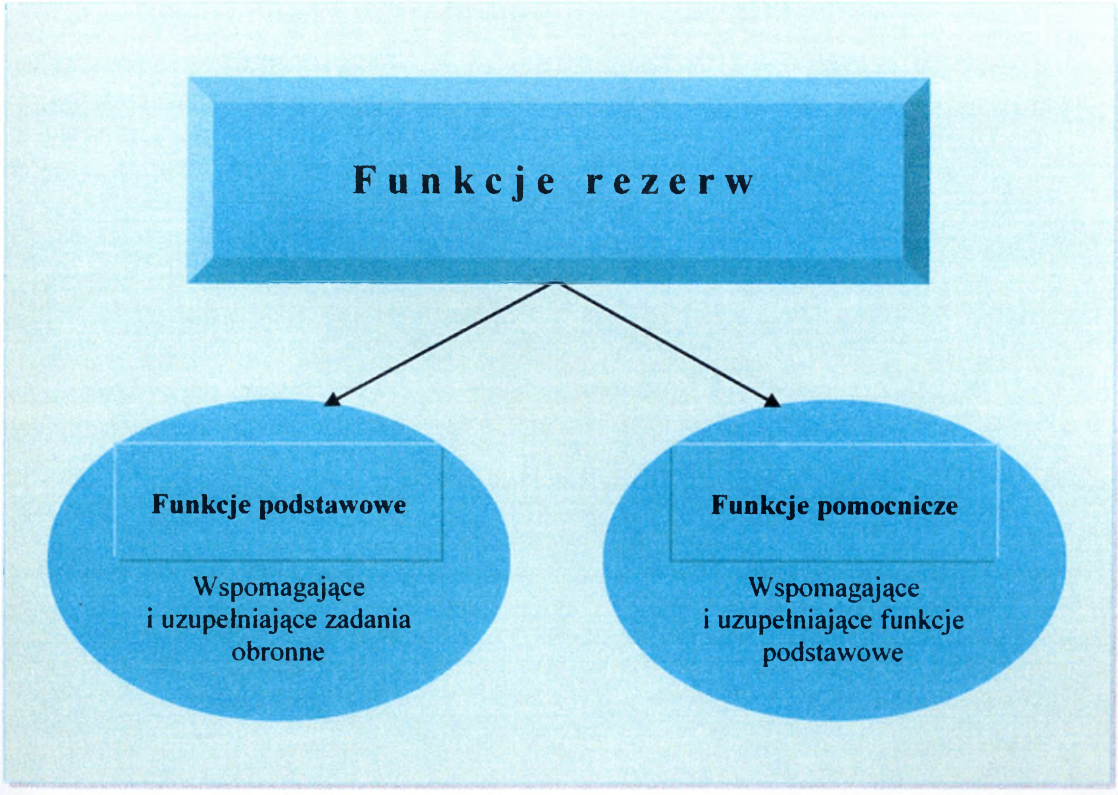
[77] Koncepcja <łac. *conceptio*> - obmyślony plan działania, rozwiązania czego, pomysł, projekt. Na podstawie: Ibid., s. 375.

[78] Zob., Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, *Kilka uwag o systemie rezerw i funkcjonowania Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych*, Warszawa, czerwiec 1999, s. 2.

[79] Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, *Informacja o stanie systemu rezerw państwowych* .., op. cit., s. 6.

osiągania pożądanego stanu gotowości obronnej oraz przy łagodzeniu lub eliminowaniu zakłóceń w procesach gospodarczych związanych z funkcjonowaniem służby zdrowia.

Z uwagi na cele, które mają być osiągane przy pomocy rezerw państwowych służby zdrowia, szczególne miejsce zajmuje funkcja zapewniająca bezpieczeństwo zdrowotne w państwie na wypadek zagrożeń militarnych. Gromadzenie rezerw związanych z realizacją celów militarnych wynika z polityki obronnej państwa. Polityka ta wskazuje, że zadaniem rezerw jest *zaspokojenie potrzeb sił zbrojnych i innych służb* (policji, więziennictwa) na wypadek konieczności zwiększenia stanów osobowych, zadań HNS, a także zapewnienie niezbędnych świadczeń medycznych społeczeństwu.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 2.5. Podstawowy podział funkcji rezerw państwowych służby zdrowia – w ujęciu graficznym

Kolejną, bardzo ważną funkcją rezerw jest *stymulowanie procesów gospodarczych*[80] w ten sposób, aby nie następowały przerwy w działalności gospodarczej, a zwłaszcza

[80] Procesy gospodarcze wymagają odpowiedniego przeciwdziałania przerwom w produkcji czy dystrybucji produktów leczniczych i wyrobów medycznych nawet w sytuacji funkcjonującego wolnego rynku, który

przerwy w pracy przemysłu i zaspokajaniu potrzeb społecznych w zakresie dostępu do niezbędnych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, a także do odpowiednio wyposażonych ośrodków opieki i pomocy medycznej.

Pewną mutacją wymienionej i opisanej funkcji, jak zauważają eksperci z zakresu między innymi, rezerw rzeczowych państwa[81], jest *unikanie nadmiernego uzależnienia gospodarki od importu z jednego źródła – kraju czy np. międzynarodowego koncernu.*

Choć funkcja ta dotyczy głównie innych dziedzin gospodarki, to jest oczywistym, iż powinna być uwzględniona w przemyśle związanym z wytwarzaniem produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Niezależnie od rozwiązań (często trudnych technicznie lub/i ekonomicznie, a także niemożliwych do realizacji w określonym czasie) pozwala ona na uruchamianie alternatywnych źródeł dostaw[82]. Funkcja ta przygotowuje i zapewnia w awaryjnych sytuacjach przetrwanie gospodarki do chwili przywrócenia normalnego poziomu dostaw czy też awaryjnego uzyskania ich z innych źródeł.

Następną funkcją należącą do podstawowych jest *przeciwdziałanie bezpośrednim następstwom klęsk żywiołowych, a zwłaszcza powodzi, awarii lub katastrof z udziałem środków toksycznych*, kiedy wzmożone zapotrzebowanie na niektóry rodzaj produktów leczniczych czy wyrobów medycznych może wywołać groźne, także społeczne, skutki. Funkcje te determinują organizatorów procesu tworzenia rezerw i gospodarowania nimi do konsultowania (uzgadniania) prognozowania i planowania oraz przygotowania niezbędnych grup asortymentowych z potencjalnymi odbiorcami, tj.: MON, MSW i A, UOP (po zmianach ABW, AW), a także posiadania efektywnego systemu informacyjnego o rezerwach gospodarczych.

Według opinii autora, z racji posiadania w swoich strukturach służby więziennej w procesie tym powinno uczestniczyć także Ministerstwo Sprawiedliwości[83].

---

jak dowodzi praktyka nie jest w pełni odporny na różnego rodzaju wstrząsy gospodarcze wywołane możliwymi do zaistnienia czynnikami, np.: politycznymi, społecznymi, katastrofami, itp.
„Teoretyczne zasady funkcjonowania całkowicie wolnego rynku, na którym wszystkie reakcje podmiotów są wyłącznie regulowane przez mechanizm rynkowy czyli "niewidzialną rękę rynku", nie sprawdziły się nigdzie w makroskali i znajdują praktyczne potwierdzenie tylko w nielicznych przypadkach w skali mikro – na z różnych względów ograniczonych przedmiotowo rynkach regionalnych. Fala konserwatyzmu dotycząca tego problemu, wywołana publikacją M. Friedmana – "Capitalism and Freedom" – University of Chicago 1962 r. już dawno minęła. Znacznie większe poparcie uzyskała i uzyskuje teoria (i praktyka) ograniczonej ingerencji państwa w procesy". Zob., T. Wojciechowski, *Zasady polityki państwa* ..., op. cit., s. 5 i 6.

[81] Z. Bolkowska, Cz. Skowronek, *Rezerwy państwowe* ..., op. cit., s. 18.

[82] Jak wskazują eksperci, w tym celu jest na ogół pożądane lub wręcz konieczne gromadzenie określonych rezerw rzeczowych.

[83] Ministerstwo Sprawiedliwości obecnie nie występuje jako potencjalny odbiorca rezerw.

Funkcją polityki rezerw, według opinii ekspertów, jest także zapobieganie oraz łagodzenie objawów społecznego niezadowolenia, wywołanego różnego rodzaju przyczynami i brakiem na rynku niektórych grup asortymentowych.

Funkcje podstawowe w procesie tworzenia i utrzymywania rezerw, spełniają rolę nadrzędną w systemie rezerw państwowych przez to, że stanowią istotny element zewnętrznego i wewnętrznego bezpieczeństwa państwa, łącznie z wpływem (oddziaływaniem) na funkcjonowanie jego gospodarki. Nadrzędność tych funkcji oraz struktura rzeczowa rezerw wymaga, aby inne funkcje wspierały bezpośrednio lub pośrednio realizację ich[84].

Funkcje mieszczące się w *drugiej grupie (funkcje pomocnicze)* dotyczą wspomagania i uzupełniania *funkcji podstawowych*[85]. Funkcje te, z uwagi na zakres i cel działania, można podzielić na trzy zasadnicze podgrupy:

1) zapewniające,

2) *eliminujące,*

3) *optymalizujące.*

Rolą *funkcji zapewniających* jest, między innymi, stworzenie i utrzymanie takich warunków, które pozwolą na zachowanie wartości użytkowych rezerw. Odnosi się to przede wszystkim do warunków magazynowania oraz odświeżania (rotacji, wymiany). Natomiast *funkcje eliminujące* pozwalają na eliminowanie składników, które utraciły wartości użytkowe na skutek fizycznego i/lub moralnego starzenia się produktów, surowców.

O *funkcjach optymalizujących* mówimy zaś wówczas, gdy dążymy do optymalnego, np. doboru składników rezerw (struktury rezerw), wykorzystania środków budżetowych czy wykorzystania potencjału magazynowego zaangażowanego w utrzymywanie rezerw.

Nadrzędność funkcji podstawowych nad pomocniczymi – w hierarchii ważności celów rezerw państwowych służby zdrowia – jest postrzegana w ten sposób, że wszystkie inne funkcje i zadania wykonywane w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego nie mogą być sprzeczne z funkcjami podstawowymi, rozumianymi jako reakcja państwa na ewentualne zagrożenia militarne.

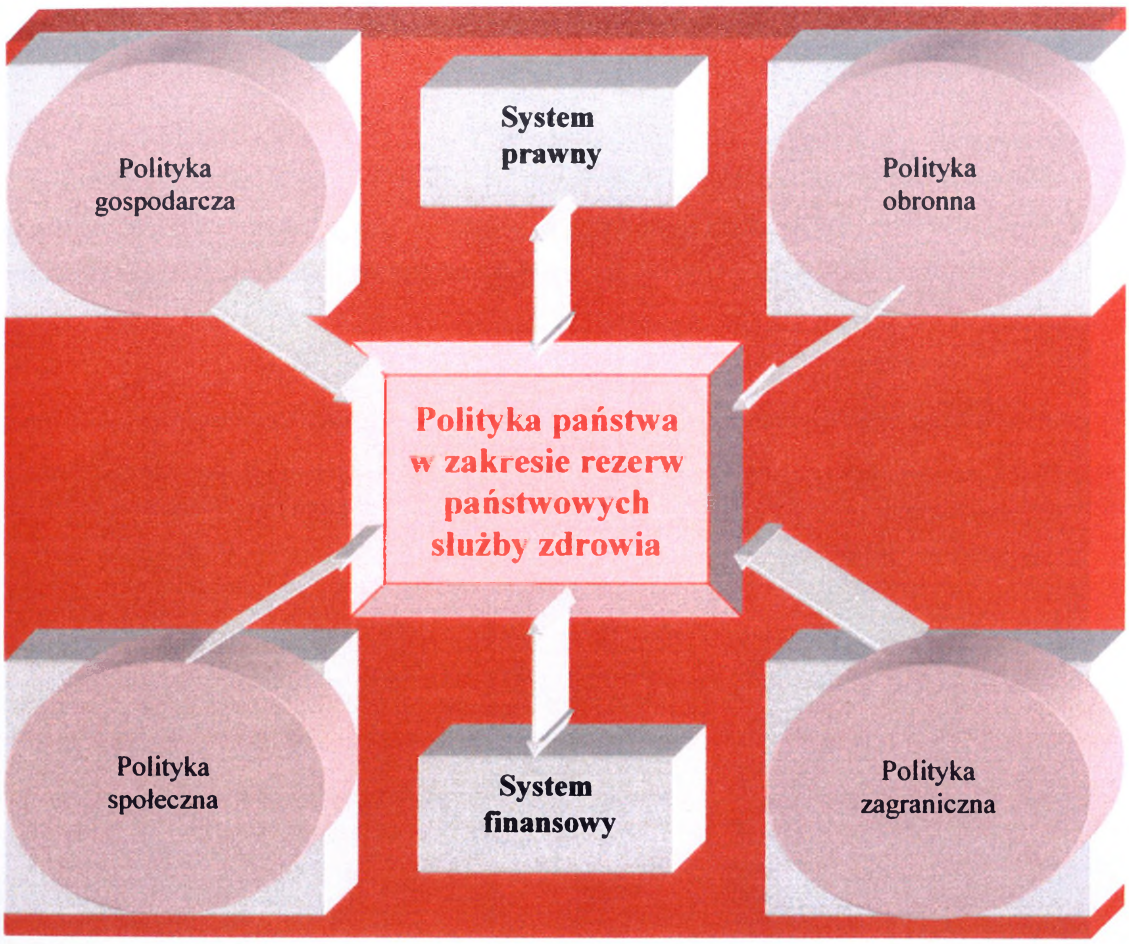
Powyższe dowodzi, iż funkcje rezerw państwowych służby zdrowia spełniają ważną rolę w systemie bezpieczeństwa i obronności państwa i mają bezpośredni związek nie tylko z polityką obronną (militarną) i bezpieczeństwa, ale także z polityką gospodarczą, społeczną i zagraniczną.

---

[84] Z. Bolkowska, Cz. Skowronek, *Rezerwy państwowe* .., op. cit., s. 20.
[85] Ibid., s. 16 i 17.

2.3.2. Polityka państwa w zakresie tworzenia rezerw i gospodarowania nimi

Polityka, jaką prowadzi państwo w zakresie tworzenia rezerw (państwowych) służby zdrowia i gospodarowania nimi *jest zależna od polityki gospodarczej*. Ponadto na jej prowadzenie oddziałuje także polityka obronna, polityka społeczna i polityka zagraniczna (patrz *rys. 2.6*).



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 2.6. Uwarunkowania polityki państwa w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia

Z polityką obronną państwa wiążą się stosunki międzynarodowe i hipotetyczne zagrożenia militarne. Fakt taki jest brany pod uwagę, gdyż mogą one wpływać w sposób znaczący na politykę kształtowania rezerw państwowych poprzez ukierunkowanie na zachowanie stosownych proporcji w określonych asortymentach w czasie maksymalizacji rezerw.

Z polityką obronną zazębia się również *polityka zagraniczna*, która może określać i wskazywać sytuacje, kiedy tworzenie rezerw powinno uwzględniać nie tylko wewnętrzne interesy państwa.

Rolą tej polityki jest sygnalizowanie rozwoju stosunków politycznych z innymi państwami, a także sugerowanie uwzględnienia szczególnie istotnych dla państwa zjawisk mających tam miejsce lub mogących potencjalnie zaistnieć.

Nie bez znaczenia dla polityki gospodarczej jest *polityka społeczna*. Wywiera ona również wpływ na sposób i zakres gromadzenia rezerw przez to, że wskazuje fakty świadczące o konieczności uwzględnienia możliwych zakłóceń społecznych powodujących okresowe, uciążliwe zmniejszenia produkcji i podaży określonych artykułów bądź wzmożony popyt. Fakty powyższe decydują o tym, że polityka społeczna w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia pozostaje w bardzo ścisłym związku z polityką bezpieczeństwa i obronną państwa[86].

Z literatury przedmiotu wynika, że polityka państwa w zakresie tworzenia i utrzymywania rezerw państwowych, a w tym i rezerw służby zdrowia, *powinna charakteryzować się ustaleniami systemowymi*, decydującymi o tym, że stanowi ona część polityki państwa i że *pewne jej elementy są niezmienne*. Zważywszy na to zasadnym jest podkreślenie, że państwo zawsze musi tworzyć i utrzymywać określone rezerwy rzeczowe[87]. Niezbędność utrzymywania tych rezerw w pełni uzasadniają przynależne im funkcje.

Z uwagi na fakt, że rezerwy muszą być tworzone i utrzymywane w każdych warunkach, zatem istnieje konieczność uważnego *planowania realizacji tego zadania* zarówno pod względem rzeczowym jak i finansowym. Planowanie takie jest ważną częścią polityki rezerw i wiąże się z konstruowaniem budżetu państwa, stanowiącego główne źródło ich finansowania, powinno więc być poprzedzone starannym prognozowaniem. Obecnie na tym odcinku występują istotne uchybienia, związane z problemami w zakresie planowania wieloletniego. Ponadto do realizacji złożonych i stałych zadań, związanych z tworzeniem rezerw, państwo musi posiadać *określone struktury organizacyjne wyposażone w odpowiednie kompetencje i instrumenty działania*. Podział zadań i kompetencji między tymi strukturami i innymi ogniwami administracji państwowej powinien być *maksymalnie precyzyjny i dysponować sprawnym systemem logistycznym*, który obejmowałby *przepływ*

[86] T. Wojciechowski, *Zasady polityki państwa* ..., op. cit., s. 2 i 3.

[87] Rezerwy rzeczowe to pewna wyodrębniona część zasobów materialnych, która gromadzona jest dla realizacji szczególnych zadań. Por., Z. Bolkowska, Cz. Skowronek, *Rezerwy państwowe* ..., op. cit., s. 11.

dóbr, informacji oraz decyzji. Działania w tym zakresie powinny być podejmowane szybko i bezbłędnie[88].

Dostrzegając logikę tworzenia rezerw w praktyce, bez względu na warunki ustrojowe państwa, zawsze występuje cel nadrzędny, który T. Wojciechowski zdefiniował następująco: **„ Polityka państwa dotycząca tworzenia i utrzymywania rzeczowych rezerw państwowych paliw, surowców, materiałów, materiałów medycznych i artykułów sanitarnych** (podkr. M.L.) **oraz niektórych środków spożywczych, uznanych za strategiczne dla gospodarki lub niezbędnych dla zapewnienia bezpieczeństwa i funkcjonowania państwa i społeczeństwa, zmierzać powinna do tego, aby rezerwy te były dostępne w odpowiednich asortymentach i ilościach wtedy, gdy są potrzebne"**[89].

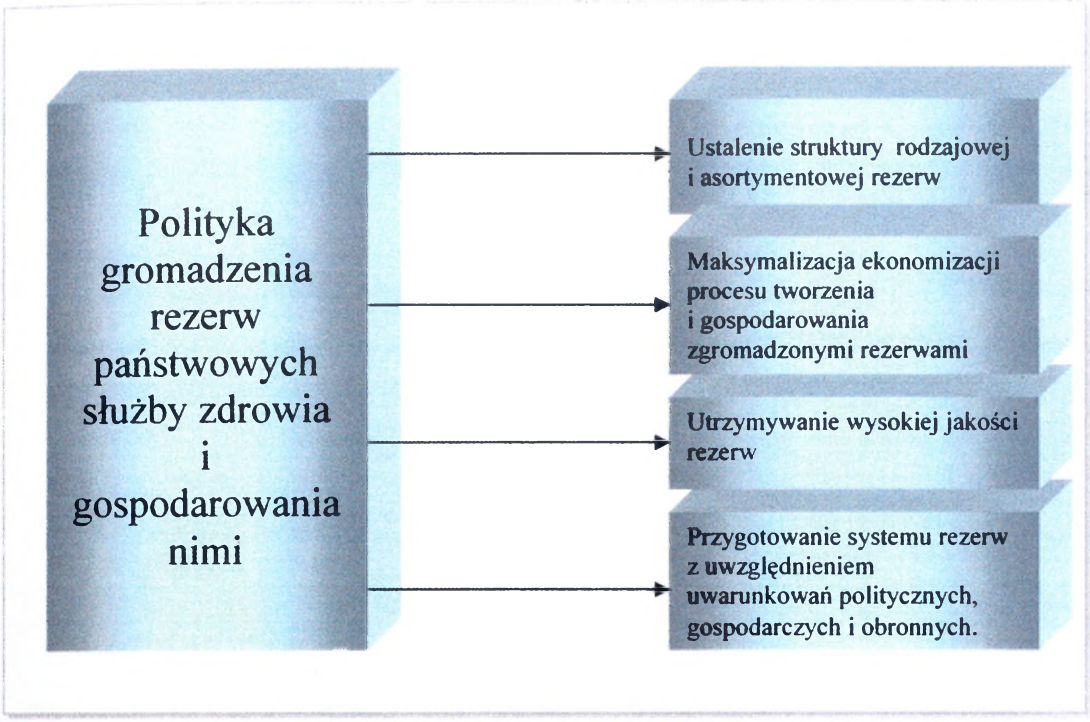
W polityce tworzenia i gospodarowania rezerwami obok celu podstawowego, jakim jest gromadzenie i utrzymywanie państwowych rezerw rzeczowych – produktów leczniczych i wyrobów medycznych, wyodrębnia się cele *uzupełniające*, które również wpływają na kształtowanie polityki państwa w tym zakresie. Cele te można podzielić na działania polityki państwa dotyczące rezerw w zakresie: *ustalenia struktury rodzajowej i asortymentowej*, *dążenia do maksymalnej ekonomizacji*, *utrzymywania wysokiej jakości* oraz *przygotowania systemu* rezerw z uwzględnieniem integracji europejskiej (gospodarczej) i militarnej (NATO)[90] – patrz *rys. 2.7*.

Ustalanie powinno zapewnić najbardziej prawidłową strukturę rodzajową i asortymentową rezerw, stosownie do potrzeb obronności oraz gospodarki kraju – z uwzględnieniem wyników analiz potencjalnych zagrożeń w bliższej i dalszej perspektywie.

W *dążeniu do maksymalnej ekonomizacji* procesu tworzenia rezerw i gospodarowania nimi, należy w całym jego przebiegu – na każdym etapie dążyć do: 1) racjonalizacji zakupów (źródło, cena, jakość, odległość, możliwości odnawiania), 2) minimalizacji kosztów składowania (odległość, dostępność, wykorzystanie powierzchni, obsługa), 3) tworzenia i stałego weryfikowania struktury rzeczowej rezerw oraz eliminacja pozycji asortymentów, które z różnych powodów nie powinny być utrzymywane w ramach rezerw, 4) poszukiwaniem pozabudżetowych źródeł finansowania (stwarzanie zachęt dla przedsiębiorców, podmiotów gospodarczych uczestniczących w procesie tworzenia i przechowywania rezerw), 5) maksymalizacji dochodów z działalności koniunkturalnej,

[88] Na postawie: T. Wojciechowski, *Zasady polityki państwa* ..., op. cit., s. 3.
[89] Ibid., s. 4.
[90] T. Wojciechowski, *Zasady polityki państwa* .., op. cit., s. 4 i 5.

w tym odpłatnego użyczania (zwalnianie zwrotne i bezzwrotne) niektórych artykułów oraz odpłatnego wynajmowania wolnych powierzchni magazynowych. *Dążenie* to powinno charakteryzować się racjonalnością wykorzystania rezerw także przez czynienie ich maksymalnie „pracującymi"[91].



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 2.7. Kształtowanie polityki państwa w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia

Utrzymywanie wysokiej jakości musi uwzględniać przedsięwzięcia operacyjne zapewniające rotację[92] lub wymianę na rezerwy nowszej generacji ze szczególnym uwzględnieniem artykułów, które w wyniku składowania mogą utracić własności techniczne lub ulegać „starzeniu moralnemu".

Cele powyższe nie zostaną osiągnięte, jeśli nie będą uwzględniane łącznie, planowo i w sposób zorganizowany. Zapewnieniu maksymalnej ich efektywności będzie służyć *przygotowanie systemu kierowania* zapewniającego sprawne i skuteczne zarządzanie

[91] Chodzi o możliwie optymalne wykorzystanie rezerw – tak ilościowo, jak i czasowo - w okresie pełnej użyteczności, przed wycofaniem z użycia.
[92] Rotacja rezerw państwowych służby zdrowia – zastępowanie składowanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych nowymi.

rezerwami państwowymi służby zdrowia, z uwzględnieniem uwarunkowań politycznych, gospodarczych i obronnych.

Polityka państwa w zakresie tworzenia i gospodarowania rezerwami państwowymi służby zdrowia powinna także uwzględniać możliwość (wynikającą z konieczności) zastosowania – w określonych granicach – klasycznego instrumentu oddziaływania na przebieg procesów gospodarczych zachodzących na rynku, jakim jest interwencjonizm państwowy.

Urzeczywistnianiu się realizacji polityki państwa w procesie tworzenia rezerw i gospodarowania nimi sprzyjają, obok rozwiązań legislacyjnych, które determinują organizację systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, także określone nakłady materialne.

2.2.3. Finansowanie tworzenia i utrzymywania rezerw

Tworzenie i utrzymywanie rezerw państwowych służby zdrowia jest finansowane przy pomocy środków pochodzących z budżetu państwa. Realizacja tego celu wiąże się z koniecznością corocznego wydzielania w budżecie państwa określonych środków.
Środki przeznaczane na tworzenie i utrzymywanie rezerw państwowych służby zdrowia stanowią określone wydatki. Wydatki te, stosownie do przeznaczenia, można podzielić na dwie zasadnicze grupy (*rys. 2.8*):

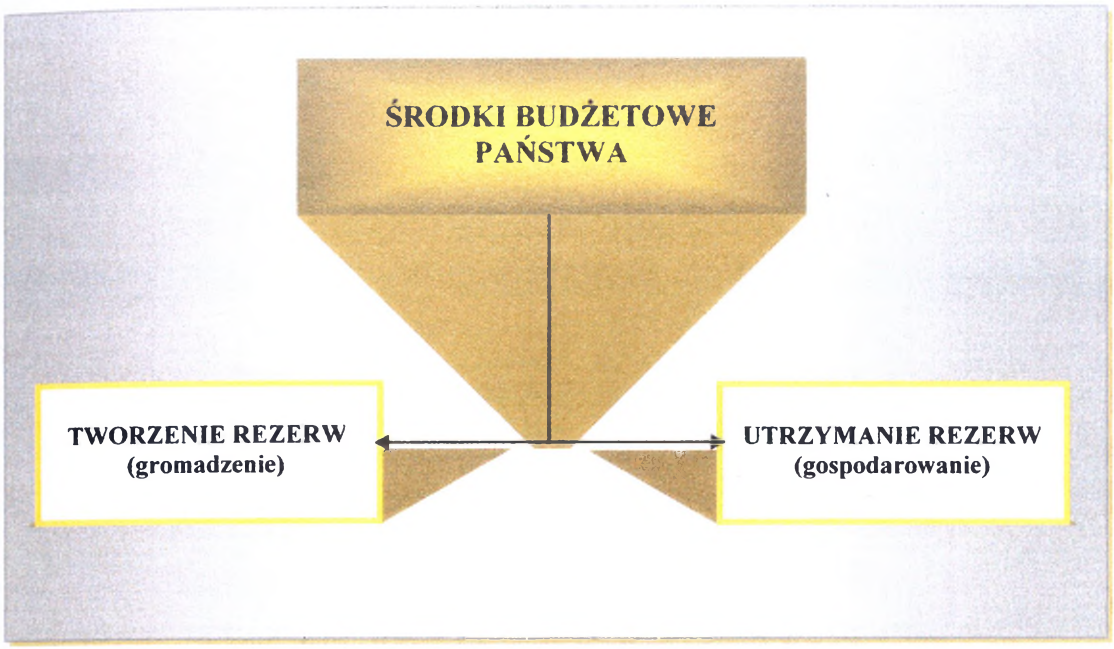
1) *grupa pierwsza – w związku z tworzeniem i przyrostem rezerw,*
2) *grupa druga – w celu pokrycia kosztów ich utrzymania.*

Tworzenie rezerw i ich przyrost skutkuje wydatkowaniem środków związanych z dokonywaniem zakupów i włączaniem w skład rezerw. Uzyskiwany w ten sposób potencjał rzeczowy rezerw państwowych służby zdrowia jest elementem powiększającym majątek Skarbu Państwa.

Inny charakter mają wydatki przeznaczane na pokrycie kosztów wynikających z bieżącego utrzymywania rezerw. Wydatki te są zaliczane głównie jako koszty przechowywania, magazynowania i rotacji (odświeżania) rezerw – zachowania pożądanych wartości użytkowych[93]. Do wydatków w tej kategorii są zaliczane także inwestycje trwałe – infrastruktura techniczna, zwłaszcza magazynowa (budowa nowych magazynów,

[93] Z. Bolkowska, Cz. Skowronek, *Rezerwy państwowe* ..., op. cit., s. 154.

przystosowanie już istniejących do nowych wymogów, potrzeb) przeznaczona do gromadzenia rezerw.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 2.8. Podział środków budżetowych na rezerwy państwowe

Wydatki przeznaczane na wskazane cele tworzą nowe wartości również powiększają majątek Skarbu Państwa - mają charakter kapitałowy.

Rozwiązania finansowe, przyjęte w ramach prowadzonej polityki przez państwo, w zakresie problematyki rezerw państwowych służby zdrowia znalazły usankcjonowanie w przepisach prawnych normujących ten obszar działalności państwa.

Eksperci analizujący rozwiązania dotyczące finansowania rezerw państwowych, w tym służby zdrowia, przewidziane w ustawie pragmatycznej o rezerwach państwowych (jeszcze w fazie projektu) dostrzegali w koncepcjach ustawodawcy zasadność przyjmowanych rozwiązań[94]. Zwracali też uwagę, zwłaszcza na fakt, że takie regulacje prawne pozwolą na minimalizowanie obciążeń budżetu państwa. Wskazywali przy tym na istniejące możliwości korzystania ze swobodnego doboru rozwiązywania wielu kwestii związanych z magazynowaniem rezerw, wymianą oraz konserwacją ich, a także utrzymywaniem

[94] Ibid., s. 155.

odpowiedniego poziomu ilościowego oraz jakościowego rezerw[95]. Przyjmowane rozwiązania umożliwiały budowę nowych magazynów (powiększanie w ten sposób powierzchni magazynowych) lub dzierżawę albo przechowywanie u producentów czy w hurtowniach itp. Jednakże określone przez ustawodawcę regulacje wymagały szczegółowych unormowań, a także aktywności właściwych w sprawie jednostek organizacyjnych systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w doskonaleniu systemu finansowania zarówno w procesie tworzenia (za ustawodawcą) oraz gospodarowania już posiadanym majątkiem z uwzględnieniem zmieniających się uwarunkowań w polityce społecznej i gospodarczej państwa, w tym stosunków własnościowych (własność: państwowa, samorządów, prywatna).

2.4. W n i o s k i

Badania dostępnej literatury przedmiotu oraz konsultacje i wywiady z ekspertami z dziedziny rezerw państwowych, w tym rezerw służby zdrowia, a także empiria autora upoważniają do sformułowania następujących wniosków:

1. Polityka państwa w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia jest częścią polityki gospodarczej, społecznej, zagranicznej i obronnej RP.
2. Rezerwy państwowe służby zdrowia to ważny składnik potencjału systemu bezpieczeństwa i obronności RP. Stanowią one niezbędny instrument realizacji funkcji obronnych oraz tworzenia warunków do normalnego funkcjonowania gospodarki.
3. Zidentyfikowane oraz mogące się ujawnić zagrożenia, w tym przyczyny wystąpienia ich, mają ścisły związek z bezpieczeństwem zdrowotnym obywateli i obronnością państwa, a także z zobowiązaniami sojuszniczymi i stanowią główne determinanty gromadzenia rezerw państwowych służby zdrowia.
4. Cel gromadzenia rezerw państwowych służby zdrowia wyraża się w przewidzianych dla nich funkcjach. Funkcje te są względnie stałe, dobrze rozpoznane i związane z operowaniem w dziedzinie obronności oraz bezpieczeństwa państwa. Pozostają też w ścisłych relacjach z jego gospodarką.
5. Potencjalność wystąpienia zagrożeń powoduje, że proces gromadzenia i utrzymywania rezerw stał się „procesem ciągłym" wymagającym systematycznego doskonalenia.

---

[95] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* ..., op. cit., art. 8.

6. Gromadzenie i utrzymywanie rezerw państwowych służby zdrowia powinno odbywać się z uwzględnieniem zagrożeń, co oznacza przestrzeganie zasady „przywiązania rezerw do zagrożeń" (charakter zagrożeń, rodzaj rezerw – asortyment i jego wielkość, dyslokacja).
7. Kluczowym instrumentem sprawnego i skutecznego funkcjonowania procesu gromadzenia oraz utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia są podstawy prawne.

„Nie można przyjąć, że dana organizacja istnieje,
o ile nie ma jakiejś osoby czy osób,
które mogłyby wyegzekwować posłuszeństwo od innych".

L. Urwick

„Errantis nulla voluntas est".

Rozdział 3. IDENTYFIKACJA I OCENA SYSTEMU KIEROWANIA REZERWAMI PAŃSTWOWYMI SŁUŻBY ZDROWIA RP ORAZ W INNYCH PAŃSTWACH UNII EUROPEJSKIEJ I NATO

3.1. Ogólna charakterystyka systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia RP

3.1.1. Podstawy prawne organizacji systemu kierowania rezerwami

Organizacja systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia[96], opiera się na unormowaniach prawnych mających swoje źródło w ustawach, rozporządzeniach i zarządzeniach oraz statutach jednostek organizacyjnych uczestniczących w systemie.

Duża liczba aktów prawnych (patrz *bibliografia – akty prawne*), odnoszących się do badanej problematyki nie ułatwia sprawnego korzystania z nich, zwłaszcza, że są one poddawane częstym nowelizacjom. Ponadto, na co zwracają uwagę eksperci i ankietowani, regulacje prawne charakteryzują się małą wyrazistością – nawet na skutek nowelizacji, a także na skutek takich nowelizacji – określenia procedur związanych z tworzeniem rezerw państwowych służby zdrowia i gospodarowaniem tymi rezerwami. Nie precyzują one zależności, jak również relacji pomiędzy jednostkami organizacyjnymi systemu (patrz *załącznik 4 – opinie eksperckie*).

Za tworzenie systemu prawnego, który normuje aktualną organizację systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia odpowiada Sejm RP. Wśród dużej liczby aktów prawnych znajdują się akty normujące badaną problematyką w sposób

[96] Autor wyróżnił w systemie rezerw państwowych służby zdrowia jednostki organizacyjne odpowiedzialne za funkcjonowanie tych rezerw, współpracujące ze sobą, i mimo istniejących rozbieżności pomiędzy rzeczywistym pojęciem „systemu" i pojęciem „kierowania" a stanem faktycznym, polegających na braku wyraźnego kierownika w rozpatrywanym systemie oraz relacji pomiędzy elementami tego systemu, przyjął, że system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest. Tym bardziej, że w literaturze przedmiotu funkcjonuje nazewnictwo „system rezerw państwowych służby zdrowia".

bezpośredni i akty, które są związane z problematyką rezerw państwowych służby zdrowia w sposób pośredni, wynikający z obronności i bezpieczeństwa państwa (patrz *załącznik 6 – wykaz aktów normatywnych (wiodących) regulujących organizację rezerw państwowych służby zdrowia*). Wydane przez ten organ akty prawne określają rodzaj rezerw i cel oraz jednostki organizacyjne uprawnione do gromadzenia rezerw, a także źródła finansowania tego przedsięwzięcia. Wskazują one również ogólne kompetencje poszczególnych jednostek organizacyjnych w zakresie rezerw. Szczególna rola w organizacji systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia przypada RM, której Sejm RP zleca szczegółową organizację tego procesu[97].

Wyłonioną z woli ustawodawcy organizację w znaczeniu rzeczowym (instytucjonalizacja działania) stanowią[98]: Rząd RP – RM, Prezes RM, minister właściwy do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw gospodarki, Minister Obrony Narodowej, minister właściwy do spraw wewnętrznych, wojewodowie, Prezes ARM, szefowie ABW i AW oraz przedsiębiorcy.

W świetle obowiązującego prawa, normującego badaną problematykę, trudno jest natomiast obecnie wskazać jednostkę organizacyjną, która byłaby wyraźnie określona jako kompetentna i odpowiedzialna za bieżące kierowanie rezerwami. Jest to wyraźny niedostatek tego systemu (patrz *załącznik 5 – kwestionariusz ankietowy*).

Istotnym mankamentem aktualnych rozwiązań prawnych w zakresie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest, jak wspomniano wyżej, także ich permanentna nowelizacja. Jednakże problem nowelizacji nie sprowadza się wyłącznie do częstych zmian, ale głównie do sankcjonowania braku racjonalnych rozstrzygnięć, które usunęłyby niedookreślenia zadań, kompetencji, odpowiedzialności a ponadto określiłyby relacje pomiędzy jednostkami organizacyjnymi systemu oraz zasady współdziałania i procedury postępowania we wszystkich ważnych dla systemu działaniach (w warunkach normalnego funkcjonowania państwa – *kooperacji pozytywnej* – w procesie planowania, gromadzenia rezerw, gospodarowania nimi, a także wykorzystywania rezerw w sytuacjach, które legły u podstaw podjęcia decyzji o utrzymywaniu przez państwo rezerw, a także wynikają z tej decyzji – sytuacje szczególnych zagrożeń i stanów nadzwyczajnych – *kooperacji negatywnej* (patrz *załącznik 1 – słownik terminów i definicji*).

---

[97] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* .., op. cit., art. 5.

[98] Wymieniono literalnie instytucje, które podejmują, w procesie gospodarowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, decyzje oraz ogólnie innych uczestników tego procesu.

Obecny sposób regulacji i sankcjonowania rozwiązań organizacyjnych w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia, w opinii autora, znajdującej potwierdzenie w stanowiskach wyrażanych przez byłych i obecnych uczestników procesu tworzenia i utrzymywania tych rezerw, nie ułatwia procesu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Sprawia także, iż system rezerw państwowych służby zdrowia traci racjonalność funkcjonowania[99].

Ostatnia (badana) nowelizacja przepisów prawnych odnoszących się do rozwiązań organizacyjnych w zakresie programowania rezerw na rzecz mobilizacji gospodarki, jak również zabezpieczenia potrzeb obronnych państwa oraz Sił Zbrojnych RP i wojsk sojuszniczych w warunkach zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny znalazła odzwierciedlenie w *Ustawie z dnia 23 sierpnia 2001 r. o organizowaniu zadań na rzecz obronności państwa realizowanych przez przedsiębiorców*[100].

Przedmiotem tej regulacji ustawowej pozostawał nadzór administracji rządowej nad realizacją zadań na rzecz obronności i bezpieczeństwa państwa. Regulacje te koncentrują się na uprawnieniach, co autor dysertacji uznaje za zasadne, do organizowania i sprawowania nadzoru państwa w stosunku do podmiotów – przedsiębiorców o szczególnym znaczeniu gospodarczo – obronnym w warunkach dynamicznych przekształceń organizacyjnych i własnościowych w gospodarce polskiej. Ustawa ta wskazuje także RM jako organ ustalający Program Mobilizacji Gospodarki (PMG), który obejmuje również zagadnienia rezerw państwowych służby zdrowia a Ministra Obrony Narodowej czyni odpowiedzialnym za *koordynowanie* przygotowaniem tego programu[101].

Podkreślić należy, iż wprowadzona zmiana, w zakresie koordynowania przygotowań związanych z opracowaniem PMG, wiązała się z *przejęciem* przez Ministra Obrony Narodowej kompetencji ministra właściwego do spraw gospodarki w tym zakresie.

Ankietowani, zajmujący się problematyką rezerw państwowych (w ogóle) wyrażali pogląd, iż wskazane zmiany uprawnień nie wpłynęły pozytywnie na usprawnienie systemu. Na poparcie takiej tezy jest przytaczany – jako główny argument – brak skuteczności MON przy opracowywaniu PMG. Ten dokument planistyczny (PMG) odgrywa bardzo ważną rolę

---

[99] Fakt taki znany był autorowi z doświadczenia, ponadto znalazł potwierdzenie dalszego utrzymywania się po kilku latach – na podstawie wywiadów, konsultacji z obecnymi przedstawicielami jednostek organizacyjnych realizujących zadania w obszarze rezerw państwowych służby zdrowia.

[100] Dz. U. Nr 122, poz. 1320 z późn. zm.

[101] Ibid., art. 4a.

w realizacji misji rezerw państwowych służby zdrowia, przez co jest szczególnie istotny dla obronności i bezpieczeństwa państwa[102].

Innym, wiodącym aktem prawnym, który określa zasady funkcjonowania systemu kierowania rezerwami państwowymi jest *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw*[103]. Wynikające z niej regulacje stanowić miały główne rozstrzygnięcia w zakresie zadań i kompetencji jednostek organizacyjnych systemu rezerw oraz sposobów ich realizacji. Ustawa ta nie wskazuje jednak wprost jednego organu kompetentnego do kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Funkcji tej nie powierza w tym zakresie także RM, którą czyni wyłącznie odpowiedzialną za organizowanie systemu – określenie, w drodze rozporządzenia, szczegółowych zasad działania w zakresie tych rezerw. Zatem z przyczyn organizacyjnych uczestniczenie RM w kierowaniu tworzeniem, gospodarowaniem, dysponowaniem i finansowaniem rezerw państwowych służby zdrowia oraz kontrolą ich i tworzeniem systemów informatycznych o rezerwach gospodarczych, można określić jako kierowanie strategiczne polegające na (wynikające z) organizacji systemu rezerw państwowych w ogóle.

Od początku obowiązywania powyższej ustawy, pojawiały się nowe koncepcje organizacyjne w zakresie organizacji utrzymywania rezerw. Powodowały one nowelizację zapisów prawnych tej ustawy oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych[104].

Należy podkreślić, że przyczyn dokonania nowelizacji przepisów prawnych w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia było wiele. Za główną uważa się powszechnie trwającą transformację ustrojową państwa oraz poszukiwania ekonomizacji rozwiązań organizacyjnych w systemie rezerw państwowych (w tym służby zdrowia).

Zdaniem autora, jeśli nie można mieć uwag do powodów nowelizacji, to są zastrzeżenia do racjonalności zmian. Bowiem nowe (badane) uregulowania nie poprawiały przejrzystości dotychczasowych rozwiązań prawnych, ich spójności i kompleksowości w zakresie funkcjonowania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Zmiany te nie wpływały na podniesienie efektywności realizacji zadań w zakresie poprawy struktury rzeczowo – ilościowej, a także jakościowej rezerw państwowych służby zdrowia. Wskazywały natomiast, poprzez częstotliwość (średnio jedna w roku) na brak koncepcji docelowej funkcjonowania systemu utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia.

---

[102] PMG (CPMG) na lata 1996 2000 był ostatnim dokumenten planistycznym określającym zadania związane z przygotowaniem gospodarki do wzmożonego wysiłku świadczeń na rzecz obronności w zakresie zagrożeń bezpieczeństwa państwa. Zob., W. Pawłowski, *Wojskowy Przegląd Techniczny i Logistyczny*, 1/2003, s. 2.

[103] Dz. U. Nr 90, poz. 404 z późn. zm. art. 5 ust. 1, op., cit.

[104] Jednakże idea jej nie była kiedykolwiek kwestionowana.

Bywało, że nowe regulacje wprowadzały istotne utrudnienia w funkcjonowaniu sytemu. Dotyczyło to głównie zakresu kompetencji, procedur, jak i powstawania niejasnych relacji pomiędzy jednostkami organizacyjnymi systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Nie zapewniały one bowiem jednostkom organizacyjnym tego systemu przejrzystości procesu kierowania, jak również wykonywania zadań przez jednostki wykonawcze (patrz *załączniki 4 i 5*). W konsekwencji ustawa ta, jak również wydane, na podstawie zawartej w niej delegacji, *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania, dysponowania i finansowania rezerw państwowych, kontroli i tworzenia systemu informacyjnego o rezerwach gospodarczych*[105], nie wskazuje jednoznacznie ośrodka kierującego (kierownika) rezerwami państwowymi służby zdrowia. Zadania i kompetencje organów systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia wynikają bardziej z ich właściwości, przez co były w znacznej części domyślne.

Taki stan rzeczy przyczyniał się do powstawania nieładu organizacyjnego. Przejawiało się to w dublowaniu wystąpień (korespondencji) różnych jednostek organizacyjnych systemu rezerw państwowych służby zdrowia lub dowolnym interpretowaniu właściwości niektórych organów w szczególności ministra właściwego do spraw zdrowia i Prezesa Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych (ARAS).

Organizacja systemu nie uległa zasadniczej poprawie po wprowadzeniu rozwiązań organizacyjnych wynikających z *Ustawy z dnia 1 marca 2002 r. o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek im podporządkowanych oraz o zmianie niektórych ustaw*[106]. Wprowadzone tą ustawą zmiany skutkowały likwidacją ARAS – jednostki gospodarującej rezerwami państwowymi służby zdrowia, tworzonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia i jemu podległej. Zadania dotychczas wykonywane przez wskazaną agencję zostały przejęte na mocy tej ustawy przez Agencję Rezerw Materiałowych (ARM). Agencja ta natomiast podlegała ministrowi właściwemu do spraw gospodarki. Nowe rozstrzygnięcia legislacyjne oprócz wprowadzenia zmian polegających na likwidacji ARAS i przejęciu jej zadań przez ARM nie zawierały regulacji usprawniających system. Ponadto nie rozstrzygnęły relacji pomiędzy organem

[105] Dz. U. Nr 5, z późn. zm., op. cit.

[106] Dz. U. Nr 25 poz. 253. Zmiana ta skutkowała zlikwidowaniem Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych – podlegała ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Jej zadania i obowiązki razem z majątkiem trwałym i obrotowym z dniem 1 kwietnia 2002 r. przejęła Agencja Rezerw Materiałowych – nadzorowana przez ministra właściwego do spraw gospodarki.

planującym i tworzącym rezerwy (ministrem właściwym do spraw zdrowia) a jednostką zajmującą się gospodarowaniem tymi rezerwami ARM.

Liczne zmiany legislacyjne w zakresie problematyki rezerw państwowych służby zdrowia skutkowały wydaniem jednolitego tekstu ustawy pragmatycznej o rezerwach państwowych[107].

Badając wskazany akt prawny dostrzega się, iż zakres kompetencji dotyczący koordynacji zadań w procesie wykonywania zadań przez jednostki tworzące rezerwy uległ ograniczeniu, w porównaniu do pierwotnych zapisów tej ustawy. Kompetencje koordynatora zostały ograniczone do koordynowania zadań wykonywanych wyłącznie przez ARM (pierwotnie obejmowały zadania wykonywane przez jednostki tworzące rezerwy państwowe służby zdrowia)[108].

Zdaniem autora zapis ten w ogóle mógłby być pominięty w ustawie pragmatycznej o rezerwach państwowych, bowiem zawiera się w charakterze delegacji ustawowej dotyczącej wydania rozporządzenia RM w sprawie rezerw. Faktem jest także, iż zadanie koordynowania jednostkami tworzącymi rezerwy minister właściwy do spraw gospodarki mógł realizować nadal na podstawie rozporządzenia RM. Jednakże taki zapis w ustawie na temat koordynacji zadań wykonywanych przez ARM jest niejasny i odbiega od zasady stosowania jednolitych rozwiązań prawnych w tym zakresie. Koordynowanie bowiem zadań ARM może odbywać się również na podstawie rozporządzenia RM.

Z ustawy tej wynika także, iż wpływ ministra właściwego do spraw zdrowia na jednostkę gospodarującą rezerwami tworzonymi przez niego został ograniczony przez ustawodawcę, do wyrażania stanowiska (w drodze uzgodnienia) wyłącznie w związku z ewentualnym odwoływaniem prezesa ARM przez ministra właściwego do spraw gospodarki (art.10 ust. 4) i przy ustalaniu dla niego wynagrodzenia (art. 11 ust. 6)[109]. Powyższe regulacje nie znajdują, według autora, uzasadnienia merytorycznego i nie są istotne z punktu widzenia organizacyjnego (usprawniającego) system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Bardzo ważnym aktem prawnym, dla procesu organizowania systemu, jest także wymieniane już wyżej rozporządzenie Rady Ministrów. W rozporządzeniu tym RM,

---

[107] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 stycznia 2003 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw*, Dz. U. Nr 24, poz. 197.

[108] Ibid., art. 6 ust. 1.

[109] Mając na uwadze tak paranoidalny układ organizacyjny w systemie rezerw państwowych oraz częstotliwość zmian legislacyjnych należy spodziewać się, że stan ten nie będzie trwał długo. Jednakże z uwagi na przyjęte ograniczenia czasowe badań, analiza dalszych zmian legislacyjnych regulowanych tą ustawą nie będzie prowadzona.

wykonując zapis ustawowy[110], określiła organy i ich kompetencje, co do zwalniania (dysponowania) rezerw państwowych służby zdrowia. Wskazać należy, iż zasadniczym mankamentem rzeczonego rozporządzenia jest brak procedur uruchamiania tych rezerw (zwalnianie) w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa państwa, na co zwraca uwagę ARAS w swoich opracowaniach[111]. Jeśli w ustawie nie musiały się znaleźć wszystkie procedury to z pewnością omawiane rozporządzenie powinno je zawierać.

Podkreślenia wymaga również fakt, że dotychczasowe regulacje prawne powodują wyjątkowo scentralizowany sposób wykorzystywania rezerw (zwalniania). Oznacza to, że nawet wojewoda, przedstawiciel rządu w terenie, organ odpowiedzialny za zapobieganie zagrożeniom zdrowia i życia w województwie nie posiada kompetencji do użycia rezerw mobilizacyjnych, przechowywanych na terenie administrowanym przez niego województwa.

Kolejnym, poddanym analizie, aktem prawnym, regulującym zasady gospodarowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest *Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Płacy i Polityki Społecznej z dnia 12 marca 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad gospodarki finansowej Agencji Rezerw Materiałowych*[112]. Wydanie tego rozporządzenia nastąpiło na podstawie delegacji ustawowej. Reguluje ono kwestie gospodarowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, w tym ich finansowanie. Rozporządzenie to doprecyzowało zapisy ustawowe w zakresie odpowiedzialności za finansowanie tych rezerw wskazując jednoznacznie na ARM, jako na jednostkę organizacyjną, właściwą do ponoszenia kosztów związanych z utrzymywaniem i wymianą rezerw. Zgodnie z § 5 pkt 2 tego rozporządzenia *koszty utrzymania i wymiany rezerw państwowych służby zdrowia* są kosztami agencji.

Badając stan prawny systemu rezerw państwowych służby zdrowia należy wskazać także na statuty jednostek organizacyjnych tego systemu, a także na wewnętrzne regulaminy organizacyjne.

Szczególnie istotnym pozostaje statut Agencji Rezerw Materiałowych. Agencja ta bowiem odpowiada za wykonywanie zarówno zadań związanych z szeroką problematyką gospodarowania rezerwami państwowymi służby zdrowia (finansowanie, realizację zwalniania, odnawiania, podpisywanie umów cywilnoprawnych z przedsiębiorcami), jak również za tworzenie rezerw mobilizacyjnych w zakresie swojej działalności statutowej[113].

---

[110] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* .., op. cit., art. 5.

[111] Zob., Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, *System rezerw państwowych dla opieki zdrowotnej. Dylematy* .., op. cit., s. 8.

[112] Dz. U. Nr 49, poz. 413. Rozporządzenie to weszło w życie z dniem 8 kwietnia 2003 r.

[113] Wskazać należy, iż ARAS nie tworzyła rezerw mobilizacyjnych, mimo zapisów ustawowych obligujących ten organ do prowadzenia takiej działalności (art. 4 ust. 1 ustawy pragmatycznej o rezerwach). Jej działalność

Statuty ministerstw uczestniczących w procesie tworzenia i utrzymywania rezerw określają generalnie skład ministerstw, wskazując przy tym komórki organizacyjne wykonujące zadania związane z utrzymywaniem rezerw.

Liczna grupa osób zajmujących się badaną przez autora problematyką uważa, że wielość aktów prawnych „wspomagających" ustawę pragmatyczną o rezerwach państwowych i brak stabilności przyjętych rozwiązań prawnych, ciągłe nowelizacje, czyni system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia mało czytelnym pod względem legislacyjnym. Głównymi mankamentami regulacji prawnych, obok ich dużej liczby i niestabilności, są mało precyzyjne regulacje w zakresie: odpowiedzialności organów państwowych i samorządowych, relacji pomiędzy jednostkami organizacyjnymi systemu i otoczeniem, a także brak jasnych procedur postępowania w zakresie zwalniania rezerw, głownie w sytuacjach związanych z obronnością i bezpieczeństwem państwa.

Dotyczy to głównie, choć nie tylko, organów samorządowych, które uczestniczą w procesie tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia i gospodarowania nimi. Udział tych organów nie jest dookreślony w ustawach, mimo że spoczywają na nich zadania związane z obronnością i bezpieczeństwem. Ponadto są one organami założycielskimi placówek służby zdrowia (w dużej części), w których przechowywane są rezerwy państwowe.

W czasie prowadzenia badań osoby zajmujące się (praktycznie) problematyką rezerw wskazywały na zasadność, a wręcz konieczność zmiany ustawy o ZOZ – ach (patrz *załącznik 4*).

Obecna ustawa, określająca tym jednostkom organizacyjnym źródła skąd mogą pozyskiwać środki, nie wymienia wykonywania zadań związanych z działalnością gospodarczą, polegającą np. na przechowywaniu rezerw państwowych służby zdrowia. Taki stan rzeczy powoduje, że szpitale nie chętnie widzą to zadanie w swoich statutach. Ponadto badania powyższe uwidaczniają istniejące rozbieżności znaczeniowe pomiędzy określeniami w nich zawartymi a określeniami zdefiniowanymi przez naukę.

W powyżej wskazanej ustawie pragmatycznej o rezerwach, jak również wydanym na jej podstawie rozporządzeniu RM, także cytowanym wyżej, używane są obok siebie pojęcia, odnoszące się do rezerw państwowych służby zdrowia: *tworzyć, gospodarować,*

---

obejmowała ustalanie projektów planów, gromadzeniu i ich lokalizacji zgodnie z planami obronnymi opracowywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia (zadania szczegółowe Statutu ARAS).

dysponować, finansować[114], jako wskazujące na odrębne czynności, działania jednostek organizacyjnych systemu.

Tymczasem, według autora, jedność nauki z praktyką wymaga stosowania jednakowych określeń w obu płaszczyznach. Biorąc za podstawę definicję T. Pszczołowskiego, samo pojecie ***gospodarowanie*** wyczerpuje znaczenie towarzyszących mu, wymienionych określeń (pojęć).

Gospodarowanie bowiem oznacza działanie, w którym podmiot działania zdobywa zasoby i dysponuje nimi zgodnie z zasadą ekonomiczności. Działania takie są ukierunkowane na zaspokojenie potrzeb oczekujących (zespołów ludzkich)[115].

Ponadto określenie „*tworzyć rezerwy*" nie znajduje uzasadnienia do zastosowania w badanej problematyce, bowiem pojęcie „*tworzyć*" wiąże się z powstawaniem czegoś wyjątkowego, doniosłego i charakteryzującego się szczególną nowością. Ponadto nie jest także ukierunkowane na ekonomizację działania. Obowiązuje w nim bowiem zasada maksymalizacji wysiłku a nie ekonomiczności[116].

Mając powyższe na uwadze, zdaniem autora, błędnym jest specyfikowanie[117] obok pojęcia *gospodarowanie* dodatkowo pojęć *dysponowanie i finansowanie* oraz *tworzenie,* które w szczególności należy uznać za nie znajdujące uzasadnienia. Uprawnionym, więc będzie twierdzenie, że obecnie trudno mówić o istnieniu jasnego zapisu prawnego, który w sposób jasny i jednolity regulowałby prawa i obowiązki wszystkich „aktorów" zajmujących się rezerwami, zarówno w zakresie ustalania polityki rezerw funkcjonujących w sferze dystrybucji i realnych przepływów jak, i określonych podmiotów opieki zdrowotnej i przedsiębiorstw[118].

Brak jasności postępowania uczestników, niedookreślenie zależności i więzi (relacji) wzajemnych i nie wskazanie jednego organu, który „spinałby" wszystkie przedsięwzięcia – pomagał w operacyjnym (bieżącym) ich realizowaniu a przede wszystkim odpowiadałby za ich przebieg, kierował nimi, a także odpowiadałby za racjonalność wykorzystania (podziału) środków przeznaczanych na działalność związaną z rezerwami, wpływa na niespójność organizacyjną i stwarza przesłanki do generowania nieracjonalnych działań w zakresie kierowania i zarządzania rezerwami.

---

[114] Art. 5 ust. 1.

[115] T. Pszczołowski, *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo Wrocław, 1978, s. 73.

[116] Ibid., s. 254.

[117] Specyfikować - <p. – łac. *specifico*> wyliczać co, wyszczególniać, wymieniać. *Słownik wyrazów obcych* .., op. cit., s. 695.

[118] Zob., Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, *Informacja o stanie systemu rezerw państwowych Ministra Zdrowia wraz z propozycjami kierunkowych zmian.* Załącznik nr 1, s. 3. Warszawa 2000 r.

Respondenci[119], z którymi autor przeprowadzał wywiady i konsultacje, uzyskiwał opinie eksperckie dostrzegają szczególną rolę przepisów prawnych w kierowaniu rezerwami państwowymi służby zdrowia. Wskazują jednocześnie zgodnie, iż aktualne przepisy prawne w tym zakresie są niejasne, nie określają jednoznacznie organu administracji rządowej (nie kolegialnego) odpowiedzialnego za funkcjonowanie systemu. Zgadzają się także z tezą, iż rozwiązania przyjęte w obecnych przepisach nie pozwalają wskazać na konkretny organ, który odpowiadałby za potencjał rezerw państwowych służby zdrowia, ich poziom jakościowy, ilościowy oraz strukturę asortymentową. Odpowiedzialność w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia słusznie nazywają „rozmytą" (patrz *załącznik 4*).

3.1.2. Zadania systemu kierowania rezerwami

Zadania[120] systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia to zbiór zdarzeń określonych w aktach normatywnych przez ustawodawcę i RM, a także kierowników innych jednostek organizacyjnych tego systemu w statutach do wykonania w ramach i na rzecz systemu.

Badanie istniejącego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia prowadzone było z uwzględnieniem dwóch głównych funkcji tego systemu:
- *pierwsza* dotyczyła zadań wynikających z kierowania procesem tworzenia[121] rezerw oraz gospodarowania tymi rezerwami;
- *druga* obejmowała zadania związane stricte z procesem gospodarowania rezerwami (wykonywania zadań wynikających z faktu tworzenia rezerw i ich utrzymywania).

Funkcje te pozwoliły na wyodrębnienie dwóch komponentów (członów) zadaniowych: *decyzyjnego* (*regulujący*) *i wykonawczego* (regulowany) – patrz *rys. 3.1.*

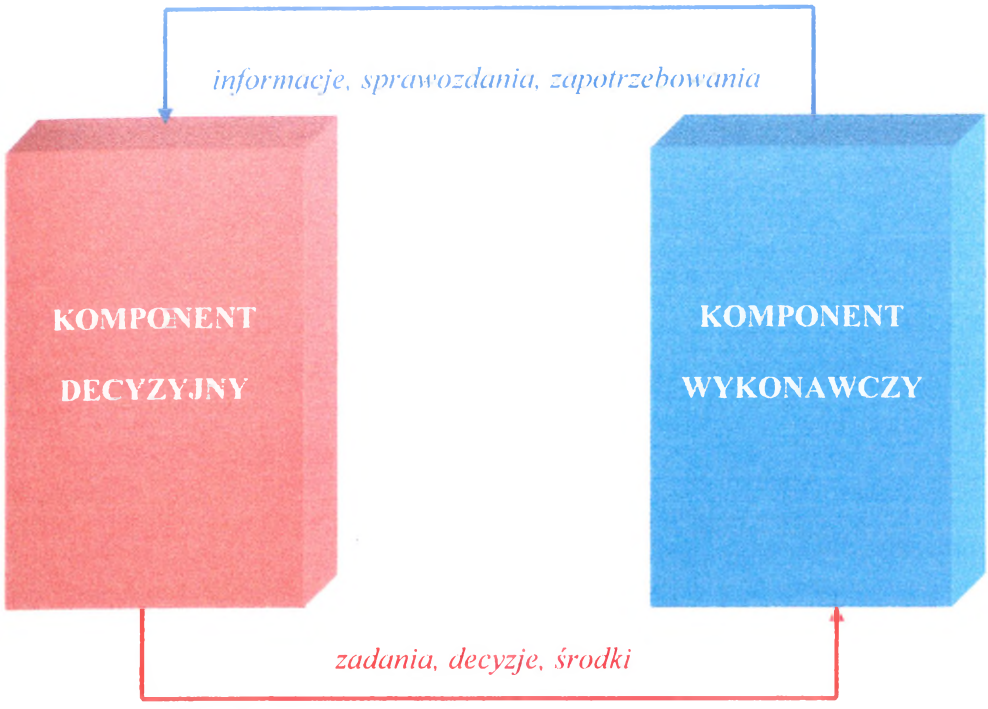
Komponent decyzyjny systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia zawiera zadania sformułowane i opisane w ustawie pragmatycznej o rezerwach i rozporządzeniu RM w sprawie rezerw.

---

[119] Respondent <łac. *respondens* = odpowiadający> osoba odpowiadająca na pytania zawarte w ankiecie. *Słownik wyrazów obcych* .., op. cit., s. 645.

[120] Zadanie to zdarzenie, które zostało opisane przez kierownika i przekazane do realizacji innej osobie lub zespołowi. Zadanie, z chwilą przyjęcia do realizacji, staje się celem. W przypadku osoby jest celem indywidualnym, natomiast dla zespołu staje się celem wspólnym. Zob., T. Pszczołowski, *Mała encyklopedia prakseologii* .., op. cit., s. 283.

[121] Autor, mimo braku jasności pojęcia *tworzyć*, zwłaszcza w kontekście pojęcia *gospodarować* posługiwał się nim, ponieważ jest ono aktualnie usankcjonowanie prawnie i obowiązuje w obecnym procesie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.1. Komponenty systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

Zadania te pozwalają postrzegać ustawodawcę jako organ decydujący o tworzeniu i utrzymywaniu przez państwo rezerw służby zdrowia. Wskazują jednocześnie, jaki mają mieć charakter te rezerwy oraz jednostki organizacyjne właściwe do wykonywania zadań związanych z ich tworzeniem i utrzymywaniem. Ustawodawca zobowiązuje RM do sformułowania zasad regulujących proces tworzenia i utrzymywania przez państwo wymienionych rezerw oraz opisania ich w rozporządzeniu RM[122]. Z powyższego wynika, że RM (organ kolegialny) występuje w procesie tworzenia i utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia jako organizator systemu i kierujący jego funkcjonowaniem oraz odpowiedzialny za uzyskiwane przez system wyniki.

Fakt wskazania przez RM, w rozporządzeniu w sprawie rezerw, na ministra właściwego do spraw gospodarki jako na koordynatora zadań, głównie w zakresie *planowania rocznego (rzeczowego i finansowego) oraz tworzenia systemów informacyjnych o rezerwach gospodarczych* spowodował, że organ ten, w realizacji określonych zadań, także pełnił funkcję kierownika.

[122] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* ..., op. cit., art. 5 ust. 1.

Natomiast zadania związane z koordynowaniem przygotowania *planowania wieloletniego*, wyrażające się w PMG polecił wykonywać Ministrowi Obrony Narodowej (koordynator przygotowania PMG). Ponadto, z uwagi na właściwości Ministra Zdrowia, organ ten posiada także część kompetencji kierowniczych, w szczególności w zakresie tworzenia rezerw mobilizacyjnych (we współdziałaniu z potencjalnymi odbiorcami) oraz (według własnych decyzji) rezerw gospodarczych.

Powyższe uregulowania wskazują na potrzebę istnienia jednego ośrodka kierowania (zwłaszcza operacyjnego w procesie statycznym oraz dynamicznym) rezerwami państwowymi służby zdrowia. Brak jednego kierownika powoduje ociężałość systemu i osłabia jego skuteczność, między innymi, w odpowiednim inicjowaniu zmian, które mogłyby być kompleksowo przedkładane RM.

Wielość koordynatorów w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia powoduje, że odpowiedzialność za jakość rezerw, proces planowania i tworzenia ich oraz gospodarowania nimi, przy jednoczesnym kierowaniu przez organ kolegialny (RM) jest rozmyta a system kierowania tymi rezerwami wyjątkowo mało wyrazisty. Obecne kierowanie rezerwami państwowymi służby zdrowia sprzyja rozłożeniu odpowiedzialności za realizację ważnych dla systemu zadań wynikających z funkcji kierownika, a także wykonawcy. Ma to istotny wpływ na ekonomizację i racjonalizację zarządzania rezerwami państwowymi służby zdrowia (patrz *załącznik 4*).

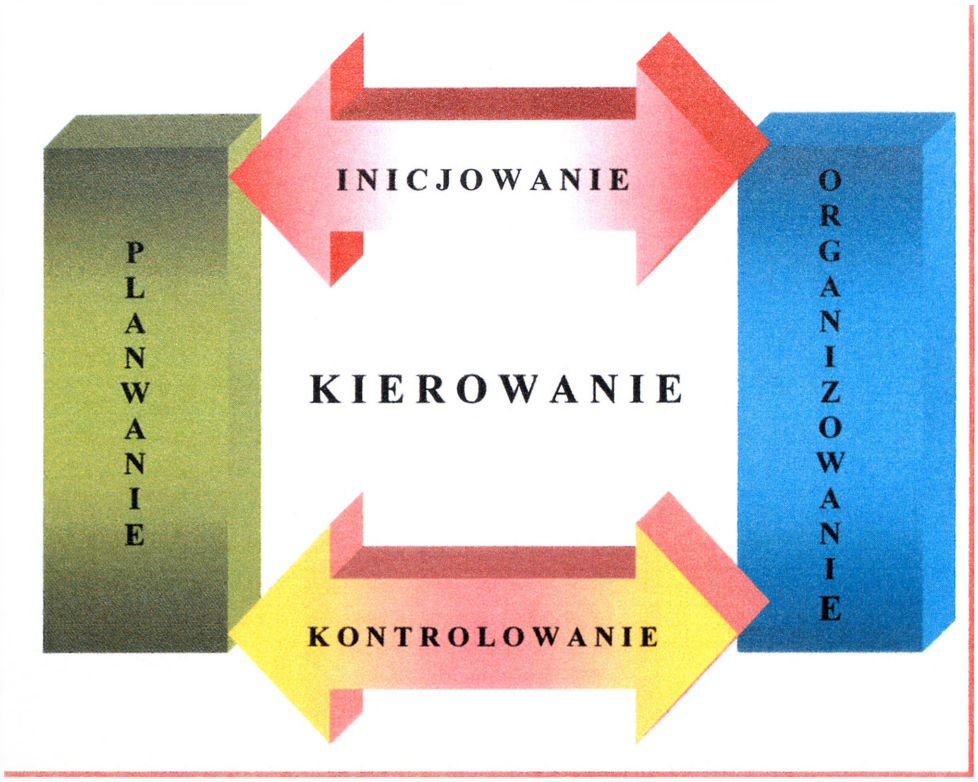
Komponent wykonawczy systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia – obejmuje zadania przewidziane do wykonania i przypisane jego poszczególnym jednostkom organizacyjnym.

Zadania w tym komponencie znajdują się dla wszystkich jednostek organizacyjnych uczestniczących w systemie, z tym, że jedne wynikają z funkcji kierowniczych i koordynacyjnych, natomiast drugie należą do stricte wykonawczych.

Jednostką stricte wykonawczą jest przede wszystkim ARM i przedsiębiorcy przechowujący rezerwy. Jednakże i w tym komponencie znajdują się przedsięwzięcia dla ministra właściwego do spraw zdrowia i wojewodów. Przedsięwzięcia te są typowe dla ARM i dotyczą nakładania zadań (podpisywania umów) na przedsiębiorców w związku z przechowywaniem rezerw (gospodarowanie rezerwami). Zważywszy na fakt istnienia jednostki organizacyjnej wyspecjalizowanej w gospodarowaniu rezerwami (ARAS wcześniej, obecnie ARM z 13. oddziałami terenowymi) wykonywanie zadań związanych z gospodarowaniem rezerwami, przez jednostki inne niż ARM nie znajduje racjonalnego uzasadnienia.

Z istoty systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, podobnie jak z każdego systemu, wynikają zadania związane z powodowaniem powstawania sprzyjających warunków do ekonomizacji systemu rezerw państwowych służby zdrowia przy jednoczesnym zapewnieniu jego skuteczności.

Głównym (ogólnym) zadaniem systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest zapewnienie efektywnego wykonywania zadań w przebiegu procesów składających się na kierowanie: prognozowania i planowania rezerw, organizowania, inicjowania (przewodzenia) i kontrolowania (patrz *rys. 3.2*).



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.2. Schemat procesu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

Z praktycznego punktu widzenia tego zadania, jego istotą i celem jest zapewnienie maksymalnej racjonalności utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia i przygotowania ich do wykorzystania zgodnie z prowadzoną (w tym zakresie) polityką państwa.

Zadania wynikające z *planowania* obejmują przedsięwzięcia organizacji (systemu) w zakresie wyznaczania celów i ich osiągania związanych z tworzeniem rezerw

mobilizacyjnych i gospodarczych, tak pod względem ilości, jak i jakości oraz struktury rezerw.

Zadania w zakresie planowania rezerw mobilizacyjnych realizowane są poprzez określanie potrzeb ilościowych przez jednostki organizacyjne, dla których są tworzone te rezerwy (Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, szefa Urzędu Ochrony Państwa – UOP[123]) oraz zgłoszenie ich ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Stanowią one podstawę do opracowania planu całościowego i przedstawienia ministrowi właściwemu do spraw gospodarki.

Natomiast rezerwy gospodarcze są planowane i tworzone przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie własnej decyzji tego ministra.

Realizacja zadań w zakresie planowania odbywa się (a w zasadzie, stosownie do przepisów prawnych, powinna się odbywać) w cyklu rocznym i wieloletnim (co pięć lat).

Planowanie roczne obejmuje rezerwy rzeczowe i finansowe oraz gospodarowanie nimi. W części rzeczowej określa się listę towarową, grupy asortymentowe, wielkość i zmiany ilościowe rezerw. W części finansowej zawiera się natomiast źródła i wysokość środków finansowych przeznaczonych na pokrycie kosztów tworzenia rezerw oraz gospodarowania nimi[124].

Z badań wynika, że środki przeznaczane na realizację zadań ustawowych obejmujących przyrost i zmianę struktury rezerw, utrzymanie oraz magazynowanie rezerw, wymianę ich, nakłady inwestycyjne zwiazane z budową i modernizacją infrastruktury technicznej utrzymywania rezerw[125], nie pokrywają potrzeb w tym względzie (patrz *załącznik 4*). Należy jednak zauważyć, że zwiększanie środków na ten cel, choć jest bardzo potrzebne, przy obecnych rozwiązaniach organizacyjnych nie jest racjonalne. Priorytetem są bowiem zmiany organizacyjne systemu rezerw państwowych służby zdrowia, co powoduje, że wydzielane środki zostaną zużyte na ten cel.

Należy ponadto wskazać, że dotychczasowe rozwiązania organizacyjne nie zapewniają jasnego podziału zadań. Przekłada się to wprost na brak jednoznacznej odpowiedzialności za ich realizację w systemie rezerw państwowych służby zdrowia, a także wpływa na racjonalność podejmowanych rozwiązań doskonalących system.

---

[123] Po zmianach organizacyjnych w administracji rządowej i jednostkach im podporządkowanych UOP zastąpiły: Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego (ABW) oraz Agencja Wywiadu (AW).

[124] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania* .., op. cit., § 2.

[125] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* .., op. cit., art. 7.

Planowanie wieloletnie (stosownie do przyjętych uregulowań prawnych w tym zakresie odzwierciedla się w PMG) dotyczy okresu pięcioletniego[126]. Przez realizację PMG przewidziano regulację *trzech zasadniczych obszarów zadań* (podział autorski).

Pierwszy obszar - wskazuje organom administracji rządowej zadania, które są związane z prowadzeniem działań o charakterze organizacyjno – planistycznym. Dotyczą one przygotowania gospodarki do funkcjonowania w warunkach zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.

Drugi obszar - obejmuje zadania, jakie mogą być nałożone na przedsiębiorców, których profil działalności ma szczególne znaczenie gospodarczo – obronne w świadczeniu usług dla Sił Zbrojnych RP i wojsk sojuszniczych wykonujących wspólne zadania obronne na terytorium RP, a także dla jednostek organizacyjnych odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i porządek publiczny.

Trzeci obszar - odnosi się do możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb bytowych ludności oraz możliwości produkcyjno – usługowych wybranych działów gospodarki[127].

Planowanie jest warunkowane możliwościami wynikającymi z dotacji budżetowych i sprawnością organizacyjną systemu. Z uwagi na to, że w okresie prowadzenia badań efekt planowania wieloletniego – główny wskaźnik sprawności kierowania (np. w PMG) nie istniał, trudno jest mówić o efektywności kierowania w realizacji zadań w tym obszarze.

Zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, wynikające z *organizowania*, były badane pod kątem struktury organizacyjnej systemu (roli kierowników i ich miejsca w hierarchii jednostek organizacyjnych, obowiązujących procedur i relacji) i ich wpływu na przygotowanie rezerw do realizacji przewidzianych dla nich celów (funkcji).

Organizowanie w systemie kierowania rezerwami obejmuje przedsięwzięcia (zadania), związane z procesami organizacyjnymi tego systemu. Polega ono na przygotowaniu systemu, jego struktur organizacyjnych i regulacji prawnych, a także doskonalenie ich w czasie całego procesu kierowania w celu zapewnienia ekonomizacji wykonywanych w systemie zadań związanych z tworzeniem rezerw, gospodarowania i dysponowania nimi, finansowania, a także kontroli i tworzenia systemów informacyjnych o rezerwach gospodarczych (o czym traktuje rozporządzenie RM w sprawie rezerw).

W świetle empirii i przeprowadzonych badań, a także z dostępnej literatury przedmiotu[128] wynika, że *organizowanie* w procesie kierowania rezerwami państwowymi

---

[126] W okresie prowadzonych badań nie obowiązywał PMG.
[127] *Ustawa z dnia 23 sierpnia 2001 r. o organizowaniu zadań na rzecz obronności* .., op. cit., art. 4a ust. 2.

służby zdrowia napotyka na istotne trudności. Trudności te generuje, także organizacja systemu kierowania rezerwami. Wynika to z nieskutecznego (według opinii autora) dostarczania (kreowania) rozwiązań zapewniających systemowi efektywne wykonywanie zadań w każdych warunkach. Zmaterializowało się to utratą ważności PMG i skomplikowaniem (po likwidacji ARAS) relacji pomiędzy jednostkami organizacyjnymi badanego systemu, w szczególności pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia – tworzy rezerwy a ARM, która gospodaruje tymi rezerwami. Powstały problem nie tkwi w likwidacji ARAS lecz w tym, że nie określono w nowych uwarunkowaniach relacji pomiędzy tymi, ważnymi w systemie rezerw państwowych służby zdrowia, jednostkami.
Skutki wprowadzonych zmian „usprawniających" (usankcjonowanych prawnie) są szczególnie niekorzystne, jeśli się zważy, iż de facto powstał niedookreślony sposób (procedury) postępowania jednostek organizacyjnych systemu przy realizacji zadań związanych ze zwalnianiem rezerw państwowych służby zdrowia. Taki stan rzeczy jest szczególnie niekorzystny przy realizacji zadań w czasie *kooperacji negatywnej* (działaniu w związku z sytuacjami szczególnych zagrożeń i stanów nadzwyczajnych), co stanowi o istocie funkcjonowania instytucji rezerw (patrz *rys. 3.3*).

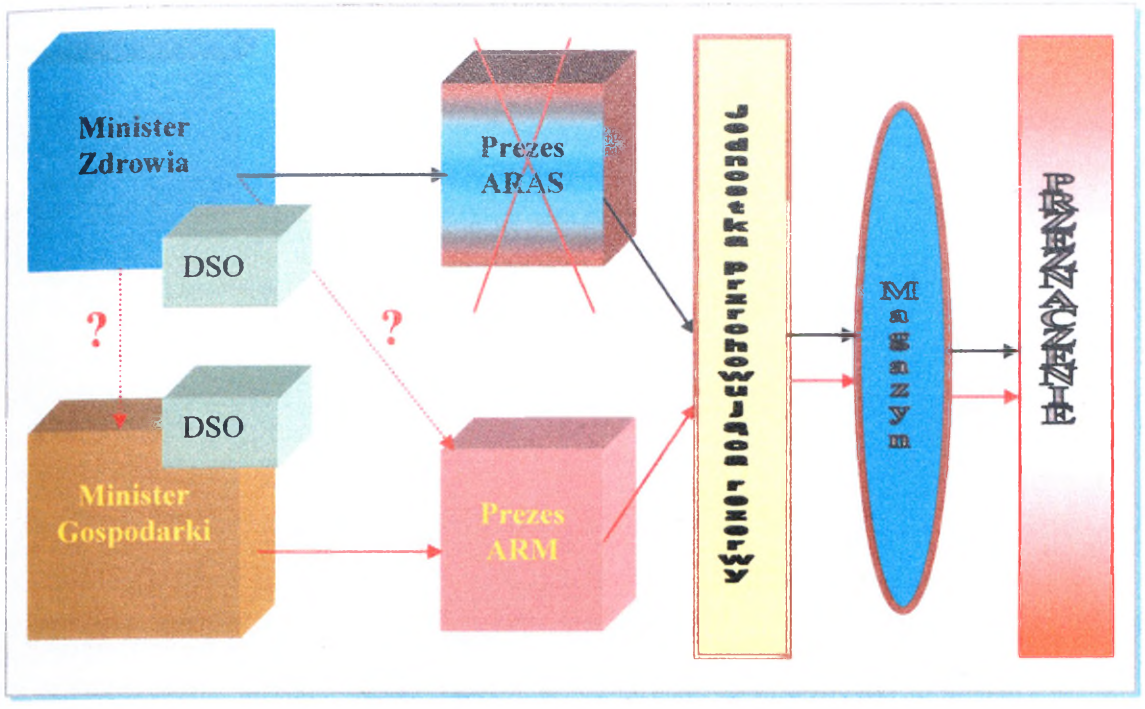
Niestabilność koncepcji organizacyjnych i ich niejasny oraz nie wyczerpujący sposób wyrażania w regulacjach prawnych zadań i kompetencji jednostek organizacyjnych, nadaje systemowi kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia charakter doraźny. Wskazuje także, iż zmiany zadań i zakresu kompetencji nie poprzedza proces epistemologiczny ukierunkowany na koordynację i integrację w wykonywaniu zadań, które mają wpływ na kooperację jednostek organizacyjnych systemu, co się wiąże ściśle z racjonalnością funkcjonowania całego systemu rezerw państwowych służby zdrowia

Dysfunkcje te są dostrzegane przez ankietowanych, ekspertów jak i jednostki organizacyjne systemu[129].

Do bardzo ważnych zadań, procesu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia należy *inicjowanie*. W dysertacji inicjowanie odnosi się do identyfikacji jednostek organizacyjnych przedsięwzięć powodujących wszczynanie przez nie działań w obszarze planowania, organizowania i kontroli.

---

[128] Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, *System rezerw państwowych* .., op. cit., s. 11 – 22.
[129] Głównie przez Agencję Rezerw Artykułów Sanitarnych (zob., opracowania przytaczane w rozprawie), jak również potencjalnych odbiorców rezerw.



do 31 marca 2002 r.

od 1 kwietnia 2002 r.

DSO (Departament Spraw Obronnych) – komórki organizacyjne ministerstw

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.3. Mechanizm zwalniania rezerw państwowych służby zdrowia (*Wariant*)

Badania wskazują, że w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia procedury inicjowania działań są bardzo niejasne. Wynika to, podobnie jak przy planowaniu i organizowaniu, z braku kierownika operacyjnego, który wpływałby na realizację zadań przynależnych poszczególnym jednostkom organizacyjnym i zapewniał dyspozycyjność utrzymywanych rezerw.

Inicjowanie odgrywa również ważną rolę w korygowaniu (dopracowywaniu) struktury utrzymywanych rezerw. Jednakże realizacja zadań z tym związanych jest obecnie trudna. Wynika to z braku de facto ośrodka wyspecjalizowanego i odpowiedzialnego za rozpoznawanie zagrożeń (zbieranie informacji o nich) oraz prognozowanie i planowanie rezerw państwowych. Istnienie takiego ośrodka zapewniłoby systematyczne wprowadzanie zmian w strukturze rezerw, stosownie do zmieniających się potrzeb (zagrożeń). Eksperci oraz ankietowani wskazują na zbyt wąski udział, wynikający także z małego zaangażowania w realizacji tego zadania, Ministerstwa Zdrowia (patrz *załączniki 4 i 5*).

Zadania mieszczące się w ostatnim elemencie procesu kierowania w systemie rezerw państwowych służby zdrowia dotyczą *kontroli*. Kontroli podlega realizacja planowanych zadań dotyczących przygotowania i wykonywania planów tworzenia rezerw – z uwzględnieniem potencjału rezerw (ilości, jakości i struktury asortymentowej), gospodarowania rezerwami, w tym ukompletowania zestawów[130], przestrzegania zasad przechowywania, rotacji i niedopuszczania do powstawania strat zawinionych oraz tzw. strat niezawinionych[131], a także przygotowanie posiadanych rezerw do zwolnienia.

Element *kontroli* – w świetle literatury – służy też do usprawniania systemu poprzez wskazywanie i niwelowanie niedociągnięć planistycznych, organizacyjnych i prawnych w celu zapewnienia racjonalności i skuteczności jego funkcjonowania.

W systemie kierowania kontrolę sprawują jednostki nadrzędne wobec jednostek podporządkowanych organizacyjnie lub nadzorowanych.

Miernikiem skuteczności wykonywania zadań kontrolnych związanych z funkcjonowaniem badanego systemu jest sprawność procesu kierowania, w tym głównie planowania i organizowania na przestrzeni wielu lat. Trwający od lat proces degradacji zasobów utrzymywanych rezerw dowodzi, iż kierowanie rezerwami, w tym ich kontrola jest mało efektywne. Potwierdzają to również zdezaktualizowane zasady gromadzenia rezerw i gospodarowania nimi[132], na co skarżą się osoby odpowiedzialne za przechowywanie rezerw. Istotnym wskaźnikiem skuteczności kontroli jest również racjonalność wykorzystywania środków budżetowych. Ankietowani zwracają uwagę na brak precyzyjnego podziału i tak bardzo ograniczonych środków na utrzymanie rezerw głównie w terenie, co według nich doprowadza do nieracjonalnego ich podziału.

Powyższe dowodzi, że realizacja zadań w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia ma cechy działania inercyjnego[133] (funkcjonuje na zasadzie „bo tak jest od zawsze") oraz intuicyjnego (domyślnego), które w sytuacjach zagrożenia mogą w sposób znaczący generować chaos organizacyjny[134].

---

[130] Jedna z form gromadzenia rezerw.

[131] Straty niezawinione są wynikiem tworzenia i utrzymywania rezerw, które nie podlegają typowej rotacji (na podstawie materiałów Ministerstwa Zdrowia).

[132] Ostatnie opracowanie, *Wytyczne w sprawie gospodarki specjalistycznymi rezerwami służby zdrowia*, Zarząd Artykułów Sanitarnych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1986.

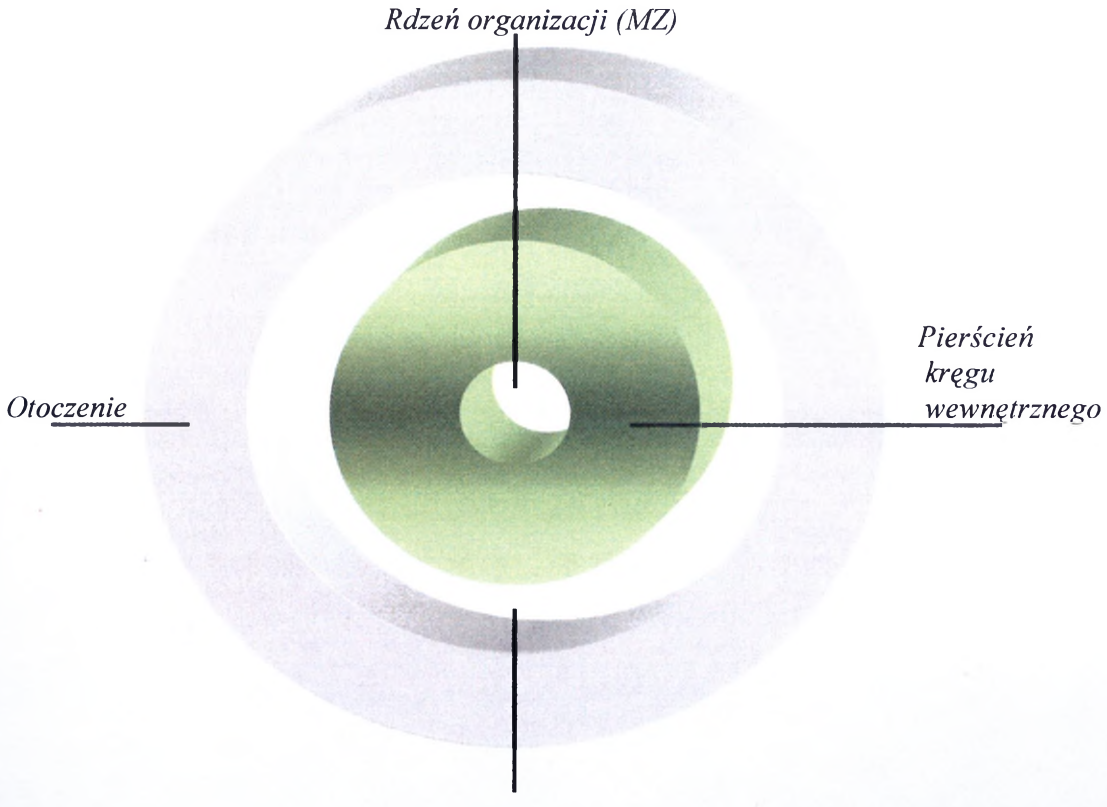
[133] Inercja <łac. *inertia*> bierność, bezwładność w działaniu, niechęć do czynu. Zob., *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 304.

[134] Zob., Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, *System rezerw państwowych* .., op., cit. s.10.

3.1.3. Struktura (organizacyjna i funkcjonalna) systemu kierowania rezerwami

System kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest organizacją składającą się z jednostek organizacyjnych, których charakter określają wykonywane przez nie zadania. Różnorodność tych zadań zatem rozstrzyga o ich charakterze a ponadto decyduje o umiejscowieniu poszczególnych jednostek w strukturze systemu (patrz *załącznik 7 – kalkulacja struktury organizacyjnej systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia*).

Rdzeniem organizacji (jądrem) jest minister właściwy do spraw zdrowia[135] (patrz *rys. 3.4.*) z Departamentem Spraw Obronnych (DSO[136]) – komórką organizacyjną odpowiadającą za sprawy rezerw państwowych służby zdrowia w Ministerstwie Zdrowia (MZ).



Źródło - na podstawie: T. Pszczołowski, *Mała encyklopedia prakseologii* .., op. cit., s. 152.

Rys. 3.4. Organizacja systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

[135] Wynika to z właściwości tego organu, z faktu rozstrzygania merytorycznego co powinno znaleźć się w rezerwach o ich strukturze.
[136] DSO w MZ – komórka organizacyjna do spraw rezerw państwowych służby zdrowia.

Rola Ministra Zdrowia w systemie jest szczególna, bowiem jest on odpowiedzialny za organizowanie opieki zdrowotnej w państwie i tworzenie rezerw państwowych służby zdrowia, przygotowywanie projektów planów rzeczowych i finansowych tworzenia tych rezerw oraz gospodarowanie nimi. Na jego funkcjonowanie mają wpływ rozwiązania przyjęte przez RM. Dlatego też w jego najbliższym otoczeniu (w tzw. *pierścieniu kręgu wewnętrznego*) znajduje się RM – organizator sytemu rezerw państwowych i kierowania tymi rezerwami a ponadto minister właściwy do spraw gospodarki (z DSO w Ministerstwie Gospodarki) oraz prezes ARM – jednostki odpowiedzialne za gospodarowanie rezerwami i za tworzenie systemu informacyjnego o rezerwach gospodarczych.

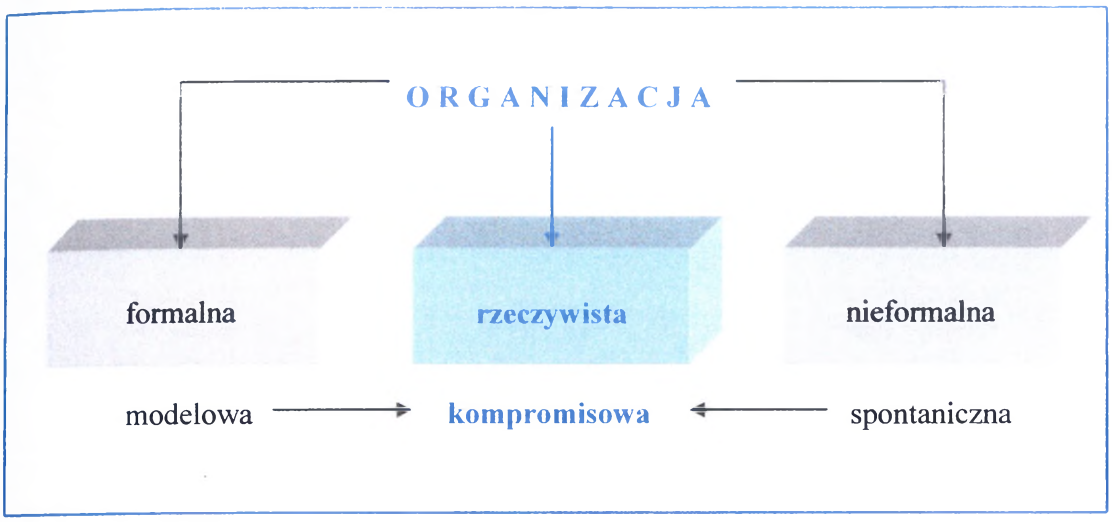
Krąg zewnętrzny natomiast, stanowią: Minister Obrony Narodowej (z Zarządem Wojskowej Służby Zdrowia SG WP), minister właściwy do spraw wewnętrznych (z Biurem Spraw Obronnych), wojewodowie (z Zespołami Reagowania Kryzysowego), ABW i AW.

Do *otoczenia* organizacji zostały zaliczone jednostki o istotnym oddziaływaniu na system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia – minister właściwy do spraw finansów, jednostki organizacyjne przechowujące rezerwy, a także zakłady produkujące surowce oraz gotowe wyroby produktów leczniczych i wyrobów medycznych zwane także przedsiębiorcami.

Jak wynika z powyższego obecna struktura organizacyjna systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia składa się z różnych (wielu) jednostek organizacyjnych. Ze struktury badanego systemu wynika, że nie jest to *organizacja formalna*. Nie jest bowiem powołana specjalnie do kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Jednakże, z racji faktu wykonywania przez różne jednostki organizacyjne zadań na rzecz rezerw państwowych służby zdrowia (wspólny cel), można wyodrębnić jej działanie i określić jako inne niż każdej jednostki organizacyjnej z osobna. Oznacza to, iż nie jest to organizacja także *całkowicie nieformalna*. Tym bardziej, że zadania i kompetencje oraz relacje i procedury postępowania dla poszczególnych jednostek (mimo, że nie wszystkie a ponadto nie zawsze jasne i jednoznaczne), to jednak zostały usankcjonowane prawnie.

Mając powyższe na uwadze, organizacja kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, tak jak cały system rezerw państwowych służby zdrowia, najbardziej przypominał *organizację kompromisową* (rzeczywistą), stanowiącą elementy organizacji formalnej i organizacji nieformalnej (swego rodzaju synteza tych organizacji z przewagą organizacji nieformalnej) – patrz *rys. 3.5.* Organizacja ta podlegała ciągłym zmianom, przez co zmieniała swój kształt. Na kształt organizacji systemu kierowania rezerwami państwowymi

służby zdrowia miały wpływ wprowadzane zmiany formalne zarówno wewnątrz systemu, jak i w jego otoczeniu.



Źródło - na podstawie: T. Pszczołowski, *Mała encyklopedia prakseologii* .., op. cit., s. 152.

Rys. 3.5. Charakter struktury systemu (organizacji) kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

Do najważniejszych zmian (w okresie prowadzonych badań) wewnętrznych należy zaliczyć likwidację ARAS[137] i wynikające z tego faktu zmiany kompetencyjne (funkcjonalne), a także zmiany dotyczące koordynowania prac związanych z przygotowaniem wieloletniego PMG[138]. Obecnie za to zadanie odpowiedzialny jest Minister Obrony Narodowej, przed zmianą był minister właściwy do spraw gospodarki. Koordynatorem rocznego planowania rzeczowego i finansowego nadal jest minister właściwy do spraw gospodarki.

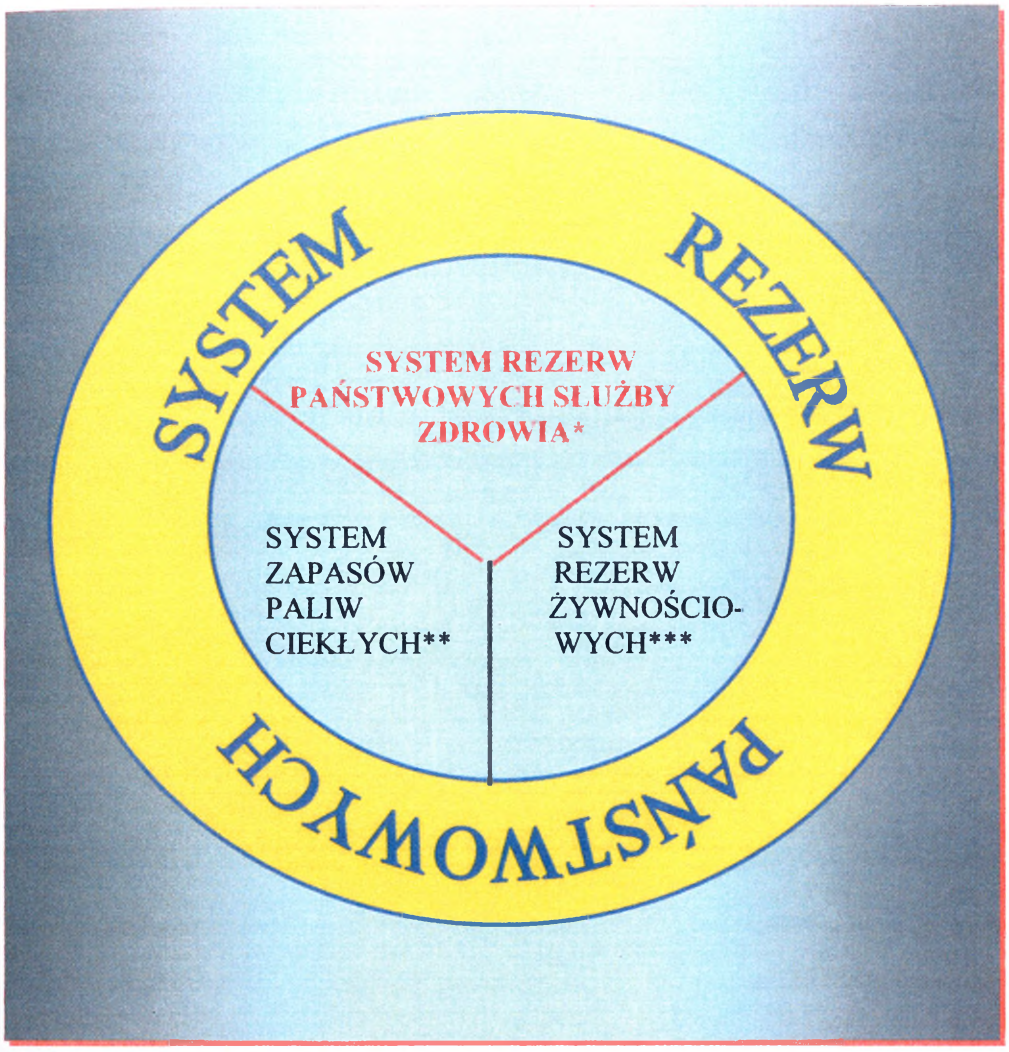
Powyższe wskazuje, że w strukturze organizacyjnej systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest dwóch koordynatorów planowania – Minister Obrony Narodowej (planowanie wieloletnie) i Minister Gospodarki (planowanie roczne).

[137] Likwidacja ARAS wiązała się z uwarunkowaniami zewnętrznymi i była wynikiem tzw. odchudzania administracji centralnej. I choć pomysł nie podlega negowaniu efekt jego realizacji spowodował znaczne komplikacje organizacyjne w procesie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, głównie poprzez zniesienie więzi i relacji pomiędzy organem tworzącym rezerwy a organem gospodarującym nimi.

[138] Funkcje koordynatora PMG przejął Minister Obrony Narodowej, wcześniej pełnił ją Minister Gospodarki.

Zmiany w otoczeniu systemu rozpoczęły się wraz ze zmianami, między innymi, politycznymi, społecznymi, gospodarczymi i wiążą się głównie z reorganizacją struktur administracyjnych państwa oraz przebudową systemu opieki zdrowotnej (reformą służby zdrowia). Nowy ustrój społeczny skutkował powołaniem samorządów wojewódzkich i powiatowych, które stały się właścicielami zakładów opieki zdrowotnej. Ponadto dla systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, ważną z organizacyjnego punktu widzenia, była likwidacja funkcji lekarza wojewódzkiego w urzędzie wojewódzkim. Zmiany te spowodowały rozchwianie, a nawet zerwanie, istniejących w systemie, „więzi kooperacyjnych", zwłaszcza, że zmienione rozwiązania w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia nie zostały jednoznacznie unormowane w nowych regulacjach prawnych.

System kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest „wpisany" w system rezerw państwowych służby zdrowia, jest jego podsystemem (elementem). Natomiast system rezerw państwowych służby zdrowia jest podsystemem systemu nadrzędnego – systemu rezerw państwowych (*rys. 3.6 – 3.8*).



* - w zakresie rezerwy produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
** - w zakresie surowców, materiałów i paliwa;
*** - w zakresie produktów rolnych, produktów i półproduktów żywnościowych.

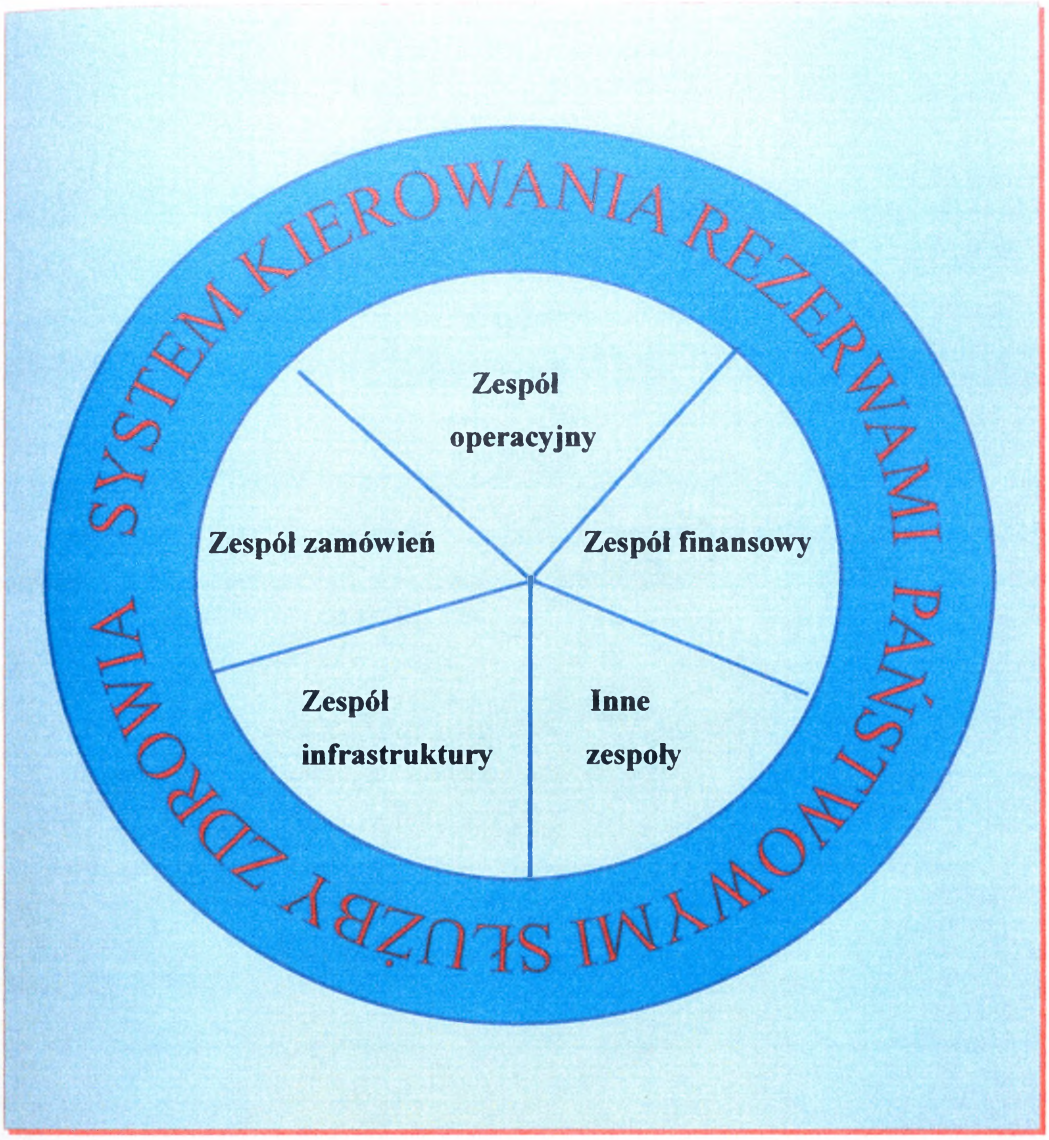
Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.6. Umiejscowienie systemu rezerw państwowych służby zdrowia w systemie rezerw państwowych

* - organy kierowania to system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.7. Umiejscowienie organów kierowania w systemie rezerw państwowych służby zdrowia



Legenda:

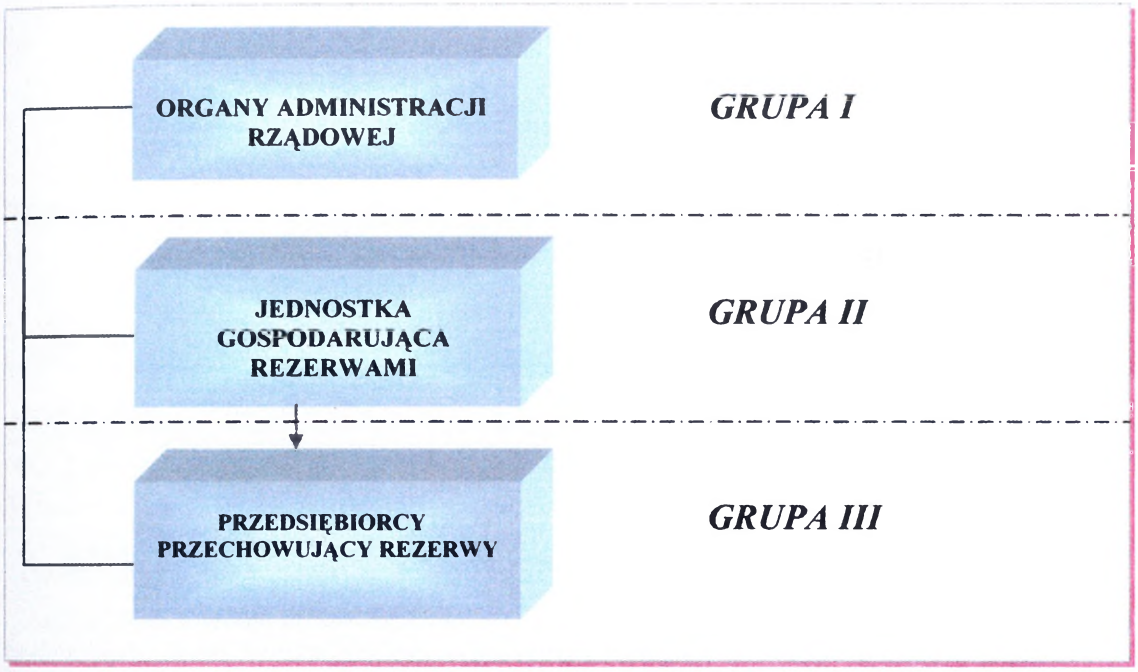
Zespół – określenie umowne wynikające z zadań systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, w zakresie wypracowywania i podejmowania decyzji, składania zamówień, dokonywania operacji finansowych, utrzymywania i pozyskiwania obiektów do przechowania rezerw, badania rynku, rozpoznawania zagrożeń. W systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia – na wszystkich szczeblach organizacji – nie występują adekwatne (takie same) specjalistyczne komórki (jednostki), jednakże wykonywane zadania, mimo innej organizacji, mają podobny charakter działań.

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.8. Struktura funkcjonalna systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

W celu zobrazowania roli jednostek organizacyjnych systemu rezerw państwowych służby zdrowia w procesie kierowania tymi rezerwami autor wyodrębnił trzy podstawowe grupy podmiotowe realizujące określone funkcje i zadania w systemie (*rys. 3.9*).

Poszczególne grupy systemu mają charakter funkcjonalny i stanowią jednocześnie jego elementy. Z tego, w *grupie I* znajdują się jednostki organizacyjne, stanowiące komponent kierowniczy systemu (moduł kierujący w systemie), natomiast *grupa II i III* obejmuje jednostki gospodarujące rezerwami (moduł wykonawczy).



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.9. Grupy podmiotowe w systemie rezerw państwowych służby zdrowia

Grupa I – organy administracji rządowej[139] – obejmuje jednostki organizacyjne uczestniczące w ustalaniu polityki rezerw (planowaniu i tworzeniu), organizowaniu i nadzorowaniu ciągłości procesu kierowania rezerwami. Jednostkami tymi są: RM, Prezes RM, ministrowie tworzący rezerwy, wojewodowie, Prezes ARM*[140]. W ich gestii pozostaje formułowanie (projektowanie) polityki rezerw, zasad tworzenia rezerw, gospodarowania oraz dysponowania nimi, w zakresie; *jakie mają być rezerwy?, jakie ma być ich przeznaczenie?,*

[139] Działania tej grupy podmiotowej muszą być zgodne z wolą ustawodawcy, wyrażonej w ustawie pragmatycznej o rezerwach państwowych oraz na podstawie i w zakresie delegacji zawartych w tej ustawie.

[140]* Prezes Agencji Rezerw Materiałowych jest organem wskazanym przez ustawodawcę do tworzenia rezerw mobilizacyjnych.

kto ma je tworzyć i za co?, oraz kto i w jakim zakresie może oddziaływać na proces tworzenia i utrzymywania rezerw oraz dysponowania nimi[141]*?* Jednostki te, a także jednostki przewidziane jako potencjalni odbiorcy rezerw (dla nich są tworzone rezerwy) uczestniczą w realizacji ustalonej polityki.

Grupa II – stanowi ją *jednostka organizacyjna, która odpowiada za gospodarowanie rezerwami* – ARAS/ARM[142]. Jednostka ta jest wyspecjalizowaną agencją państwową zajmującą się profesjonalnie realizacją polityki i zadań z niej wynikających w zakresie gospodarowania rezerwami (przyrost i zmiana struktury rezerw, przygotowanie rezerw do użycia). ARAS podlegała bezpośrednio pod ministra właściwego do spraw zdrowia, natomiast ARM znajduje się w podporządkowaniu ministra właściwego do spraw gospodarki.

Grupa III – przedsiębiorcy przechowujący rezerwy – obejmuje jednostki organizacyjne, wykonujące zadania i obowiązki (nałożone przez organy tworzące rezerwy na podstawie umów cywilnoprawnych) w zakresie magazynowania rezerw, rotacji, właściwego przechowywania i konserwacji, utrzymywania odpowiedniego poziomu ilościowego i jakościowego oraz gotowości do zwolnienia (użycia).

Realizacja polityki państwa w zakresie rezerw odbywa się poprzez: programowanie i planowanie, tworzenie, w tym finansowanie, koordynowanie oraz planowanie wykorzystania rezerw (zwalniania).

Ponadto realizowanie tej polityki wiąże się z gospodarowaniem rezerwami i przechowywaniem ich zarówno przez ARAS/ARM jak i przedsiębiorców. Organizacja tego przedsięwzięcia wymaga ponoszenia wydatków i określenia: *co?*- ma się znaleźć w rezerwach, *ile środków?* - zaplanować w budżecie państwa i ile można przeznaczyć na tworzenie oraz gospodarowanie rezerwami, *który przedsiębiorca?* - ma przechowywać rezerwy i jakie powinien wykonywać zadania w tym czasie oraz *za ile?* - możliwe jest wykonanie zadań związanych z magazynowaniem i obsługą rezerw.

Identyfikowana, z prakseologicznego punktu widzenia, struktura organizacyjna systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uprawnia do stwierdzenia, że organizacja ta (system) posiada dość dobrze wyodrębniony podział zadań w zakresie kompetencji jednostek tworzących rezerwy. Natomiast proces dochodzenia do utworzenia rezerw

---

[141] W związku z obowiązkiem RM (ustawowym) do określenia w drodze rozporządzenia, szczegółowego sposobu i trybu tworzenia, gospodarowania i dysponowania rezerwami, finansowania ich oraz kontroli i tworzenia systemów informacyjnych o rezerwach gospodarczych organ ten staje się jednocześnie współautorem formułowania polityki państwa w zakresie rezerw i realizatorem woli ustawodawcy w tym zakresie.

[142] ARAS/ARM – zapis taki oznacza, iż wykonywanie zadań dotyczyło obu jednostek organizacyjnych, z tym, że ARAS do czasu przejęcia jej zadań przez ARM.

a następnie utrzymywanie ich i zwalnianie nie jest przejrzysty. Zasadnicze niejasności pojawiają się przy planowaniu (prognozowaniu) i utrzymywaniu struktury asortymentowo – ilościowej rezerw.

Powyższe wskazuje na brak pełnej wizji (koncepcji) racjonalnego funkcjonowania rezerw, a także identyfikacji zagrożeń i sprawnego dostosowania do nich struktury rezerw[143].

Na funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia mają wpływ występujące w nim więzi (relacje) pomiędzy jednostkami tworzącymi ten system. Relacje te wynikają ze struktury organizacyjnej, stopnia hierarchizacji, zależności służbowych (podporządkowania) lub braku takich zależności, albo wyłącznie z zadań, jakie dana jednostka wykonuje na rzecz systemu rezerw państwowych służby zdrowia.

Mając na uwadze skuteczność i ekonomizację systemu należy stwierdzić, że identyfikowana i oceniana struktura organizacyjna systemu wykazuje brak dookreślenia więzi współzależności[144] w systemie. Szczególnie niekorzystne są niejasne (po likwidacji ARAS) relacje pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia i ARM – najważniejszymi jednostkami organizacyjnymi systemu.

Istotną dysfunkcją organizacyjną badanego systemu jest także brak jednolitej i operacyjnej koordynacji oraz wyraźnej, hierarchicznej struktury funkcjonalnej (organizacji[145]).

Synteza dostępnej literatury przedmiotu oraz wyników badań pozwala stwierdzić, że organizacja systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia i jego struktura organizacyjna leży w gestii RM. Organ ten (kolegialny) znajduje się na czele systemu, jako główny organizator. Jednakże w wydanym rozporządzeniu w sprawie rezerw, w sposób mało precyzyjny dokonał podziału zadań, określenia relacji i procedur w systemie oraz nie

---

[143] Także na ten aspekt, jako na mankament obecnej organizacji (systemu) rezerw, zwrócił uwagę ekspert – długoletni Prezes ARM – prof. Cz. Skowronek.

[144] *Więzi współzależności* określają spójność organizacji. Wyróżniane są cztery rodzaje więzi: ***służbową*** – określa drogę bezpośredniej podległości między przełożonym i podwładnym, w ramach hierarchicznego układu uprawnień, obowiązków, odpowiedzialności i sankcji za skutki podejmowanych i realizowanych decyzji. Istotną cechą tej więzi są uprawnienia przełożonego wobec podwładnego. Wiąże się ona ze stawianiem zadań podwładnym, oddziaływaniem na nich w celu zmiany jakości wykonywania przez nich obowiązków służbowych, kontrolą uzyskiwanych wyników; ***funkcjonalną*** – występuje między członami spełniającymi podobne (wyspecjalizowane) zadania na korzyść całości w hierarchicznym podporządkowaniu danej komórki organizacyjnej, jednostki organizacyjnej czy organizacji; ***techniczną*** – ustala stopnie podległości między członkami odpowiadającymi za zabezpieczenie ciągłości i niezawodności toku realizacji zadań; ***społeczną*** – odwzorowuje stosunki międzyludzkie w danej organizacji, kształtowane przez odpowiednie człony. Na podstawie: P. Tyrała, *Kierowanie* .., op. cit., s. 56.

[145] W związku z tym, że *organizacja* ma dwa powszechnie znane znaczenia: 1) instytucję lub grupę funkcjonalną, 2) procesu organizowania, autor zwraca uwagę, że organizacja procesu kierowania rezerwami państwowymi, chociaż zawierać będzie elementy znaczenia drugiego, postrzegana jest jako grupa funkcjonalna.

wystarczająco jasno zdefiniował strukturę hierarchii, władzy w organizacji oraz układ odpowiedzialności[146].

System kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia to organizacja nieetatowa. Jego struktura organizacyjna generuje następujące relacje[147] - *funkcjonalne*[148], *współdziałania (kooperacyjne) oraz służbowe* (patrz *rys. 3.10*).

Relacje powyższe – poza służbowymi – przybierają luźny charakter. Działanie systemu opiera się głównie na relacjach funkcjonalnych.

W świetle przeprowadzonych badań luźny charakter relacji pomiędzy jednostkami organizacyjnymi systemu, nie sprzyja racjonalności funkcjonowania całego systemu.

Relacje te można podzielić na dwa rodzaje: *wewnętrzne* – zachodzące wewnątrz grupy funkcjonalnej oraz na relacje *zewnętrzne*, które występują pomiędzy jednostkami organizacyjnymi z innych grup funkcjonalnych. Z uwagi na nietypowość struktury funkcjonalnej i hierarchicznego podporządkowania w systemie, podobnie jak struktura systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia relacje funkcjonalne są także nietypowe. Nie da się ich podzielić wyłącznie na relacje *zwierzchnictwa* i *podporządkowania* – w dużej części są *równorzędne*. Nie ma bowiem wśród kierowników jednostek uczestniczących w systemie prymatu wyższości (np. ministra nad ministrem), a stopień zależności jest dość problematyczny. Nie dotyczy to oczywiście procesu planowania.

W procesie planowania relacje funkcjonalne mają postać pisemną i przybierają charakter *informacyjny* – projekty planów (propozycje) przedstawiane są w określonym czasie (cyklicznie) jednostkom koordynującym – ministrowi właściwemu do spraw gospodarki (roczne) i Ministrowi Obrony Narodowej – związane z PMG. Poza planowaniem relacje pomiędzy jednostkami organizacyjnymi mają raczej charakter *sytuacyjny* (wynikają ze zdarzeń losowych, np.: sytuacje szczególnego zagrożenia).

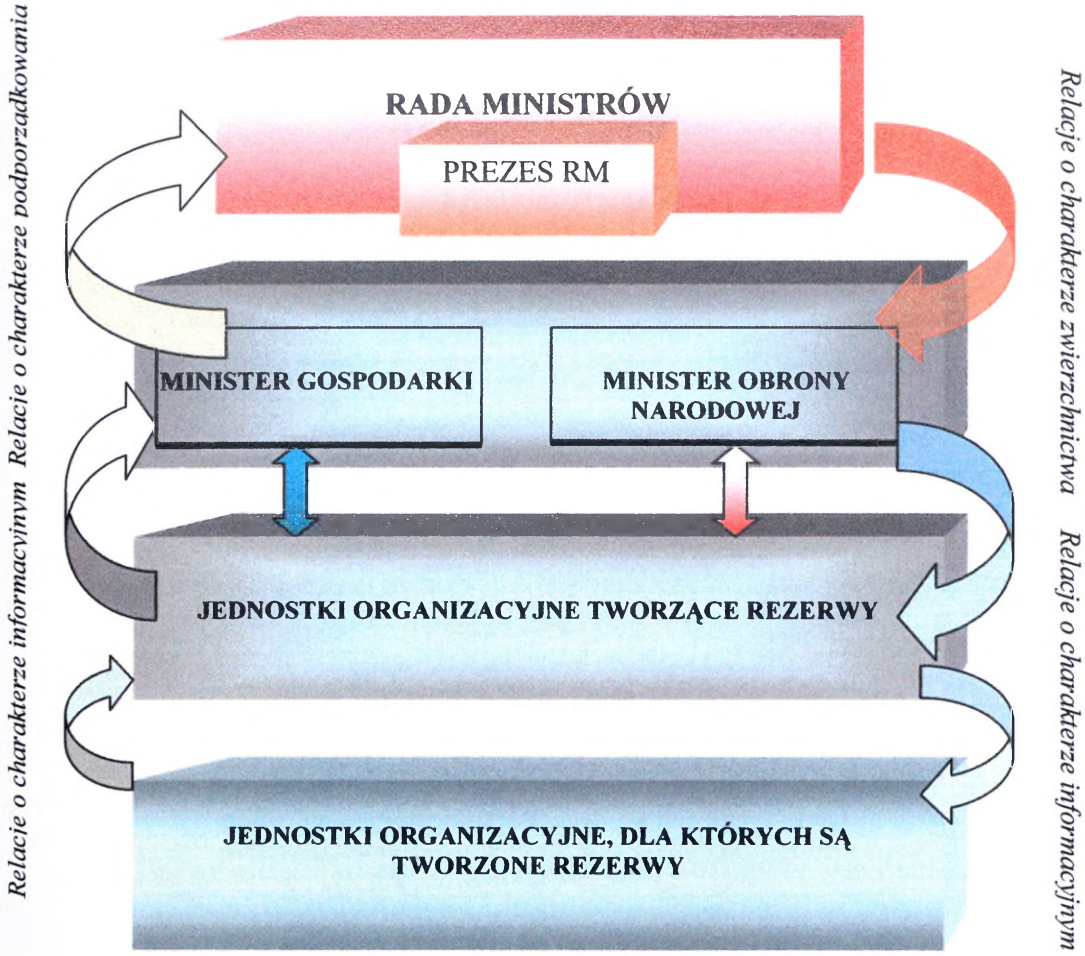
---

[146] P. Tyrała twierdzi, że struktura organizacyjna powinna składać się z następujących elementów: określających podział zadań, tj. sposób wyodrębnienia zadań i odpowiadających im stanowisk pracy; hierarchię organizacyjną; stopień centralizacji i decentralizacji decyzji; sposób koordynacji działań. Na postawie: P. Tyrała, *Kierowanie* .., op. cit., s. 93.

[147] *Relacja* <łac. *relatio*> to także stosunek zachodzący między dwoma lub (więcej) przedmiotami, pojęciami, wielkościami itp. *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 638.

Relacja – to jakakolwiek zależność, związek zachodzący pomiędzy przedmiotami dowolnego rodzaju. W teorii organizacji rozważane są relacje i więzi pomiędzy pojedynczymi osobami, jak również pomiędzy jednostkami organizacyjnymi. T. Pszczołowski: *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji.* Ossolineum 1978, s. 206.

[148] *Relacje funkcjonalne* występują między jednostkami organizacyjnymi tworzącymi rezerwy a potencjalnymi użytkownikami rezerw i koordynatorem planowania rocznego – w okresie przygotowania projektów planów dotyczących wielkości rezerw mobilizacyjnych oraz stanów zastrzeżonych w rezerwach gospodarczych. *Relacje funkcjonalne* zwierzchnictwa wiążą się z wydawaniem (wiążące podporządkowane jednostki) wytycznych i poleceń, których zakres nie może dotyczyć rozstrzygnięć co do istoty.



- koordynacyjne w zakresie planowania rocznego

- koordynacyjne w zakresie PMG

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.10. Relacje zewnętrzne w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w procesie planowania

Relacje funkcjonalne występują także pomiędzy RM (*relacje zwierzchnictwa*) a ministrem właściwym do spraw gospodarki (*relacje podporządkowania*). Relacje te wynikają z ustawy pragmatycznej o rezerwach i wydanego na jej podstawie rozporządzenia RM.

Z uwagi na źródło pochodzenia *relacji zwierzchnictwa* (akty prawne), bez odniesienia się do organizacji (systemu) i jej struktury etatowej, można uznać ich charakter za *prawny, urzędowy*. *Relacje podporządkowania* występują natomiast w postaci *informacji urzędowej*[149].

W sytuacjach, kiedy konieczne jest zwolnienie rezerw mobilizacyjnych, na okres wykraczający poza kompetencje organu tworzącego takie rezerwy, pojawiają się *relacje* pomiędzy Prezesem RM, który wydaje decyzje dotyczące zwolnienia rezerw mobilizacyjnych (*relacje zwierzchnictwa*) a organem tworzącym te rezerwy – wykonawcą tych decyzji (*relacje podporządkowania*).

O *relacjach służbowych* można mówić także w przypadku ministra właściwego do spraw gospodarki i prezesa ARM. Relacje te wynikają z hierarchicznej, bezpośredniej podległości jednostki organizacyjnej (ARM podlega pod ministra właściwego do spraw gospodarki). Relacje te są odpowiednio – *zwierzchnictwa* i *podporządkowania*.

Relacje służbowe wynikające ze zwierzchnictwa ministra właściwego do spraw gospodarki nad ARM odnoszą się głównie do zasad gospodarki finansowej tej agencji. Polegają one na tym, że minister właściwy do spraw gospodarki, na podstawie delegacji ustawowej[150], wydaje stosowne rozporządzenie. Natomiast relacje w tym zakresie, wynikające z podporządkowania, krystalizują się w postaci określonego sprawozdania[151].

W systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia zachodzą również *relacje współdziałania*. Relacje te są normowane zarządzeniami. O *relacjach współdziałania* możemy mówić w sytuacji, kiedy kierownik jednostki organizacyjnej (członek RM), odpowiedzialny za działania w zakresie tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia, powołuje zespoły specjalistyczne w celu usprawnienia działalności np.: w zakresie systemowego uporządkowania zagadnień związanych z tworzeniem, gospodarowaniem, finansowaniem oraz dysponowaniem rezerwami państwowymi służby zdrowia [152].

Relacje współdziałania autor podzielił na dwa rodzaje: *wewnętrzne* i *zewnętrzne*. Relacje *wewnętrzne* odnoszą się do współpracy w ramach struktury organizacyjnej jednostki, tj., w ramach wyspecjalizowanej komórki organizacyjnej, np. DSO z innymi komórkami organizacyjnymi tej jednostki. Natomiast relacje *zewnętrzne współdziałania* występują

---

[149] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* .., op. cit., art. 6.
[150] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* .., op. cit., art. 14 ust. 6.
[151] *Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 marca 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad gospodarki* .., op. cit., § 7.
[152] *Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2003 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw restrukturyzacji systemu rezerw państwowych w zakresie produktów leczniczych i wyrobów medycznych.* Źródło: *Internet http://www.infor. wp.pl//img/infor.pl:80/dzienniki_urzędowe/dzienniki_MZ/2003/3/28.0... z dnia 11. 07. 2003 r.*

pomiędzy jednostkami organizacyjnymi systemu kierowania rezerwami (Ministerstwo Gospodarki, ARM, inne).

W ramach współdziałania do prac w zakresie problematyki rezerw mogą być poproszeni również przedstawiciele innych resortów, np. finansów. Udział takich resortów (szczególnie mających istotne oddziaływanie na funkcjonowanie systemu) można nazywać *współdziałaniem z otoczeniem*. Otoczeniem w tym przypadku pozostaje głównie prezes ARM i minister właściwy do spraw gospodarki. Ponadto systemie kierowania, pomiędzy organem tworzącym system informacyjny (ministrem właściwym do spraw gospodarki) a organem tworzącym rezerwy gospodarcze (ministrem właściwym do spraw zdrowia) powstają również *więzi (relacje) informacyjne*. Mają one charakter funkcjonalny i przebiegają stosownie do wskazanych *procedur* – powtarzają się cyklicznie – dwa razy w roku, w terminie do 15 sierpnia – za pierwsze półrocze oraz do 15 marca – za rok ubiegły. Przekazywanie informacji dotyczy ściśle określonych, istotnych dla systemu danych i wiąże się z obowiązkiem złożenia rocznej informacji przez Ministra Gospodarki Prezesowi RM[153].

Organizacja systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia i jego struktura organizacyjna[154] jest kontrowersyjna[155]. Ogólny schemat organizacyjny jednostek uczestniczących w procesie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia obowiązujący do 31 marca 2002 r. przedstawia (patrz *rys. 3.11* – z ARAS*), natomiast od 01 kwietnia 2002 r. (patrz *rys. 3.12* – bez ARAS, zadania tej agencji przejęła ARM*).

Kontrowersyjność w zakresie organizacyjnym nie tkwi w formie struktury, ponieważ ta spełniała wymogi logicznego podziału według funkcji, lecz w koncepcji (organizacji) systemu (brak kierownika operacyjnego systemu i przejrzystej kooperacji pozytywnej – niedookreśleniu procedur postępowania i relacji pomiędzy jednostkami organizacyjnymi oraz ich braku w kooperacji negatywnej pomiędzy nimi (patrz *załącznik 4 – opinie eksperckie*).

Charakteryzując strukturę organizacyjną systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia należy wskazać, że jest ona zbliżona do sztabowej. Nie ma w niej jednak jednoosobowego kierowania i ponoszenia odpowiedzialności za to kierowanie.

---

[153] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania* .., op. cit., § 11 i 12.

[154] *Struktura organizacyjna* – to uporządkowany układ i wzajemne zależności między częściami składowymi organizacji.

[155] Kontrowersja - <łac. *controversia*> różnica zdań, rozbieżność sądów; dyskusja, spór, polemika. *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 387.

Na czele systemu znajduje się RM, a jej organem doradczym był Komitet Spraw Obronnych RM (KSORM[156]). RM funkcje kierownicze sprawuje przy pomocy dwóch koordynatorów – Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw gospodarki. Obaj koordynatorzy dysponują wyspecjalizowanymi komórkami w sprawie rezerw państwowych służby zdrowia.

Szczebel niżej znajdują się kierownicy innych jednostek organizacyjnych ze swoimi komórkami wspomagającymi ich w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia. Należą do nich: minister właściwy do spraw zdrowia z DSO, minister właściwy do spraw wewnętrznych z Biurem Spraw Obronnych (BSO), wojewodowie z Wydziałami Reagowania Kryzysowego (WRK), ABW, AW i ARM. Na ostatnim szczeblu w tej strukturze znajdują się przedsiębiorcy.

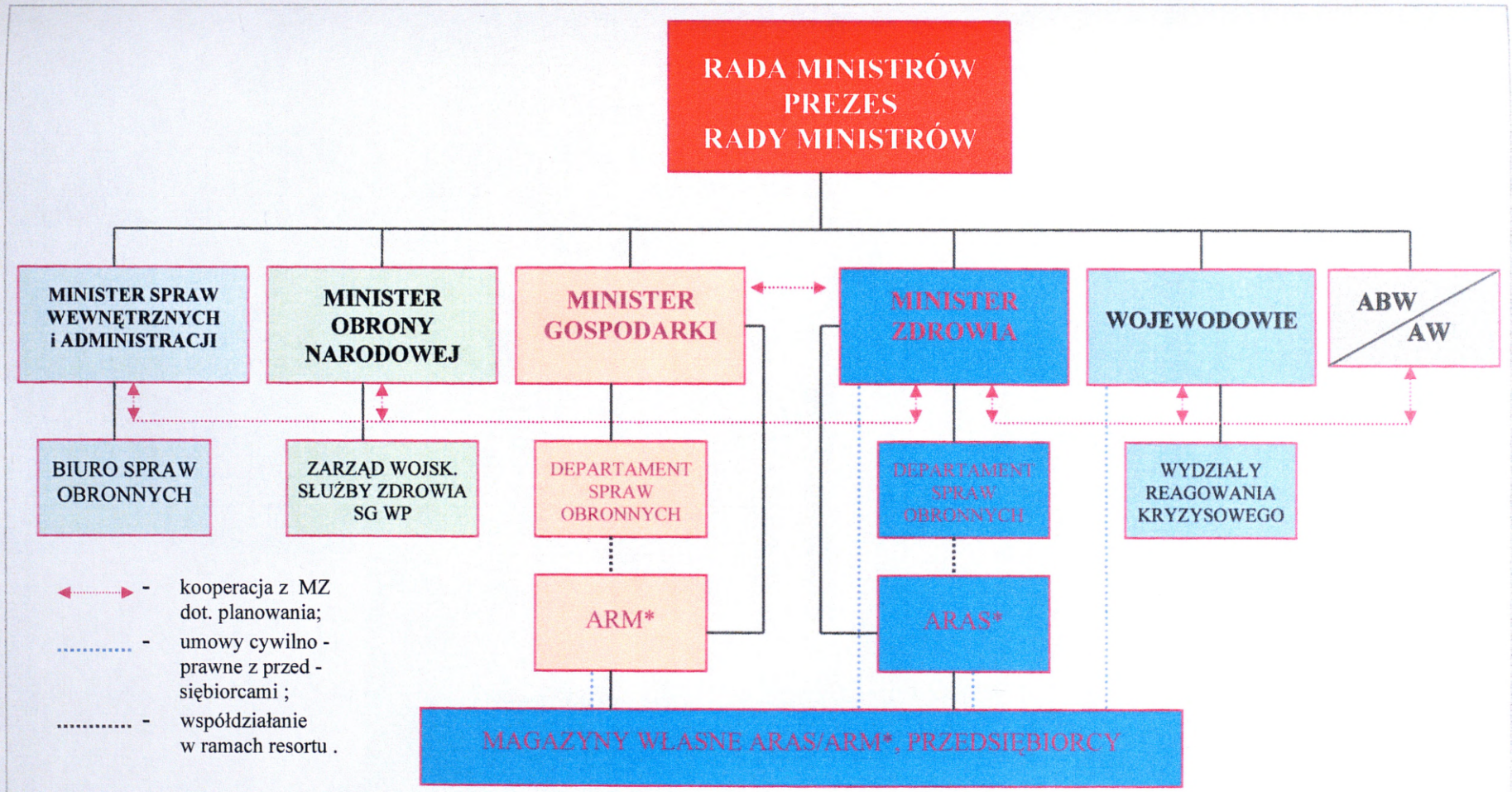
Na podobieństwo struktury systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia do struktury typu sztabowego wskazuje cecha charakterystyczna dla tego typu struktur, mianowicie komórki (doradcze) organizacyjne występujące przy kierownikach jednostek organizacyjnych doradzają nie tylko kierownikom, którym podlegają służbowo, ale także jednostkom organizacyjnym na niższych szczeblach kierowania.

W systemie rezerw państwowych służby zdrowia szczególna rola przypada ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Jednakże w obecnej organizacji tego systemu nie jest on w stanie zapewnić skutecznego prognozowania i planowania rezerw rzeczowych państwowych służby zdrowia. Jego rola ogranicza się głównie do planowania na podstawie zgłaszanych potrzeb potencjalnych użytkowników rezerw lub doraźnego „tworzenia" rezerw.

W badanym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia kompetencje i odpowiedzialność jest natomiast bardzo niejasna (patrz *załącznik 4*).

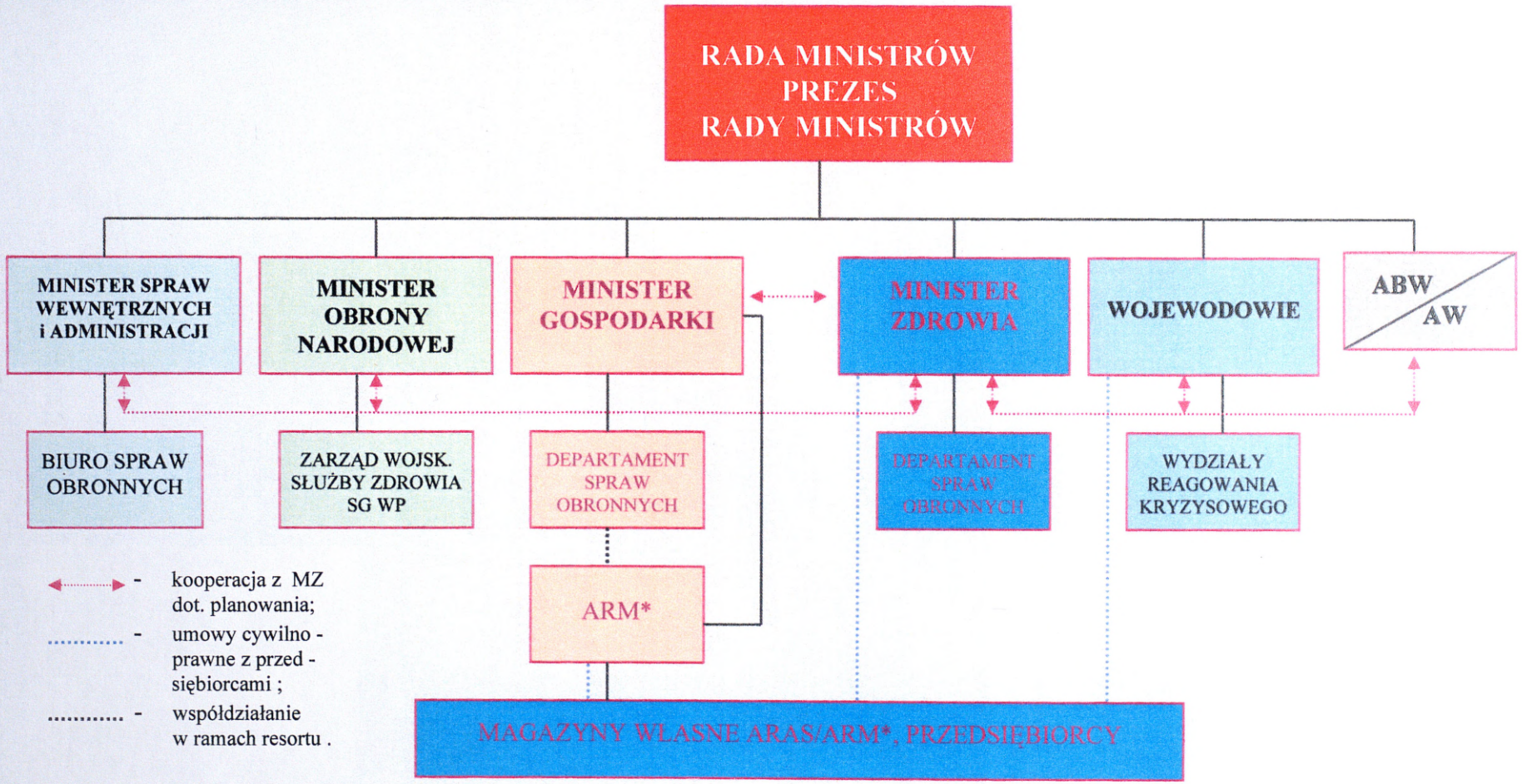
Ankietowani dostrzegają ten problem i zgodnie twierdzą, że obecnie organizacja kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia nie odpowiada w pełni wymogom systemu a jej struktura organizacyjna jest trudna do zidentyfikowania (patrz *załącznik 5*).

[156] Obecnie nie występuje.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.11. Schemat organizacyjny jednostek uczestniczących w procesie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia do 31. 03. 2002 r.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.12. Schemat organizacyjny jednostek uczestniczących w procesie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia od 01. 04. 2002 r.

3.1.4. Ogólne procedury organizowania systemu kierowania rezerwami

Organizowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia odbywa się stosownie do przyjetych rozwiązań organizacyjnych usankcjonowanych w obowiązujących dokumentach normatywnych, poświęconych procesom gromadzenia rezerw i gospodarowania nimi. Ma swoje źródło w ustawach przyjmowanych przez Sejm RP[157] (patrz *rys. 3.13*).

Regulacje zawarte w aktach prawnych wskazują jednostki organizacyjne i działania, które mają one realizować. Regulacje te wskazują też sposób postrzegania i traktowania tej problematyki przez państwo w szeroko rozumianej polityce bezpieczeństwa. Polityka ta jest więc genezą *procedur*[158] organizowania systemu kierowania[159] rezerwami państwowymi służby zdrowia.

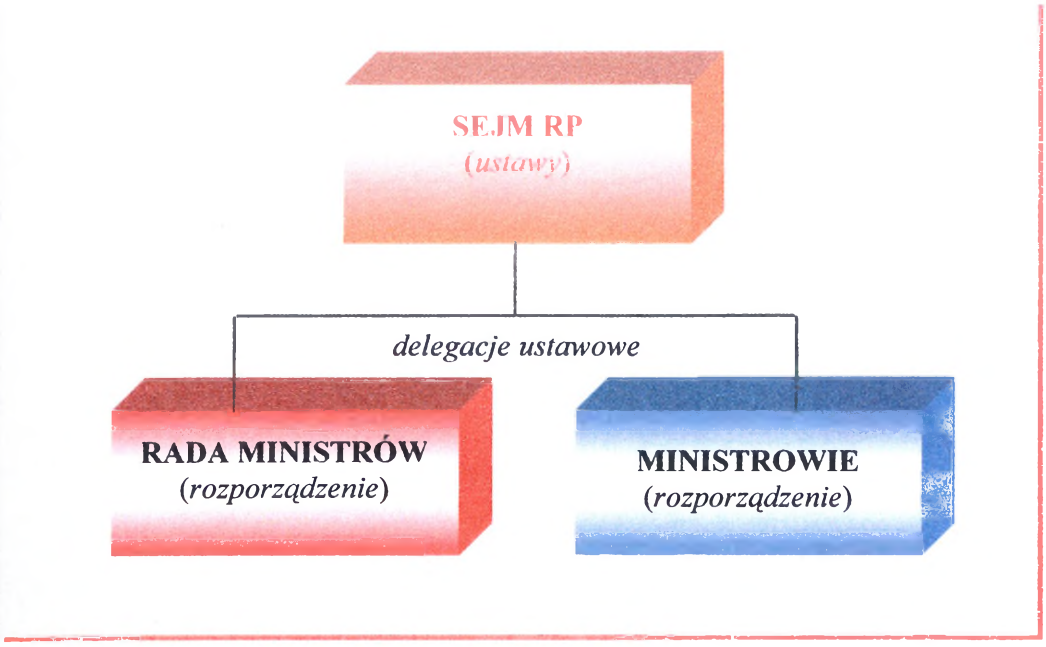
Sposób organizowaniu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, został rozstrzygnięty w ustawie pragmatycznej o rezerwach państwowych. Sejm RP określił w niej rodzaje rezerw państwowych służby zdrowia (mobilizacyjne i gospodarcze z wydzieleniem w tych ostatnich stanów zastrzeżonych), wskazał jednostki organizacyjne odpowiedzialne za tworzenie rezerw i gospodarowanie nimi. Zdecydował także, iż RM uszczegółowi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb tworzenia, gospodarowania i dysponowania rezerwami oraz finansowanie ich, a także zasady kontroli i tworzenia systemów informacyjnych o rezerwach gospodarczych. Sformułowane w ten sposób rozstrzygnięcia Sejmu RP wyposażyły RM w stosowne kompetencje i uczyniły ją jednocześnie odpowiedzialną za organizowanie sprawnego i skutecznego wykonywania zadań związanych z rezerwami państwowymi służby zdrowia.

---

[157] Źródłem głównym zadań i kompetencji jest ustawa. Akty prawne niższego rzędu muszą wynikać ściśle z zapisów (delegacji) ustawowych. Zadania z tego obszaru są uszczegóławiane w regulaminach organizacyjnych jednostek wykonujących zadania w zakresie rezerw (w ich komórkach organizacyjnych).

[158] Procedura <z łac. *procedo = postępuję*>, tok postępowania zawarty w szeregu wytycznych; często wyraża się przepisem, jak wykonywać zadanie.
W teorii organizacji przez *procedurę* rozumie się niejednokrotnie nie tok działania, lecz jego opis: << *Procedury* są również planami, ponieważ zakładają wybór kierunków działania i odnoszą się do działalności w przyszłości, są one wskazówkami w działaniu raczej niż w myśleniu wyszczególniają dokładne sposoby, jakimi należy się posługiwać w przeprowadzaniu określonych działań. Podstawą ich jest chronologiczna kolejność ... Ważną jest jednak rzeczą, że *procedura* istnieje w całej organizacji, chociaż, jak można się spodziewać, staje się coraz ściślejsza i liczniejsza na niższych szczeblach, co wynika głównie z konieczności ściślejszej kontroli i z mniejszego zakresu swobody w podejmowaniu decyzji; faktem jest również, że sprawy już dokonane można usprawnić na przyszłość ustalając jeden najlepszy sposób ich załatwienia>> (H. Koontz i C. O'Donnell: *Zasady zarządzania.* Warszawa 1969 s. 514). Za T. Pszczołowskim, *Mała encyklopedia prakseologii* ..., op. cit., s. 185.

[159] *Kierowanie* w znaczeniu ogólnym oznacza działanie zmierzające do spowodowania funkcjonowania innych rzeczy, zgodnego z celem tego, kto nimi kieruje. Zob., ibid., s. 95.

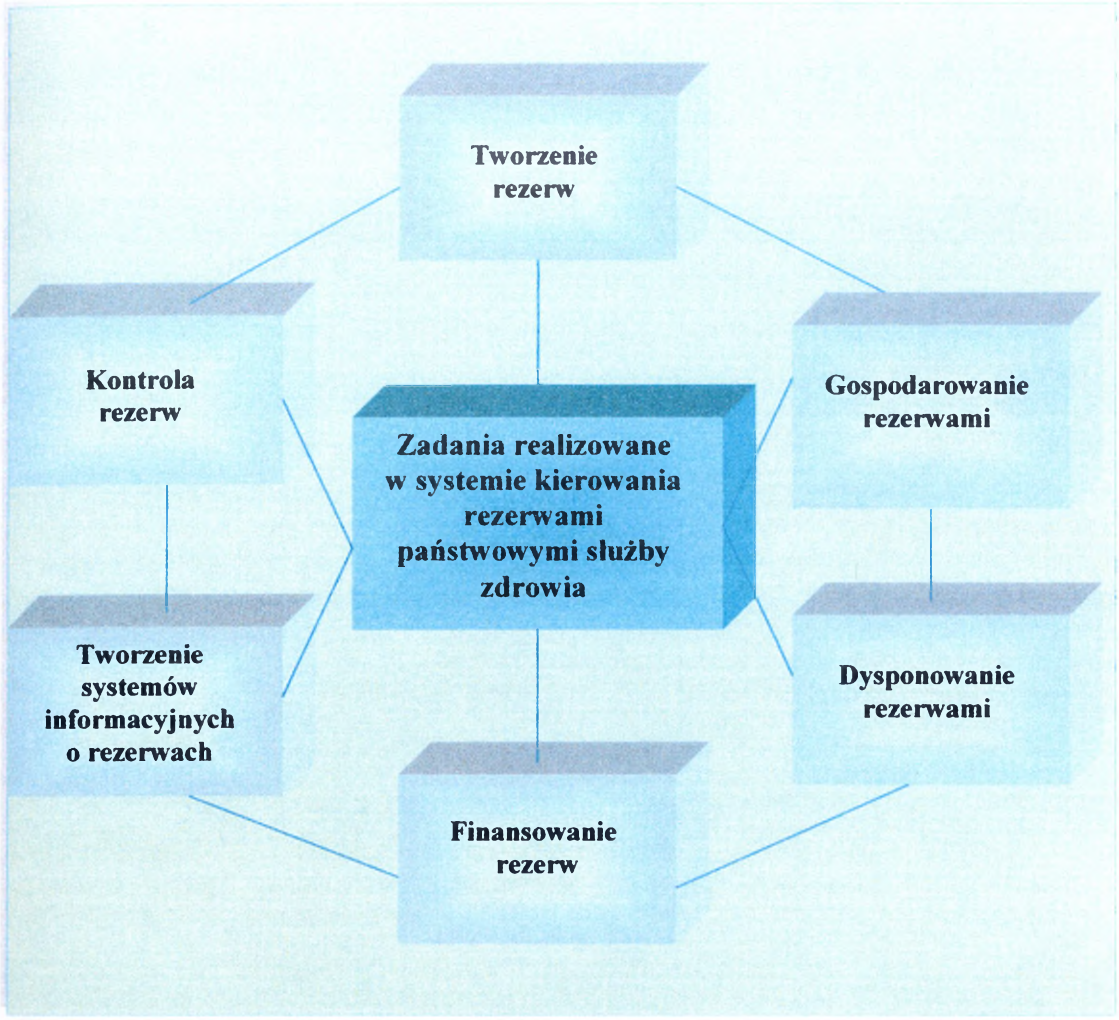


Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.13. Źródła określania procedur obowiązujących w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

Wnosić z tego należy, iż organ ten jest odpowiedzialny za określenie procedur postępowania (sposobu wykonywania zadań i realizowania wszystkich przedsięwzięć) w każdej z faz realizowania polityki państwa, związanej z tymi rezerwami (patrz *rys. 3.14*).

RM wykonując nałożone na siebie zadanie wydała rozporządzenie, w którym zawarła sposoby postępowania jednostek organizacyjnych właściwych w sprawie rezerw państwowych (w tym służby zdrowia) w poszczególnych etapach. Wydane rozporządzenie koncentruje się głównie na opisaniu procedur związanych z opracowaniem projektów rocznych planów rzeczowych i finansowych odnoszących się do tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia. Ponadto opisuje *procedury* postępowania jednostek organizacyjnych systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia przy zwalnianiu rezerw państwowych służby zdrowia. Procedury te jednak nie są wystarczające do zapewnienia sprawnego przebiegu, realizacji przedsięwzięć, których dotyczą. Obejmują one bowiem bardziej kompetencje i formy ich realizacji (decyzje, postanowienia), nie opisują natomiast wyraźnie toku postępowania *„jak to zrobić?"*, *„jak te decyzje, postanowienia powinny być wykonywane?"* a to jest przecież istotą procedury.

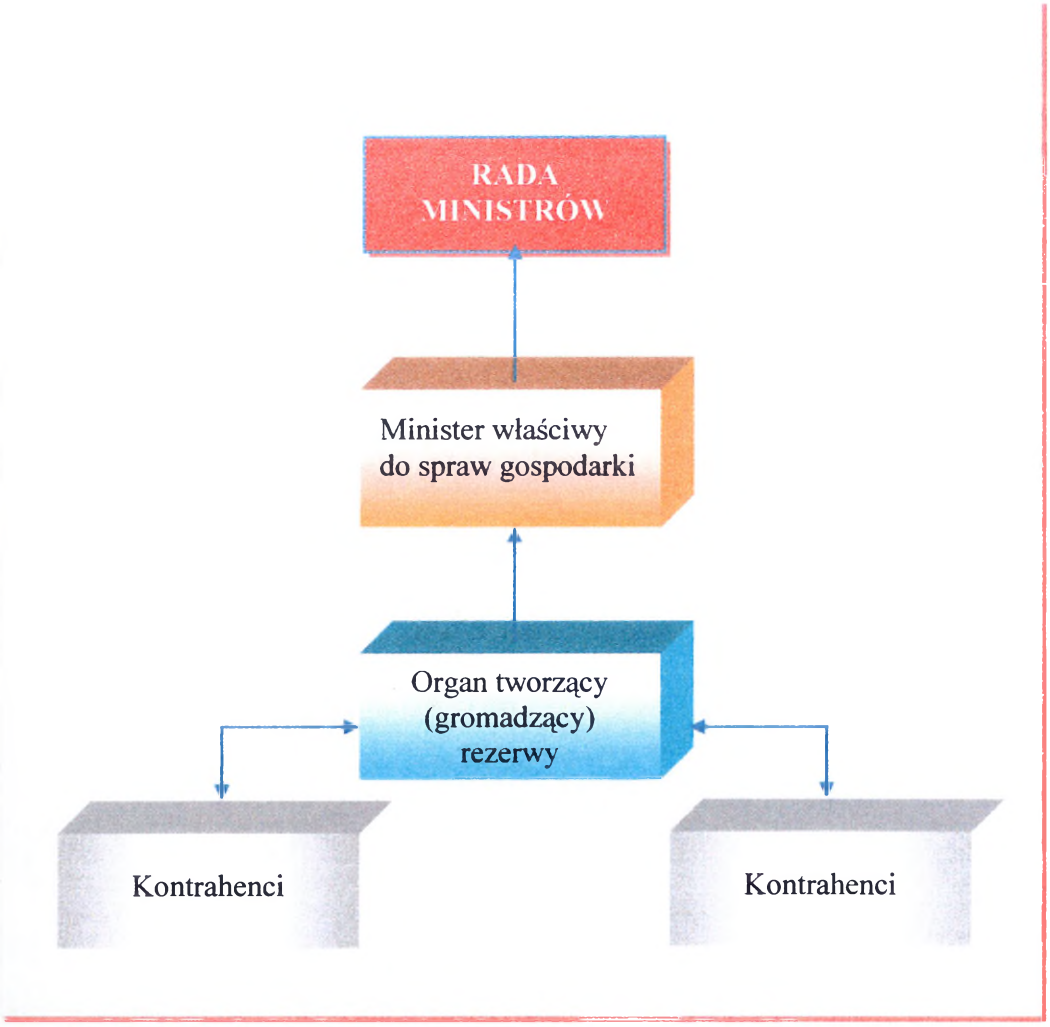


Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.14. Heksogen zadań wymagających określenia procedur postępowania

Procedury odnoszące się do *tworzenia* rezerw mobilizacyjnych oraz stanów zastrzeżonych w rezerwach gospodarczych obejmują sposób przygotowywania rocznych planów rzeczowych i finansowych. Wskazują na konieczność ustalania planów, przez jednostki organizacyjne uprawnione do tworzenia rezerw, w *porozumieniu*[160] z potencjalnymi odbiorcami (kontrahentami) tych rezerw (patrz *rys. 3.15*).

[160] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania ..*, op. cit., § 2 ust. 3.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.15. Procedury ustalania rocznych planów państwowych rezerw mobilizacyjnych służby zdrowia

Opracowane projekty rocznych planów rzeczowych i finansowych w sprawie tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia podlegają przedstawieniu ministrowi właściwemu do spraw gospodarki, w terminach wynikających z opracowania projektu budżetu państwa, który następnie, w formie planów zbiorczych, przedkłada RM do zatwierdzenia. Wykonywane przez Ministra Gospodarki zadania w zakresie planowania rocznego wskazują na tego ministra jako na koordynatora procesu planowania rocznego.

Z przepisów prawnych wynika, że uprawnienia do tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia - mobilizacyjnych posiada kilka jednostek organizacyjnych. Brak uszczegółowień w tym zakresie powoduje, że w praktyce tylko minister właściwy do spraw zdrowia tworzy te

rezerwy. Minister Zdrowia jest także uprawniony, jako jedyna jednostka organizacyjna, do tworzenia rezerw gospodarczych. Wskazać w tym miejscu należy, że obowiązujące regulacje nie normują (nie opisują) precyzyjnie sposobów postępowania (procedur) w zakresie tworzenia rezerw zarówno mobilizacyjnych przez poszczególne, określone w ustawie jednostki organizacyjne, jak i gospodarczych rezerw państwowych służby zdrowia, tworzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia[161].

Wykonując zadanie ustawowe RM, w wydanym rozporządzeniu w sprawie rezerw, odniosła się także do sposobu ustalania zadań przewidzianych do wykonywania przez przedsiębiorców[162] oraz procedury zwalniania rezerw państwowych służby zdrowia (z obowiązkiem ich zwrotu i bez obowiązku zwrotu, sprzedaży)[163], a także sposób tworzenia sytemu informacyjnego o rezerwach państwowych służby zdrowia gospodarczych[164]. Regulacje te nie obejmują jednak pełnego opisu postępowania jednostek organizacyjnych uczestniczących w tym procesie. Szczególnie jednak zauważalny jest brak procedur postępowania w związku z potencjalną koniecznością zwolnienia rezerw (występujących o zwolnienie, zwalniających - decydujących o zwolnieniu, jak również wykonujących zwolnienie rezerw - realizujących decyzje) w sytuacjach związanych z obronnością i bezpieczeństwem państwa.

Ponadto należy podkreślić, że proces decyzyjny dotyczący zwalniania rezerw państwowych służby zdrowia obecnie jest scentralizowany a kompetencje w tym zakresie posiada, w zależności od przyczyny zwalniania, organ tworzący rezerwy lub Prezes Rady Ministrów po uprzednim dokonaniu uzgodnień z organami, dla których te rezerwy były tworzone.

Wobec powyższego można stwierdzić, że proces zwolnienia rezerw jest niejasny a proces podejmowania decyzji przez Prezesa RM niejednolity (w zapisach występują następujące stwierdzenia: wydaje decyzję, podejmuje decyzję, zwolnienie następuje na polecenie Prezesa RM).

Opis działań związanych z planowaniem wieloletnim jest natomiast zawarty w ustawie o organizowaniu zadań na rzecz obronności państwa, realizowanych przez przedsiębiorców. Sejm RP rozstrzygnął w tej ustawie, że plany wieloletnie rezerw państwowych służby zdrowia będą ustalane przez RM w postaci programu mobilizacji gospodarki. Ponadto zdecydował, że koordynatorem przygotowania PMG będzie Minister Obrony Narodowej.

---

[161] Ibid., § 2 ust. 3.
[161] *Rozporządzenie z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania,* ..., op. cit., § 4.
[162] Ibid., §§ 5 do 9.
[163] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania,* ..., op. cit., § 11.

Ustawodawca nakazał także, aby przygotowanie programu przebiegało w toku uzgodnień z właściwymi ministrami i kierownikami urzędów centralnych. Należy w tym miejscu nadmienić, że autorowi w okresie prowadzonych badań nie były znane żadne inne (dodatkowe) uszczegółowienia postępowania w zakresie przygotowywania PMG.

Przyjmując, za T. Pszczołowskim, między innymi, że w teorii organizacji *procedury* rozumiane są niejednokrotnie nie tylko jako tok działania, ale także opis działania, a więc także plany, zauważyć należy, iż w związku z zakończeniem obowiązywania PMG z końcem 2000 roku, w czasie prowadzenia badań nie było procedur gromadzenia rezerw państwowych służby zdrowia, wynikających z planowania wieloletniego.

Mając powyższe na uwadze, należy stwierdzić, że obecne rozwiązania prawne i organizacyjne w sposób istotny wpływają na funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

3.2. Funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w RP

3.2.1. Właściwości ogólne funkcjonowania systemu kierowania rezerwami

Badany system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia to organizacja[165] powołana do realizacji zadań związanych ze wsparciem materiałowym służby zdrowia w czasie zagrożenia możliwości świadczenia przez nią pomocy medycznej i opieki zdrowotnej obywatelom oraz siłom zbrojnym, wojskom sojuszniczym (np. w ramach HNS), a także jednostkom organizacyjnym odpowiedzialnym za bezpieczeństwo wewnętrzne. W systemie tym wyróżnić można trzy podstawowe obszary, ważne dla jego racjonalnego i skutecznego funkcjonowania:

1) *pierwszy – związany jest z tworzeniem rezerw państwowych służby zdrowia i ich przechowywaniem,*
2) *drugi – dotyczy zwalniania rezerw (dysponowanie nimi),*
3) *trzeci – obejmuje pozyskiwanie i podział środków na finansowanie rezerw i realizację zadań w obu powyższych obszarach i ich dystrybucję.*

---

[165] W przykładach różnych systemów znajdują się także takie, które zaliczamy do organizacji. Systemy, które składają się z ludzi, i aparatur, funkcjonują w jakimś określonym czasie, wykonują zadania dające się opisać i ocenić z punktu widzenia sprawnościowego nazywamy organizacjami. W przypadku organizacji mamy do czynienia z ludźmi należącymi do tej organizacji oraz z aparaturą i zasobami, którymi dysponuje dana organizacja. Aparaturę stanowią maszyny, sprzęt, budynki. Zasoby natomiast mogą być przede wszystkim materiałowe, energetyczne, pieniężne. Zob., T. Pszczołowski, *Organizacja od dołu i od góry*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1978, s. 12 – 13.

W aktualnym stanie prawnym i faktycznym istnieje konieczność krytycznej analizy zasad funkcjonowania wymienionych wyżej obszarów w kontekście kierowania procesem tworzenia rezerw i dysponowania nimi.

Funkcjonujący system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, z jego modułami *kierowania* i *wykonawczym* rozstrzygają (decydują) o sprawności i skuteczności realizacji zadań związanych z kierowaniem tymi rezerwami oraz ich ekonomizacją we wskazanych obszarach. Badania wskazują, że przede wszystkim brak jest kierownika[166], który zapewniałby skuteczne funkcjonowanie systemu i odpowiadałby za uzyskiwane przez system efekty. Brak takiego organu utrudnia w sposób zasadniczy, kooperację jednostek organizacyjnych systemu.

Występujące niedociągnięcia przekładają się na prognozowanie i planowanie[167] rezerw a w konsekwencji na tworzenie rezerw oraz gospodarowanie nimi[168]. Uwarunkowania te obniżają racjonalność wykorzystania środków, przeznaczanych w budżecie państwa na funkcjonowanie systemu rezerw państwowych służby zdrowia, w tym na strukturę asortymentową rezerw, jak również na procesy gospodarowania nimi, a także na infrastrukturę rezerw (magazynowanie, wykorzystywanie powierzchni magazynowych, koszty obsługi rezerw).

Przebieg procesu planistycznego, głównie wieloletniego - PMG w sposób ewidentny wskazuje na występowanie nieracjonalnej dystrybucji środków budżetowych[169].

Dotychczas praca nad podnoszeniem efektywności systemu i czynieniem go coraz bardziej racjonalnym była podejmowana na przestrzeni kilku lat (licząc tylko od 1996 r.) głównie przez Agencję Rezerw Artykułów Sanitarnych[170]. Analiza opracowań tej agencji pozwala na stwierdzenie, że usuwanie istniejących utrudnień w funkcjonowaniu systemu rezerw państwowych służby zdrowia napotykało na trudności organizacyjne. Utrzymywanie się takich trudności nie pozwoliło uzyskać poprawy funkcjonowania systemu, co potwierdza decyzja ministra właściwego do spraw zdrowia o powołaniu w 2003 r. specjalnego zespołu

---

[166] Organizacja procesu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia postrzegana jest jako system otwarty. Oznacza to, że jej funkcjonowanie odbywa się tylko i wyłącznie w ścisłych związkach z otoczeniem skąd pobiera pieniądze, informacje, pracowników, materiały, urządzenia, które następnie przetwarza – grupuje itp., a skutki swej działalności ponownie oddaje środowisku: „sprzedaje je", ofiarowuje – przekazuje do wykorzystania, by następnie odnowić zasoby. Na podstawie: P. Tyrała, *Kierowanie* .., op. cit., s. 50.

[167] Ostatni Program Mobilizacji Gospodarki (PMG) utracił (jak już wspomniano) swoją aktualność z końcem 2000 r. Zob., *Wojskowy Przegląd* .., op. cit. s. 2.

[168] Zob., W. Kitler, *Wykorzystanie potencjału pozamilitarnego* .., op. cit., s.16.

[169] Zob., M. Lutostański, *Identyfikacja potencjału rezerw* .., op., cit., s. 137.

[170] Zob., Opracowanie Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych, *System rezerw państwowych dla opieki zdrowotnej. Dylematy strategiczne i podejmowane działania*, Warszawa, październik 2001.

(kolejnego) w celu dokonania restrukturyzacji systemu rezerw państwowych[171]. Dotychczasowa ocena funkcjonowania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w obszarze prognozowania, planowania i realizacji planów, na przestrzeni wielu lat, mimo podejmowanych prób naprawczych, nie może być satysfakcjonująca. Potwierdzeniem takiej oceny, wynikającej z wątpliwej racjonalności funkcjonującego systemu kierowania rezerwami jest zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2003 r. Zarządzeniem tym został powołany specjalny zespół (kolejny na przestrzeni kilku lat), którego zadaniem było systemowe uporządkowanie zagadnień związanych z rezerwami państwowymi służby zdrowia[172].

Zauważyć należy, iż powoływanie doraźnych zespołów specjalnych do spraw restrukturyzacji badanych rezerw, w sytuacji nawarstwienia się problemów związanych z jakością rezerw oznacza, że istniejąca obecnie, wyspecjalizowana jednostka ministra właściwego do spraw zdrowia (DSO) nie jest w stanie skutecznie wykonać tego zadania, (patrz *załącznik 8 – schemat struktury organizacyjnej DSO z 1999 r.*).

3.2.2. Tworzenie i obsługa rezerw państwowych służby zdrowia

Wynikające z przyjętego porządku prawnego kompetencje i obowiązki kierowania procesem tworzenia rezerw i ich obsługą spoczywały (w okresie prowadzonych badań) na: RM (organizator systemu), Prezesie RM (zwalnianie rezerw, przyjmowanie informacji o ruchach rezerw), ministrze właściwym do spraw zdrowia (prognozowanie i tworzenie rezerw, zwalnianie ich), ministrze właściwym do spraw gospodarki (koordynowanie przygotowywania zbiorczych planów rezerw, składanie informacji Prezesowi RM o ruchach rezerw), Ministrze Obrony Narodowej (koordynowanie przygotowania PMG), Prezesie ARAS/ARM i wojewodach (tworzenie i gospodarowanie rezerwami), przedsiębiorcach uczestniczących w przechowywaniu rezerw (przechowywanie i obsługa rezerw – stosownie do umów cywilno - prawnych). W proces tworzenia tych rezerw mobilizacyjnych jest więc zaangażowana liczna grupa jednostek organizacyjnych[173]. Natomiast do tworzenia rezerw

---

[171] Zob., *Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2003 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw restrukturyzacji systemu rezerw państwowych w zakresie produktów leczniczych i wyrobów medycznych*, Strona internetowa, http://infor.wp.pl//img/infor.pl:80/dzienniki_urzedowe/dzienniki_MZ/2003/3/28.0..., 11 lipca 2003.

[172] Zob., J. Świecicki, *Ogólne zasady przygotowania sił i środków cywilnej służby zdrowia do ratowania życia i zdrowia ludzi w sytuacjach nadzwyczajnych i w czasie wojny*, AON – Ministerstwo Zdrowi i Opieki Społecznej 1999 r. s. 35.

[173] Zob., *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* .., op. cit., art. 4 ust 1.

gospodarczych zobligowany jest wyłącznie minister właściwy do spraw zdrowia[174] (patrz *rys. 3.16*).

Minister Zdrowia jest właściwą jednostką organizacyjną do *tworzenia rezerw mobilizacyjnych i gospodarczych*, z wydzieleniem w tych ostatnich stanów zastrzeżonych, stosownie do działalności statutowej oraz w zakresie rzeczowym i ilościowym niezbędnym do potrzeb obronnych i bezpieczeństwa państwa. Zadanie to wynika z *ustawy* i wiąże się z nakładaniem zadań na przedsiębiorców.

Mimo mnogości jednostek uprawnionych do tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia w praktyce rezerwy te są tworzone wyłącznie przez jeden organ – ministra właściwego do spraw zdrowia.

Zawarte *w Rozporządzeniu RM* w sprawie rezerw *i regulaminie organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia* zadania, związane z tworzeniem i obsługą rezerw państwowych służby zdrowia, wymagały: opracowywania rocznych planów rzeczowych dotyczących tworzenia rezerw[175]; wypracowania kierunków działania w zakresie zabezpieczenia medycznego ludności kraju na wypadek zaistnienia sytuacji kryzysowych oraz zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny; opracowywania planów działania w zakresie wsparcia medycznego Sił Zbrojnych RP i sił sojuszniczych NATO w ramach HNS oraz koordynowania realizacji „Celów Sił Zbrojnych NATO i Wymagań Długoterminowych", w których udział bierze Ministerstwo; planowania potrzeb w zakresie rezerw produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w celu realizacji zadań związanych z obronnością i bezpieczeństwem państwa oraz utrzymania ciągłości zaopatrzenia ludności kraju, a także eliminowania i łagodzenia zakłóceń funkcjonowania gospodarki narodowej, wynikających z nieprzewidzianych okoliczności oraz klęsk żywiołowych; wykonywania zadań dotyczących ustalania wielkości i rodzaju produktów leczniczych i wyrobów medycznych utrzymywanych w ramach „świadczeń na rzecz obrony"; koordynowania, na szczeblu krajowym, realizacji PMG w części dotyczącej ochrony zdrowia.

---

[174] Ibid., art. 4 ust. 2 pkt 2.

[175] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania ...*, op. cit., § 2. Plany roczne w tym zakresie przesyła do ministra właściwego do spraw gospodarki, w terminach wynikających z opracowywania projektu budżetu państwa.

- zgłaszanie potrzeb i propozycji planistycznych;
- przekazywanie wyciągów z PMG oraz decyzji do realizacji;
* - po zmianie koordynatora PMG;
** - do 31 marca 2002 r. (przejecie zadań przez ARM od ARAS).

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.16. Przebieg procesu tworzenia (gromadzenia) rezerw (*Wariant*)

Kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia, związane z *gospodarowaniem rezerwami, wynikają z Rozporządzenia RM* w sprawie rezerw i odnoszą się do:

- *po pierwsze* – opracowywania projektów rocznych planów gospodarowania rezerwami (rzeczowy i finansowy);
- *po drugie* – nadzoru nad organem gospodarującym tymi rezerwami (ARAS do 31 marca 2002 r.);
- *po trzecie* – nakładania zadań rzeczowych na przedsiębiorców[176].

Natomiast kompetencje tego ministra, w ramach prowadzenia gospodarki rezerwami, wiążą się także z wykorzystywaniem rezerw gospodarczych, nie będących stanami zastrzeżonymi, do transakcji koniunkturalnych. Zadanie to minister mógł wykonywać (do 31 marca 2002 r.) przy udziale Prezesa ARAS[177] - na podstawie stosownego upoważnienia.

Tworzenie rezerw mobilizacyjnych odbywa się w oparciu o coroczne wystąpienia do ministra właściwego do spraw zdrowia, jednostek, które są potencjalnymi odbiorcami rezerw: Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, wojewodów, ABW i AW. Natomiast rezerwy gospodarcze są tworzone (przez ministra właściwego do spraw zdrowia) na podstawie jego decyzji.

Wykonawcą planów w zakresie tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia, zarówno mobilizacyjnych, jak również gospodarczych była wyspecjalizowana jednostka organizacyjna, gospodarująca tymi rezerwami, ARM.

3.2.3. Dysponowanie rezerwami państwowymi służby zdrowia

Z przeprowadzonych badań wynika, że uprawnienia do dysponowania rezerwami państwowymi służby zdrowia posiada Prezes RM.

Organ ten jest właściwy do zwalniania rezerw poprzez *wydawanie decyzji, wydawanie poleceń oraz podejmowanie decyzji.*

Wydawanie decyzji przez Prezesa RM może mieć miejsce w razie konieczności udzielenia zwolnienia zwrotnego rezerw mobilizacyjnych na okres wykraczający poza uprawnienia organu tworzącego te rezerwy lub ilości większej niż 30% stanu rezerw będących

---

[176] W ramach rezerw tworzonych przez siebie.

[177] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania* .., op. cit., § 9.

przedmiotem zwolnienia[178]. Taką decyzję Prezes RM może wydać po spełnieniu obowiązku zasięgnięcia opinii organu, dla którego zwalniane rezerwy były tworzone.

Prezes RM posiada także kompetencje do zwolnienia rezerw mobilizacyjnych z pominięciem procedury uzgodnień z jednostkami organizacyjnymi, dla których były tworzone rezerwy mobilizacyjne. Działanie takie jest możliwe w sytuacji zaistnienia zagrożenie życia ludzkiego oraz drastycznego pogorszenia się warunków bytowych ludności lub możliwości wystąpienia znacznych szkód i strat materialnych wynikających z nieprzewidzianych zdarzeń i okoliczności oraz klęsk żywiołowych.

W takiej sytuacji zwolnienie rezerw mobilizacyjnych następuje na *polecenie Prezesa RM*[179].

Podejmowanie decyzji przez Prezesa RM natomiast odnosi się do zwalniania rezerw gospodarczych będących stanami zastrzeżonymi[180]. Decyzję taką Prezes RM podejmuje na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia. Wniosek ten musi wcześniej uzyskać opinię kierownika jednostki organizacyjnej dla, której te rezerwy były tworzone[181].

Obowiązujące regulacje prawne wskazując Prezesa RM jako organ kompetentny do podejmowania powyższych czynności nie rozstrzygały przy tym kwestii z czyjej inicjatywy[182] (kto inicjuje?) następują te działania (inicjatywa własna czy innej jednostki organizacyjnej, jakiej – stałej na wszystkie sytuacje, czy różnej – stosownie od sytuacji?). Nie ma także pełnej jasności kto jest wykonawcą tych decyzji (znów brak wszystkich procedur postępowania).

Kolejną jednostką organizacyjną uprawnioną do dysponowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest minister właściwy do spraw zdrowia. Jego kompetencje w zakresie rezerw zostały zawarte w *ustawie pragmatycznej o rezerwach oraz rozporządzeniu RM, a także w Statucie Ministerstwa Zdrowia (MZ) – uszczegółowione w regulaminie organizacyjnym tego ministerstwa*[183]. Kompetencje obejmujące stricte *zakres dysponowania rezerwami* (w sytuacjach związanych z wykonywaniem funkcji rezerw), wynikają z *Rozporządzenia RM*

---

[178] Ibid., op. cit., § 6 ust. 3.

[179] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania ..*, op. cit., § 6 ust. 5.

[180] Ibid., § 8 ust. 4.

[181] Decyzję o zwolnieniu rezerw gospodarczych, stanowiących stany zastrzeżone, podejmuje Prezes Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, zaopiniowany odpowiednio przez Ministra Obrony Narodowej lub inny organ, dla którego rezerwy były tworzone.

[182] Z wyjątkiem: podejmowania decyzji o zwalnianiu rezerw gospodarczych, stanowiących stany zastrzeżone (decyzję w tej sprawie Prezes RM podejmuje na wniosek organu tworzącego – MZ), oraz wydawania decyzji przez Prezesa RM w sprawie udzielenia zwolnienia zwrotnego rezerw mobilizacyjnych na okres wykraczający poza uprawnienia organu tworzącego rezerwy

[183] Szczegółowe zadania tego organu opracowano na podstawie *Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2003 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia.* Załącznik do *Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2003 r.* &12 i &26, które zostało wydane w związku z *Zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2002 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia* i załącznika do *Zarządzenia Nr 161 Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2002 r.* Zob., *Strona internetowa, http://www.mz.gov z dnia 15 grudnia 2003 r.*

i dotyczą uprawnień tego organu do *wydawania* decyzji w sprawie zwalniania *zwrotnego*[184] i *bezzwrotnego*[185] rezerw mobilizacyjnych oraz *podejmowania* decyzji o zwolnieniu rezerw gospodarczych[186].

Zwolnienia *zwrotne* rezerw może natomiast odbywać się do wysokości 30 % stanu rezerw i na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy, a w przypadku sprzętu trwałego – na okres nie przekraczający 9 miesięcy.

W sytuacjach szczególnych, kiedy występuje uzasadniona potrzeba przesunięcia terminu zwrotu zwolnionych rezerw decyzję w tej sprawie, na okres nie dłuższy niż 3 miesiące, może podejmować minister właściwy do spraw zdrowia powiadamiając o tym organy, z którymi wcześniej uzgadniał zwolnienie.

Z uwagi na możliwość wystąpienia sytuacji, w której zaistnieje konieczność dokonania nie planowanego zwolnienia *bezzwrotnego* rezerw mobilizacyjnych tworzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wówczas podejmuje on decyzje o zwolnieniu po uprzednim uzgodnieniu odpowiednio z jednostkami organizacyjnymi, dla których zwalniane rezerwy były tworzone[187].

W czasie przechowywania rezerw może powstać także sytuacja, że niektóre, zbędne składniki majątku Skarbu Państwa, stanowiące rezerwy mobilizacyjne, tworzone przez ministra właściwego do spraw zdrowia nie mogą być sprzedane. Wówczas minister ten, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, wyraża zgodę na nieodpłatne przekazanie (zbędnych składników) państwowym jednostkom organizacyjnym lub gminom[188].

Minister właściwy do spraw zdrowia ma także prawo do dysponowania gospodarczymi rezerwami państwowymi służby zdrowia. Zwolnienie takich rezerw może mieć miejsce w sytuacji wystąpienia nieprzewidzianych zakłóceń w funkcjonowaniu gospodarki i może się odbyć w drodze zawarcia stosownych umów cywilnoprawnych z przedsiębiorcą lub inną jednostką, dla których następuje zwolnienie. O podjęciu takiej decyzji Minister Zdrowia ma obowiązek powiadomienia w ciągu 14 dni od podjęcia decyzji ministra właściwego do spraw gospodarki[189]. Obowiązek ten wiąże się z uaktualnianiem *systemu informacyjnego*

---

[184] Ibid., § 6.
[185] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania ..*, § 5 ust. 5.
[186] Decyzje takie nie mogą dotyczyć stanów zastrzeżonych w rezerwach gospodarczych.
[187] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania ..*, op. cit., § 6 ust. 4.
[188] Ibid., § 7 ust.1.
[189] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania ..*, op. cit., § 8 ust. 3.

o rezerwach gospodarczych. Z systemem informatycznym łączy się także konieczność przekazywania danych, w systemie półrocznym, które są związane z przechowywaniem rezerw, ich stanami ilościowymi i wartościowymi oraz kosztami utrzymywania[190].

Wskazane powyżej zadania związane z dysponowaniem rezerwami minister właściwy do spraw zdrowia wykonuje przy pomocy Departamentu Spraw Obronnych (DSO), który znajduje się w strukturze organizacyjnej resortu zdrowia.

Empiria i badania wskazują, że racjonalność wykonywanych zadań przez tę komórkę organizacyjną, przekładała się na racjonalność zadań wykonywanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, co z kolei rzutuje na racjonalność systemu rezerw państwowych służby zdrowia[191].

Analiza kompetencji i obowiązków ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie zwalniania rezerw państwowych służby zdrowia, wskazuje na brak sprecyzowania roli tego organu w procesie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Istotnym mankamentem, budzącym dużo wątpliwości, pozostaje jego udział w procesie zwalniania rezerw przez Prezesa RM. Kompetencje ministra w tej sytuacji wyinterpretować można głównie z jego właściwości – są one w dużej części „domyślne".

Nie bez znaczenia dla systemu kierowania rezerwami (dysponowaniem rezerwami), pozostają nieuregulowane relacje tego organu, także w sprawie dysponowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w relacji z Prezesem ARM. Waga odpowiedzialności, jaka spoczywa na tej agencji wymaga jednoznacznego, prawnego rozstrzygnięcia. Jest to niezbędne ze względu na kooperację negatywną, gdzie czynnik czasu będzie niejednokrotnie decydującym o skuteczności działań. Natomiast zwalnianie rezerw przez ministra właściwego do spraw zdrowia za pośrednictwem Ministra Gospodarki znacznie ten proces wydłuża.

Kolejną, ważną jednostką organizacyjną w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest *minister właściwy do spraw gospodarki.* Minister ten nie tworzy rezerw państwowych służby zdrowia. Jednak jego kompetencje w zakresie dysponowania tymi rezerwami przybrały szczególnego znaczenia, zwłaszcza po zmianach organizacyjnych, które skutkowały likwidacją ARAS i przejęciem zadań tej agencji przez ARM – podległą temu ministrowi. Po 31 marca 2002 roku kompetencje wymienionego ministra obejmują również problematykę zwalniania rezerw. Wynika to z faktu realizacji decyzji przez podległą mu ARM (główny realizator decyzji dotyczących zwolnień rezerw).

---

[190] Ibid., § 11.

[191] Zob., Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, *System rezerw państwowych* .., op. cit. s. 11 – 22.

Zadania ministra właściwego do spraw gospodarki – *odnoszące się do dysponowania rezerwami*, wynikają z *Rozporządzenia RM* i są związane z działalnością ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie zwalniania rezerw gospodarczych. Dotyczą one przyjmowania powiadomień od tego ministra[192]. W tym miejscu należy podkreślić, iż po zmianie podległości ARM, pozostawienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia tego obowiązku jest zbędną procedurą.

Minister właściwy do spraw gospodarki zadania określone powyżej podejmuje głównie przy pomocy wyspecjalizowanej komórki organizacyjnej wchodzącej w skład kierowanego ministerstwa – DSO[193].

Badania wskazują, że rola ministra właściwego do spraw gospodarki, podobnie jak innych wymienionych dotychczas organów systemu kierowania rezerwami, wymaga doprecyzowania procedur postępowania, głównie w relacjach z ministrem właściwym do spraw zdrowia w zakresie dysponowanie rezerwami, a także kontroli gospodarowania rezerwami państwowymi służby zdrowia przez ARM.

W dysponowaniu rezerwami państwowymi służby zdrowia występują także kierownicy jednostek organizacyjnych, dla których rezerwy te są gromadzone i utrzymywane. Zadania tych jednostek w dysponowaniu rezerwami mają charakter opiniodawczy. Decydenci użycia rezerw zasięgają wyłącznie ich opinii lub po prostu powiadamiają o podjętych decyzjach. W tym miejscu należy podkreślić, że wszystkie zwolnienia rezerw państwowych są określone wyłącznie w związku z trudnościami innymi niż wynikającymi z zagrożenia bezpieczeństwa zewnętrznego państwa (trudności gospodarcze, pogorszenie się warunków życia, zagrożenie życia ludności – bliżej nie określone).

Dotychczasowy system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w zakresie dysponowania rezerwami jest scentralizowany. Oznacza to, iż nie przewiduje się możliwości dysponowania rezerwami państwowymi nawet przez wojewodę. Kompetencje wojewody w praktyce (w zakresie oddziaływania na stan rezerw państwowych służby zdrowia) ograniczają się, do podpisywania umów z jednostkami (przedsiębiorcami) przechowującymi rezerwy tworzone przez ministra właściwego do spraw zdrowia na terenie województwa. Ten przedstawiciel rządu w „terenie", szef Obrony Cywilnej w województwie, nie posiada kompetencji do użycia rezerw państwowych służby zdrowia, mimo, iż na utrzymanie ich

---

[192] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania ...*, op. cit., § 8 ust. 2.

[193] DSO odpowiada za wykonywanie zadań związanych z kształtowaniem i realizacją polityki obronnej, za planowanie, utrzymanie i finansowanie rezerw państwowych, w tym służby zdrowia. Zob., *Strona internetowa, http://www.mpips.gov.pl/null.php z dnia 16 grudnia 2003.*

przeznacza środki. Zadania w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia wojewoda wykonuje przy pomocy Wydziału Reagowania Kryzysowego w Urzędzie Wojewódzkim.

Bardzo ważnym ogniwem systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest ARAS/ARM[194]. Zadania i kompetencje tej Agencji w tym zakresie wynikają z ustawy pragmatycznej o rezerwach państwowych[195] i Rozporządzenia Rady Ministrów[196] a precyzuje je Statut agencji. Zadania ARAS/ARM. Związane są w szczególności z: gospodarowaniem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi; tworzeniem rezerw mobilizacyjnych w zakresie działalności określonej w statucie; podejmowaniem decyzji o zwalnianiu rezerw gospodarczych nie będących stanami zastrzeżonymi lub wykorzystaniem ich w transakcjach koniunkturalnych w ramach uprawnień wynikających z przepisów wykonawczych do ustawy; prowadzeniem działalności kontrolnej podmiotów wykonujących zadania w zakresie magazynowania i wymiany rezerw, nawiązywaniem kontaktów międzynarodowych z poszanowaniem norm prawa międzynarodowego oraz praw obowiązujących w Rzeczpospolitej Polskiej i prawa ojczystego współpracujących podmiotów zagranicznych w związku z prowadzoną przez agencję działalnością gospodarczą[197].

W ramach obowiązków i posiadanych uprawnień ARAS/ARM dokonuje zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych na cele rezerw oraz sprzedaży tych produktów i wyrobów w związku z potrzebami wynikającymi z konieczności wymiany, odświeżania, a także zwalniania i restrukturyzacji rezerw. Ponadto agencja jest właściwa (kompetentna) do wykonywania zadań związanych z koniecznością przechowywania rezerw. W tym celu prowadzi gospodarkę polegającą na wykorzystaniu powierzchni magazynowych (zarówno w magazynach własnych, jak i obcych). Działalność ARM reguluje rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 marca 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad gospodarki finansowej Agencji Rezerw Materiałowych[198], z których wynika obowiązek zawierania umów cywilnoprawnych na realizację zadań związanych z przechowywaniem rezerw.

W wykonywanie zadań na rzecz rezerw – obok instytucji państwowych – są włączane także jednostki organizacyjne podległe organom samorządowym (Samodzielne Publiczne

---

[194] ARM przejęła zadania ARAS, która została zlikwidowana *ustawą z dnia 1 marca 2002 r. o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek im podporządkowanych oraz o zmianie niektórych ustaw* (Dz. U. Nr 25, poz. 253, art. 1 ust. 1 pkt 6).

[195] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* .., op. cit., art. 4. ust 1, art. 9 i art. 10.

[196] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania ...*, op. cit., § 2, § 5, § 6, § 8 i § 10.

[197] Na podstawie: *Statutu Agencji Rezerw Materiałowych* § 2 i § 4. Zob., *Strona internetowa, http://www.arm.gov.pl/ z dnia 03 grudnia 2003.*

[198] Dz. U. Nr 49, poz. 413.

Zakłady Opieki Zdrowotnej – SPZOZ - y). Jednostki te są traktowane jak przedsiębiorstwa wykonujące świadczenia na podstawie umów cywilnoprawnych. Zadania i kompetencje przedsiębiorstw są opisane i wynikają z treści zawieranych umów z organami, które tworzą rezerwy i wiążą się z okresem pozostawania składników na stanie. Właściwość przedsiębiorców w zakresie rezerw wynika zarówno z *ustawy*[199] jak i *Rozporządzenia RM*[200].

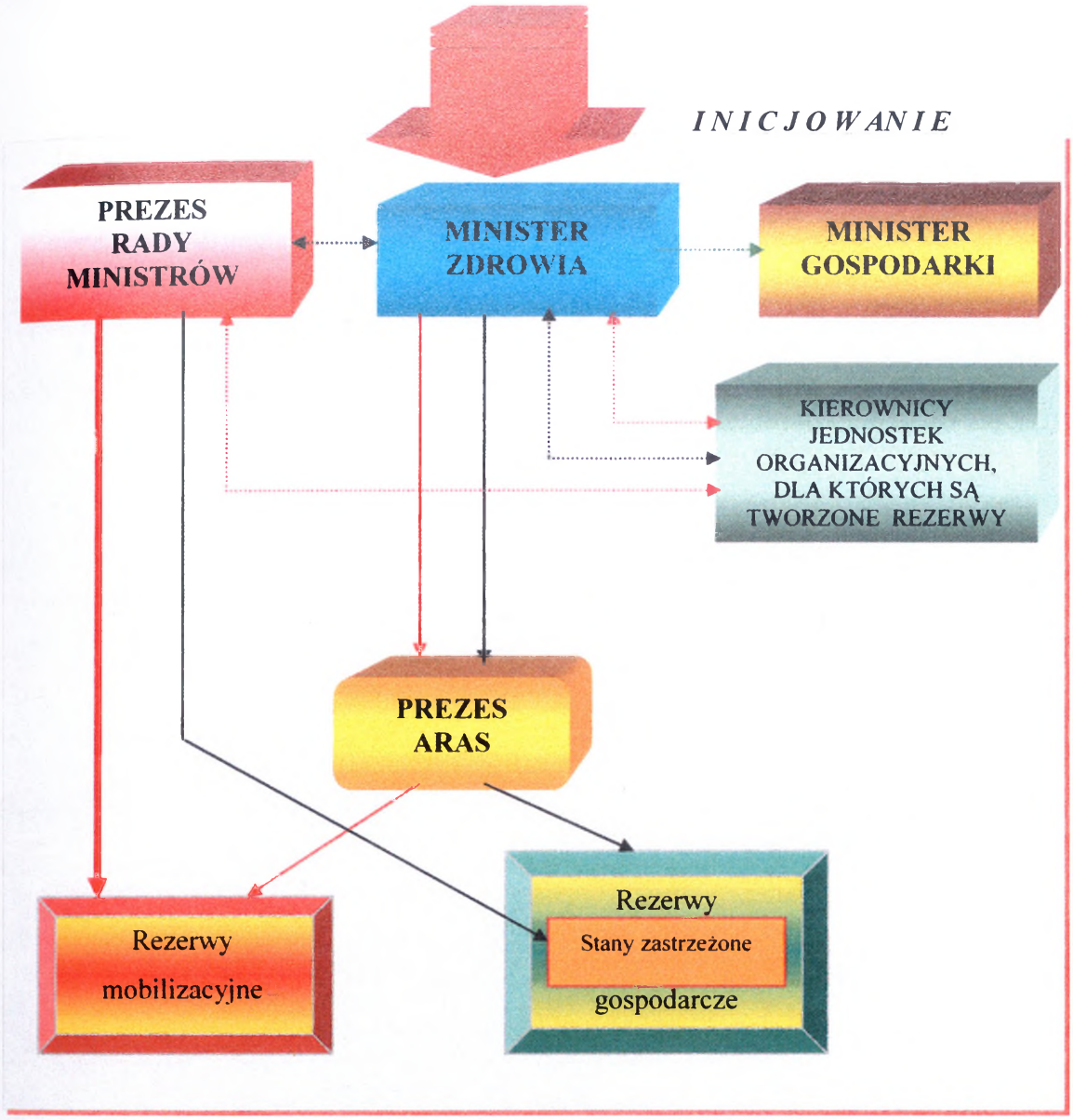
Badania kompetencji i odpowiedzialności jednostek organizacyjnych systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w zakresie dysponowania rezerwami wskazują, iż są one realizowane w sposób scentralizowany. Kompetencje te pozostają w wyłącznej gestii (odpowiedzialności) organów centralnych (patrz *rys. 3.17*).

Istotnym mankamentem, na co zwracała uwagę ARAS, pozostaje fakt, że obowiązujące rozwiązania organizacyjne nie obejmują działań, w tym związanych z dysponowaniem rezerwami państwowymi służby zdrowia, związanych z potencjalną możliwością powstania sytuacji szczególnych zagrożeń i stanów nadzwyczajnych (kooperacji negatywnej). Rozstrzygnięcia prawne i organizacyjne odnoszą się głównie do zagrożeń związanych z realizacją ważnych przedsięwzięć gospodarczych.

Nie jest jasna (jednoznaczna) także rola ministra właściwego do spraw zdrowia w sytuacji, kiedy potrzeby związane ze zwolnieniem rezerw mobilizacyjnych (w czasie pokoju) wykraczają poza jego kompetencje (w zakresie ilości i czasu zwalnianych rezerw). W tej sytuacji natomiast jest określona rola Prezesa RM i strony zainteresowanej, natomiast nie jest określona rola tego ministra (organu tworzącego te rezerwy)[201].Ważnym problemem pozostaje scentralizowany system zwalniania rezerw. Mając na uwadze fakt, że zagrożenia (różnego typu) dotyczą w pierwszej kolejności (w przeważającej części) zdarzeń lokalnych lub regionalnych, nie wyposażenie wojewody – przedstawiciela rządu w terenie, w kompetencje do zwalniania rezerw powoduje wydłużenie czasu użycia (osłabienie mobilności i użyteczności) rezerw państwowych w świadczeniu pomocy i opieki medycznej poszkodowanym w oparciu o rezerwy państwowe produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

---

[199] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* .., op. cit., art. 8.
[200] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania* .., op. cit., § 4.
[201] Ibid., § 6 ust. 3.



- uzgodnienia w zakresie zwalniania rezerw gospodarczych (kolor czarny, linia przerywana) stany zastrzeżone;
- uzgodnienia w zakresie zwalniania rezerw mobilizacyjnych (kolor czerwony, linia przerywana);
- powiadomienie o zwolnieniu rezerw gospodarczych (kolor zielony, linia przerywana);
- decyzje dotyczące zwalnianie rezerw mobilizacyjnych (kolor czerwony, linia ciągła);
- decyzje dotyczące zwalniania rezerw gospodarczych, w tym stanów zastrzeżonych (kolor czarny, linia ciągła).

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.17. Kompetencje w dysponowaniu (zwalnianiu) rezerw państwowych służby zdrowia (do 31 marca 2002 r.)

Utrzymywanie dotychczasowego, scentralizowanego sposobu zwalniania rezerw jest kwestionowane przez ekspertów i ankietowanych zwłaszcza, że kompetencji takich nie posiada nawet wojewoda, który jest odpowiedzialny za wykonywanie polityki rządu w terenie – na obszarze województwa oraz zapewnienie współdziałania wszystkich jednostek organizacyjnych administracji rządowej i samorządowej w województwie w zakresie zapobiegania powstawania sytuacji zagrożeń oraz zwalczanie i usuwanie ich skutków stanowiących zagrożenie zdrowia i życia mieszkańców[202].

Obecne rozwiązania prawne i organizacyjne dotyczące dysponowania rezerwami państwowymi służby zdrowia są ukierunkowane głównie na przypadki zagrożeń ważnych przedsięwzięć gospodarczych lub zadań wykonywanych na rzecz jednostek, dla których są te rezerwy tworzone, a także na sytuacje zagrażające życiu ludzi oraz drastyczne pogorszenie się warunków bytowych ludności. Realizacja tych zadań podlega kierowaniu centralnemu. Oznacza to wyłączność do podejmowania decyzji zwalniających przez organy centralne (Prezes RM, Minister właściwy do spraw zdrowia).

3.2.4. Finansowanie rezerw państwowych służby zdrowia

Ustawa pragmatyczna o rezerwach państwowych[203] wskazuje jednoznacznie, że proces tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia i gospodarowania nimi odbywa się za pomocą środków, które pochodzą z budżetu państwa[204] i są przeznaczane na pokrycie:

1) przyrostu i zmiany struktury rezerw, stosownie do ustaleń planów tworzenia rezerw;
2) kosztów utrzymywania i magazynowania rezerw; kosztów wymiany rezerw;
3) nakładów inwestycyjnych związanych z budową i modernizacją infrastruktury technicznej utrzymywania rezerw.

Dysponowanie środkami budżetowymi przeznaczonymi na tworzenie rezerw państwowych służby zdrowia i gospodarowanie nimi ustawodawca powierzył ministrowi właściwemu do spraw zdrowia[205]. Otrzymane plenipotencje[206] uczyniły ten organ odpowiedzialnym za

---

[202] *Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o administracji rządowej w województwie* (Dz. U. Nr 91, poz. 577, art. 15).

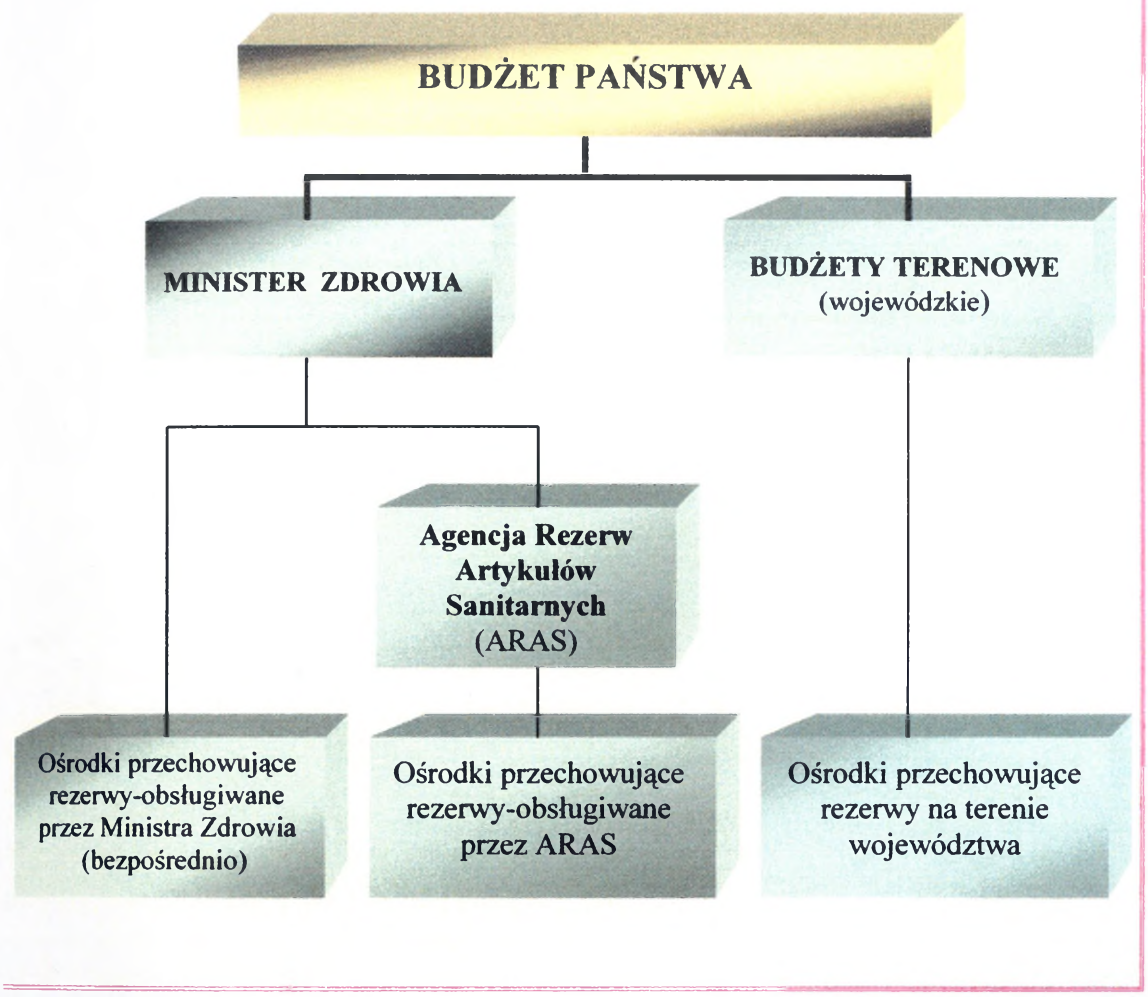
[203] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych* ..., op. cit., art. 7.

[204] O państwowym charakterze rezerw świadczy: źródło finansowania (budżet państwa) oraz zajmowanie się całokształtem spraw związanych z ich tworzeniem i utrzymywaniem przez administrację rządową. Zob., Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, *Kilka uwag o systemie rezerw* ..., op. cit., s. 2.

[205] Taki stan rzeczy nie musi być utrzymany. Permanentne zmiany organizacyjne w administracji państwowej, szczególnie te, które mają istotny związek z funkcjonowaniem rezerw państwowych służby zdrowia mogą zaowocować innymi rozwiązaniami w tym zakresie.

racjonalne wykorzystanie środków budżetowych w całym procesie związanym z państwowymi rezerwami służby zdrowia.

W praktyce finansowanie rezerw (przed likwidacją ARAS) odbywało się dwoma niezależnymi, z dojściem w etapie następnym trzeciego, „kanałami"(patrz *rys. 3.18*).



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 3.18. Finansowanie rezerw państwowych służby zdrowia z budżetu państwa – na przykładzie 1999 r.

Kanał pierwszy stanowił – budżet Ministerstwa Zdrowia (budżet ten był oczywiście częścią budżetu państwa).

[206] Plenipotencja <śrdw. – łac. *plenipotentia*> prawo działania w czyimś zastępstwie; prowadzenie czyichś spraw przysługujące osobie upoważnionej do tego przez mocodawcę; pełnomocnictwo. Zob., *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1980, s. 580.

Wyodrębniono w nim środki dla ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dla ARAS[207] z przeznaczeniem na finansowanie gospodarki rezerwami.

Drugi kanał, niejako uzupełniający, stanowiły środki wydzielane z budżetu państwa i umiejscawiane w budżetach województw. Środki te przeznaczane były na przechowywanie oraz konserwację rezerw zgromadzonych w jednostkach organizacyjnych służby zdrowia na terenie województwa. Po likwidacji ARAS, nastąpiły zmiany w podziale środków na ten cel. Zmiany były uwarunkowane reorganizacją funkcjonowania centralnych organów administracji rządowej i jednostek im podporządkowanych[208]. Wykonywane dotychczas zadania, związane z gospodarowaniem rezerwami państwowymi służby zdrowia, przez ARAS (podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia) przejęła ARM (podległa ministrowi właściwemu do spraw gospodarki). Zmianom organizacyjnym nie towarzyszyły rozstrzygnięcia w zakresie finansowania rezerw, głównie zadań realizowanych przez ARM. W wyniku tych zmian środki budżetowe przewidywane dotychczas na pokrycie działalności związanej z utrzymywaniem i magazynowaniem rezerw, ich rotacji, a także na zakupy nowych składników rezerw – związanych z ich przyrostem lub zmianą struktury towarowej, umiejscawiane dotychczas w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia nie mogły się znaleźć w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wprowadzone, wymienione wyżej, zmiany organizacyjne w systemie kierowania rezerwami skutkowały istotnymi z punktu widzenia przejrzystości ośrodków finansujących gospodarowanie rezerwami państwowymi służby zdrowia, unormowaniami. Wydane, na podstawie ustawy pragmatycznej o rezerwach państwowych, rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 marca 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad gospodarki finansowej Agencji Rezerw Materiałowych[209] (w świetle zawartych tam regulacji oraz opinii prawnych) wskazało na ARM, jako na jedynie właściwą jednostkę do prowadzenia samodzielnej gospodarki finansowej w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia. Oznacza to, że ARM jest właściwa także do podpisywania umów związanych z przechowywaniem tych rezerw przez przedsiębiorców, w tym z SPZOZ i ponoszenie kosztów z tego typu działalnością.

---

[207] Do czasu likwidacji ARAS zadania związane z gospodarowaniem rezerwami realizowała ta jednostka organizacyjna – podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i środki na jej działalność były wyodrębniane w budżecie Ministerstwa Zdrowia. Po likwidacji ARAS zadania tej agencji przejęła ARM – jednostka organizacyjna nie podlegająca ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

[208] Na podstawie *ustawy z dnia 1 marca 2002 r. o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek im podporządkowanych oraz o zmianie niektórych innych ustaw* (Dz. U. Nr 25, poz. 253).

[209] Dz. U. Nr 49, poz. 413.

W praktyce jednak utrzymano podpisywanie umów na przechowywanie rezerw na dotychczasowych zasadach. Oznacza to, że jednostki podpisujące umowy zobowiązane są do ich finansowania. Wskazać przy tym należy, iż środki inwestowane przez inne jednostki (MZ i wojewodów) w utrzymanie rezerw (głównie w rotację) nie podlegają zwrotowi po sprzedaży rezerw. Sprzedaż natomiast była realizowana wcześniej przez ARAS a obecnie przez ARM, zaś przychody z tytułu sprzedaży rezerw zasilały wyłącznie budżet tych agencji (patrz *załącznik nr 4*).

Mając na uwadze zakres kompetencji ARAS/ARM oraz fakt, iż jest ona właścicielem rezerw państwowych służby zdrowia, przekazywanie środków innym dysponentom z przeznaczeniem na utrzymanie rezerw i gospodarowanie nimi nie może znaleźć racjonalnego uzasadnienia. Środki powinny być przeznaczane na realizację zadań wynikających z gospodarowania rezerwami.

Z uwagi na fakt, że środki na tworzenie i utrzymywanie rezerw państwowych służby zdrowia pochodzą z budżetu państwa, wskazać należy, iż istotną rolę w oddziaływaniu na system kierowania może mieć minister właściwy do spraw finansów publicznych. Jednakże jego możliwości zaspokajania potrzeb jednostek organizacyjnych, które tworzą rezerwy i gospodarują nimi, są uzależnione od kondycji gospodarczej państwa znajdującej odzwierciedlenie w budżecie państwa.

W istocie rzeczy możliwości („kompetencje") ekonomiczne gospodarki, obok strony prawnej i organizacyjnej, stanowią czynnik, który można uznać za najważniejszy wyznacznik zasobów państwa.

3.3. Właściwości kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w innych państwach Unii Europejskiej i NATO

3.3.1. Właściwości ogólne

Każde państwo prowadzi politykę związaną z przeciwdziałaniem zagrożeniom zdrowia i życia jego obywateli. Polityka ta uwzględnia rodzaj zagrożeń oraz możliwy do wykorzystania w takich sytuacjach potencjał, którym dysponuje państwo. W potencjale państwa uwzględnia się bieżące możliwości służby zdrowia oraz uwarunkowania gospodarcze.

Podejście do tworzenia (gromadzenia) rezerw, choć cel (przeznaczenie) ich jest podobny we wszystkich państwach, nie jest identyczne. Nie różni się jednak, co do zasady;

utrzymywać rezerwy?, czy uznać fakt ich posiadania za zbyteczny? Wszystkie państwa stosują wariant utrzymywania rezerw. Różnice zaś polegają na praktycznym rozwiązywaniu (organizacji) tego przedsięwzięcia. Uważa się, że przygotowania związane z utrzymywaniem rezerw państwowych służby zdrowia powinny rozpoczynać się od identyfikacji zagrożeń. Do zagrożeń bowiem dostosowuje się zarówno strukturę rzeczową rezerw, jak również poziom rezerw, z jednoczesnym uwzględnieniem relacji do popytu krajowego, który może być zmienny i zależeć od wielu czynników (patrz *rys. 3.19*), takich jak np.:

- cele utrzymywania poszczególnych rodzajów rezerw,
- stopień uzależnienia danego kraju od zewnętrznych źródeł zaopatrzenia w zakresie poszczególnych, podstawowych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, a także surowców i materiałów niezbędnych do ich produkcji,

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys.3.19. Główne (uniwersalne) czynniki decydujące o poziomie rezerw służby zdrowia.

- rozwiązania prawno – organizacyjne funkcjonowania gospodarki, w tym podmiotów gospodarczych,
- źródła finansowania wynikające, między innymi, ze stopnia zamożności danego kraju (państwa, społeczeństwa); występuje istotna zależność między stopniem zamożności danego kraju a poziomem utrzymywanych rezerw – kraje bogate, rozwinięte gospodarczo utrzymują wyższy poziom rezerw w relacji do popytu wewnętrznego[210].

Do najgroźniejszych niebezpieczeństw czasu pokoju, obok gigantycznych katastrof naturalnych, typu powódź jest zaliczana działalność terrorystyczna. Skutki tej działalności mogą być szczególnie niebezpieczne w przypadku posłużenia w celach terrorystycznych środkami broni masowego rażenia.

Państwa UE i NATO dostrzegają występowanie swoistej prawidłowości, że w sytuacjach szczególnie niebezpiecznych, katastrofach o charakterze komunikacyjnym, produkcyjnym, naturalnym, terrorystycznym czy innym – niezależnie od przyczyn, dostępne zabezpieczenie medyczne nie jest adekwatne do skali następstw i wynikających z nich potrzeb. Dostrzegają też, że specyfika potencjalnych zagrożeń wymaga odpowiedniego przygotowania nie tylko materiałowego, ale także organizacyjnego, którego istnienie może zapewnić sprawne przeciwdziałanie zagrożeniom (zmniejszanie skutków negatywnych) a następnie przeprowadzanie skutecznej akcji ratunkowej.

3.3.2. Organizacja przygotowania rezerw państwowych służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych (USA)

Stany Zjednoczone, to nie tylko główne państwo w NATO, ale także potęga militarna i gospodarcza w świecie. Poznanie rozwiązań organizacyjnych stosowanych w USA w zakresie rezerw państwowych, przeznaczonych do wsparcia służby zdrowia w sytuacjach szczególnych zagrożeń może być użyteczne w procesie poszukiwania nowych koncepcji organizacyjnych, związanych z tego typu działalnością w RP.

W USA występują podobne zagrożenia jak w każdym innym państwie. W ostatnim dziesięcioleciu, w sposób szczególnie istotny jednak wzrosło zagrożenie atakami terrorystycznymi. Jeśli ten fakt połączy się z możliwością użycia środków biologicznych i chemicznych, na co zwracają uwagę eksperci amerykańscy, nie trudno dostrzec rozmiar oraz charakter potencjalnych skutków. Nie mogą dziwić zatem zintensyfikowane wysiłki

[210] Z. Bolkowska, Cz. Skowronek, *Rezerwy państwowe...*, op. cit., s. 14 i 15.

organizacyjne i zwiększane wydatki przez to państwo na organizację zabezpieczenia medycznego przeciw tego typu (potencjalnym) zagrożeniom[211].

Mając powyższe na uwadze oraz to, że miejsce potencjalnego zdarzenia a głównie czas mogą być wyłącznie przewidywane, a więc dość trudne do jednoznacznego, precyzyjnego określenia, a także to, iż zasoby lokalnej opieki zdrowotnej są dostosowane do normalnej działalności, w USA zdecydowano o potrzebie gromadzenia, w odpowiedniej ilości i asortymencie oraz przechowywanie w wybranych miejscach, zapasów służby zdrowia (produktów leczniczych i wyrobów medycznych) o charakterze rezerw państwowych.

Organizacją działań związanych z tym przedsięwzięciem zajmuje się Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC) instytucji o charakterze agencji federalnej, będącej wyspecjalizowaną agendą Departamentu Zdrowia w zakresie zdrowia publicznego[212]. Głównym zadaniem CDC jest przygotowanie, w ramach programu przygotowania działań na wypadek ataków bioterrorystycznych, państwowych rezerw farmaceutycznych – *National Pharmaceutical Stockpile* (NPS)[213].

Określeniem właściwego asortymentu, wskazanych wyżej rezerw **(ich struktury asortymentowej)** zajmuje się interdyscyplinarny zespół w CDC składający się ze specjalistów medycyny klinicznej, zdrowia publicznego, organizacji opieki zdrowotnej, służb specjalnych, a także przedstawicieli administracji różnego szczebla. Przy określaniu asortymentu rezerw w ramach systemu NPS, zespół ten uwzględnia następujące czynniki: zagrożenia czynnikami biologicznymi i chemicznymi, dostęp do środków medycznych, łatwość dystrybucji leków.

Przyjęte rozwiązania zespół ten poddaje okresowej ocenie w czasie, której dokonuje uaktualnienia wcześniejszych propozycji.

Asortyment państwowych rezerw farmaceutycznych stanowią różnego rodzaju produkty lecznicze i wyroby medyczne. W celu sprawnego ich wykorzystania rezerwy te są kompletowane w dwa rodzaje zestawów: tzw. *12 hour Push Package* oraz tzw. *Vender*

---

[211] W 1997 r. Ministerstwo Obrony wydało zaledwie 137 mln dolarów na obronę przeciwbiologiczną sił zbrojnych, natomiast w 2000 r. rząd USA wyasygnował na ten sam cel 1,5 mld dolarów i dalszy miliard na przygotowanie kraju na atak biologiczny. Zob., Mierzejewski J. Franz D. R., Zajtchuck R., *Bioterroryzm (zarys zagrożeń przeciwdziałań)* http://www.gis.mz.gov.pl/news/artykul.htm. Za: J. Opolski, *Strategiczne rezerwy farmaceutyczne w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej*, Agencja Rezerw Materiałowych, Warszawa 2003. s. 3.

[212] Center for Disease Control and Prevention, *Strona iternetowa* http://www.cdc.gov/aboutode.htm. Ibid., s. 4.

[213] Testimony on Combating terrorism: management of medical Stockpiles by S.M. Ostriff before the House Committee on Government Reform, Subcommittee National Security, *Strona internetowa,* http://www.os.dhhs.gov/asl/testify//t0003080. Zob., J. O polski, *Strategiczne rezerwy* .., op. cit., s. 4.

Managet Inventory (lub *Vendor Managed Package*)[214]. Zestawy te różnią się zawartością, wynikającą z przeznaczenia oraz czasem uruchamiania.

Zestaw *"Push Package"* jest określany mianem "zestawu natychmiastowego". Jego uruchomienie następuje na prośbę (wniosek) władz lokalnych do władz federalnych w ciągu 12 godzin (od wpłynięcia prośby). Zawartość tego zestawu, co do asortymentu i ilości jest standardowa. Takie wyposażenie pozwala na udzielanie pomocy medycznej o szerokim spectrum, jednakże bez pełnej wiedzy, na tym etapie akcji ratowniczej, na temat czynnika etiologicznego[215].

Natomiast zestaw *„Vendor Package"*, określany także jako „zestaw celowy" kompletowany jest w zależności od stwierdzonego czynnika chorobotwórczego i zawiera odpowiednio dobrany asortyment leków i innego wyposażenia. Zestaw ten jest kompletowany wówczas, gdy zawartość „zestawu natychmiastowego" (lub kilku takich zestawów), nie zawiera asortymentu niezbędnego do udzielania pomocy i wymagane jest rozszerzenie asortymentowe. Wysłanie takiego zestawu powinno nastąpić zgodnie z zapotrzebowaniem w ciągu 24 – 36 godzin od zgłoszenia.

Kompletowanie „zestawu celowego" odbywa się z rezerw, przechowywanych – na podstawie umów – głównie u producentów.

Uruchamianie państwowych rezerw farmaceutycznych stanowi kolejną ważną funkcję CDC (Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom). Należy zaznaczyć, że rezerwy te nie stanowią narzędzia, które może być używane w każdym przypadku i na każde żądanie administracji. Z rezerw tych można skorzystać wyłącznie w celu uzupełnienia i wzmocnienia akcji ratunkowych przeciwko terroryzmowi biologicznemu lub chemicznemu, gdy lokalne siły i środki są nieskuteczne bądź zostały wyczerpane.

Decyzję o użyciu NPS wydaje dyrektor CDC na wniosek władz stanowych, po konsultacji z Departamentem Zdrowia, Federalną Agencją ds. Sytuacji i Federalnym Biurem Śledczym (FBI).

Ocenia się, że dzięki sprawnie działającemu programowi NPS, władze federalne są w stanie dostarczyć 50 ton rezerw medycznych do każdego miasta w USA w ciągu 12 godzin[216]. Jednakże lokalne społeczności muszą być przygotowane do przejęcia kontroli nad transportem na miejscu (z lotniska w przypadku transportu lotniczego), a także muszą

---

[214] *Strona internetowa, http://www.bt.cdc.gov/stockpile*. Ibid., s. 5.

[215] Etiologia <gr. *aita* = przyczyna + *logos* = słowo, nauka> dział nauki badania przyczyn i procesów, w szczególności dział medycyny badający przyczyny chorób. Zob., *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 202.

[216] Transport zestawów zapewniają komercyjne firmy przewozowe, zobligowane do tej usługi umowami podpisanymi z CDC.

zapewnić przepakowanie leków z opakowań zbiorczych, jakie znajdują się w pakietach, na odpowiednie indywidualne dawki.

Z organizacyjnego punktu widzenia jest ważnym, że z chwilą przekazania państwowych rezerw farmaceutycznych władzom lokalnym, CDC przekazuje upoważnienie do dysponowania nimi zgodnie z lokalnym planem awaryjnym na wypadek ataku terrorystycznego. Ponadto z pierwszym transportem CDC wysyła zespół doradców (5 – 6 osób) znany jako *Technical Advisory Response Unit* (TARU)[217]. Zadaniem tego zespołu jest doradzanie władzom lokalnym w sprawach dystrybucji, rozdziału, uzupełniania i odzyskiwania materiałów NPS oraz utrzymywanie stałej łączności z centrum operacyjnym CDC[218].

W celu uzyskania wyższej efektywności działań CDC jej pracę wspomaga elektroniczny system do zarządzania rezerwami. System ten pozwala na precyzyjne śledzenie transakcji zakupu i zamawiania środków, kontroli ilości posiadanych zasobów oraz terminów ich przydatności oraz rotowania. CDC, w celu utrzymania maksymalnej sprawności funkcjonowania NPS, wprowadziła również bardzo rygorystyczny system kontroli jakości państwowych rezerw farmaceutycznych. Kontrole te są przeprowadzane nie tylko w okresach wynikających z planów, ale także doraźnie i w sposób niezapowiedziany[219].

Należy także podkreślić, że organizacja systemu państwowych rezerw farmaceutycznych podlega ciągłemu doskonaleniu. Wynikiem takich działań jest uchwalenie przez Kongres Stanów Zjednoczonych ustawy o bezpieczeństwie krajowym (*The Homeland Security Act*). Ustawa ta powołuje nowy Departament Bezpieczeństwa Krajowego[220], do którego zadań należy działalność związana z reagowaniem kryzysowym, między innymi: stworzenie systemu zarządzania w wypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych oraz powiększenie amerykańskich rezerw farmaceutyków i szczepionek. W ramach reorganizacji doskonalącej opisany system, zmieniono dotychczasową nazwę NPS na Strategiczne Rezerwy Państwowe (*Strategic National Stockpile*) oraz zdecydowano przekazać go w gestię nowo powołanego Departamentu Bezpieczeństwa Krajowego[221] z jednoczesnym zachowaniem roli

---

[217] Jest to typowo farmaceutyczny zespół, który składa się ze specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego i ratowników.
[218] Zob., J. Opolski, *Strategiczne rezerwy* .., op. cit., s. 8.
[219] Ibid., s. 9.
[220] Ben Canada. Departament of Homeland Security: State and local preparedness issues. Raport for Congress. Order Code RL3/490. Uptaded February C, 2003. Za: J. Opolski, *Strategiczne rezerwy* .., op. cit., s. 10.
[221] Departament of Management and Budget. The Executive Office of the President. Departament of Homeland Security. *Strona internetowa,* http://www.whithouse.gov/omb/budget/fy2004/homeland.html, ibid., s. 10.

Departamentu Zdrowia, który nadal pozostał właściwym do określania asortymentu przechowywanych rezerw. Taka organizacja – według założeń organizatorów – ma zapewnić dobre współdziałanie pomiędzy departamentami w celu maksymalnego wykorzystania wiedzy i doświadczenia w zakresie zarówno zarządzania sytuacjami kryzysowymi, jak i w zakresie zdrowia publicznego[222].

3.3.3. Kierowanie przygotowaniami rezerw służby zdrowia w Republice Francuskiej

Republika Francuska (RF) należy do ważniejszych członków UE i NATO, stąd poznanie oraz ocena, przyjętych w tym państwie rozwiązań w zakresie kierowania przygotowaniem rezerwami służby zdrowia jest godne przeanalizowania.

W RF obrona w dziedzinie sanitarnej i opieki socjalnej jest wyróżniana jako jedna z głównych dziedzin obrony narodowej. Służba zdrowia RF jest odpowiedzialna za zapewnienie społeczeństwu niezbędnej ochrony zdrowia i życia w każdych okolicznościach funkcjonowania państwa. W celu odpowiedniego przygotowania się do tego zadania podejmowane są planowe działania na szczeblu centralnym.

Francuska polityka obronna jest definiowana przez rząd rozumiany jako organ kolegialny na czele, którego stoi premier. Premier odpowiada między innymi za, kierowanie ogólne obronnością oraz zapewnienie koordynacji w różnych dziedzinach życia państwa. Określa on wzajemne relacje pomiędzy ministrami w sprawach obronnych[223] (patrz *rys. 3.20*).

O poziomie spełniania zadań w zakresie świadczeń osobowych i materialnych na rzecz ochrony życia i zdrowia ludności decyduje obrona w dziedzinie gospodarczej. Funkcjonowanie tej obrony uzależnione jest od jakości regulacji prawnych, potencjału gospodarczego oraz jedności sfery planowania i programowania jej ze sferą realizacyjną (finansowo – rzeczową). Z tego też względu jedna z ważniejszych ról w sferze pozamilitarnej przypada **ministrowi gospodarki**. Odpowiada on za sprawy gospodarcze oraz za działania w zakresie bezpieczeństwa, wszystkich ministrów (w tym zdrowia) za produkcję i gromadzenie oraz wykorzystanie różnego rodzaju zapasów (także medycznych).

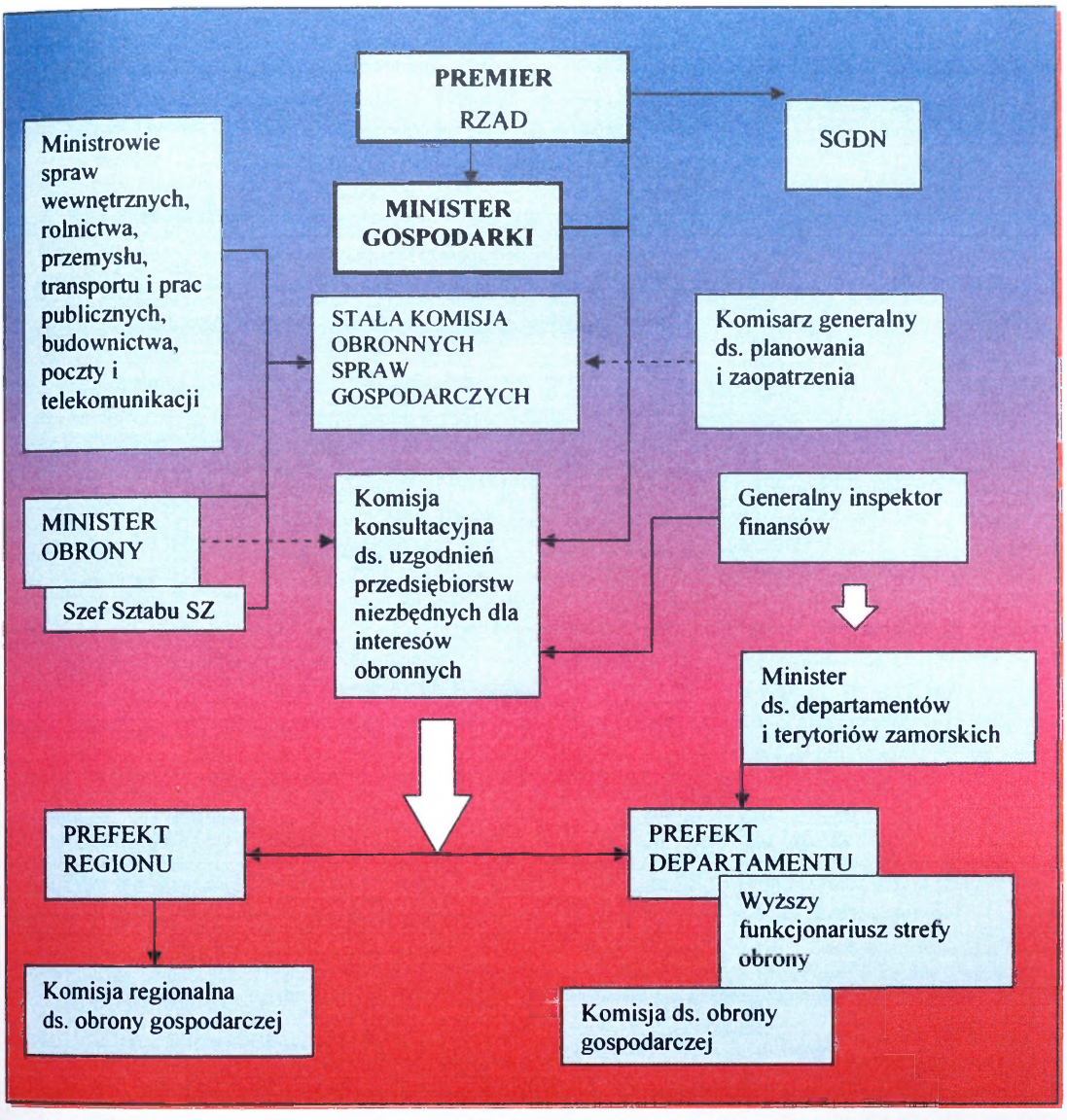
W ramach działania ministra gospodarki, określa je premier, znajdują się: koordynacja działań ministrów odpowiedzialnych za produkcję, zbieranie i wykorzystanie zgromadzonych

---

[222] Statement by Governor Tom Ridgge on the Departament of Homeland Security submitted to the House Secelet Committee on Homeland Security July 15,200, *Strona internetowa..*, http://www.uspolicy.be/issues/Terrorism/ridge.071502.htm/. Za: J. Opolski, *Strategiczne rezerwy ..*, op. cit., s. 10.

[223] Ibid., s. 34.

zapasów (w tym w dziedzinie sanitarnej i społecznej); czuwanie nad integracją planów natury prawnej, pojawiającej się w sferze obronnej gospodarki, na szczeblu różnych ministerstw i organów władzy terytorialnej; określanie planów rozdziału dóbr pierwszej potrzeby przez ministrów odpowiedzialnych za zasoby obronne i gospodarcze państwa; ustalanie i organizowanie operacji handlowych w dziedzinie importu i eksportu dóbr obronnych[224].



- powiązania ze wszystkimi ogniwami centralnymi.

Źródło: *W. Kitler, Obrona narodowa .., op. cit., s. 151.*

Rys. 3.20. Struktura kierowania obroną narodową w dziedzinie gospodarczej (Podkr. M. L.)

[224] W. Kitler, *Obrona narodowa Francji*, s. 148.

Problematyka zapasów z dziedziny obrony sanitarnej i społecznej może być poddawana (stosownie do potrzeb) rozpatrywaniu przez Stałą Komisję Obronną do spraw gospodarczych, w której skład (na ten czas) wschodzi także minister zdrowia. Komisją tą kieruje minister gospodarki lub jego przedstawiciel. Tematem posiedzeń Komisji są wszystkie sprawy dotyczące tworzenia i wdrażania obronnych planów gospodarczych.

Cel funkcjonowania Komisji wynika z potrzeby uzgodnień między ministerstwami, na poziomie centralnym i terytorialnym oraz dokonania oceny (wyrażenia opinii) w sprawie zapasów i środków przeznaczonych na misje korpusu obronnego obrony cywilnej, a także zasadnicze misje obronne ustalone przez premiera[225].

Ministrowie będący uczestnikami Komisji odpowiadają za przygotowanie, wykonanie lub spowodowanie wykonania środków wynikających z produkcji i gromadzenia zapasów oraz za ich właściwy rozdział. Mogą oni również delegować – na odpowiednich odbiorców zapasów – prawo dysponowania środkami niezbędnymi do zapewnienia realizacji powierzonych im ustawowo misji i zadań.

Ministrowie wykorzystujący zasoby (rezerwy) i ministrowie odpowiedzialni za ich przygotowanie (gromadzenie) opracowują zasady kontroli wykorzystania zgromadzonych zasobów przez docelowych odbiorców.

Wszystkie organy tworzące zapasy oraz ich użytkownicy powołują niezbędne organy i służby szczebla terytorialnego do realizacji procedur tworzenia, gospodarowania i rozdziału zgromadzonych zapasów.

Każdy minister odpowiedzialny za kontrole i rozdział głównej grupy zapasów dysponuje Komitetem konsultacyjnym tworzonym w drodze postanowienia. W jego skład wchodzą przedstawiciele ministra gospodarki i ministrów, którzy tworzą i dla których te zapasy są tworzone.

W strukturze kierowania obroną w dziedzinie gospodarki funkcjonują także Komisje regionalne do spraw obrony gospodarczej. Ich rolą jest wspieranie prefekta regionu (związku gospodarczego kilku departamentów) w wypełnianiu zadań obrony gospodarczej. W skład Komisji wchodzą funkcjonariusze terytorialnej służby ministrów, wśród których znajduje się reprezentant ministra zdrowia. Komisjom tym zazwyczaj przewodniczy prefekt regionu. Koordynację ich prac zapewniają wysocy funkcjonariusze do spraw obronnych

[225] Ibid., s. 149. W skład Stałej Komisji Obronnej wchodzą obok ministra gospodarki lub jego przedstawiciela (przewodniczący) także ministrowie: transportu i prac publicznych, przemysłu, rolnictwa oraz poczty i telekomunikacji. Stosownie do potrzeb mogą być powoływania również inni, np. minister zdrowia.

w ministerstwie gospodarki, finansów i prywatyzacji stosownie do rekomendacji stałej komisji obronnej do spraw gospodarczych.

W celu realizacji zadań wykonywanych w dziedzinie gospodarczej, w strukturze kierowania obroną w dziedzinie gospodarczej występuje także Komisja konsultacyjna do spraw uzgadniania (określania) przedsiębiorstw, których działalność uważana jest za niezbędną dla interesów obronnych. W jej skład wchodzą radca stanu lub generalny inspektor finansów (przewodniczący) oraz przedstawiciele: premiera, ministra obrony, ministra gospodarki i finansów, ministra spraw społecznych, a także przedstawiciel ministra, któremu podlega działalność przedsiębiorstw[226].

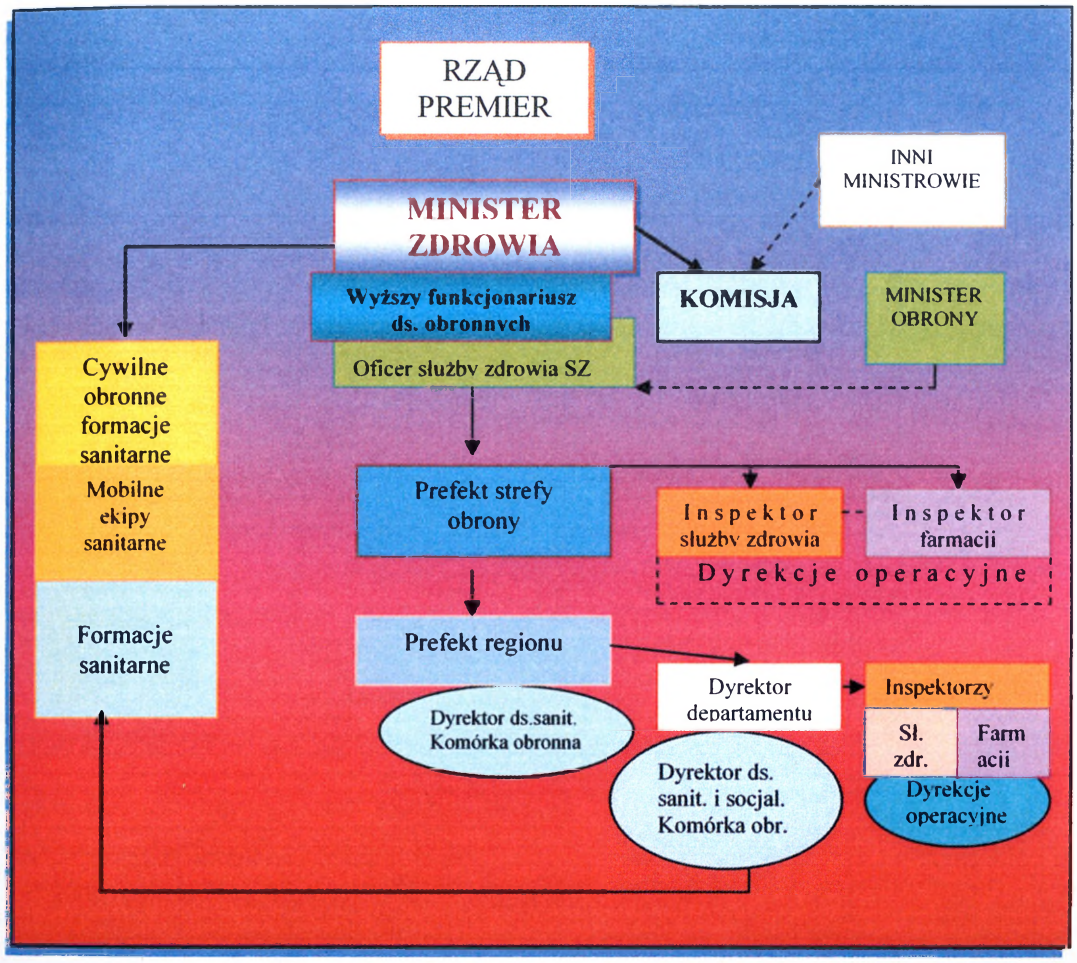
Bardzo ważnym ogniwem w strukturze obrony narodowej RF jest, działający w sferze pozamilitarnej, minister zdrowia. Odpowiada on za zapewnienie efektywnego wsparcia, funkcjonującej w czasie normalnym służby zdrowia. Minister ten uczestniczy w opracowywaniu i w razie potrzeby we wdrażaniu postanowień planu ochrony społeczeństwa[227]. Do jego głównych zadań: zapewnić ochronę, mając na uwadze niebezpieczeństwa będące rezultatem wszelkich form agresji, chorych, personelu hospitalizowanego, pensjonariuszy i personelu instytucji o charakterze społecznym; utrzymać sprawność środków profilaktycznych i jakość opieki udzielonej społeczeństwu; organizować i zapewnić opiekę ofiar cywilnych i w razie potrzeby uczestniczyć w leczeniu ofiar wojskowych, po uzgodnieniu z ministrem obrony; inicjować badania naukowe, które mają na celu zwiększenie zdolności środków obronnych w dziedzinie ochrony sanitarnej społeczeństwa. Zadania te minister zdrowia wykonuje przy pomocy funkcjonariusza do spraw obronnych, który ściśle współpracuje z podległym mu funkcjonalnie przedstawicielem służby zdrowia sił zbrojnych (generał lub starszy oficer) – patrz *rys. 3.21.*

Współpraca ministra zdrowia i ministra obrony ma na celu przygotowanie i uruchamianie obrony sanitarnej w czasie kryzysu i wojny, stosownie do potrzeb sił zbrojnych, w zakresie personelu, lokali, instalacji, środków materiałowych i zaopatrzenia sanitarnego. W ramach tej współpracy ustalane są reguły mobilizacji cywilnego personelu medycznego i paramedycznego oraz środków i instalacji medycznych prywatnych i publicznych[228].

Na poziomie centralnym działa również Komisja (specjalna), którą nadzorują minister obrony i minister zdrowia. W skład komisji tej wchodzą: inspektor generalny do spraw socjalnych (przewodniczy komisji), dyrektor generalny do spraw zdrowia (lub jego

[226] W. Kitler, *Obrona narodowa* .., op. cit., s. 149 – 150.
[227] Plan ochrony społeczeństwa jest sporządzany pod kierunkiem ministra spraw wewnętrznych. Ibid., s. 155.
[228] W. Kitler, *Obrona narodowa* .., op. cit., s. 155 – 156.

przedstawiciel), dyrektor do spraw bezpieczeństwa socjalnego (lub jego przedstawiciel), przedstawiciel ministerstwa edukacji, sześciu przedstawicieli służby zdrowia sił zbrojnych (wyznaczeni przez ministra obrony). Zadaniem tej Komisji jest rozpatrywanie problemów wyposażenia sanitarnego osób cywilnych i wojska, a także sprawy dotyczące wzajemnych świadczeń służb zdrowia resortu obrony oraz zdrowia i opieki społecznej[229].



Źródło: *W. Kitler, Obrona narodowa .., op. cit., s. 158.*

Rys. 3.21. Organizacja administracji obronnej w dziedzinie zdrowia i opieki socjalnej we Francji

Koordynację środków zarządzanych przez ministra zdrowia na poziomie terytorialnym[230] zapewnia prefekt każdej strefy obrony. Odbywa się to w ramach kierowania działaniami prefektów regionów i departamentów. Natomiast w regionach i departamentach każdy prefekt

[229] Ibid., s. 156.
[230] Organizacja terytorialna służby zdrowia w aspekcie obronnym jest zgodna z podziałem na tzw. strefy obronne. Zob., W. Kitler, *Obrona narodowa* .., op. cit., 157.

dysponuje inspektorem do spraw służby zdrowia oraz inspektorem do spraw farmacji. W przypadku pokrywania się siedziby strefy obrony ze stolicą regionu wówczas inspektorzy ci są jednocześnie doradcami prefekta strefy obrony.

Ponadto w każdym regionie i departamencie występują komórki obronne. Są one podporządkowane dyrektorom do spraw socjalnych[231].

3.5. Wnioski

Analiza i ocena aktualnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, upoważnia autora do sformułowania następujących wniosków:

1. Funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia musi wynikać ze stabilnych przepisów prawnych, które jednoznacznie i wyczerpująco powinny je normować, bowiem obecne uwarunkowania prawne charakteryzują się niestabilnością oraz niejasnością przyjętych rozwiązań organizacyjnych i kompetencyjnych.
2. Dotychczasowy podział rezerw państwowych służby zdrowia (na rezerwy mobilizacyjne, gospodarcze oraz stany zastrzeżone w rezerwach gospodarczych dla celów mobilizacyjnych) jest, z prakseologicznego punktu widzenia, mało przejrzysty i niefunkcjonalny. Celowym wydaje się ich podział na operacyjne i strategiczne.
3. Aktualnie kompetencje do tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia posiada wiele jednostek organizacyjnych w rzeczywistości natomiast tworzy je jedna. Rezerwy te są wykorzystywane (uruchamiane) w sytuacjach szczególnych zagrożeń.
4. Występuje zbyt duża liczba jednostek organizacyjnych odpowiedzialnych za gospodarowanie rezerwami, pomimo powołania do tego typu działalności wyspecjalizowanej agencji państwowej, jaką jest ARM.
5. Brak jest wyraźnego ośrodka kierującego rezerwami państwowymi służby zdrowia w RP, co powoduje liczne i istotne trudności w zapewnieniu racjonalnego ich prognozowania i planowania oraz ich tworzenia i utrzymywania, a także przygotowania do użycia.
6. Obecny system kierowania rezerwami generuje swoistą autonomię poszczególnych jednostek organizacyjnych systemu. Współdziałanie tych jednostek jest okazjonalne i obejmuje głównie okres planowania.

[231] Ibid., s. 156 – 157.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia nie dysponuje możliwościami skutecznego oddziaływania na przygotowanie rezerw zarówno pod względem ich wielkości, jak również struktury.
8. Niezbędne jest powołanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia o ściśle sprecyzowanej strukturze organizacyjnej oraz zakresach kompetencyjnych i odpowiedzialności.
9. Docelowy model systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia powinien być ukierunkowany na:
    a) jednoznaczne wskazanie kierownika systemu, który byłby odpowiedzialny przed RM za kierowanie operacyjne systemem;
    b) powołanie w ramach Ministerstwa Zdrowia, w miejsce obecnego DSO (lub jego przekształcenie) komórki organizacyjnej (interoperacyjnej, w skład której wchodziliby stali przedstawiciele głównych odbiorców rezerw – z MON i z MSWiA) zdolnej do kompleksowego, w skali RP, programowania oraz przygotowywania planów tworzenia i utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia, a także kontroli wszystkich miejsc składowania tych rezerw;
    c) wprowadzenie nowej klasyfikacji rezerw państwowych służby zdrowia, np. na operacyjne i strategiczne;
    d) spowodowanie, aby rezerwy państwowe służby zdrowia nie były traktowane jak rezerwy resortowe;
    e) ograniczenie liczby uprawnionych jednostek organizacyjnych systemu do gromadzenia rezerw wyłącznie do jednej – ministra właściwego do spraw gospodarki;
    f) uczynienie prezesa ARM odpowiedzialnym za gospodarowanie rezerwami i przygotowanie ich do użycia oraz realizację (wykonanie) decyzji zwalniających rezerwy;
    g) uczynienie dysponentem środków budżetowych wyłącznie ministra gospodarki – z uwzględnieniem działalności ARM;
    h) wyznaczenie dysponentem strategicznych rezerw państwowych Prezesa RM natomiast rezerw operacyjnych ministra właściwego do spraw gospodarki;
    i) uczynienie ministra właściwego do spraw zdrowia jednostką opiniującą i doradczą w zakresie użycia rezerw państwowych służby zdrowia (strategicznych i operacyjnych);

j) określenie sytuacji i wprowadzenie w związku z nimi decentralizacji kompetencji użycia państwowych rezerw operacyjnych służby zdrowia;

k) włączenie państwowych rezerw operacyjnych służby zdrowia w system bezpieczeństwa publicznego MSW i A.

10. Do utrzymywania państwowych zapasów produktów leczniczych i wyrobów medycznych powinny być włączone niepubliczne placówki służby zdrowia oraz inne jednostki prowadzące działalność gospodarczą związaną z ochroną zdrowia.

„Istota w prostocie".

Witold Gombrowicz

„Jest sprawą oczywistą, że im mniejszy będzie stopień złożoności stosowanych rozwiązań, tym większą mają one szansę na pomyślną realizację".

Eugeniusz Nowak

Rozdział 4. POSTULATYWNY MODEL SYSTEMU KIEROWANIA REZERWAMI PAŃSTWOWYMI SŁUŻBY ZDROWIA RP

4.1. Cele i zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

4.1.1. Cele i uwarunkowania funkcjonowania systemu

Głównym celem postulowanego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest powodowanie racjonalnego ekonomicznie i efektywnego (sprawnego i skutecznego) organizacyjnie funkcjonowania systemu rezerw we wszystkich jego płaszczyznach. Chodzi więc o sprawienie, aby proces kierowania, obejmujący: planowanie (z programowaniem), organizowanie, inicjowanie i kontrolowanie, zapewnił realizację celów (funkcji) przynależnych temu systemowi (patrz *rys. 4.1*).

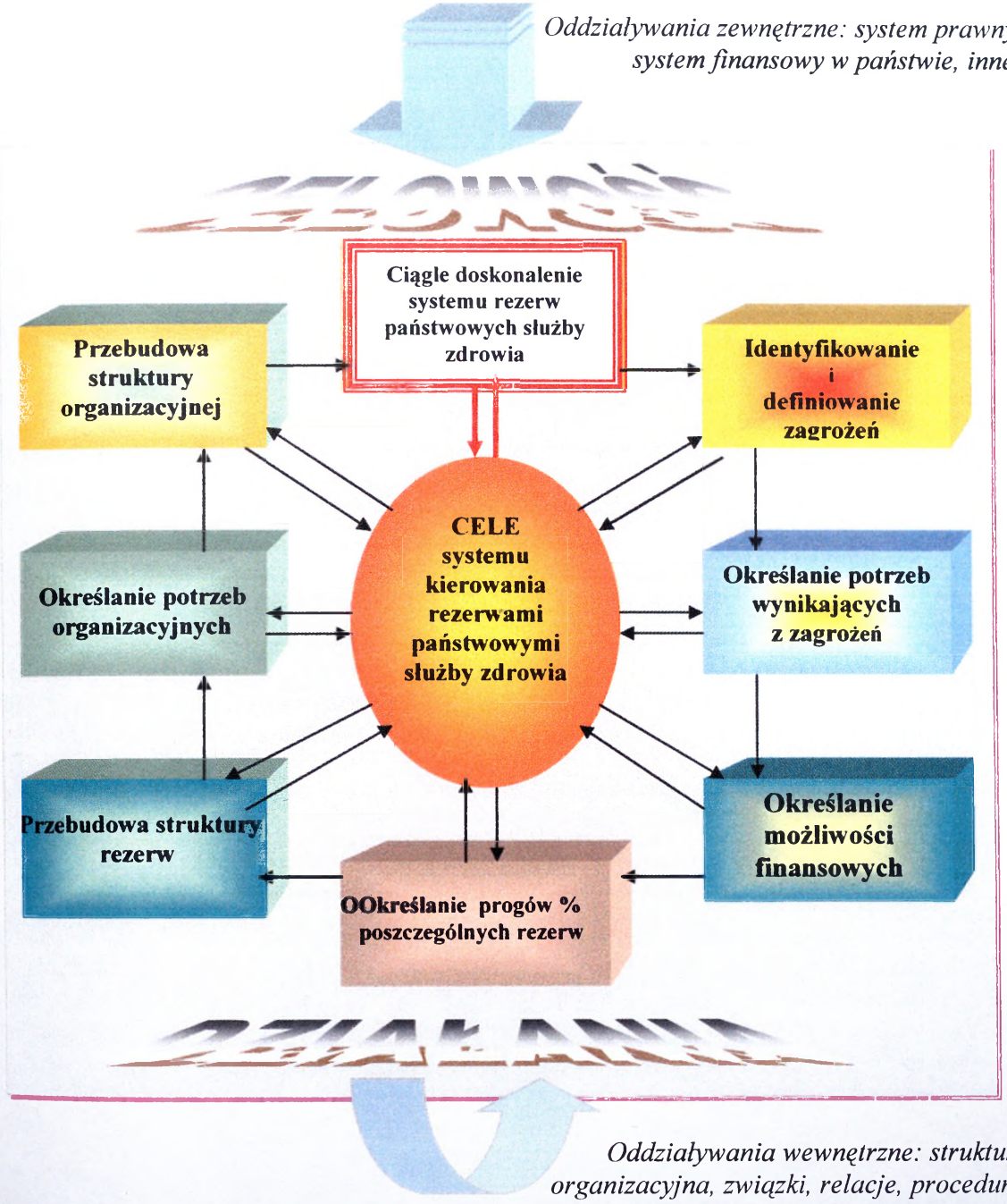
Z działań podejmowanych w tym zakresie ma wynikać sprawne i skuteczne zabezpieczanie, istniejących w czasie normalnym możliwości służby zdrowia w zakresie pomocy i opieki medycznej społeczeństwu oraz jego siłom zbrojnym (z uwzględnieniem zadań HNS) i instytucjom odpowiedzialnym za utrzymanie porządku publicznego.

Cele istnienia systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia wiążą się wprost z koniecznością intensyfikacji działalności służby zdrowia głównie w czasie (i wyprzedzająco) sytuacji szczególnego zagrożenia, z uwzględnieniem stanów nadzwyczajnych, jak również kryzysu i wojny.

Przebieg procesu kierowania jest złożony, jednakże na skutek polaryzacji zadań, kompetencji i odpowiedzialności może przebiegać sprawnie. Problem dobrego systemu nie tkwi bowiem w złożoności rozwiązywanych zagadnień, chociaż takowe występują także, lecz w jasności (przejrzystości) struktur organizacyjnych (zależności, relacji i procedur) oraz

w kompetencjach i odpowiedzialności poszczególnych jednostek (elementów systemu) za wykonywane zadania.

Złożoność procesu wynika z właściwości systemu i licznych uwarunkowań zarówno *wewnętrznych*, jak i *zewnętrznych*. Uwarunkowania te w sposób zasadniczy wpływają (często je utrudniając) na sprawność i skuteczność systemu oraz osiąganie ustalonych celów.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.1. Koncepcja ewolucji systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

Do *uwarunkowań wewnętrznych* autor zalicza nade wszystko organizacyjną stronę systemu, jego strukturę, procedury działania i relacje zachodzące wewnątrz systemu. *Uwarunkowania wewnętrzne* procesu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia są poddawane oddziaływaniom otoczenia.

Natomiast *uwarunkowania zewnętrzne* wynikają z faktu, iż proces kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia przebiega w warunkach rzeczywistych, w konkretnym środowisku (otoczeniu), gdzie uczestniczą konkretne instytucje, których funkcjonowanie jest także warunkowane wieloma czynnikami (system społeczno – gospodarczy, polityczny, sytuacja polityczna i gospodarcza w świecie). Ze względu na charakter uwarunkowania te podzielić można (ogólnie) na cztery zasadnicze grupy obejmujące: obronność państwa (strona militarna), bezpieczeństwo państwa (aspekt harmonijnego funkcjonowania wszystkich segmentów państwa – gospodarka, ład społeczny, porządek publiczny), świadczeniodawców (finansowanie, utrzymywanie zapasów), świadczeniobiorców (odbiorcy rezerw).

Na funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia oddziałują – w pierwszej kolejności – realne i hipotetyczne zagrożenia. To one narzucają tok postępowania. Wymuszają określanie oraz dokonywanie wyboru priorytetów, które z kolei wiążą się ściśle z systemem prawnym, a także finansowym, wynikającym z możliwości gospodarki (z możliwości budżetowych państwa). Nie jest możliwe, aby 100% potrzeb mogło być zrealizowanych w krótkim czasie (gdyby tak było nie musiałaby istnieć instytucja rezerw).

Podejmowane przez autora działania, zmierzające do zbudowania postulatywnego modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, uwzględniają powyższe uwarunkowania i są ukierunkowane w pierwszej kolejności na określenie minimalnych progów rezerw (ilości) w poszczególnych rodzajach i asortymencie, które pozwolą zabezpieczyć potrzeby w kolejności ich ważności, rangi (związanych lub mających wpływ na obronność i bezpieczeństwo państwa[232]).

Wciąż nowe możliwości nauki, która warunkuje rozwój techniki i technologii, powodują, że w zasadzie trwa ciągły proces doskonalenia struktury rezerw. Celem działań systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia będzie bieżące poszukiwanie i wprowadzanie nowych rozwiązań (w tym, form gromadzenia i przechowywania), zmierzających do podniesienia wartości użytkowej rezerw i nie dopuszczenie do zestarzenia

[232] Jest dużo definicji charakteryzujących *bezpieczeństwo państwa*, autor uważa więc za zasadne, aby wskazać, iż ma na uwadze głównie jego stabilizację wewnętrzną polegającą na utrzymaniu równowagi pomiędzy popytem a podażą produktów leczniczych i wyrobów medycznych w placówkach zamkniętych (szpitalach) i otwartych (przychodniach lekarskich) służby zdrowia oraz aptekach.

moralnego, zgromadzonego asortymentu a w konsekwencji do generowania strat. Część takich strat może wynikać z powodowania powstawania uwarunkowań uniemożliwiających rotację[233].

Dla zapewnienia możliwie pełnej przejrzystości gospodarowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, w dynamice zmian gospodarczych oraz w każdych okolicznościach realnych do przewidzenia, postulowany model systemu kierowania nimi identyfikuje i określa potrzeby związane z zapewnieniem realizacji misji rezerw. Odbywa się to także poprzez doskonalenie struktury organizacyjnej systemu. Udział i zakres działania uczestników systemu (kompetencje, relacje, procedury i odpowiedzialność) stanowi syntezę przemyśleń i analiz popartych badaniami.

Zatem staje się jasnym, że problem opracowania i utrzymywania efektywnego modelu systemu kierowania przedmiotowymi rezerwami, rozważany z należną mu starannością, nabiera charakteru jednego z głównych problemów prakseologii, czyli zasad sprawnego działania związanego z nauką o warunkach optymalnego usprawnienia wszelkiej działalności usiłującej być racjonalną[234].

Skuteczne kierowanie rezerwami państwowymi służby zdrowia, nakazuje postrzeganie systemu rezerw przez pryzmat wszystkich podmiotów związanych z tym systemem (planujących, gromadzących, finansujących i zarządzających, a także dostawców i odbiorców[235]). Oznacza to, że wszystkie działania w systemie powinny charakteryzować się ładem i porządkiem prawnym oraz organizacyjnym i finansowym, który zabezpieczając interes państwa, uwzględnia również interes wszystkich uczestników procesu budowania systemu bezpieczeństwa i obronności państwa[236]. Ład ten, obok zapewnienia sprawnego i skutecznego kierowania wymuszał będzie właściwe zachowania poszczególnych jednostek organizacyjnych – uczestniczących w systemie, stosowne do przyjętej w dysertacji definicji o kierowaniu[237]. Gwarantował będzie również podążanie do celu, jakim jest sprawienie, aby

---

[233] Brak sprawnego organizacyjnie i skutecznego merytorycznie ośrodka prognostyczno – planistycznego w istotny sposób wpływa na możliwości rotacyjne, wynikający z wielu uwarunkowań m.in. z szybko zmieniających się trendów w lecznictwie. Ociężałość zatem organizacyjna systemu kierowania rezerwami, doprowadza do zestarzenia moralnego sprzętu i innego asortymentu znajdującego się w rezerwach a w konsekwencji do generowania strat.

[234] T. Kotarbiński, *Traktat...* op. cit., 318, 328.

[235] Kryteria jakości rezerw, z punktu widzenia celu gromadzenia i wykorzystania, powinny pochodzić głównie od przyszłych odbiorców tworzonych rezerw. Użytkownikami tymi są: MZ, MON, MSWiA, UOP ABW, AW (po reorganizacji UOP), a także (powinno być) Ministerstwo Sprawiedliwości (MS).

[236] Autor dostrzega zasadność włączenia w proces gromadzenia i utrzymywania rezerw podmiotów gospodarczych. Uważa, iż ta kwestia mogłaby być rozwiązana na zasadach podobnych jak przy rezerwach surowców, materiałów i paliw.

[237] J. A. F. Stoner, Ch. Wankel, ... op. cit., s.23.

społeczeństwo mogło przetrwać każde potencjalne zagrożenie a państwo w takich sytuacjach nie utraciło swoich funkcji przywódczych.

Postulowany model systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia RP stanowi uproszczenie rzeczywistego systemu i jest pochodną celu badawczego.

Opracowywanie strategii działania, planowania i rozwiązywania problemów (stosownie do poziomu organizacyjnego i posiadanych kompetencji) w postulowanym modelu zostają postawione przed ludźmi, instytucjami zaczynając od możliwie najniższego poziomu organizacji. Ponadto nadane im uprawnienia nie będą zakłócane przez wprowadzanie zmian „okazjonalnych", które nie znajdują poparcia i uzasadnienia w badaniach i analizach doświadczeń. Chodzi o to by wśród i tak licznych zmian (wymuszanych permanentną modernizacją systemów, reformami) stworzyć obszar pewności. Pewność w działalności bierze się z zastosowanych narzędzi, które w przeciwieństwie do koniunkturalnych i chwilowych sytuacji (wynikających z trwającej transformacji ustrojowej) mogą się wykazać sprawdzonymi osiągnięciami. Uczestnicy systemu kierowania do realizacji zadań są wyposażeni w narzędzia usankcjonowane prawnie, które pozwolą na użycie rezerw (wykorzystanie ich) wtedy, gdy będzie to najbardziej potrzebne[238].

Ponadto przygotowywanie rezerw, gromadzenie i przechowywanie (lokalizacja) są dostosowywane do infrastruktury kraju, żywotnej i odpornej na oddziaływanie sytuacji, do których przezwyciężenia są przygotowywane rezerwy państwowe służby zdrowia, a więc sytuacji szczególnego zagrożenia, jak również zbrojnego oddziaływania potencjalnego przeciwnika.

4.1.2. Główne zadania systemu

W postulatywnym modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, zadania związane z kierowaniem tymi rezerwami w czasie pokoju są realizowane w *dwóch zasadniczych płaszczyznach (obszarach)* – ***prognozowania i planowania rezerw*** oraz ***gromadzenia i gospodarowania nimi***. Zadania realizowane w tych obszarach ująć można w *sześć grup zadaniowych* (patrz *rys. 4.2*).

[238] Na podstawie: T. Lambert, *Problemy zarządzania* ..., op. cit., s. 20 - 21.

Płaszczyzna pierwsza dotyczy kierowania w zakresie: - *prognozowania*[239] *i planowania.* W panelu tym następuje identyfikacja zagrożeń i ich definiowanie oraz odpowiednie do sytuacji prognozowanie i planowanie rezerw w celu skutecznego zabezpieczania i doposażenia funkcjonującej w czasie pokoju służby zdrowia w niezbędne produkty lecznicze i wyroby medyczne.

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.2. Grupy zadań realizowane w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

Realizacja zadań mieszczących się w tej płaszczyźnie wymaga wskazania kompetentnego i odpowiedzialnego organu. Stosownie do właściwości organem tym będzie minister właściwy do spraw zdrowia oraz jego wyspecjalizowana komórka organizacyjna (interdyscyplinarny zespół specjalistyczny). Organizacja wykonywania zadań w tym obszarze polega w pierwszej kolejności na utworzeniu zespołu wyspecjalizowanego do przygotowania prognoz i projektów planów dotyczących potrzeb bieżących i perspektywicznych. Z uwagi

[239] Prognozy stanowią najważniejsze przesłanki do planowania, co oznacza, że są one podstawowymi założeniami, na których opiera się planowanie i podejmowane decyzje. Na podstawie: J. A. F. Stoner, Ch. Wankel, *Kierowanie*, op. cit., s. 158.

na ograniczone możliwości finansowe (budżetowe) projekty te powinny mieć charakter progresywny[240].

W związku z tym, że czas jest czynnikiem wiodącym w ratowaniu zdrowia i życia, w ramach zadań systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia ważnym jest: podział (klasyfikacja) rezerw (autor proponuje dokonanie nowego podziału tych rezerw na: *operacyjne* i *strategiczne*), dobór źródeł pozyskiwania rezerw, a także wybór (określanie) rejonów rozmieszczania i warunków przechowywania oraz określanie procedur i wskazanie organów upoważnionych do użycia (zwalniania) rezerw.

Zadaniem ministra właściwego do spraw zdrowia (organu odpowiedzialnego za prognozowanie i opracowywanie projektów planów) jest także określanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych zabezpieczających realizację zobowiązań wynikających z HNS oraz niezbędnych do pozyskiwania lub przekazywania w ramach kooperacji (współpracy) międzynarodowej związanej z powstaniem sytuacji szczególnych zagrożeń.

Płaszczyzna druga dotyczy – *gromadzenia i gospodarowania rezerwami.* Za realizację tego zadania jest odpowiedzialny minister właściwy do spraw gospodarki. Minister ten pełni, w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, funkcję kierownika operacyjnego systemu. W realizacji zadań związanych z gospodarowaniem rezerwami państwowymi służby zdrowia oraz wynikających z funkcji kierownika operacyjnego tego systemu, Ministra Gospodarki wspiera podległa mu wyspecjalizowana komórka organizacyjna (obecnie DSO). Praktyczną stroną gospodarowania rezerwami zajmuje się natomiast ARM.

Zadania związane z *finansowaniem rezerw* pozostają w gestii ministra właściwego do spraw gospodarki i ARM. Dysponentem środków budżetowych, wydzielonych na gromadzenie i utrzymanie rezerw państwowych służby zdrowia, pozostaje wyłącznie Minister Gospodarki. Odpowiada on za wykorzystanie, wydzielonych w budżecie państwa, środków przez ARM.

Środki finansowe pochodzące z działalności gospodarczej ARM pozostają w gestii agencji, jednakże są uwzględniane przy planowaniu wydatków w związku z utrzymywaniem rezerw.

Empiria i dociekania teoretyczne – literatura oraz wyniki przeprowadzonych przez autora rozprawy badań potwierdzają, że uczynienie systemu rezerw państwowych służby

[240] Charakter progresywny planowania rezerw wynika z ograniczonych środków, przez co wymaga określenia stanów pożądanych (optymalnych) oraz progów (kompromisu) minimalnych (stosownie do potrzeb i możliwości) a następnie planowe, stopniowe zwiększanie.

zdrowia systemem racjonalnym ekonomicznie będzie możliwe, jeżeli będzie funkcjonował sprawny i skuteczny system kierowania tymi rezerwami.

Zadania związane z *użyciem rezerw* realizują następujące organy: Prezes RM, Minister ON, minister SWiA, wojewodowie, a także inni odbiorcy rezerw, tacy jak Minister Sprawiedliwości (w dotychczasowym systemie nie występuje) oraz szefowie ABW i AW.

Zwolnienie rezerw następuje po złożeniu przez nich wniosku do kierownika operacyjnego systemu rezerw państwowych służby zdrowia.

Organizacją systemu rezerw państwowych, w tym rezerwami państwowymi służby zdrowia oraz kierowanie nimi zajmuje się kierownik operacyjny systemu - minister właściwy do spraw gospodarki.

4.2. Struktura organizacyjna systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

4.2.1. Założenia ogólne i właściwości organizacyjne systemu

System kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest postrzegany przez autora jako początek, źródło generowania i sankcjonowania prawnego pożądanych rozwiązań, w tym finansowych w zakresie rezerw, z jasno określonymi zadaniami, strukturą organizacyjną, procedurami i relacjami oraz zależnościami, a także z przejrzystym zakresem kompetencji i odpowiedzialności. Przedsięwzięciom tym musi przyświecać strategia i celowość działania.

Przygotowanie postulatywnego modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia zostało poprzedzone wnikliwą analizą debat (wewnętrznych – w MZ oraz zewnętrznych – międzyresortowych i z innymi uczestnikami systemu), w których autor uczestniczył wykonując obowiązki służbowe, a także (następnie) prowadzonych w czasie badań w związku z dysertacją, jak również badaniem literatury i opracowań.

Wnioski wypływające z tej analizy pogłębione identyfikacją, obowiązującego w okresie badań systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, wskazują na konieczność opracowania nowych rozwiązań w zakresie kierowania tymi rezerwami.

Proponuje się, w postulowanym modelu, aby system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia był organizacją nieetatową, w której dominują *relacje* funkcjonalne. W modelu tym, system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, jest postrzegany, jako organizacja charakteryzująca się przejrzystą funkcjonalną strukturą

organizacyjną z kompetentnymi i odpowiedzialnymi za prowadzoną działalność poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi (elementami systemu), na których czele (każdej z nich) znajduje się kierownik. System ten realizuje swoje zadania głównie w czasie pokoju, w którym wystąpić mogą sytuacje szczególnego zagrożenia (patrz *załącznik 9*).

W proponowanych rozwiązaniach modelowych zwraca się uwagę na to, aby każdy z uczestników systemu wykonywał inne zadania (możliwie jednorodne), których nie wykonywałyby pozostałe jednostki organizacyjne systemu (przynajmniej na taką skalę, która obejmowałaby cały system), bez względu na zajmowany poziom w strukturze organizacyjnej. Oznacza to, że dostrzega się *pięć*, wzajemnie oddziałujących na siebie i decydujących o racjonalności systemu (organizacji), *konieczności*:

- *po pierwsze – konieczność kompetentnego kierowania (KKK – 3xK)*, czyli określenie i wskazanie (wyraźnego) kierownika systemu (kierownika operacyjnego) odpowiedzialnego za funkcjonowanie całej organizacji (uzyskiwane przez nią efekty) przed Prezesem RM (kierownik strategiczny);
- *po drugie – konieczność struktury organizacyjnej (KSO)* – wymaga ona przyjęcia struktury organizacyjnej o odpowiednim stopniu sformalizowania relacji oraz procedur, a także decentralizacji kompetencji głównie przy zwalnianiu rezerw w określonych sytuacjach losowych;
- *po trzecie – konieczność specjalizacji (KS)* – polega ona na odstąpieniu od dotychczasowego wieloośrodkowego tworzenia rezerw, gospodarowania nimi, pociągającego za sobą rozdrobnienie (rozproszenie środków) budżetu oraz rozmycie odpowiedzialności, co nie służy też specjalizacji poszczególnych jednostek organizacyjnych systemu, generujących sprawne realizowanie planów i osiąganie celów systemu a przez to racjonalność gromadzenia rezerw;
- *po czwarte – konieczność specjalistycznego prognozowania i planowania (KSPP),* która wymaga posiadania wyspecjalizowanego interdyscyplinarnego ośrodka z merytorycznie przygotowanymi osobami (zespół kompetentny) do identyfikowania i definiowania zagrożeń, a na ich podstawie opracowywania prognoz planów rezerw;
- *po piąte – konieczność skumulowania środków (KSŚ),* która polega na skupieniu środków budżetowych w jednej jednostce organizacyjnej (uprawnionej do gromadzenia rezerw oraz odpowiedzialnej za nadzór nad gospodarowaniem nimi).

Kierownicy jednostek organizacyjnych, których zadania się powtarzają (dotyczy to głównie jednostki organizacyjnej odpowiedzialnej za prognozowanie i planowanie rezerw

oraz jednostki gospodarującej nimi i odpowiedzialnej za przygotowanie ich do zwolnienia) powinni korzystać z systemów wspomagania decyzji (SWD)[241].

Ponadto zwraca się uwagę na relacje pomiędzy jednostkami organizacyjnymi systemu, na ich jasność i wyzbycie się niechęci oraz podejrzliwości (wzajemnej lub jednostronnej) oraz wyłączność dbania o interesy własne poszczególnych jednostek organizacyjnych. Zaufanie w postulowanym modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia nabiera szczególnego znaczenia zwłaszcza, iż system ten ma służyć wspólnemu celowi – obronności i szeroko rozumianemu bezpieczeństwu państwa. Wyeliminowanie zatem uprzedzeń i wprowadzenie „przyjaźni miedzy resortami", pozwoli uniknąć powielania tych samych zadań i skutkować będzie wzrostem skuteczności systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, jak również racjonalnością wykorzystywania środków budżetowych. Służyć więc będzie realizacji misji rezerw państwowych.

Przed postulatywnym modelem systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia postawiono wyzwanie, by był zdolny do systematycznego doskonalenia się poprzez wyprzedzające reagowanie na zachodzące zmiany (głownie w zakresie rezerw – ich struktury, możliwości ukompletowania i dyslokacji), aktywnie w nich uczestniczył oraz rozwijał swe kompetencje w taki sposób, który pozwoli organizacji na trafny dobór (określanie) celów i skutecznej strategii ich osiągania.

Powodzenie organizacji Tom Peters upatrywał w funkcjonowaniu na wzór firmy, w której każda osoba ma coraz więcej do zrobienia. Wiąże się to ze zmianami zachodzącymi w otoczeniu, które z kolei wymuszają skoncentrowane wykorzystanie zaangażowania i zdolności twórczych każdego uczestnika firmy (organizacji)[242].

Proponuje się, aby postulatywny model systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uwzględniał potrzeby wewnątrzpaństwowe, dotyczące ochrony ludności, organów państwowych, jak również zobowiązań wynikających z sojuszy wojskowych, np. do realizacji zadań HNS.

Ponadto system ten ukierunkowuje się na jasne określenie zadań i kompetencji oraz odpowiedzialności, a także na integrujący[243] sposób rozwiązywania problemów.

---

[241] SWD najczęściej znajdują zastosowanie do modelowania zagadnień finansowych. Jednakże istniejące elastyczne oprogramowania pozwalają wykorzystywać systemowe wspieranie decyzji przy wykonywaniu innych zadań, szczególnie, jeśli są one powtarzalnymi.

[242] T. Lambert, *Problemy zarządzania ...*, op. cit., s. 20.

[243] Do zastosowania integrującego sposobu rozwiązywania problemów skłania autora potrzeba uzyskania optymalnych rozwiązań z jednoczesnym uzyskaniem zrozumienia wśród wszystkich uczestników systemu. Metoda ta polegała będzie na konfrontacji propozycji a następnie wypracowywaniu optymalnej (uzgodnionej) w drodze do osiągnięcia celu nadrzędnego opracowania racjonalnego programu i planu gromadzenia rezerw oraz podziału (wykorzystania) środków na ten cel.

Przy opracowaniu postulatywnego modelu zwrócono uwagę na kryterium czasu użycia rezerw państwowych służby zdrowia. Mając to na uwadze przyjęto, że jest ono rozstrzygającym czynnikiem, który decyduje o racjonalności utrzymywania tych rezerw. Kryterium czasu miało istotny wpływ na poszukiwanie odpowiedniej klasyfikacji zapasów. Kolejne czynniki, uwzględniane przy doborze klasyfikacji utrzymywanych w ramach rezerw, które miały zapewnić skrócenie czasu użycia rezerw, to: podział kompetencji w zakresie wykorzystania (zwolnienia) rezerw, a także klarowność relacji i procedur postępowania uczestników (elementów) systemu. Czynniki te powinny być usankcjonowane regulacjami prawnymi. Ponadto bardzo ważnym jest sposób przygotowania rezerw (np., tzw. „zestawy" – standardowe i profilowane), sposób dostarczania rezerw (liczba i rodzaj transportu), a także dyslokacja rezerw na obszarze kraju.

Wskazane powyżej czynniki uwzględniają istotę skorelowanego działania (wzajemnego powiązania). Działanie to ma wpływać na racjonalność funkcjonowania systemu (adekwatne reagowanie na zmiany zachodzące w otoczeniu, dostosowanie się systemu do potrzeb z nich wynikających). Czynniki te ukierunkowane są na realizację celu nadrzędnego, przemawiającego za utrzymywaniem rezerw specjalistycznych. Celem tym jest skuteczne zabezpieczenie powodów utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia, wynikających z przewidywanych potrzeb odbiorcy tych rezerw – społeczeństwa, sił zbrojnych oraz organów odpowiedzialnych za zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego.
Powody te wynikają z dostrzegania istnienia przyczyn zagrażających zdrowiu i życiu obywateli, które się wiążą z występowaniem zjawisk nagłych i niebezpiecznych o różnym nasileniu (stopniu uciążliwości) oraz zasięgu i czasie oddziaływania. Wymuszają one zgromadzenie, przez jednostki organizacyjne administracji państwowej rezerw, których ilość oraz rodzaj i struktura asortymentowa pozwoli sprostać (przezwyciężyć) funkcji czasu, a także spowodować przetrwanie (złagodzić uciążliwości) w groźnych, nietypowych warunkach (sytuacjach nadzwyczajnych).

W ratowaniu życia i zdrowia osób poszkodowanych w takich warunkach, *czas* staje się czynnikiem krytycznym. Jest on szczególnie istotny w przypadkach konieczności wykonania zabiegów chirurgicznych, ale również innych (np. zatrucia, oparzenia), które wymagają natychmiastowej interwencji specjalistycznej.

Literatura przedmiotu dostarcza licznych przykładów, potwierdzających tezę, że zasada czasu determinuje podejmowanie szybkich decyzji. Bowiem upływający czas pomiędzy zranieniem i definitywnym leczeniem ma znaczenie krytyczne dla prawdopodobieństwa powrotu poszkodowanego do zdrowia. W związku z tym faktem, udzielenie pomocy

medycznej w odpowiednim czasie ma dla poszkodowanego (rannego) znaczenie rozstrzygające i wskazuje, że kryterium czasu staje się także podstawowym wyznacznikiem klasyfikacji rezerw i dostępu do nich. Wiąże się to z kolei z racjonalnym umiejscowieniem decydenta w systemie kierowania rezerwami posiadającego kompetencje do zwalniania (użycia) stosownych rezerw. Ponadto szybkość podejmowanych decyzji sprzyja także ochronie samych rezerw, które mogą znaleźć się w rejonie zagrożenia, przed fizycznym zniszczeniem ich.

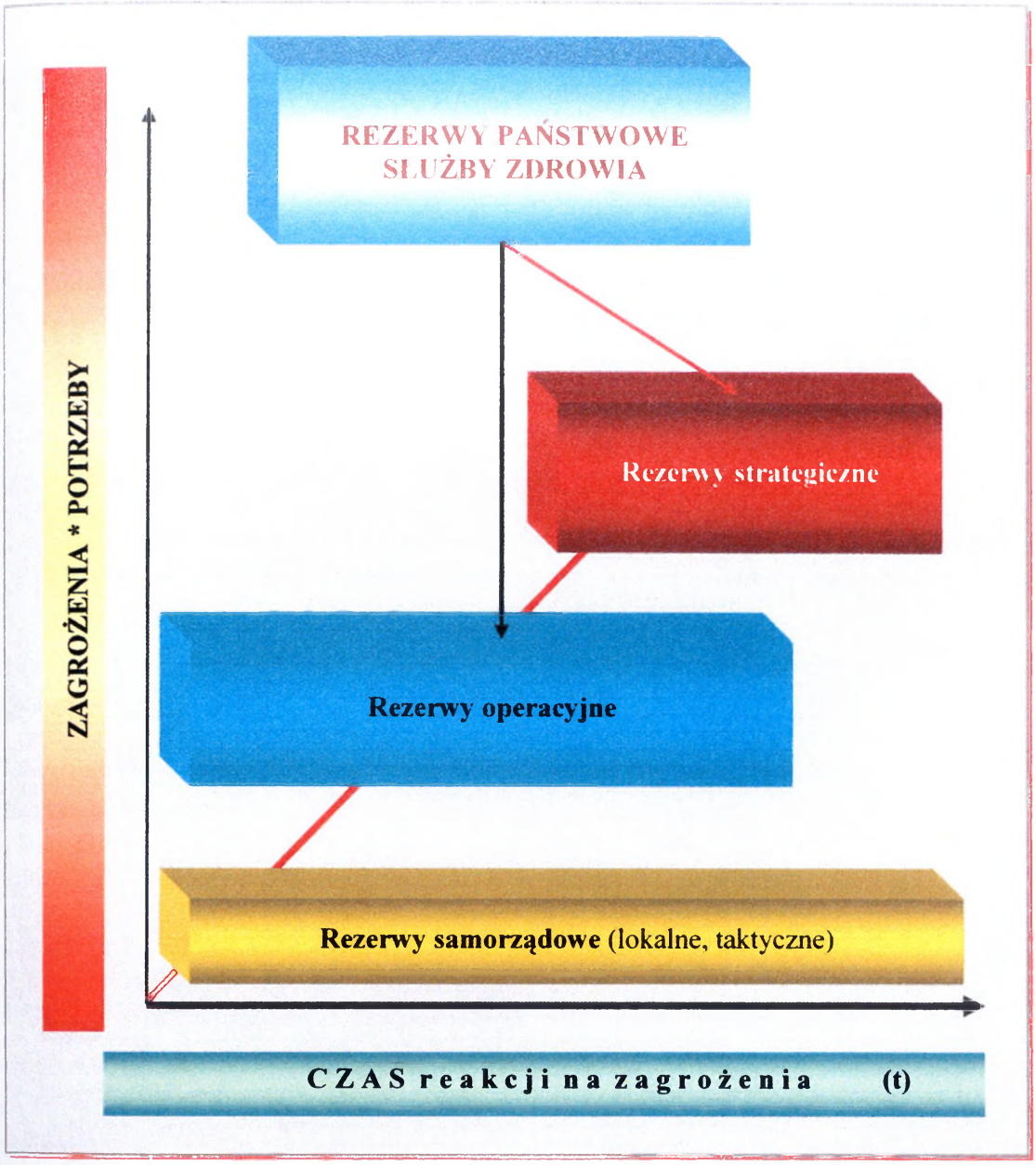
Określenie funkcji rezerw (stosownie do przeznaczenia) oraz kompetencji i procedur użycia rezerw determinuje konieczność utworzenia jasnego podziału rezerw, który ułatwi dysponowanie nimi. Proponuje się wprowadzenie dwu kategorii (grup, rodzajów) rezerw państwowych służby zdrowia. Stanowić je będą: rezerwy *strategiczne oraz* rezerwy *operacyjne* (patrz *rys. 4.3* – na rysunku tym ujęto również rezerwy samorządowe – nie państwowe).

Proponowana klasyfikacja rezerw jest klarowna i przejrzysta. Już z nazwy tych rezerw wynika ich przeznaczenie (gromadzone i przechowywane stosownie do miejsc występowania zagrożeń) oraz poziom organizacyjny systemu zapewniający ich skuteczne użycie.

Rezerwy strategiczne są przeznaczone do zabezpieczania przedsięwzięć o charakterze ponadregionalnym oraz innych wysiłków państwa, realizowanych przy użyciu rezerw operacyjnych. Użycie tych rezerw jest przewidziane w sytuacjach szczególnych zagrożeń o zasięgu ogólnokrajowym lub regionalnym o intensywności niemożliwej do opanowania przy pomocy rezerw operacyjnych.

Główną przyczyną utrzymywania *rezerw strategicznych* jest dążenie do zabezpieczenia warunków realizacji polityki gospodarczej państwa, z uwzględnieniem wpływu czynników społecznych na szeroko rozumiane bezpieczeństwo i obronność (z celami mobilizacyjnymi włącznie) stosownie do zaistniałej, uprzednio zidentyfikowanej i zdefiniowanej sytuacji i/bądź przygotowania planów.

Drugą grupą rezerw służby zdrowia, gromadzonych i utrzymywanych przez państwo, stanowią *rezerwy operacyjne.* Rezerwy te są przewidziane do przeciwdziałania i likwidowania zdarzeń, których zasięg wykraczałby poza granice powiatu lub intensywność oraz rozmiary tych zdarzeń przekraczałyby możliwości służby zdrowia i *rezerw lokalnych, taktycznych.*



- upływ czasu = wzrost zagrożenia (skala, zasięg) = większe potrzeby. Kolejność wprowadzania rezerw do użycia (*Wariant*).

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.3. Proponowany podział rezerw państwowych służby zdrowia

Użycie rezerw operacyjnych warunkują funkcje tych rezerw, spośród których za najistotniejszą uważa się zabezpieczenie funkcjonującej służby zdrowia i resortowego potencjału medycznego (głównie MSW i A, MON, a także MS, ABW, AW). Rezerwy te są

przeznaczone do wykorzystywania w zdarzeniach losowych o zasięgu lokalnym i regionalnym.

Powyższa organizacja rezerw państwowych służby zdrowia pozwala na racjonalizację podejmowania decyzji w zakresie zwalniania rezerw. Sprzyjać temu będzie przejrzystość uprawnień wynikająca z zagrożeń i ich wpływu na świadczenie pomocy medycznej

Różnorodność zdarzeń zagrażających zdrowiu i życiu ludzkiemu wskazuje na to, że w celu zwalczania ich (niwelowania) powinny być przygotowane i przystępować w pierwszej kolejności – stosownie do zagrożenia – organy administracji możliwie na najniższym szczeblu – samorządu i państwa. Oznacza to, że bliskość organu od zdarzenia pozwala na dokonywanie najtrafniejszych ocen i na skuteczne (bieżące) reagowanie. Okoliczność ta wymaga wskazania organu państwowego, kompetentnego do użycia rezerw państwowych służby zdrowia w tzw. terenie. Proponuje się, aby wojewoda posiadał kompetencje do podejmowania, w określonych sytuacjach, decyzji w zakresie zwalniania tych rezerw.

Ponadto w sytuacjach grożących zniszczeniem rezerw, decyzję o ewakuacji rezerw podejmują lokalne władze samorządowe. Taki wariant zwalniania rezerw państwowych służby zdrowia powinien być przewidziany w ich planach użycia lub ewakuacji rezerw jako jeden z wielu i wynikać z uwarunkowań regionalnych (województwa, powiatu).

Czynnik czasu wskazuje również na zasadność tworzenia rezerw na szczeblach możliwie najniższych a więc także w strukturze samorządowej. W tym celu samorządy wykorzystują własne przychody (budżet) i zasoby materiałowe (lokale, działalność gospodarczą i publiczną podmiotów o różnym charakterze własnościowym na terenie powiatu, ZOZ-y, apteki, hurtownie produktów leczniczych i wyrobów medycznych). Rezerwy samorządowe (taktyczne), podobnie jak utrzymywane w resortach dla ich potrzeb, pozwolą władzom lokalnym szybko oddziaływać na lokalne zagrożenia.

Podział rezerw i prezentowane zdecentralizowane podejście w zakresie lokalizacji uprawnień decyzyjnych do użycia rezerw państwowe służby zdrowia nie może ograniczać państwu możliwości kontroli i oddziaływania (prawnego i finansowego) na te rezerwy, zapewniającego jego ewoluowanie w kierunku skutecznej samodzielności w przeciwdziałaniu i likwidowaniu skutków sytuacji nadzwyczajnych.

Proponowana klasyfikacja rezerw państwowych służby zdrowia nie wyklucza stymulowania procesów organizacyjnych, w tym na szczeblu samorządu poprzez dotacje państwowe.

4.2.2. Elementy systemu

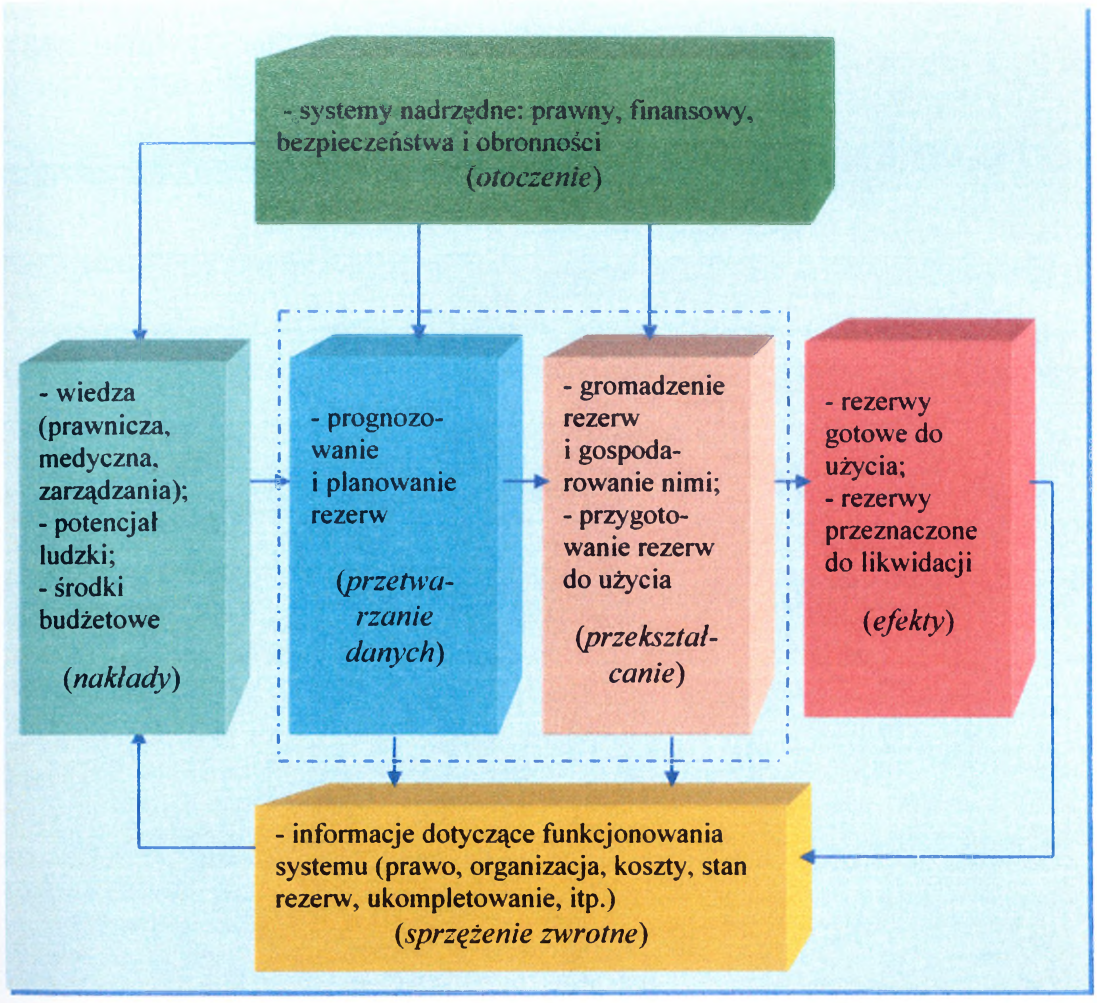
Elementami systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia są wyspecjalizowane organy administracji państwowej z określonymi funkcjami i zadaniami realizowanymi na rzecz tych rezerw. Działalność ich jest finansowana z budżetu państwa.

Do realizacji zasadniczego zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, jakim jest zapewnienie sprawnej i skutecznej organizacji, tak pod względem kompetencyjnym, jak i odpowiedzialności za realizację zadań związanych z gromadzeniem rezerw, gospodarowaniem i przygotowaniem ich do użycia stosownie do realnych, a także potencjalnych zagrożeń jest konieczne, aby poszczególne jednostki organizacyjne (elementy systemu) część swojej autonomii przekazały na rzecz organizacji (systemu).

Układ poszczególnych elementów w postulatywnym modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia pozwoli wyodrębnić dwa klasyczne komponenty. Jeden z nich, zawiera elementy kierownicze (komponent decyzyjny, kierowania) natomiast drugi obejmuje elementy wykonawcze (komponent wykonawczy). W skład komponentu decyzyjnego (kierowania) wchodzą: organizator systemu (RM), kierownik strategiczny systemu (Prezes RM), kierownik operacyjny systemu (minister właściwy do spraw gospodarki), koordynator prognozowania i planowania rezerw (minister właściwy do spraw zdrowia). Komponent wykonawczy zaś stanowią organy zgłaszające zagrożenia i potrzeby (potencjalni odbiorcy rezerw), należą do nich: Minister Obrony Narodowej, minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, prezes ARM oraz szefowie ABW i AW. Pomiędzy elementami składającymi się na każdy z komponentów (wewnątrz komponentu), jak również pomiędzy komponentami oraz ich elementami zachodzą ściśle określone relacje. Mają one za zadanie zapewnić spełnianie przynależnych, każdemu z elementów systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, funkcji i sprawić, że kierowanie w tym systemie będzie procesem ciągłym a za jego przebieg – za sprawność i skuteczność zarządzania (gospodarowanie) rezerwami będzie odpowiadał kierownik operacyjny systemu.

Kierowanie (decydowanie o zachodzących procesach i ich przebiegu) obejmie zagadnienia z związane z działalnością elementów systemu, które oddziałują na siebie wzajemnie, jak również podlegają oddziaływaniom zewnętrznym oraz wywierają wpływ na otoczenie. O funkcjonowaniu elementów systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia a przez nie o funkcjonowaniu całego systemu będzie decydować: *otoczenie, nakłady, proces przetwarzania, proces przekształcania, efekty* oraz *sprzężenia*

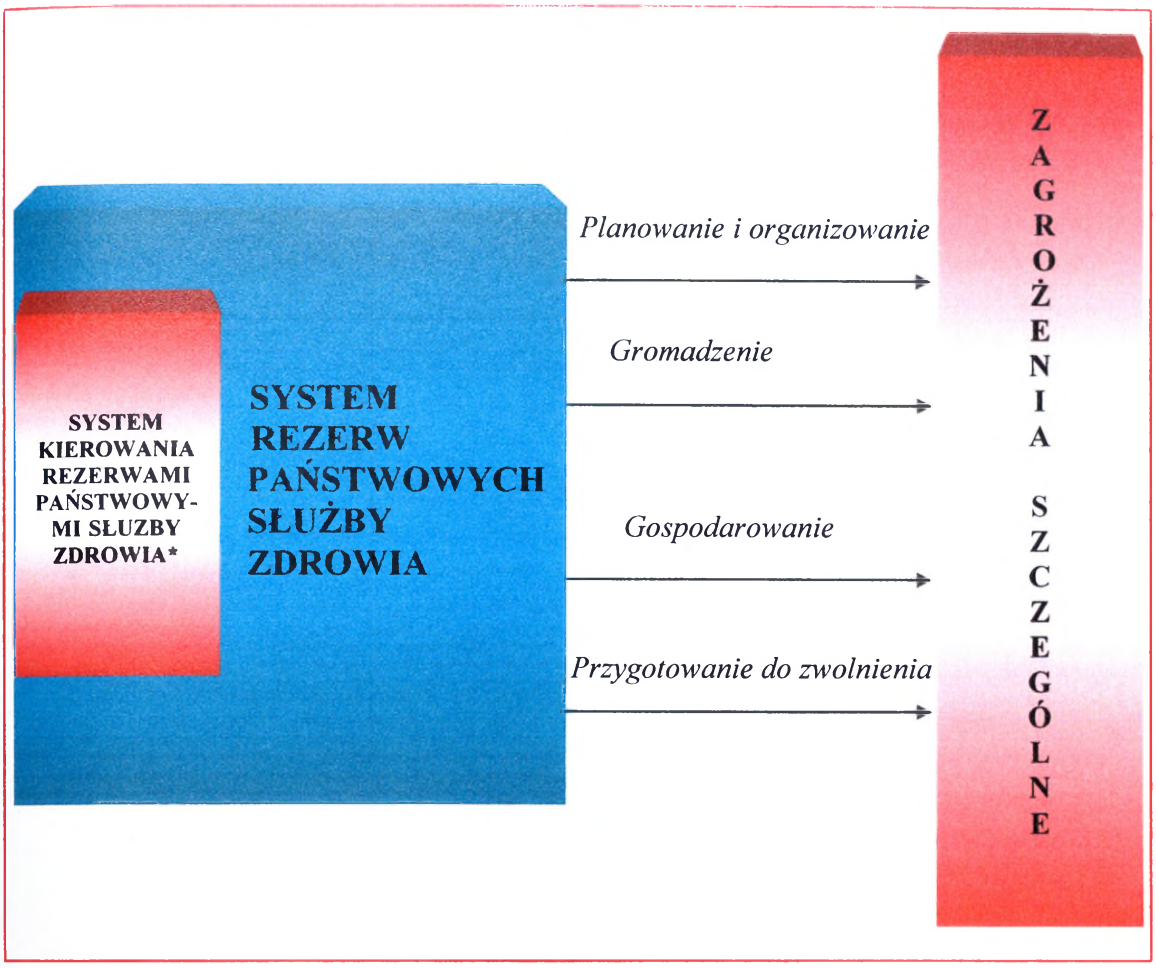
zwrotne. Ocena tempa uzyskiwanych rezultatów musi uwzględniać możliwości i potrzeby państwa, które wiążą się również z umiejętnościami uczestników systemu (elementów systemu), znajdujących się zarówno w komponencie decyzyjnym oraz wykonawczym, jak również w otoczeniu (patrz *rys. 4.4*).



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.4. Funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

Jednostki organizacyjne systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia (elementy tego systemu) wykazują pełną współzależność i swoim działaniem wpływają na pozostałych uczestników. Stwarza to możliwość dokonywania oceny funkcjonowania systemu, dostrzegania pozytywnych oraz negatywnych cech poszczególnych elementów oraz identyfikowania źródeł i przyczyn ich powstawania oraz sprawne oddziaływanie i stymulowanie pożądanych zachowań (patrz - *rys. 4.5*).



* *system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest elementem (podsystemem) systemu rezerw państwowych służby zdrowia*

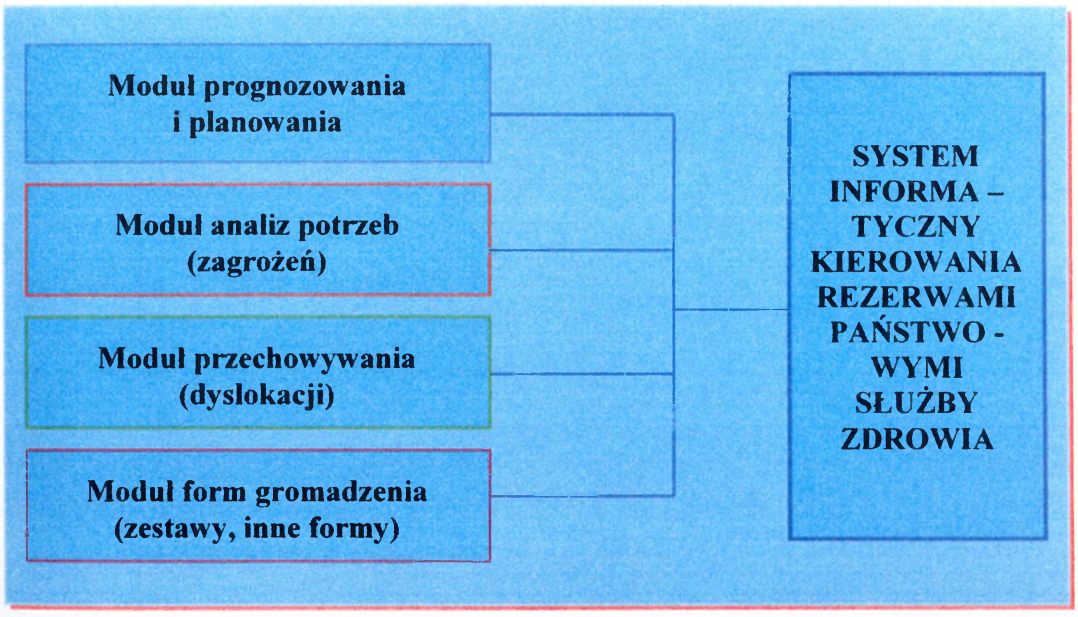
Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.5. Usytuowanie i funkcje systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

W postulowanym modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia istnieje stała możliwość oddziaływania na poszczególne jego elementy oraz zachodzące w nim (systemie) zjawiska. Konieczność takiego oddziaływania wynika z potrzeby stymulowania pożądanych zachowań poszczególnych elementów systemu w sytuacji powstania wątpliwości pochodzących z nieprecyzyjnych regulacji prawnych, ograniczonych możliwości budżetowych, niedotrzymywania zobowiązań przez przedsiębiorców (dostawców), nie trafnych zakupów, braku możliwości rotacyjnych itp. Będzie to możliwe

jednak przy zapewnieniu dopływu do decydentów systemu pełnej informacji. Informacje tę ma zapewnić informatyzacja tego systemu i zastosowanie systemów wspomagania decyzji (SWD) – patrz *rys. 4.6*.

Informacje poszczególnych modułów pozwolą skupiać odpowiednią informację. Umożliwi w ten sposób, między innymi, monitorowanie realizacji planów a w sytuacjach szczególnych zagrożeń ułatwi podejmowanie decyzji. Dostępność poszczególnych jednostek organizacyjnych (elementów systemu) do „bazy danych" powinna być zróżnicowana. Oznacza to, że pełną informację powinien mieć zapewnioną: kierownik operacyjny systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia (minister właściwy do spraw gospodarki), koordynator prognozowania i planowania tych rezerw (minister właściwy do spraw zdrowia) oraz prezes ARM odpowiedzialny za gromadzenie tych rezerw i gospodarowanie nimi. Inni uczestnicy systemu wyłącznie w zakresie zabezpieczenia własnych, potencjalnych potrzeb (MON, MSWiA, ABW, AW, MS).



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.6. Ogólna struktura systemu informatycznego wspomagającego kierowanie rezerwami państwowymi służby zdrowia (*Wariant*)

W związku z tym, że funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia wiąże się z ciągłym podejmowaniem działań zmierzających do

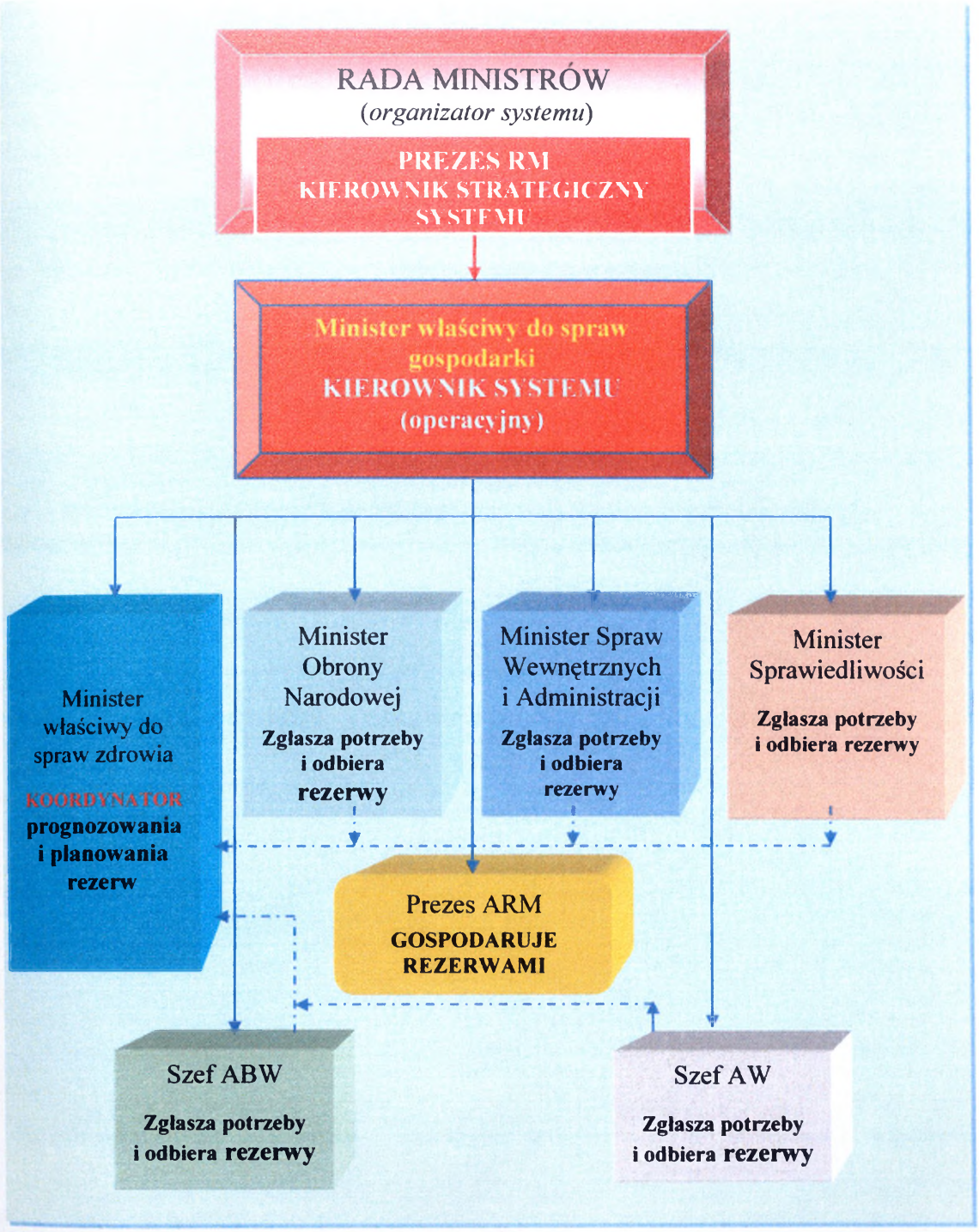
zapewnienia skutecznej realizacji zadań przez jego elementy wykonawcze, istnieje potrzeba przyjęcia struktury organizacyjnej tego systemu sprzyjającej osiąganiu założonych celów.

Proponowana struktura organizacyjna systemu kierowania rezerwami (struktura modelowa), uwzględnia wyniki badań i konsultacji oraz jest zorientowana na zapewnienie osiągania celów (spełniania przynależnych systemowi funkcji) wynikających ze strategii utrzymywania rezerw przez państwo. Oznacza to, że jej kształt był dostosowany do charakteru i zadań systemu rezerw państwowych służby zdrowia.

Mając na uwadze ekonomizację systemu rezerw państwowych służby zdrowia (ograniczenie do niezbędnego minimum, kosztów związanych z jego funkcjonowaniem), przy jednoczesnym zapewnieniu mu niezbędnej sprawności i skuteczności działania, proponowany przez autora system kierowania tymi rezerwami o charakterze organizacji nieetatowej i strukturze zdominowanej relacjami funkcjonalnymi pozwoli na racjonalne wykorzystanie (jednocześnie przy minimalnych kosztach), właściwych poszczególnym uczestnikom (członkom, elementom systemu) kompetencji i umiejętności wynikających z reprezentowanych przez nich działów administracji państwowej (kierownik systemu - minister właściwy do spraw gospodarki, programujący i planujący rezerwy – minister właściwy do spraw zdrowia, główni odbiorcy rezerw – MSW i A, MON, MS, ABW i AW). W związku z tym postulatywnemu modelowi systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia nadano wyraźnie sformalizowaną strukturę organizacyjną. Tworzą go określone organy kierowania oraz kierownictwo jednostek wykonawczych. Ich zadania związane z zakresem rezerw państwowych służby zdrowia są sprecyzowane w statutach tych jednostek.

Zdefiniowanie funkcji poszczególnych członków (elementów) systemu pozwala łatwo identyfikować ich zadania – rozgraniczać zakresy kompetencji oraz odpowiedzialności. Polaryzacja taka sprzyja jednocześnie konsolidacji i integracji całości systemu. Ułatwia także kierownikowi systemu sprawowanie funkcji kierowniczych, w tym kontrolę oraz ocenę działalności poszczególnych jednostek organizacyjnych systemu (patrz *rys. 4.7*).

W postulatywnym modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia przewiduje się koncentrację środków finansowych w jednej jednostce organizacyjnej, którą jest minister właściwy do spraw gospodarki. Umożliwi to skorelowanie polityki finansowej z polityką gromadzenia rezerw i gospodarowania (zarządzania) nimi.



→ - (*linia ciągła*) podporządkowanie, kto komu podlega (podległość funkcjonalna oraz służbowa ARM)

⇢ - (linia przerywana) informowanie o zagrożeniach, zgłaszanie potrzeb.

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.7. Struktura postulatywnego modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia (*Wariant*)

4.2.3. Kompetencje i odpowiedzialność w systemie

Kompetencje i odpowiedzialność jednostek organizacyjnych w postulatywnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia są usankcjonowane prawnie i stanowią, obok możliwości ekonomicznych państwa, jedne z głównych wyznaczników (mierników) skuteczności jego funkcjonowania, zarówno w fazie statycznej (związanej z działalnością codzienną – kooperacja pozytywna), jak i dynamicznej (odnoszącej się do sytuacji nadzwyczajnych – kooperacja negatywna)[244]. Są one ściśle związane z celem, jaki ma być przez ten system realizowany w wymienionych fazach.

W hierarchii ważności kompetencji i odpowiedzialności w postulatywnym modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia szczególne miejsce zajmuje RM – organ odpowiedzialny za przygotowanie systemu (wyznaczenie elementów, ustalenie relacji i procedur wewnątrz systemu i z otoczeniem –„nadanie kształtu systemowi") oraz jego funkcjonowanie.

Proces gromadzenia rezerw państwowych służby zdrowia, gospodarowanie tymi rezerwami oraz przygotowanie ich do zwalniania określono stosownie do zaproponowanego podziału rezerw państwowych (strategiczne i operacyjne). Przebiega on następująco – patrz *rys. 4.8.*

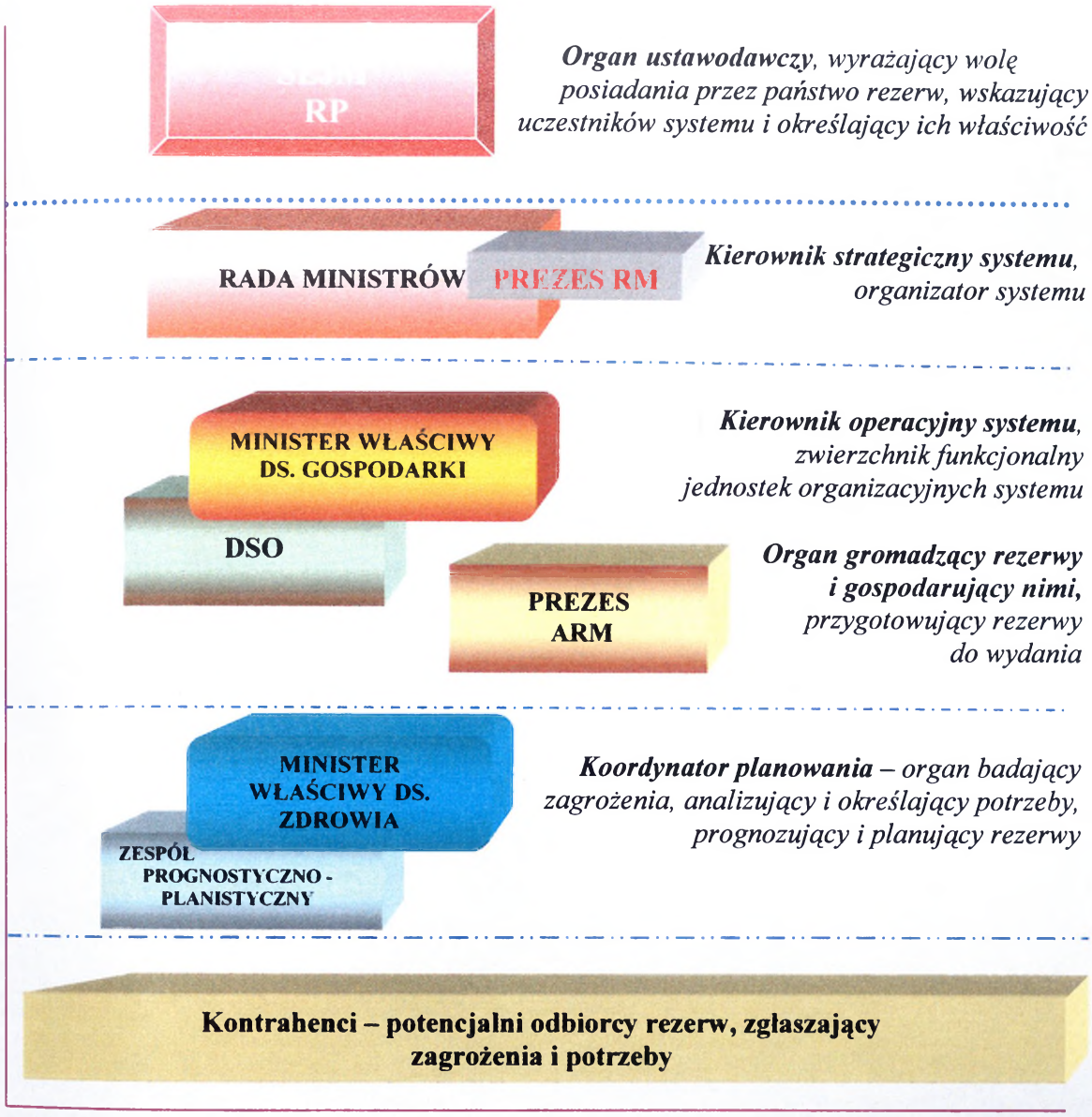
Wolę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia wyraża Sejm RP w drodze ustawy, wskazując jednocześnie organy oraz ich właściwość w procesie gromadzenia tych rezerw i gospodarowania nimi.

Sejm RP wskazuje RM (organ kolegialny), jako *jednostkę strategiczną systemu*, która jest właściwa do szczegółowego regulowania, w drodze rozporządzenia, sposobów realizowania zadań związanych z przygotowaniem programów i planów gromadzenia rezerw państwowych służby zdrowia oraz przebiegu utrzymywania tych rezerw (gospodarowania, w tym finansowania), a także do zwolnienia ich i odnawiania.

RM, realizując swoje kompetencje, wskazuje organ właściwy (kompetentny i odpowiedzialny) do kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Organem tym jest Prezes RM – przedstawiciel RM. Odpowiada on za nadzór strategiczny nad tym systemem. Prezes RM corocznie przyjmuje informacje od kierownika systemu, dotyczące stanu rezerw państwowych służby zdrowia oraz skuteczności funkcjonowania

[244] Podział funkcjonowania systemu na statyczny i dynamiczny pozwala odróżnić dwie zasadnicze, istotne fazy systemu z elementami kompetencji i odpowiedzialności, właściwymi dla każdej z nich.

systemu, w tym propozycje zmian prawnych i organizacyjnych. Prezes RM wydaje decyzje o użyciu rezerw strategicznych.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.8. Podział kompetencji i odpowiedzialności jednostek organizacyjnych systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia (*Wariant*)

Kierownikiem operacyjnym systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest minister właściwy do spraw gospodarki. Minister ten odpowiada przed Prezesem RM za projektowanie struktury organizacyjnej systemu i funkcjonowanie systemu (racjonalność

działań i gotowość do realizacji zadań wynikających z funkcji rezerw). Działalność ministra właściwego do spraw gospodarki jest wspierana przez wyspecjalizowaną – w zakresie rezerw – podległą mu komórkę organizacyjną (DSO). Do komórki tej na okres wypracowywania decyzji planistycznych (ostatecznych) mogą być oddelegowani przedstawiciele głównych elementów systemu, ministrów: właściwego do spraw zdrowia, MSWiA oraz MON.

Dopuszcza się współpracę stałych przedstawicieli[245] głównych elementów systemu w realizowaniu ich statutowych zadań.

System kierowania rezerwami państwowymi powinien być wspomagany systemami (programami) informatycznymi. Za ich przygotowanie i wdrożenie odpowiada minister właściwy do spraw gospodarki. Ponadto minister ten jest jedynym organem uprawnionym do gromadzenia rezerw państwowych służby zdrowia. Minister właściwy do spraw gospodarki posiada kompetencje do zwalniania państwowych rezerw operacyjnych służby zdrowia. Nadzoruje on również gospodarowanie tymi rezerwami (zakupy, rotację, dyslokację, wydatkowanie środków).

Gospodarowaniem rezerwami państwowymi służby zdrowia zajmuje się ARM. Prezes ARM jest kierownikiem tej jednostki organizacyjnej. Ponosi on odpowiedzialność za realizacje zadań związanych z gospodarowaniem rezerwami państwowymi służby zdrowia (operacyjnymi i strategicznymi).

Działalność tej agencji reguluje rozporządzenie RM a precyzuje statut wydany przez ministra właściwego do spraw gospodarki.

Natomiast potrzeby w zakresie rezerw (rodzaj rezerw i ich wielkość = ilość oraz struktura asortymentowa) określa, na podstawie potencjalnych i rozpoznanych zagrożeń, minister właściwy do spraw zdrowia, wskazując jednocześnie rejony pożądanej dyslokacji.

Minister ten, do realizacji nałożonych zadań w tym zakresie, posiada interdyscyplinarny zespół prognostyczno – planistyczny (obecnie jest DSO). W skład zespołu wchodzą specjaliści z zakresu medycyny, farmacji, organizacji opieki zdrowotnej, zarządzania oraz delegowani stali przedstawiciele ministrów: MON, MSWiA i inni[246]. Zespół ten jest kompetentny i odpowiedzialny za opracowywanie programów i projektów planów dotyczących gromadzenia i wykorzystania rezerw państwowych służby zdrowia, w tym jako tzw. „rezerwy pracujące" (wypożyczanie placówkom służby zdrowia), a także zasad przechowywania tych rezerw. Zespół ten posiada ponadto uprawnienia kontrolne w zakresie

[245] Za stałego przedstawiciela uważa się osobę (z określonym zakresem działania), której udział zostały uzgodnione pomiędzy kierownikami resortów.
[246] Stosowanie do potrzeb.

realizacji planów oraz przestrzegania zasad przechowywania rezerw przez ARM i inne jednostki gromadzące i przechowujące rezerwy[247].

Ważnym zagadnieniem, obok kwestii jakościowej i ilościowej rezerw oraz ich struktury asortymentowej, jest skuteczność wykorzystania rezerw. W tym celu przewidziano, że organami kompetentnymi do zwolnienia rezerw państwowych służby zdrowia będą[248]:

- Prezes RM – *rezerw strategicznych*;
- minister właściwy do spraw gospodarki – *rezerw operacyjnych.*
- wojewodowie – *rezerw operacyjnych*, zgromadzonych na terenie danego województwa, w związku z niespodziewanym (zaskakującym, gwałtownym) powstaniem sytuacji szczególnego zagrożenia. Użycie rezerw państwowych służby zdrowia w innych sytuacjach odbywa się na wniosek wojewody, za pośrednictwem ministra właściwego do spraw wewnetrznych.

Działalność Ministerstwa Zdrowia w czasie zwalniania rezerw polega na opiniowaniu wniosków i doradztwie specjalistycznym udzielanym organom zwalniającym rezerwy oraz organom na rzecz, których rezerwy są uruchamiane (MON, MSWiA, ABW, AW, MS i innym jednostkom w tzw. terenie).

Autor przygotowując powyższy podział kompetencji w zakresie użycia rezerw państwowych służby zdrowia w czasie pokoju, uwzględniał wyniki badań. Miał także na uwadze skrócenie czasu oczekiwania na uruchomienie rezerw w sytuacji, gdy kierownicy jednostek organizacyjnych systemu nie byliby w stanie, przy użyciu środków bieżących i rezerw lokalnych, zabezpieczyć potrzeb związanych z ochroną zdrowia i życia ludzi, za których bezpieczeństwo odpowiadają. Wykorzystanie rezerw następuje z zachowaniem pełnej informacji, odpowiednio kierownika strategicznego i operacyjnego systemu. Taki sposób wykorzystania (zwolnienia) rezerw nie będzie wpływał na zmniejszenie przejrzystości funkcjonowania instytucji rezerw państwowych w czasie kryzysu i wojny.

Finansowanie rezerw, zarówno strategicznych jak i operacyjnych, odbywa się ze środków pochodzących z budżetu państwa. Dysponentem tych środków jest minister właściwy do spraw gospodarki. Uzyskane środki przeznaczane są na zakup rezerw i gospodarowanie nimi oraz na utrzymanie infrastruktury (obiektów, magazynów), a także na szkolenie pracowników. Podział środków (stosownie do przeznaczenia) jest planowany przez ministra właściwego do spraw gospodarki. Projekty planów finansowych, w zakresie rezerw państwowych służby

[247] Uprawnienia kontrolne w tym zakresie wynikają z właściwości Ministra Zdrowia, który odpowiada za organizacje opieki zdrowotnej w kraju.
[248] Z zachowaniem obowiązujących procedur.

zdrowia, przygotowują minister właściwy do spraw zdrowia oraz prezes ARM stosownie do posiadanych kompetencji wynikających z zakresu zadań.

4.2.4. Relacje wewnętrzne i zewnętrzne w systemie

Doświadczenie zawodowe autora oraz przeprowadzone badania w zakresie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, pozwalają na stwierdzenie, że o wartości procedur stosowanych w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia będą decydowały nie tylko relacje pomiędzy poszczególnymi jednostkami systemu, ale także relacje pomiędzy potencjałem zgromadzonych rezerw a tym co jest możliwe do użycia w praktycznym działaniu oraz w jaki sposób zostaną podejmowane rezerwy z miejsc przechowywania. Ta myśl towarzyszyła autorowi w opracowywaniu postulatywnego modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia a w szczególności w czasie pracy nad określeniem relacji i procedur wykorzystania (zwalniania) tych rezerw.

Nieetatowa struktura systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia powoduje, że dominującymi relacjami w tym systemie są *relacje funkcjonalne*, co jednak nie oznacza, że w niektórych kontaktach nie występują również relacje służbowe oraz relacje współdziałania.

Mając na uwadze potrzebę określenia hierarchii ważności ośrodków kierowania w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia wskazano, że kierownikiem strategicznym będzie Prezes RM, któremu powinien podlegać, zajmując najwyższą, według ważności, pozycje w hierarchii jednostek organizacyjnych systemu, kierownik operacyjny tego systemu - minister właściwy do spraw gospodarki.
Kierownikowi operacyjnemu systemu natomiast powinni podlegać kierownicy pozostałych jednostek organizacyjnych systemu.

Przyjęta organizacja systemu determinuje relacje *zwierzchnictwa* i *podporządkowania*. Dotyczą one relacji funkcjonalnych i służbowych.

Relacje funkcjonalne zachodzą pomiędzy kierownikiem operacyjnym (*zwierzchnictwa*) a kierownikami jednostek organizacyjnych uczestniczących w systemie (*podporządkowania*). Dotyczy to ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości, szefów AW i ABW, a także wojewodów.

Relacje służbowe występują pomiędzy Prezesem RM a ministrem właściwym do spraw gospodarki. Ponadto pomiędzy tym ministrem a prezesem ARM oraz pomiędzy

kierownikami innych jednostek organizacyjnych (w randze ministra), jak również w podległościach wewnętrznych poszczególnych uczestników systemu (kierowników resortów – wojewodów a ich wyspecjalizowanymi w sprawie rezerw komórkami organizacyjnymi).

W systemie występują (jak to już zaznaczono) także relacje *współdziałania*. Mają one miejsce podczas prac związanych z opracowaniem prognoz i planów dotyczących rezerw służby zdrowia, w których uczestniczą przedstawiciele różnych resortów.

Współdziałanie ma miejsce także w czasie przekazywania informacji o potencjalnych zagrożeniach oraz, stosownie do potrzeb, w czasie sytuacji szczególnych zagrożeń.

Podział głównych relacji w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia przedstawia *rys. 4.9*.

Kierownik operacyjny systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest zwierzchnikiem funkcjonalnym wszystkich jednostek organizacyjnych systemu kierowania. Wydaje on zarządzenia w sprawie planowania, tworzenia, utrzymywania oraz użycia rezerw, jak również doradza, w jaki sposób należy rozwiązać problemy w tym zakresie.

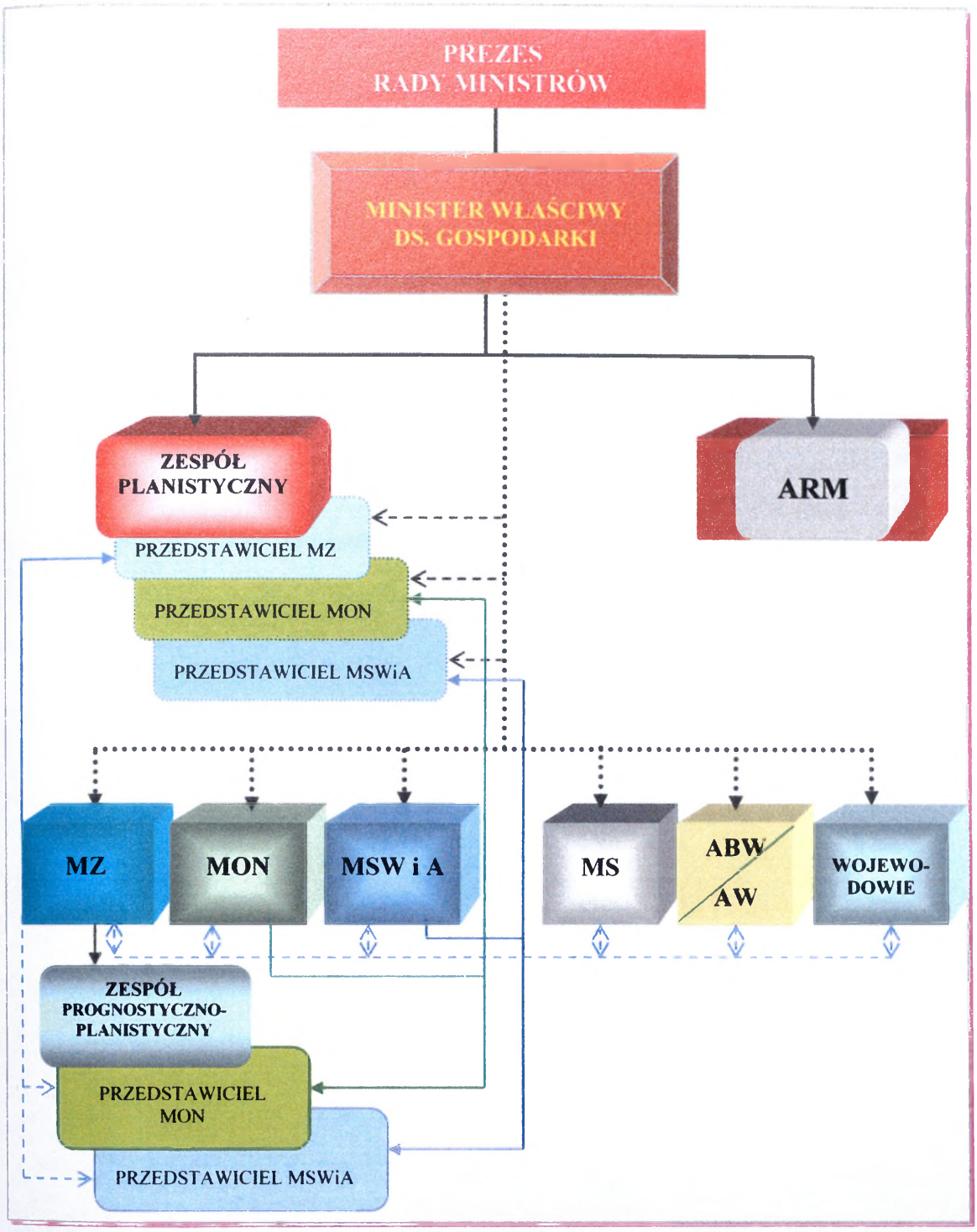
Zwierzchnictwo w procesie kierowania obejmuje również funkcje kontrolne. Są one realizowane w stosunku do jednostek organizacyjnych uczestniczących w systemie.

Funkcjonalne podporządkowanie wyraża się głównie w realizacji zadań specjalistycznych wynikających z obowiązujących aktów prawnych i wytycznych. Wymaga ono od wykonawców zadań również zgłaszania – w formie sprawozdań i informacji – trudności oraz propozycji rozwiązań usprawniających. Mają one postać sformalizowaną i są składane w formie pisemnej.

Występowanie, w wyspecjalizowanych zespołach ministra właściwego do spraw gospodarki oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, przedstawicieli innych resortów (w szczególności MSWiA i MON) ma zapewnić koordynację współpracy pomiędzy tymi resortami.

Relacje współdziałania odnoszą się także do pozostałych jednostek organizacyjnych systemu - MS oraz ABW i AW, jak również jednostek terenowych systemu.

Relacje występujące w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia mają zapewnić realizację przedsięwzięć ukierunkowanych na skuteczne prognozowanie i planowanie tych rezerw, gromadzenie ich oraz gospodarowanie nimi, a także przygotowanie rezerw do sprawnego użycia (zwolnienia i wykorzystania).



PRZEDST. - *przedstawiciele powoływani przez MG w sytuacjach nietypowych (doraźnie)*

- *relacje funkcjonalne (zwierzchnictwa - kierunek strzałki, podporządkowania)*

- *relacje funkcjonalne wynikające z kooperacji (współdziałania)*

- *relacje służbowe (zwierzchnictwa - kierunek strzałki, podporządkowania)*

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.9. Relacje funkcjonalne i służbowe w postulatywnym modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia (*Wariant*)

Za relacje pomiędzy możliwościami rezerw a potrzebami wynikającymi z sytuacji, które stanowią o potrzebie tworzenia tych rezerw odpowiada minister właściwy do spraw zdrowia (prognozuje i projektuje plany i formy oraz zasady gromadzenia i przechowywania) i prezes ARM (realizuje plany i przestrzega zasad utrzymywania rezerw oraz przygotowuje te rezerwy do wydania).

Do sprawnego i skutecznego funkcjonowania systemu są niezbędne (oprócz relacji) *jasne procedury* postępowania. Jest to szczególnie ważne w kluczowych dla niego sytuacjach. Zalicza się do nich (procedur) przedsięwzięcia związane z programowaniem i planowaniem rezerw, z gromadzeniem i utrzymywaniem rezerw (dyslokacja, gospodarowanie – zakup, przechowywanie, sprzedaż, rotacja, formy i zasady użycia oraz użyczania, finansowanie), a także ze zwalnianiem, w którym szczególnego znaczenia nabiera określenie sposobu przebiegu takich operacji w związku z sytuacjami wymagającymi zabezpieczenia realizacji zadań służby zdrowia.

Szczegółowe sprawozdania (w formie pisemnej) dotyczące gospodarowania rezerwami państwowymi służby zdrowia są składane RM przez kierownika operacyjnego systemu raz w roku. Obejmują one: potrzeby docelowe oraz stan aktualny rezerw, a także zakres działań (stopień realizacji planu) za rok sprawozdawczy (miniony) i plan działania na dwa najbliższe lata (uwzględniając zadania dotyczące PMG).

4.3. Procedury funkcjonowania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

4.3.1. Prognozowanie i planowanie rezerw

Prognozowanie i planowanie rezerw państwowych służby zdrowia jest procesem ciągłym. Polega ono na identyfikowaniu i definiowaniu potencjalnych i stwierdzonych zagrożeń oraz szacowaniu potrzeb zapewniających przeciwdziałanie im.

W związku z tym prognozowanie i planowanie powinno uwzględniać oraz obejmować, a także synchronizować działania określające:

1) rodzaj rezerw;
2) wielkość oraz strukturę asortymentową rezerw, w tym gotowe wyroby, półprodukty i surowce;
3) wielkość środków zapewniających realizację planów;
4) źródła dostaw;

5) zasady przechowywania;
6) miejsca dyslokacji;
7) techniczny sposób gromadzenia, przechowywania i przygotowania do użycia rezerw, z uwzględnieniem:
   - infrastruktury transportowej (środki transportu),
   - form gromadzenia (zapewniających sprawne użycie - np. zestawy).

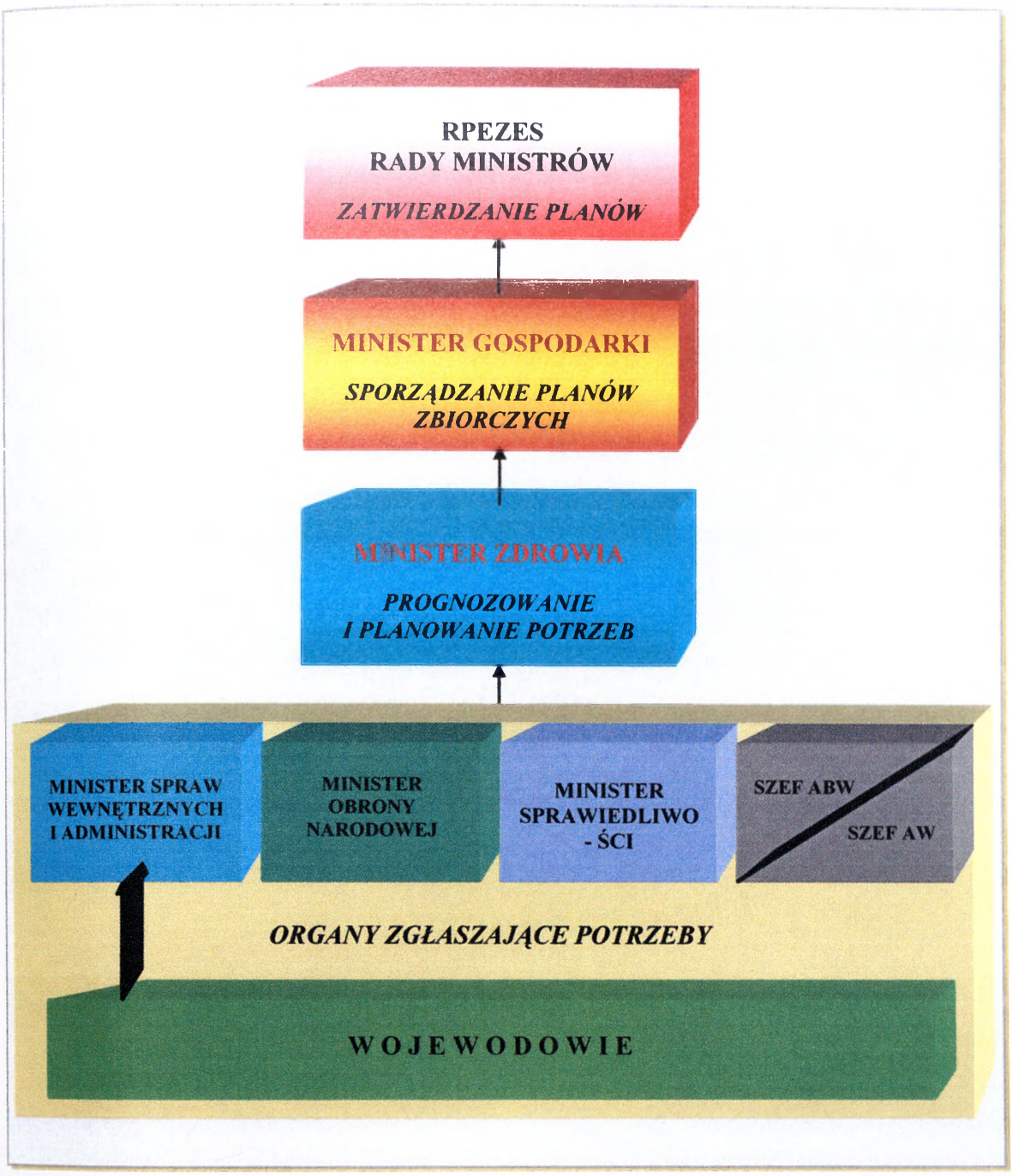
Z uwagi na fakt, że działania te przebiegają w warunkach rzeczywistych, zatem muszą uwzględniać możliwości ekonomiczne gospodarki, co z kolei wskazuje na progresywny charakter planowania. Sprzyjać temu powinno bieżące wielowariantowe monitorowanie zagrożeń (przy wykorzystaniu dostępnych urządzeń i instytucji wyspecjalizowanych we wczesnym wykrywaniu i rozpoznawaniu zagrożeń).

Wyróżnia się dwa rodzaje planowania rezerw państwowych służby zdrowia: *wieloletnie* i *coroczne*. Procedury obowiązujące przy prognozowaniu i planowaniu obrazuje *rys. 4.10.* Planowanie *wieloletnie* odbywa się przy udziale wszystkich dysponentów rezerw po rozpatrzeniu ich potrzeb. Natomiast planowanie *coroczne*, jest realizowane na podstawie propozycji dotyczących dwóch najbliższych lat z ich aktualizacją odnoszącą się do roku najbliższego[249].

Odrębną, choć bardzo ściśle związaną z rezerwami państwowymi służby zdrowia, kwestią pozostają zasady gromadzenia rezerw samorządowych (lokalnych, taktycznych). Rezerwy te, jak wynika z nazwy stanowią własność samorządów i są przez te organy prognozowane i planowane.

W systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia organem kompetentnym do realizacji tego typu zadań jest minister właściwy do spraw zdrowia. Obowiązki w tym zakresie wykonuje przy pomocy etatowego, wyspecjalizowanego i interdyscyplinarnego zespołu, który mu podlega. Zespół ten, prowadzi badania analityczne, które powinien wspierać badaniami zleconymi profesjonalnym ośrodkom badawczym.
Powinien także stanowić bazę (być zalążkiem) do przemianowania się w np. „Centrum Operacyjne" pozwalające monitorowanie i wypracowywanie propozycji działań z użyciem rezerw państwowych służby zdrowia w okresie kryzysu lub wystąpienia, innych szczególnych zagrożeń.

[249] Taki sposób planowania wpłynie na elastyczność planu i dostosowywanie go potrzeb a jednocześnie pozwoli, na przestrzeni kilku lat, zidentyfikować uwarunkowania najbardziej oddziaływujące na efektywność prognozowania i planowania oraz ewentualne źródła uchybień w tym zakresie.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.10. Procedury prognozowania i planowania rezerw w postulatywnym modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

Procedury programowania i planowania dotyczą bieżącego przekazywania, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, przez wszystkich odbiorców rezerw danych (informacji) na

temat realnych i potencjalnych zagrożeń (MSWiA wynikających także z zagrożeń występujących w poszczególnych województwach) oraz innych potrzeb (MON, ABW, AW, MS), które nie mieszczą się w zasadach planowania.

Opracowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, programy i plany (projekty) przekazywane są do ministra właściwego do spraw gospodarki, który sporządza plan zbiorczy i przedkłada Prezesowi RM do zatwierdzenia a po zatwierdzeniu przekazuje do ARM, która realizuje plany (gospodaruje rezerwami).

4.3.2. Gromadzenie rezerw i gospodarowanie rezerwami

Gromadzenie i gospodarowanie rezerwami państwowymi służby zdrowia to proces poprzedzony prognozowaniem i planowaniem. Proces ten jest dostosowywany do potrzeb wynikających z zagrożeń i do możliwości ekonomicznych państwa.

Podstawę gromadzenia rezerw państwowych służby zdrowia i gospodarowania nimi stanowią obowiązujące w tym zakresie przepisy prawne oraz plany i zasady przechowywania tych rezerw. Przepisy zapewniają funkcjonowanie procesu gromadzenia tych rezerw i gospodarowania nimi (stwarzają bazę prawną) i są doskonalone w jego przebiegu, natomiast plany są opracowywane w oparciu o prognozy, które przybierają postać projektów planów. Przygotowuje je, podobnie jak zasady przechowywania, minister właściwy do spraw zdrowia.

Gromadzenie rezerw zarówno operacyjnych, jak i strategicznych leży w gestii ministra właściwego do spraw gospodarki. Natomiast wykonywaniem technicznym przedsięwzięć wynikających z *gromadzenia tych rezerw i gospodarowania nimi* zajmuje się prezes ARM (patrz *rys. 4.11*).

Kierowana przez niego agencja wykonuje, w ramach gospodarowania, zadania związane z posiadaniem przez państwo rezerw, począwszy od ich zakupu poprzez zarządzanie nimi aż do realizacji decyzji o zwolnienia rezerw.

Minister właściwy do spraw gospodarki (kierownik funkcjonalny systemu) może, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia (lub na wniosek MZ), wspierać rezerwy lokalne. Wsparcie rezerw lokalnych odbywa się poprzez przekazywanie samorządom rezerw materiałowych przechowywanych przez ARM, które są z różnych powodów zdejmowane ze stanu rezerw państwowych. Przekazywanie państwowych rezerw materiałowych samorządom następuje poprzez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i przy udziale wojewody. Rezerwy samorządowe (nie państwowe) są gromadzone na

szczeblu powiatu (miasta) przy udziale urzędu marszałkowskiego. Rolą tego urzędu jest wspieranie działań starostów w zakresie finansowym.

Źródło: *Opracowanie własne*

Rys. 4.11. Proces gromadzenia rezerw strategicznych i operacyjnych służby zdrowia

4.3.3. Przygotowanie rezerw do użycia (zwalniania rezerw)

Przygotowaniem rezerw państwowych służby zdrowia do użycia (zwolnienia) w postulowanym modelu zajmuje się ARM. Proces przygotowań przebiega stosownie do potrzeb określonych w planach i można podzielić go na dwie części: teoretyczną i praktyczną.

Część teoretyczna obejmuje przygotowanie zasad przechowywania i przygotowania do użycia (formy, np. zestawy). Za opracowanie tej części odpowiada minister zdrowia. Część teoretyczna stanowi podstawę dla części praktycznej, którą realizuje minister właściwy do spraw gospodarki i prezes ARM.

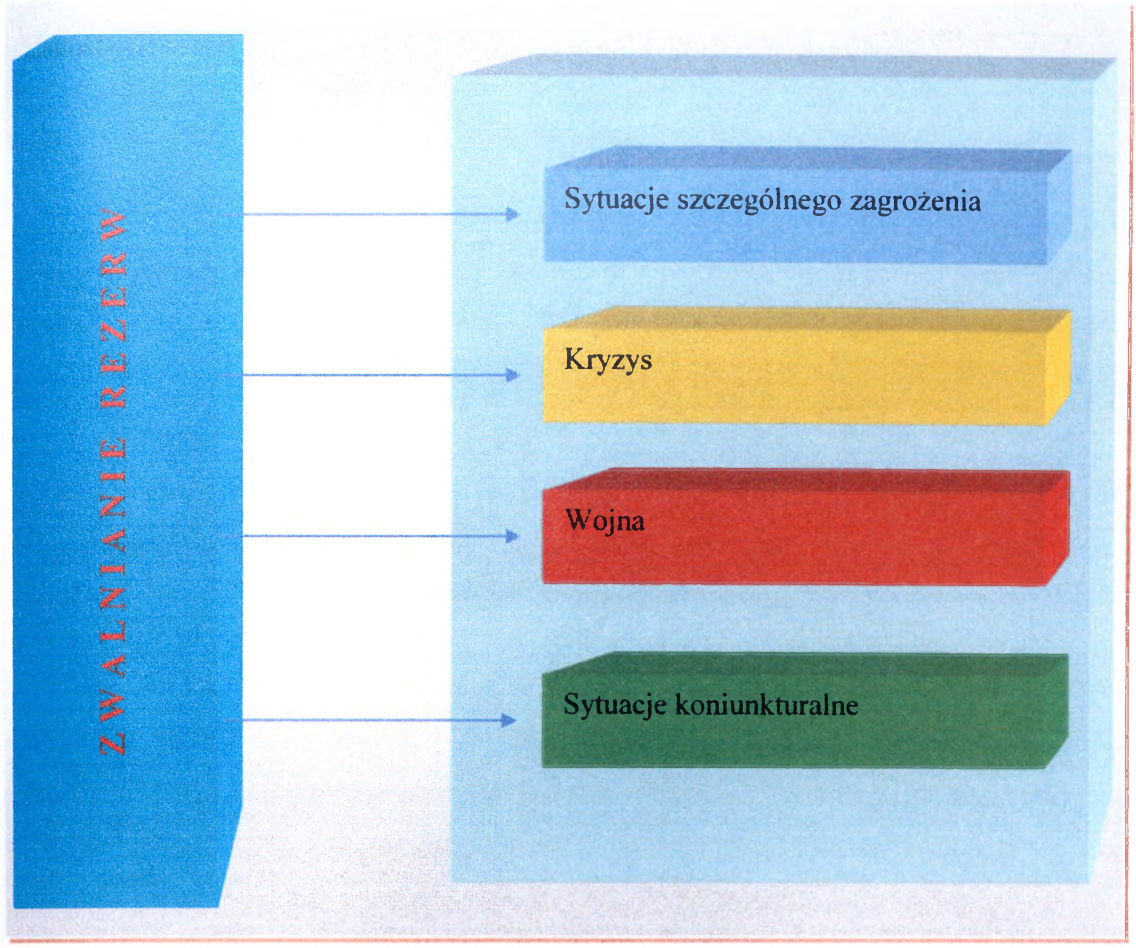
Przygotowaniem rezerw państwowych służby zdrowia do zwolnienia zajmuje się ARM. Za przebieg tego procesu oraz realizację decyzji zwalniających te rezerwy odpowiada prezes ARM. Zwalnianie rezerw państwowych służby zdrowia, przewiduje się: w związku ze szczególnymi zagrożeniami, a także z uwagi na zasadność dokonania transakcji koniunkturalnych (patrz *rys. 4.12*).

Zwalnianie rezerw zarówno strategicznych, jak i operacyjnych wymaga powiadomienia ministra właściwego do spraw gospodarki oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, z tym, że: w okresie pokoju do celów koniunkturalnych potrzebna jest opinia ministra właściwego do spraw zdrowia, którą przygotowuje wyspecjalizowany zespół prognostyczno – planistyczny, w okresie kryzysu odbywa się z równoległym powiadomieniem ministra właściwego do spraw zdrowia, który sporządza opinię dla ministra właściwego do spraw gospodarki oraz stosowne do sytuacji instrukcje pomocnicze dla zwracającego się o wsparcie rezerwami państwowymi.

Wnioski o zwolnienie rezerw są kierowane do organu tworzącego rezerwy.

W sytuacji zaistnienia konieczności dodatkowego wsparcia rezerwami państwowymi służby zdrowia wniosek o odpowiednie wsparcie sporządza jednostka organizacyjna, która oczekuje wsparcia i kieruje go do ministra właściwego do spraw gospodarki. Równolegle wniosek taki (kopia, drugi egzemplarz) kierowany jest, przez występującego o zwolnienie rezerw, do ministra właściwego do spraw zdrowia. Minister Zdrowia wydaje opinię w sprawie takiego wniosku i natychmiast przesyła do ministra właściwego do spraw gospodarki.

Rezerwy strategiczne uruchamiane są przez Prezesa RM na wniosek ministra właściwego do spraw gospodarki. Wniosek powinien być zaopiniowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.12. Przyczyny zwalniania rezerw państwowych służby zdrowia

Rezerwy operacyjne są zwalniane stosownie od sytuacji:

- w czasie pokoju, w razie wystąpienia gwałtownych sytuacji szczególnych zagrożeń na terenie województwa, w celu ratowania życia i zdrowia społeczeństwa – zwolnienie rezerw następuje decyzją wojewody. Zwalnianiu podlega część rezerw MSWiA;
- w czasie sytuacji szczególnych zagrożeń, o nasileniu i rozmiarach, których ograniczanie i likwidacja wymaga użycia rezerw zabezpieczających możliwości ochrony zdrowia i życia sił będących odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo i porządek publiczny oraz społeczeństwo lub za obronność rezerw operacyjnych używa się na wniosek ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej.

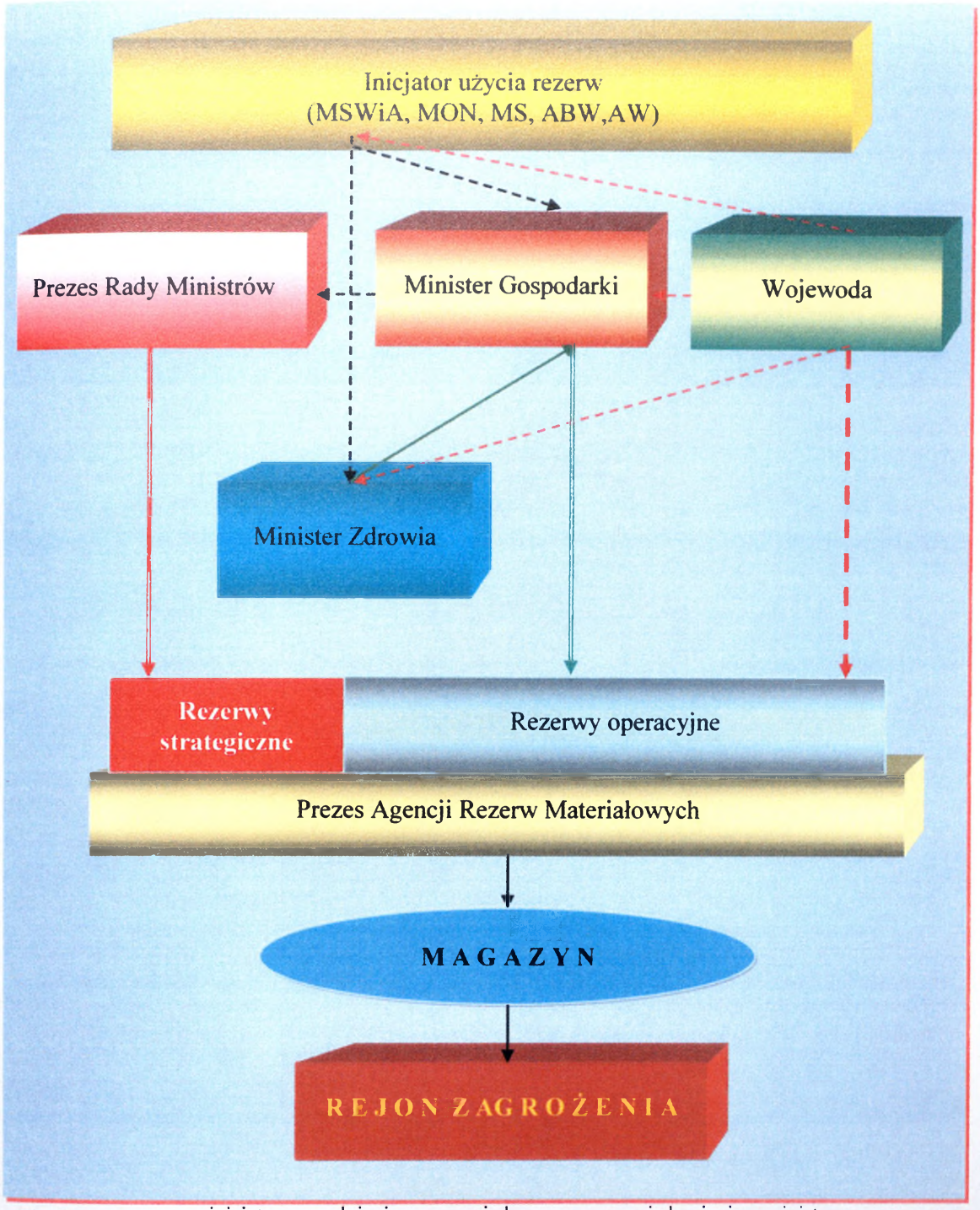
Wskazane organy samorządowe, oceniając rozwój sytuacji mogą zwrócić się do wojewody o wsparcie rezerwami państwowymi.

W razie zaistnienia sytuacji zagrażającej rezerwom państwowym służby zdrowia zniszczeniem prawo do wydania decyzji o ewakuacji mają organy samorządowe – starosta powiatu, prezydent miasta. Organy te mogą także wydać decyzje o zwolnieniu rezerw państwowych służby zdrowia także wtedy, gdy tylko ich uruchomienie może uratować zdrowie i życie społeczności.

Zwalnianie rezerw następuje na podstawie decyzji (patrz *rys. 4.13*):

- Prezesa RM – *rezerwy strategiczne* (na wniosek ministra właściwego do spraw gospodarki w uzgodnieniu lub z inicjatywy ministra właściwego do spraw zdrowia);
- organu gromadzącego rezerwy - ministra właściwego do spraw gospodarki – *rezerwy operacyjne* z powiadomieniem ministra właściwego do spraw zdrowia;
- wojewody – na wniosek organu samorządu lub z własnej inicjatywy (w nagłych sytuacjach szczególnych zagrożeń).

Wszystkie istotne dla funkcjonowania postulatywnego modelu systemu procedury podlegają regulacjom prawnym w ustawie dotyczącej rezerw oraz rozporządzeniu RM, regulującym obszary i zakresy wskazane przez ustawodawcę.



- - - - - - - - ▶ - inicjatywa zwolnienia rezerw z jednoczesnym powiadomieniem ministra właściwego do spraw zdrowia

——— ▶ - opinia ministra właściwego do spraw zdrowia na temat inicjatywy zwolnienia rezerw (lub inicjatywa własna tego ministra)

- - - - - - - - ▶ - w sytuacjach nagłych (na wniosek organów samorządowych lub z własnej inicjatywy), zwalnianie – linia gruba, powiadamianie – linia cienka

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. 4.13. Proces decyzyjny związany z użyciem rezerw państwowych służby zdrowia (*Wariant*)

„Człowiek nie jest tylko sprawcą swoich czynów, ale przez te czyny jest zarazem w jakiś sposób „twórcą siebie samego".

Jan Paweł II

ZAKOŃCZENIE

Nadrzędnym celem rozprawy doktorskiej było wypracowanie modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia wykorzystanie, którego umożliwi gospodarowanie rezerwami państwowymi służby zdrowia w sposób sprawny i skuteczny. Droga do osiągnięcia tego celu przebiegała poprzez prowadzenie badań identyfikacyjno – oceniających najpierw w sześciu, wyspecyfikowanych we wstępie etapach, które autor następnie ujął w trzy etapy główne, stanowiące osnowę dysertacji.

Etap pierwszy obejmował formułowanie i realizowanie polityki RP w zakresie posiadania przez nasz kraj rezerw państwowych służby zdrowia.

Badania wykazały, że polityka państwa w zakresie szeroko rozumianych rezerw państwowych, a zatem można przyjąć i służby zdrowia, jest dobrze rozpoznaną częścią polityki gospodarczej, społecznej, zagranicznej i obronnej. W polityce państwa wskazane rezerwy są postrzegane jako istotny, praktyczny instrument realizacji – stałych i dobrze rozpoznanych – funkcji obronnych oraz bezpieczeństwa państwa, jak również pozostających w ścisłych relacjach z jego gospodarką. Rezerwy państwowe służby zdrowia są zatem istotną częścią strategicznych rezerw RP oraz jednym z głównych czynników i wyznaczników bezpieczeństwa narodowego. Badania wykazały także, iż kluczowym instrumentem sprawnego i skutecznego oraz racjonalnego ekonomicznie procesu gromadzenia i utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia jest system prawny, który stanowi główny generator rozwiązań organizacyjnych i finansowych.

W etapie drugim położono główny nacisk na badanie aktualnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w RP oraz, posługując się metodą benchmarkingu jawnego[250], na analizie rozwiązań (stosownie do ograniczonych możliwości w tym zakresie) w innych państwach UE i NATO i porównywaniu ich z rozwiązaniami rodzimymi, a także rozważano zasadność zastosowania wspólnych rozwiązań w ramach UE i NATO.

[250] J. Pawłowski, P. Gawliczek, *Strategia dla benchmarkingu*, „Zeszyty Naukowe AON", Nr (54) 2004, s. 362.

Badania aktualnego system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w RP wykazały, że system ten boryka się z trudnościami wpływającymi na jego sprawność i skuteczność, miedzy innymi, przez to, że dotychczasowe prognozowanie i planowanie oraz gromadzenie i utrzymywanie, a także przygotowanie do użycia (zwolnienia) rezerw odbywa się w oparciu o mało wyraźne rozwiązania organizacyjne, jak również problematyczne rozwiązania legislacyjne. Badania dowiodły, że ważnym znaczeniowo źródłem dysfunkcji analizowanego systemu, obciążającym jego funkcjonowanie – mającym wpływ na sprawność i skuteczność zarządzania nimi jest system prawny.

Dowiedziono także, iż występujące trudności wynikają z niejasnej struktury organizacyjnej systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, ponieważ w obecnej strukturze występuje duża liczba jednostek organizacyjnych, o niedookreślonych zakresach kompetencji i odpowiedzialności oraz niejednoznacznych relacjach pomiędzy nimi. Ponadto jednostki te wykonują podobne, jednakże nie precyzyjnie określone zadania, które są poddawane unormowaniom w dużej liczbie mało jasnych aktów prawnych (odnoszących się wprost lub pośrednio do badanej problematyki). Istotnym mankamentem aktualnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest brak wyraźnego ośrodka kierowania tymi rezerwami, a także poważne trudności w procesie prognozowania i planowania rezerw, co ma związek, jak wskazują ankietowani, z identyfikacją zagrożeń oraz sprawnego uwzględniania ich przy określaniu stosownych rezerw (potrzeb).

Z przeprowadzonego benchmarkingu rozwiązań w innych państwach wynika, iż problematyka rezerw państwowych służby zdrowia, a w zasadzie sposób przygotowania ich w poszczególnych państwach UE i NATO do reagowania w sytuacjach szczególnych zagrożeń jest odmienny, mimo iż cele gromadzenia i utrzymywania rezerw są podobne. Istotną kwestią pozostaje fakt, że rozwiązania w tym zakresie, stosowane w innych państwach, nie są bliżej znane polskim jednostkom organizacyjnym odpowiedzialnym za funkcjonowanie systemu rezerw państwowych służby zdrowia. Na podstawie bardzo skąpej literatury na ten temat stwierdzić można, że przyjęte w innych państwach rozwiązania organizacyjne i legislacyjne są zdominowane narodowymi uwarunkowaniami – doświadczeniami, potrzebami wynikającymi z zagrożeń oraz możliwościami ekonomicznymi.

W etapie trzecim skoncentrowano się na zaproponowaniu teoretycznego modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Założony cel został osiągnięty. Oznacza to, że został opracowany postulatywny model systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, w którym autor, wyciągając wnioski z opinii ekspertów

i ankietowanych oraz konfrontując je z wnioskami wynikającymi z własnych doświadczeń, zwrócił szczególną uwagę na przedstawienie propozycji charakteryzujących się prostotą i jasnością rozwiązań organizacyjnych w obszarze kierowania tymi rezerwami.

Cały proces badawczy koncentrował się głównie na uwarunkowaniach gromadzenia rezerw państwowych służby zdrowia i gospodarowania nimi oraz roli kierowania w tym procesie. Weryfikacja rozwiązań była ukierunkowana na kreowanie podejścia systemowego, w którym szczególną rolę przypisywano kierownikowi systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia oraz relacjom pomiędzy jednostkami organizacyjnymi systemu (wewnątrz systemu) i procedurom realizacji zadań. Oznacza to także, iż poszukiwano modelu systemu kierowania, którego struktura organizacyjna zapewni racjonalność utrzymywania przez państwo rezerw służby zdrowia.

Przyjęte, etapowe podejście badawcze oraz uzyskane w jego efekcie pozytywne wyniki pozwoliły na osiągnięcie celu rozprawy oraz rozwiązanie sformułowanego problemu badawczego. Przedstawione w rozprawie wyniki badań, w kontekście empirii autorskiej, pozwoliły także na poprawne zweryfikowanie postawionych hipotez. Weryfikacja ich była możliwa dzięki wyrażonym opiniom, cenionym za wiedzę i doświadczenie, ekspertów i innych praktykujących w badanym obszarze ankietowanych.

Przeprowadzone badania oraz uzyskane w przebiegu ich analizy wyniki potwierdziły obserwowane, zawarte w hipotezie spostrzeżenia i dowiodły, że:

- ***po pierwsze*** – rezerwy państwowe służby zdrowia odgrywają istotną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa narodowego;

- ***po drugie*** – dotychczasowy sposób prognozowania i planowania rezerw państwowych służby zdrowia opierał się o mało precyzyjne unormowania prawne, które nie zapewniały przejrzystości kompetencji i odpowiedzialności jednostek organizacyjnych systemu kierowania tymi rezerwami. Spowodowały, że stała się niejednoznaczna – „rozmyta", przez co nie mogła być wyczerpana formuła sprawności i skuteczności;

- ***po trzecie*** – istnieją racjonalne powody by uznać, że sprawne i skuteczne zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia RP wymaga powołania systemu kierowania tymi rezerwami. System taki powinien posiadać strukturą funkcjonalną, z wyraźnie określonymi relacjami. Ponadto powinna dysponować szczegółowymi procedurami postępowania, począwszy od procesu prognozowania i planowania, poprzez organizowanie – w tym finansowanie, a także inspirowanie (przewodzenie)

oraz kontrolowanie. Urzeczywistnienie tego systemu wymaga jednolitych i zwartych unormowań legislacyjnych – „dobrego prawa".

- ***po czwarte*** – dotychczasowe rozwiązania organizacyjne w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia w ujęciu międzynarodowym – zarówno w RP, jak i innych państwach NATO, UE – mają charakter wewnątrzpaństwowy (narodowy). Rozwiązania stosowane w innych państwach są mało znane w Polsce. Taki stan rzeczy nie rokuje (obecnie) sprawnego współdziałania w razie zaistnienia szczególnie niebezpiecznych zdarzeń w którymś z państw członkowskich. Wskazuje przez to na zasadność prowadzenia wspólnej polityki przygotowań, zmierzających do zaspokojenia wymogów interoperacyjności.

Zwieńczeniem prowadzonych badań jest zaproponowanie przez autora ***modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia RP.*** Przedstawione w nim rozwiązania organizacyjne są determinowane jakościowym i ilościowym poziomem rezerw oraz ich adekwatnością do potencjalnych zagrożeń. W tym celu w rozprawie położono główny nacisk, na interdyscyplinarny charakter procesu prognozowania i planowania tych rezerw (operacyjne i strategiczne) oraz wskazano ośrodki kompetentne i odpowiedzialne za organizację i funkcjonowanie systemu kierowania tymi rezerwami. Oznacza to, że funkcjonowanie systemu zostało podporządkowane przygotowaniu rezerw państwowych służby zdrowia do realizacji funkcji rezerw w sytuacjach wynikających z sytuacji szczególnych zagrożeń.

Zwrócono uwagę na konieczność wsparcia informatycznego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Wsparcie to powinno wpłynąć na sprawność przetwarzania informacji oraz poprawę racjonalności w kształtowaniu struktury asortymentowej rezerw.

BIBLIOGRAFIA

A. *Akty prawne*

1. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* (Dz. U. Nr 78, poz.483).
2. *Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej. Przyjęta przez Radę Ministrów z dnia 4 stycznia 2000 roku.*
   Internet: http://www.mon.gov.pl/start.php?page=1010302000 z dnia 15 grudnia 2003 r.
3. *Strategia obronności Rzeczypospolitej Polskiej. Przyjęta przez Radę Ministrów z dnia 23 maja 2000 roku.*
   Internet: http://www.mon.gov.pl/start.php?page=1010300000 z dnia 15 grudnia 2003 r.
4. *Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej* (Dz. U. Nr 88, poz. 439 z późn. zm.).
5. *Ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów* (Dz. U. z 1999 r. Nr 82, poz. 929 (tekst jednolity).
6. *Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej* (Dz. U. Nr 141, poz. 943 z późn. zm.).
7. *Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o administracji rządowej w województwie* (Dz. U. Nr 91, poz. 577 z późn. zm.).
8. *Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa* (Dz. U. Nr 91, poz. 576 z późn. zm.).
9. *Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym* (Dz. U. Nr 91, poz. 578 z późn. zm.).
10. *Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych*, tekst jednolity: (Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148).
11. *Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi* (Dz. U. Nr 106, poz. 681).
12. *Ustawa z dnia 1 marca 2002 r. o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek im podporządkowanych oraz o zmianie niektórych ustaw* (Dz. U. Nr 25, poz. 253).
13. *Ustawa z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej*, tekst jednolity: (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 205).
14. *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw*, tekst jednolity: (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 197, z późn. zm.).
15. *Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. Nr 113, poz. 1207).
16. *Ustawa z dnia 23 sierpnia 2001 r. o organizowaniu zadań na rzecz obronności państwa przez przedsiębiorców* (Dz. U. Nr 122, poz. 1320 z późn. zm.).
17. *Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej*, tekst jednolity: (Dz. U. Nr 62, poz. 558).

18. *Ustawa z dnia 21 czerwca 2002 r. o stanie wyjątkowym*, tekst jednolity: (Dz. U. Nr 113, poz. 985).

19. *Ustawa z dnia 21 czerwca 2002 r. o stanie wojennym oraz kompetencjach NDSZ i zasadach jego podległości konstytucyjnym organom RP*, tekst jednolity: Dz. U. Nr 156, poz. 1301.

20. *Ustawa o bezpieczeństwie obywatelskim – projekt.*

21. *Uchwała Nr 169 Rady Ministrów z dnia 11 grudnia 1989 r. w sprawie zasad tworzenia rezerw państwowych i gospodarowania tymi rezerwami* (uchylono 26 października 1996 r. przez Radę Ministrów).

22. *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu tworzenia gminnego zespołu reagowania, powiatowego i wojewódzkiego kryzysowego oraz Reagowania Zespołu Koordynacji Kryzysowej i ich funkcjonowania* (Dz. U. Nr 215, poz. 1818).

23. *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 września 1993 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Szefa Obrony Cywilnej Kraju, szefów obrony cywilnej województw i gmin oraz zasad i trybu kierowania, a także koordynowania przez nich przygotowań i realizacji przedsięwzięć obrony cywilnej* (Dz. U. Nr 91, poz. 420).

24. *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania, dysponowania i finansowania rezerw państwowych, kontroli i tworzenia systemu informacyjnego o rezerwach gospodarczych* (Dz. U. Nr 5, poz. 15 z późn. zm.).

25. *Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 marca 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad gospodarki finansowej Agencji Rezerw Materiałowych* (Dz. U. Nr 49, poz. 413).

26. *Zarządzenie Nr 10 Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 stycznia 2002 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Gospodarki* (M.P.02.5.96).

27. *Zarządzenie Nr 161 Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2002 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia* (M.P.02.61.873).

28. *Zarządzenie Nr 2 Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 stycznia 2002 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Obrony Narodowej* (M.P.02.1.29).

29. *Zarządzenie Nr 22 Prezesa Rady Ministrów z dnia 13 lutego 2002 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Finansów* (M.P. 02.8.150 z późn. zm.).

30. *Zarządzenie Nr 75 Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 czerwca 2002 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji* (M.P.02.26.434 z późn. zm.).

31. *Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2003 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw restrukturyzacji systemu rezerw państwowych w zakresie produktów leczniczych i wyrobów medycznych.* Internet: http://www.ifor.wp.pl//img/infor.pl:80/dzienniki_urzedowe/dzienniki_MZ/2003/28.0... z dnia 11. lipca 2003 r.

32. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1996 r. w sprawie nadania statutu Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych* (Dz. U. z 1997 r. Nr 6, poz. 36).

33. *Zarządzenie Wewnętrzne Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1997 r. w sprawie zakresu działania lekarza dyżurnego kraju.*

34. *Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2003 r. w sprawie zakresu czynności Sekretarza stanu oraz Podsekretarzy Stanu w Ministerstwie Zdrowia.* Internet: http://www.mz.g.../index?mr=m11&ms=&l=pl&mi=5&mx=0&mt=&my=120&ma=133 z dnia 15 grudnia 2003 r.

35. *Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2003 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia. Załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2003 r.: Regulamin Organizacyjny Ministerstwa Zdrowia. Internet:* http://www.mz.gov..../slid?mr=m11&ms=&ml=pl&mi=5&mx=0&mt=&my=119&ma=1 z dnia 15 grudnia 2003 r.

36. *Zadania Departamentu Spraw Obronnych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.* Internet: http://www.mpis.gov.pl/null.php?strona=oministerstwie&id=1750 z dnia 16 grudnia 2003 r.

37. *Umowa między Rzeczypospolitą Polską a Republiką Federalną Niemiec o wzajemnej pomocy podczas katastrof i klęsk żywiołowych lub innych poważnych wypadków, sporządzona w Warszawie dnia 10 kwietnia 1997 r.* (M.P.99.22.201).

B. *Literatura zwarta*

1. J. Antoszkiewicz, *Metody heurystyczne*, PWE, Warszawa 1982.

2. J. Abramczyk, E. Przewodzki, *Modele gospodarki obronnej państwa i logistyki „ALFA – K". Modele gospodarki i logistyki państw NATO*, AON 1996.

3. K. Adamiecki, *O nauce organizacji*, PWE, Warszawa 1970.

4. N. Barr, *Ekonomika polityki społecznej*, Wyd. AE w Poznaniu, Poznań 1993.

5. Z. Bolkowska, Cz. Skowronek, *Rezerwy państwowe. Funkcje, organizacja, ekonomika,* Warszawa, 1997.

6. J. Brzeziński, *Metodologia badań psychologicznych*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1997.

7. M. Cieślarczyk, *Metody, techniki i narzędzia badawcze oraz elementy statystyki stosowane w pracach magisterskich i doktorskich*, AON 2003.

8. J. Chaffee, *Potęga Twórczego Myślenia*, Grupa Wydawnicza Bertelsmann, Warszawa 2001.

9. C. Clausewitz, *O wojnie*, Wydawnictwo „TEST", Lublin 1995.

10. *Encyklopedia organizacji i zarządzania*, PWE, Warszawa 1981.

11. B. E. Goetz, *Management Planning and Control*, New York 1949.

12. A. Jay, *Machiavelli i zarządzanie*, PWE, Warszawa 1996.

13. S. Kamiński, *Filozofia i metoda*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1993.

14. S. Kamiński, *Metoda i język*, Towarzystwo naukowe KUL, Lublin 1994.

15. S. Kamiński, *Nauka i metoda pojecie nauki i klasyfikacja nauk*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1992.

16. W. Kitler, *Obrona narodowa Francji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1997.

17. K. Kosecki, *Wybrane problemy organizacji ochrony zdrowia w obronie cywilnej*, skrypt – Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1983.

18. T. Kotarbiński, *Traktat o dobrej robocie*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo, Wrocław 1969.

19. S. Koziej, *Podstawowe problemy strategii i systemu obronności na przełomie XX i XXI wieku*, AON 2002.

20. A. K. Koźmiński, *Współczesne koncepcje zarządzania*, PWN, Warszawa 1985.

21. A. K. Koźmiński, W. Piotrowski, *Zarządzanie: teoria i praktyka*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1996.

22. A. K. Koźmiński A.K., A. M. Zawiślak, *Decyzje*, PWN, Warszawa 1978.

23. B. R. Kuc, *Kontrola w systemie zarządzania*, PWE, Warszawa 1987.

24. M. Maciejczyk, *Systemowe podstawy logistyki*, WAT 1994.

25. J. Marczak, Funkcjonowanie układu pozamilitarnego w czasie kryzysu i wojny, AON 1966.

26. T. Lambert, *Problemy zarządzania. 50 praktycznych modeli rozwiązań,* Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2000.

27. J. Marczak, *Monitoring zagrożeń zagrożeń niemilitarnych RP pk. „Monitor"*, AON 2002.

28. T. Majewski, *Ankieta i wywiad w badaniach wojskowych*, AON 2002.

29. E. Nowak, *Gospodarowanie zasobami majątkowymi*, AON 2002.

30. E. Nowak, *System logistyczny wojsk obrony terytorialnej*, AON 2001.

31. E. Nowak, Z. Kurasiński, *Zadanie naukowe nr 4: Procedury kierowania zabezpieczeniem logistycznym Wojsk Lądowych, sposoby organizacji pracy organów kierowania oraz sposoby dowodzenia jednostkami logistycznymi*, AON 2000 – 2002.

32. K. Obłój, *Strategia organizacji*, PWE, Warszawa 1998.

33. W. Pokruszynski, K. Staszewski, T. Terlikowski, *System bezpieczeństwa publicznego Polski*, AON 1996.

34. T. Pszczołowski, *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo, Wrocław 1978.

35. T. Pszczołowski, *Organizacja od dołu i od góry*, PW Wiedza Powszechna, Warszawa 1978.

36. W. Pytkowski, *Organizacja badań i ocena prac naukowych*, PWN, Warszawa 1985.

37. Z. Sarjusz – Wolski, *Strategiczne zarządzanie zaopatrzeniem*, Agencja Wydawnicza PLACAT 1999.

38. P. Sienkiewicz, *Inżynieria systemów kierowania*, PWE, Warszawa 1988.

39. P. Sienkiewicz, *Podstawy teorii systemów*, AON 1993.

40. J. Skalina, *Projektowanie systemów zarządzania*, AE, Wrocław 1997.

41. Cz. Skowronek, Z. Sarjusz – Wolski, *Logistyka w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 1999.

42. *Słownik poprawnej polszczyzny*, PWN, Warszawa 1980.

43. *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, AON 2002.

44. *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1980.

45. Z. Stachowiak, *Metodyka i metodologia pisania prac kwalifikacyjnych*, AON 2001.

46. W. Stankiewicz, *Nowe trendy we współczesnej logistyce zachodniej*, AON 1995.

47. D. M. Steawart, *Praktyka kierowania: Jak kierować sobą, innymi i firmą*, PWE, Warszawa 1994.

48. J. F. Stoner, Ch. Wankel, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1994.

49. B. M. Szulc, T. Majewski, *Rozwój kompetencji kierowniczych*, AON 2002.

50. J. Święcicki, *Ogólne zasady przygotowania sił i środków cywilnej służby zdrowia do ratowania życia i zdrowia ludzi w sytuacjach nadzwyczajnych i w czasie wojny*, AON – MZ i OS 1999.

51. J. Święcicki, *Ogólne zasady przygotowania sił i środków cywilnej służby zdrowia do ratowania życia i zdrowia ludzi w sytuacjach nadzwyczajnych i w czasie wojny*, AON – MZ 2001.

52. B. Tarasiuk, A. Czarniecki, W. Suwiński, *Kierowanie obronnością państwa w czasie pokoju, kryzysu i wojny*, AON 1998.

53. P. Tyrała, *Kierowanie organizowanie zarządzanie*, Adam Marszałek, Toruń 2001.

54. E. Wiśniewski, K. Jagiełło, J. Nowakowski, *Metodyka wojskowych badań naukowych*, ASG WP 1983.

55. J. Wocial, Cz. Flanek, *System obrony państwa – modele, analizy, koncepcje oceny*, AON 2000.

56. J. Wojnarowski, *Gotowość obronna państwa w systemie bezpieczeństwa narodowego*, AON 2000 r.

57. B. P. Zajdler, *Teoria modelowania i symulacji*, PWN, Warszawa 1984.

C. ***Czasopiśmiennictwo i inne opracowania***

1. *Analiza danych w naukach medycznych i zarządzaniu służbą zdrowia*. Materiały na seminarium organizowane przez StartSoft Polska Sp. z o o 16 października 2000 r. w Warszawie.

2. J. Babula, K. Dorosz, *Rola i miejsce* administracji *publicznej w tworzeniu zasobów dla Sił Zbrojnych RP*, Zeszyt problemowy TWO, 4 (30)/2002.

3. K. Ficoń, *Modelowanie wojskowego systemu logistycznego*, Zeszyty Naukowe AON, Nr 1 (42) 2001.

4. K. Ficoń, *Modelowanie wojskowego systemu logistycznego*, Zeszyty Naukowe AON, Nr 2 (43) 2001.

5. J. Gołębiewski, *Administracja publiczna wobec zadań obronnych państwa (aspekty organizacyjne i prawne)*, Zeszyt problemowy TWO 1 (27)/2002.

6. J. Jeljaszewicz, *Zagrożenie bioterroryzmem na świecie i w Polsce oraz obecny stan wiedzy na temat nowych drobnoustrojów*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 1999.

7. W. Kitler, *Wykorzystanie potencjału pozamilitarnego w czasie kryzysu i wojny*, Myśl Wojskowa, 4/2000.

8. W. Kitler, H. Szafran, *Organizacja (cywilnej) obrony narodowej RP i obrony wspólnej NATO*, Zeszyt problemowy TWO, 1 (32)/2003.

9. J. Konieczny, M. Witt, Z. Muszyński, *Zalecenia organizacyjne do opracowania systemu postępowania w wypadkach masowych według Pan American Health Organization, 1995*, DSO MZ i OS oraz Zakład Med. Katastrof AM w Poznaniu, Warszawa – Poznań 1995.

10. M. Lutostański, *Identyfikacja potencjału rezerw państwowych służby zdrowia*, Myśl Wojskowa, 1/2001.

11. R. Nowakowski, J. Klonowski, *Organizacja zabezpieczenia medycznego katastrof i stanów nagłych*, praca zbiorowa tom CCXXVII, Akademia Medyczna w Łodzi 1997.

12. *Informator Obrony Cywilnej*, Szef Obrony Cywilnej Kraju, Warszawa 1999.

13. *Informacja o stanie systemu rezerw państwowych Ministra Zdrowia wraz z propozycjami kierunkowych zmian*, Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, Warszawa 2000 r.

14. *Kilka uwag o systemie rezerw i funkcjonowania Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych*, Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, Warszawa 1999.

15. Pawłowski J.: *Wybrane problemy bezpieczeństwa RP w kontekście walki z terroryzmem. (Zagrożenia asymetryczne)*, Zeszyt problemowy TWO, 2 (28)/2002.

16. *Sprawozdanie stenograficzne z 48 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu* 9 maja 2003 r. (trzeci dzień obrad), Warszawa 2003.

17. *Strategiczne rezerwy farmaceutyczne w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej*, Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, Warszawa 2003.

18. *System rezerw państwowych dla opieki zdrowotnej. Dylematy strategiczne i podejmowane działania.* Agencja Rezerw Artykułów Sanitarnych, Warszawa 2001.

19. A. Szlachta, *Możliwości utrzymywania zapasów wojennych SZ RP w gospodarce narodowej*, Zeszyty Naukowe AON, Nr 4 (53) 2003.

20. R. Wróblewski, *System kierowania obroną państwa i zarządzanie w sytuacjach kryzysowych*, Myśl Wojskowa 4/2000.

21. *Wojskowy Przegląd Techniczny i Logistyczny*, 1/2003.

22. *Wytyczne w sprawie gospodarki specjalistycznymi rezerwami służby zdrowia*, Zarząd Artykułów Sanitarnych MZ i OS, Warszawa 1986.

ZAŁĄCZNIKI

WYKAZ WYKRESÓW, RYSUNKÓW I TABEL

2.1. Przeznaczenie rezerw państwowych służby zdrowia 29

2.2. Struktura rezerw państwowych służby zdrowia i ich determinanty 30

2.3. Zagrożenia dla zdrowia i życia społeczeństwa, przyczyny powstawania ich i wzajemne oddziaływanie 34

2.4. Źródła prawne w zakresie tworzenia i utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia 37

2.5. Podstawowy podział funkcji rezerw państwowych służby zdrowia – w ujęciu graficznym 42

2.6. Uwarunkowania polityki państwa w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia .. 45

2.7. Kształtowanie polityki państwa w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia 48

2.8. Podział środków budżetowych na rezerwy państwowe 50

3.1. Moduły systemu rezerw państwowych służby zdrowia 63

3.2. Schemat procesu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 65

3.3. Mechanizm zwalniania rezerw państwowych służby zdrowia (*Wariant*) 69

3.4. Organizacja systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 71

3.5. Charakter struktury systemu (organizacji) kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 73

3.6. Umiejscowienie systemu rezerw państwowych służby zdrowia w systemie rezerw państwowych 75

3.7. Umiejscowienie organów kierowania w systemie rezerw państwowych służby zdrowia76

3.8. Struktura funkcjonalna systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 77

3.9. Grupy podmiotowe w systemie rezerw państwowych służby zdrowia 78

3.10. Relacje zewnętrzne w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w procesie planowania 82

3.11. Schemat organizacyjny jednostek uczestniczących w procesie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia do 31. 03. 2002 r. 86

3.12. Schemat organizacyjny jednostek uczestniczących w procesie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia od 01. 04. 2002 r. 87

3.13. Źródła określania procedur obowiązujących w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 89

3.14. Heksogen zadań wymagających określenia procedur postępowania 90

3.15. Procedury ustalania rocznych planów państwowych rezerw mobilizacyjnych służby zdrowia 91

3.16. Przebieg procesu tworzenia (gospodarowania) rezerwami (*Wariant*) 97

3.17. Kompetencje w dysponowaniu (zwalnianiu) rezerw państwowych służby zdrowia (do 31 marca 2002 r.) 105

3.18. Finansowanie rezerw państwowych służby zdrowia z budżetu państwa – na przykładzie 1999 r. 107

3.19. Główne (uniwersalne) czynniki decydujące o poziomie rezerw służby zdrowia 110

3.20. Struktura kierowania obroną narodową w dziedzinie gospodarczej 116

3.21. Organizacja administracji obronnej w dziedzinie zdrowia i opieki socjalnej we Francji 119

4.1. Koncepcja ewolucji systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia ... 124

4.2. Grupy zadań realizowane w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 128

4.3. Proponowany podział rezerw państwowych służby zdrowia 135

4.4. Funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 138

4.5. Usytuowanie i funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 139

4.6. Ogólna struktura systemu informatycznego wspomagającego kierowanie rezerwami państwowymi służby zdrowia (*Wariant*) 140

4.7. Struktura postulatywnego modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia (*Wariant*) 142

4.8. Podział kompetencji i odpowiedzialności jednostek organizacyjnych systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia (*Wariant*) 144

4.9. Relacje funkcjonalne i służbowe w postulatywnym modelu systemu kierowania rezerwami państwowymi służby (*Wariant*) 149

4.10. Procedury prognozowania i planowania rezerw w postulatywnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 152

4.11. Proces gromadzenia rezerw strategicznych i operacyjnych służby zdrowia 154

4.12. Przyczyny zwalniania rezerw państwowych służby zdrowia 156

4.13. Proces decyzyjny związany z użyciem rezerw państwowymi służby zdrowia (*Wariant*) 158

Z-2.1. Główne składniki rezerw państwowych służby zdrowia 175

Z-3.1. Przeznaczenie rezerw państwowych służby zdrowia 176

Z-4.1/T. Wykaz ekspertów (numeryczny) 179

Z-7.1. Rodzaje organizacji 244

Z-7.2. Struktura organizacji 247

Z-7.3. Koncepcja struktury funkcjonalnej systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 249

Z-7.4. Struktura organizacyjna systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 251

ZESTAWIENIE ZAŁĄCZNIKÓW

1. Słownik podstawowych terminów i definicji 173
2. Zestawienie głównych składników rezerw państwowych służby zdrowia (produktów leczniczych i wyrobów medycznych) 175
3. Przeznaczenie rezerw państwowych służby zdrowia 176
4. Badania opinii ekspertów 177
5. Kwestionariusz ankietowy 221
6. Wykaz zasadniczych (wiodących) aktów normatywnych regulujących organizację rezerw państwowych służby zdrowia 243
7. Kalkulacja struktury organizacyjnej systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia 244
8. Schemat struktury organizacyjnej Departamentu Spraw Obronnych w Ministerstwie Zdrowia (1999/2000 r.) 254
9. Sytuacje szczególnych zagrożeń i stany nadzwyczajne 255

Załącznik 1.

SŁOWNIK PODSTAWOWYCH TERMINÓW I DEFINICJI

Ilekroć w dysertacji jest mowa o:

1) ***bezpieczeństwie państwa***[251] - uważa się stan uzyskany w wyniku zorganizowanej ochrony przed możliwymi zagrożeniami, wyrażony stosunkiem potencjału obronnego do skali zagrożeń;
2) ***bezpieczeństwie zdrowotnym*** – rozumie się przez to stan uzyskany w rezultacie efektywnie zorganizowanego systemu zabezpieczenia medycznego państwa przy wykorzystaniu rezerw państwowych służby zdrowia w czasie zagrożeń zarówno militarnych jak i niemilitarnych;
3) ***katastrofie naturalnej, awarii technicznej (także w znaczeniu klęski żywiołowej), sytuacji ekstremalnej lub sytuacji odmiennej od normalnej, sytuacji nadzwyczajnej (sytuacjach szczególnych zagrożeń)*** – ma się na uwadze nagłe, nieprzewidziane lub przewidywane wydarzenie mogące powodować (powodujące) tragiczne skutki, często na znacznym obszarze;
4) ***kooperacji*** ma się na myśli ***kooperację pozytywną*** i/lub ***negatywną***. ***Kooperacja pozytywna*** dotyczy badań spójności wewnętrznej systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, procedur i relacji pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi systemu w działaniach normalnych czasu pokoju (działania operacyjne poprzedzające planowanie, określanie zagrożeń, a także wynikające z tego procesu;
5) kooperacja ***negatywna*** była ukierunkowana na identyfikację środowiska systemu w czasie podejmowania działań związanych z powstałymi szczegółami zagrożeniami i stanami nadzwyczajnymi;
6) ***materiały medyczne*** – uważa się materiały i preparaty opatrunkowe oraz środki do ich mocowania, materiały dezynfekcyjne, chirurgiczne materiały szewne, materiały stomatologiczne, a także półprodukty i wyroby przeznaczone trwałego lub czasowego stykania się z powłokami ciała lub pozostawania w tkankach w celach diagnostycznych lub zapobiegawczych;
7) ***obronności***[252] - ma się na myśli jedną z podstawowych dziedzin działalności państwa,

[251] *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego,* [red.] W. Łepkowski, AON 2002, s. 16.

mającą na celu przeciwdziałanie wszelkiego rodzaju zagrożeniom militarnym;

8) ***rezerwach państwowych służby zdrowia*** – rozumie się przez to *rezerwy produktów leczniczych i wyrobów medycznych*[253] tworzonych przez *organy* określone w ustawie o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw[254] z przeznaczeniem dla wsparcia niewojskowej i wojskowej służby zdrowia (niewojskowa służba zdrowia publiczne i niepubliczne zakłady i ośrodki opieki zdrowotnej);
9) ***służbie zdrowia*** – ma się na myśli jednoznaczną konotację[255] tego określenia dzięki, której jest ono wyjątkowo zrozumiałe i zawiera zarówno sens administracyjny jak również charakter świadczonej pomocy (medycznej);
10) ***środki farmaceutyczne*** – ma się na uwadze leki i surowce farmaceutyczne;
11) ***wsparciu medycznym*** – rozumie się całokształt działań, prowadzonych przez kompetentny organ administracji rządowej, mającej na celu uzupełnienie, funkcjonującej w czasie pokoju (spokoju, w okresie tzw. normalnym) służby zdrowia rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
12) ***wsparciu przez Państwo Gospodarza***[256] (Host Nation Support – **HNS**) – rozumie się cywilną i wojskową pomoc medyczną świadczoną przez RP jako państwo goszczące sojusznicze siły zbrojne oraz organizacje, które stacjonują na terytorium RP, działają na nim lub przemieszczają się przez to terytorium w czasie pokoju, nadzwyczajnych zdarzeń losowych, kryzysu lub konfliktu zbrojnego;
13) ***zestaw(y)*** – ma się na uwadze formę kompletowania rezerw, stosownie do określonej ilości środków farmaceutycznych, materiałów medycznych, sprzętu medycznego, gospodarczego, agregatów prądotwórczych, mebli szpitalnych, pościeli i bielizny szpitalnej.

„Erratis nulla voluntas est" – „działanie pod wpływem błędu nie wyraża woli".

„Nomina sunt odiosa" – „wymienianie nazwisk jest rzeczą niepożądaną".

---

[252] Ibid., s. 83.
[253] *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw*, Dz. U. Nr 90, poz. 404 z późn. zm., art. 2.
[254] Ibid., art. 4 ust.1 i ust. 2 pkt 2.
[255] Konotacja (łac. *con-* = rozum + *nattio* = oznaczenie) log. cechy współoznaczane łącznie przez daną nazwę; zespół cech, których posiadanie sprawia, że odpowiednie przedmioty są desygnatami danej nazwy, *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 381.
[256] Zob., *Słownik terminów*... op. cit., s. 158.

Załącznik 2.

ZESTAWIENIE GŁÓWNYCH SKŁADNIKÓW REZERW PAŃSTWOWYCH SŁUŻBY ZDROWIA (*PRODUKTÓW LECZNICZYCH I WYROBÓW MEDYCZNYCH*)

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. Z-2.1. Główne składniki rezerw państwowych służby zdrowia

PRZEZNACZENIE REZERW PAŃSTWOWYCH SŁUŻBY ZDROWIA

PRZEZNACZENIE REZERW PAŃSTWOWYCH SŁUŻBY ZDROWIA	
REZERW MOBILIZACYJNYCH	**REZERW GOSPODARCZYCH**
1. Przekształcenie bazy szpitalnej; 2. Poszerzenie bazy szpitalnej; 3. Wydzielenie łóżek dla SZ RP; 4. Organizacja OPPM* i ZMSz**.	1. Zabezpieczenie dostaw do Zakładów Opieki Zdrowotnej; 2. Zapewnienie ciągłości dostaw do aptek (zaopatrzenie ludności); 3. Zabezpieczenie potrzeb MON i MSWiA (stany zastrzeżone); 4. Eliminowanie zakłóceń w funkcjonowaniu gospodarki wynikających z zaistnienia sytuacji szczególnych zagrożeń; 5. Zabezpieczenie masowej działalności profilaktycznej; 6. Transakcje koniunkturalne.

* OPPM – Oddziały Pierwszej Pomocy Medycznej;

** ZMSz – Zapasowe Miejsca Szpitalne.

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. Z-3.1. Przeznaczenie rezerw państwowych służby zdrowia

Załącznik 4.

BADANIE OPINII EKSPERTÓW

Badanie opinii dotyczy informacji jawnych

Ankieta prowadzona jest wśród osób o bogatym doświadczeniu z zakresu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Zebrane tą drogą opinie i poglądy – jako wyniki badań – zostaną wykorzystane w pracy nad rozprawą doktorską związaną z doskonaleniem systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej.

Bardzo dziękuję za wyrażone opinie oraz poglądy.

Anonimowość Eksperta będzie zastrzeżona stosownie do Jego życzenia.

Serdecznie dziękuję za okazaną uprzejmość i pomoc.

Płk mgr inż. Marian LUTOSTAŃSKI
Słuchacz studiów doktoranckich

BADANIE OPINII EKSPERTÓW

CEL

Na podstawie opinii zidentyfikować:

1. Mankamenty systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia mające wpływ na efektywność (*sprawność i skuteczność*) tego systemu;
2. Kierunki niezbędnych działań do konstruowania efektywnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

GŁÓWNY PROBLEM BADAWCZY

Jaki wpływ na system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia ma struktura organizacyjna oraz procedury funkcjonowania tego systemu?

ZAŁOŻENIE WSTĘPNE

Efektywne funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia wymaga przede wszystkim przejrzystości relacji i procedur postępowania organów systemu kierowania tymi rezerwami.
Istnieją wątpliwości, czy obowiązujące przepisy prawne zapewniają racjonalną strukturę organizacyjną systemu oraz przejrzystość kompetencji kierowania (*planowania, organizowania, przewodzenia, kontrolowania*), co może mieć wpływ na efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych w czasie pokoju, kryzysu i wojny.

ROZWIĄZANIE PROBLEMU BADAWCZEGO

I. **Dane ogólne**

3. Badania opinii eksperckich prowadzono w okresie od grudnia 2003 r. do kwietnia 2004 r.
4. Uzyskano 17 opinii eksperckich.
5. Eksperci zajmowali różne stanowiska służbowe – patrz *tabela 1.*

„Nomina sunt odiosa".

Tabela Z-4.1/T. Wykaz ekspertów (numeryczny)

Dane ogólne / Numer Eksperta	Rodzaj stanowiska służbowego	Staż pracy na tym stanowisku	Miejsce pracy	Miejsce przeprowadzenia badania opinii
a	b	c	d	e
1	kierownicze	20 lat	instytucja państwowa	instytucja centralna
2	pracownik n – b*	powyżej 10 lat	instytucja państwowa	MON uczelnia wyższa
3	specjalistyczne	8 lat	instytucja państwowa	MON instytucja centralna
4	specjalistyczne	11 lat	instytucja państwowa	MON instytucja centralna
5	specjalistyczne	5 lat	instytucja państwowa	MON uczelnia wyższa
6	pracownik n – b*	powyżej 20 lat	instytucja państwowa	MON uczelnia wyższa
7	kierownicze	5 lat	instytucja państwowa	urząd wojewódzki
8	kierownicze	2 lata	instytucja państwowa	urząd wojewódzki
9	kierownicze	powyżej 10 lat	instytucja państwowa	urząd wojewódzki
10	kierownicze	5 lat	instytucja państwowa	urząd wojewódzki
11	kierownicze	12 lat	instytucja państwowa	urząd wojewódzki
12	kierownicze	6 lat	instytucja państwowa	urząd wojewódzki
13	specjalistyczne	2 lata	instytucja państwowa	urząd wojewódzki

a	b	c	d	e
14	pracownik n – b*	powyżej 10 lat	instytucja państwowa	uczelnia wyższa
15	pracownik n – b*	do 2 lat	instytucja państwowa	uczelnia wyższa
16	kierownicze	10 lat	instytucja państwowa	instytucja centralna
17	specjalistyczne	do roku	instytucja państwowa	instytucja centralna

* pracownik n – b - pracownik naukowo – badawczy

II. **Cele badania**

Uzyskanie opinii eksperckiej na temat:

1. Mankamentów systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia mających wpływ na efektywność (sprawność i skuteczność) tego systemu;
2. Kierunków niezbędnych działań do konstruowania efektywnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

III. **Treść badania**

Eksperta zapoznano z tematem, celami i problemami badawczymi dysertacji opracowywanej przez autora.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (1)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Do głównych mankamentów obecnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia można zaliczyć:

a) wyraźny brak sprecyzowania celów strategicznych realizacji, którym powinny służyć rezerwy;

b) brak zdefiniowania zagrożeń, będących podstawą do formowania rezerw;

c) przestarzała struktura rzeczowa rezerw.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Za podstawowe determinanty uzasadniające posiadanie przez państwo rezerw służby zdrowia należy uznać:

- po pierwsze - potrzebę ochrony życia i zdrowia obywateli w przypadku nadzwyczajnych zagrożeń;

- po drugie - cele ściśle obronne (militarne).

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

System kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia powinien tak funkcjonować, aby była zapewniona ochrona życia i zdrowia obywateli w przypadku wystąpienia nadzwyczajnych zagrożeń, spowodowanych między innymi, działaniami terrorystycznymi, czego nie można wykluczyć i lekceważyć, a także klęskami żywiołowymi i epidemiami. Zdarzenia tego typu, swoją gwałtownością, zasięgiem i rozmiarem skutków mogą ograniczyć, i to w sposób znaczący, możliwości funkcjonującej w czasie normalnym służby zdrowia w zakresie świadczenia pomocy medycznej.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania - według Pana opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

System kierowania powinien charakteryzować się, po pierwsze: ścisłym i jasnym podziałem kompetencji i odpowiedzialności organów państwowych: ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewodów, Agencji Rezerw Państwowych, a także samorządów; po drugie: ustalonymi, jasnymi dla wszystkich uczestników systemu, procedurami postępowania; po trzecie: optymalnym stopniem koncentracji miejsc utrzymywania rezerw – obecnie występuje nadmierne rozproszenie.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, aby zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Podkreślić należy, iż zmiany regulacji prawnych w zakresie kierowania rezerwami są niezbędne. Zmian wymaga ustawa o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw (w pierwszej kolejności). Wskazany akt prawny powinien precyzować między innymi, zadania i funkcje organów państwowych, a także innych uczestników systemu oraz określać obszary do precyzyjnego regulowania poprzez rozporządzenie (w oparciu o stosowne delegacje). Ponadto, akty prawne powinny zawierać szczegółowe procedury – opracowane na podstawie uzgodnień i relacji organów państwowych i innych uczestników systemu kierowania rezerwami.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Tak. Znajomość rozwiązań przyjętych przez inne państwa może być przydatna do doskonalenia rozwiązań rodzimych.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (2)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

O obecnym systemie można powiedzieć, że:

- jest „rozmyty" instytucjonalnie;

- generuje dodatkowe koszty;

- wykazuje małą (niską) wydolność z punktu widzenia realizacji swoich statutowych zadań.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Zasadnicze powody utrzymywania rezerw przez państwo wynikają:

- po pierwsze – „z ubezpieczenia państwa" na wypadek wystąpienia stanów niezamierzonych;

- po drugie – wypełniania roli państwa;

- po trzecie – instrument interwencjonizmu w gospodarkę.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

W mojej ocenie do głównych zadań systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia należy zaliczyć:

- scalanie działań wszelkich podmiotów funkcjonujących w obszarze rezerw;

- ponoszenie odpowiedzialności za całokształt zagadnień związanych z rezerwami;

- gromadzenie i przetwarzanie informacji o rezerwach oraz ich odpowiednie wykorzystywanie.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania – według Pana opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Według mnie struktura organizacyjna tego systemu powinna być funkcjonalna, ponadto: jasna w odbiorze, oszczędna w funkcjonowaniu, trwała w różnych stanach i zdolna przetwarzać informację.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, aby zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Istnieje potrzeba nowych uregulowań prawnych w zakresie rezerw, takich, które by porządkowały i uściślały: jednostki organizacyjne uczestniczące w systemie, ich zadania, kompetencje, współpracę, podległość i procedury.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Rozwiązania są podobne, jednakże dostrzeganie wprowadzanych zmian w tym zakresie jest zasadne.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (3)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Problem tworzenia systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia to temat niechciany, odkładany przez kolejne ekipy rządzące. Sprowadzał się dotychczas do tworzenia lub likwidacji jednych struktur w miejsce innych. Natomiast problem zasadniczy, kto i za co odpowiada jest nierozstrzygnięty, jak również nie rozstrzygnięte są zasady finansowania.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Rezerwy państwowe służby zdrowia powinny zabezpieczyć minimalne (niezbędne) potrzeby wynikające z:

a) *realnych możliwości wystąpienia klęsk żywiołowych lub awarii przemysłowych;*
b) *przyjętych zobowiązań jako państwo – gospodarz (HNS) w ramach NATO;*
c) *potencjalnych zagrożeń atakami terrorystycznymi w kraju;*
d) *udziału polskich jednostek wojskowych w misjach stabilizacyjnych poza granicami kraju, np. PKW w Iraku, Afganistanie, Bośni, Kosowie, itp.*

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

Moim zdaniem główne zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia to:

1) spowodowanie, aby system był przejrzysty, z jasnym zakresem kompetencji i odpowiedzialności poszczególnych jego uczestników;

2) sprecyzowanie zasad ponoszenia kosztów z tytułu przechowywania rezerw;

3) wyłączenie ministra właściwego do spraw finansów publicznych z procesu decyzyjnego w sprawie tworzenia rezerw i spowodowanie, aby odpowiadał on za zabezpieczenie środków finansowych na tworzenie i utrzymywanie przez państwo niezbędnych rezerw;

4) wskazanie jednego organu koordynującego (kierującego) całością problematyki rezerw państwowych służby zdrowia (tworzenia, gospodarowania, systemu informacyjnego, uruchamiania), w tym przygotowywania podstaw prawnych funkcjonowania systemu i jego struktury organizacyjnej. Zadanie to mogłaby wykonywać wyspecjalizowana komórka organizacyjna organu, który tworzy rezerwy państwowe służby zdrowia.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania - według Pana opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Na początek zasadnicza uwaga dotycząca systemu obecnego i jego struktury organizacyjnej. System jest nieczytelny, o czym wspomnieliśmy wcześniej, a jego struktura, po włączeniu zadań jednostki gospodarującej rezerwami służby zdrowia (ARAS - zlikwidowana) do zadań ARM jeszcze mniej funkcjonalna niż była przed likwidacją ARAS. Ponadto błędem było – według mnie – połączenie zadań związanych z rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych z zadaniami dotyczącymi rezerw materiałowych (paliwo, żywność itp.). Lepszym rozwiązaniem byłoby zmniejszenie stanu osobowego organu zarządzającego rezerwami medycznymi (dawna ARAS) i pozostawienie go poza strukturą ARM. Taki skrót jest niezgodny z zasadami przyjętymi w państwach NATO, gdzie wojskowa służba zdrowia kieruje i nadzoruje proces gromadzenia i przechowywania rezerw. Bezpośrednie komórki organizacyjne tej służby podlegają organom dowódczym (nie logistycznym). Skraca to drogę realizacji decyzji, stanowi priorytet w procesie zabezpieczenia jednostek. Ta zasada powinna obowiązywać także w systemie przechowywania rezerw państwowych (samodzielny organ podporządkowany premierowi – nadzorowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia). Natomiast procedury i relacje powinny być zrozumiałe i wynikać z ustawy.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, by zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia wymaga nowelizacji wielu ustaw, w tym ustawy o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw i wydanych na ich podstawie rozporządzeń wykonawczych. W mojej ocenie zawarcie i rozstrzyganie problematyki rezerw państwowych służby zdrowia powinno mieścić się w jednej spójnej ustawie i wydanym, na jej podstawie,

rozporządzeniu. Obecne rozproszenie regulacji prawnych, ograniczających niejednokrotnie funkcjonowanie systemu, nie służy skuteczności systemu. Natomiast koncentracja zapisów w jednym, merytorycznym akcie prawnym dawałaby obraz funkcjonowania systemu i pozwalałaby na efektywniejsze doskonalenie go.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Każde państwo posiada własne rozwiązania, stosownie do uwarunkowań społeczno – politycznych, położenia geograficznego oraz możliwości finansowych. Przyjmowanie rozwiązań z innych państw świadczyć może o braku osób kompetentnych do rozwiązywania problemów. Przyjmowane rozwiązania obce między innymi w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych, społecznych oraz zasad prywatyzacji majątku przyniosły bardzo złe efekty dla gospodarki kraju i ludności. Sądzę, że posiadamy nie mniejsze doświadczenia w tematyce przechowywania rezerw i należy je wykorzystać w budowie polskiego systemu.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (4)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Według mnie nie do przyjęcia są relacje pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a ministrem właściwym do spraw gospodarki oraz ARM. Relacje między tymi jednostkami organizacyjnymi nie sprzyjają właściwemu planowemu działaniu w zakresie utrzymania, gromadzenia i gospodarowania rezerwami służby zdrowia – gestorem rezerw jest minister właściwy do spraw zdrowia, zaś gospodaruje nimi ARM, która podlega ministrowi właściwemu do spraw gospodarki. Mając na uwadze, występujące w czasie pokoju niejasności organizacyjne i kompetencyjne w systemie kierowania rezerwami, można mieć przekonanie, że w czasie kryzysu i wojny (kiedy potrzebne są szybkie i skuteczne decyzje) realizacja zadań może być mało efektywna. Trudno wyobrazić sobie uzgadnianie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia z ministrem właściwym do spraw gospodarki, gdy nie będzie na to czasu.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Posiadanie przez państwo rezerw służby zdrowia wynika z potrzeby zwiększenia skuteczności działania służby zdrowia w sytuacjach kryzysowych a zwłaszcza w czasie wojny. Asortyment produktów leczniczych, który jest niezbędny w sytuacjach kryzysowych (np. w czasie epidemii) i w czasie wojny, w okresie pokoju jest rzadko stosowany. Powoduje to sytuację, w której państwo nie jest w stanie zaspokoić potrzeb z zapasów bieżących hurtowni, aptek i producentów, ponieważ zapasy znajdujące się tam są stosunkowo niewielkie. Zaspokajanie potrzeb w takich sytuacjach jest możliwe jedynie poprzez uruchomienie zapasów utrzymywanych w rezerwach państwowych.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

Według mnie podstawowymi zadaniami systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest określenie potencjalnych zagrożeń, zgromadzenie rezerw, które będą w stanie zaspokoić potrzeby ludności i sił zbrojnych wynikających z tych zagrożeń oraz posiadanie możliwości natychmiastowego i sprawnego uruchamiania tych rezerw, a także szybkiego ich odnawiania w sytuacjach nadzwyczajnych.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania - według Pana opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Struktura organizacyjna powinna być prosta, z jasnymi kompetencjami i odpowiedzialnością. Procedury i relacje powinny wynikać z unormowań prawnych oraz powinny zapewniać sprawne uruchamianie rezerw. Organem odpowiedzialnym za stan rezerw, zarówno pod względem asortymentowym, jak i ilościowym oraz jakościowym, powinien być minister właściwy do spraw zdrowia. Jemu powinna podlegać także jednostka gospodarująca rezerwami. Minister ten powinien odpowiadać również za uruchamianie rezerw. Rezerwy powinny być wydawane na podstawie decyzji, na wniosek podległej mu, wyspecjalizowanej komórki organizacyjnej. Decyzję o zwolnieniu rezerw realizować powinien podmiot utrzymujący rezerwy (gospodarujący nimi) stosownie do zawartych w decyzji dyspozycji (potrzeb podsystemu pozamilitarnego i/lub militarnego).

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, by zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

W mojej ocenie nowelizacji powinna być poddana ustaw o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw. Ustawa ta powinna wskazywać ministra właściwego do spraw zdrowia jako organ odpowiedzialny za system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia oraz zawierać delegacje dla tego ministra do wydania rozporządzenia w sprawie organizacji systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Moim zdaniem wszelkie rozwiązania obowiązujące w innych państwach winny być przeanalizowane pod kątem możliwości ich zastosowania w naszym kraju. Nie należy ich „na siłę" próbować wprowadzić ich w Polsce. Za takim podejściem przemawiają polskie realia (możliwości budżetowe państwa, relacje zachodzące między jednostkami uczestniczącymi w systemie). W mojej ocenie wydaje się wątpliwe, aby w Polsce udało się zastosować „kalkę" chociażby najlepszego systemu innego państwa, bowiem jego pełne zastosowanie może napotkać na bariery finansowe i organizacyjne, których nie da się usunąć.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (5)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Główne niedomagania obecnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia to:

2) mnogość instytucji uprawnionych do tworzenia rezerw, utrzymywania, kontroli i niejasny system finansowania;

3) niejednolite kompetencje ministrów:

- minister właściwy do spraw gospodarki jest koordynatorem wykonywania zadań przez ARM, kontroluje ją;

- minister właściwy do spraw zdrowia odpowiada za tworzenie rezerw służby zdrowia, którymi gospodaruje ARM;

- Prezes ARM ustala plany rzeczowe i finansowe, gromadzi rezerwy, przechowuje, wymienia...

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Jest co najmniej kilka ważnych przesłanek uzasadniających potrzebę posiadania przez państwo rezerw produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz wyposażenia wyrobów medycznych (rezerwy służby zdrowia), należą do nich:

a) potencjalne zagrożenia zdrowia i życia ludzkiego wynikające z siły natury (masowe choroby) oraz człowieka (ataki terrorystyczne z użyciem broni biologicznej, chemicznej, a także licznie występujące awarie przemysłowe); b) okresowe niedomagania systemu ochrony zdrowia i konieczność utrzymania ciągłości zaopatrzenia ludności oraz wsparcia gospodarki – przemysłu farmaceutycznego);

c) możliwość zaistnienia zakłóceń w gospodarce narodowej wywołanej nieprzewidzianymi zdarzeniami, zagrożeniami – potrzeba eliminowania i/lub łagodzenia ich.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

Głównymi zadaniami systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia są: planowanie rzeczowe i finansowe rezerw; utrzymywanie, gromadzenie, wymiana, przechowywanie rezerw; kontrola rezerw; angażowanie w utrzymywanie rezerw (za pomocą odpowiednich bodźców) podmiotów gospodarczych.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania - według Pana opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Obecny system kierowania rezerwami wymaga uproszczenia kompetencji. Rozstrzygnąć należy, czy minister właściwy do spraw zdrowia powinien odpowiadać za tworzenie i utrzymywanie rezerw – według zapotrzebowania właściwych w sprawie organów, a one powinny nimi dysponować, czy też powierzyć temu ministrowi całość kompetencji związanych z problematyką rezerw państwowych służby zdrowia (od tworzenia, poprzez gospodarowanie do uruchamiania). Możliwa jest także modyfikacja rozwiązań kompetencyjnych, w ten sposób, że za rezerwy gospodarcze odpowiadałby minister właściwy do spraw gospodarki, natomiast za rezerwy mobilizacyjne minister właściwy do spraw zdrowia. W moim przekonaniu taki podział nie byłby jednak najlepszy. Skłaniam się do przyjęcia (w tym zakresie) rozwiązań podobnych, jakie mają Francuzi. Rozwiązania ich polegają na tym, że za tworzenie i utrzymywanie rezerw, w tym gospodarowanie nimi odpowiada minister właściwy do spraw gospodarki, zaś minister właściwy do spraw zdrowia ustala potrzeby i dysponuje (uruchamia) rezerwami.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, by zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

W mojej opinii problematykę rezerw państwowych służby zdrowia powinny być regulowane ustawą i stosownymi rozporządzeniami. Ważnym jest, aby zawierały one niezbędne i precyzyjne regulacje w tym zakresie, z uwzględnieniem finansowania i procedur gospodarowania, a także, aby regulacje te stanowiły system motywacyjny (zachęt) do utrzymywania rezerw przez podmioty gospodarcze. Przy konstruowaniu rozwiązań prawnych należy również zwrócić uwagę, aby system rezerw był niezależny od interesów gospodarczych sfery rynkowej, szczególnie w zakresie rezerw mobilizacyjnych.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Tak. Wskazane jest korzystanie z rozwiązań innych państw, oczywiście, jeśli są one lepsze od rozwiązań naszych. Moim zdaniem struktura zarządzania rezerwami we Francji jest godna uwagi.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (6)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Do głównych mankamentów obecnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia można zaliczyć:
- po pierwsze - niejasną strukturę organizacyjną;
- po drugie - małą precyzyjność regulacji prawnych w zakresie odpowiedzialności organów za funkcjonowanie systemu rezerw państwowych służby zdrowia, w tym za system kierowania, poziom jakościowy i ilościowy oraz strukturę rezerw, jak również finansowanie przedsięwzięć związanych z utrzymywaniem rezerw.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Podstawowymi determinantami powodującymi, że państwo tworzy rezerwy oraz podejmuje szereg przedsięwzięć, w tym organizacyjnych i wymagających ponoszenia wydatków związanych z ich utrzymywaniem i przygotowaniem do wykorzystania, są (ogólnie) zagrożenia militarne i niemilitarne.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

Zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia wiążą się ściśle z przygotowaniem rezerw do wsparcia opieki medycznej (funkcjonującej w czasie normalnym) w sytuacjach nadzwyczajnych. Wymaga to dobrze funkcjonującej organizacji, zdolnej do identyfikowania zagrożeń i przygotowania niezbędnych rezerw oraz sprawnego ich wykorzystania.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania - według Pana opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

System kierowania może mieć strukturę nieetatową, jednakże powinna ona być wyraźnie sformalizowaną organizacją (relacje funkcjonalne, procedury postępowania we wszystkich podejmowanych w systemie przedsięwzięciach) o jasno zdefiniowanej odpowiedzialności uczestników i z wyraźną rola kierownika.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, by zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

W mojej ocenie powinna ulec nowelizacji obowiązująca ustawa o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliw. Nowelizacja powinna spowodować sprecyzowanie zadań i funkcji uczestników systemu kierowania rezerwami oraz wskazać kierownika, a także obszary do uregulowania w drodze rozporządzenia - z uwzględnieniem wszystkich sposobów realizacji przedsięwzięć (procedur postępowania).

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Tak. Rozwiązania przyjęte przez inne państwa mogą służyć doskonaleniu systemu rodzimego.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (7)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Wymienić należy kilka, według mnie istotnych, mankamentów omawianego systemu, należą do nich: a) brak szczegółowych (precyzyjnych) rozwiązań prawnych w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia; b) wielość podmiotów realizujących zadania z zakresu rezerw (ministrowie, ARM, wojewodowie, marszałkowie województwa, starostowie oraz prezydenci miast, burmistrzowie); c) wskazanie wojewody, jako odpowiedzialnego za gospodarowanie rezerwami ministra zdrowia (na terenie województwa) nie służy efektywności systemu, ponieważ wojewoda nie jest ani właścicielem rezerw ani organem założycielskim dla jednostek służby zdrowia przechowujących rezerwy.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Potrzeba posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia wynika z konieczności właściwego zabezpieczenia potencjału służby zdrowia na potrzeby ludności w sytuacjach kryzysowych. Okres powodzi w 1997 r. oraz innych, o mniejszej skali zdarzeń (zagrożeń), wykazał zasadność istnienia rezerw. Z rezerw tych korzystała nie tylko ludność cywilna, ale także służby ratownicze i formacje obrony cywilnej. Rezerwy te są tworzone i utrzymywane także z powodu potencjalnych zagrożeń militarnych.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

Głównym zadaniem systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest przygotowanie rezerw do sprawnego wykorzystania do ratowania życia i zdrowia obywateli, a także na potrzeby obronne (militarne). Poprzedzone to powinno być trafnym rozpoznaniem zagrożeń i przygotowaniem rezerw oraz procedur działania w sytuacjach nadzwyczajnych.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania - według Pana opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

System kierowania powinien charakteryzować się występowaniem organu, który byłby odpowiedzialny za jego funkcjonowanie. Jednostki uczestniczące w nim powinny znać procedury (użycia, zwolnienia, likwidacji, finansowania). Procedury powinny być jasne i umożliwiać sprawne załatwienie sprawy. Organ gospodarujący rezerwami powinien być ich właścicielem. Uczyniłoby to system sprawniejszym i elastyczniejszym. Obecnie wojewoda chcąc przenieść lub zlikwidować rezerwy musi występować do ministra właściwego do spraw zdrowia, a także powiadomić ARM i organy założycielskie. Ponadto wojewoda gospodaruje rezerwami na obszarze województwa nie będąc ani ich właścicielem ani organem założycielskim jednostek uczestniczących w przechowywaniu rezerw. Moim zdaniem uwłaszczenie wojewody rezerwami i uczynienie samorząd terytorialny odpowiedzialnym za gospodarowanie tymi rezerwami oraz przygotowanie ich do wykorzystania na wypadek sytuacji nadzwyczajnej pozwoliłoby zoptymalizować racjonalność wykorzystania rezerw na potrzeby ludności w sytuacjach kryzysowych.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, by zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Podkreślam istotę rozwiązań ustawowych i zwracam uwagę na uszczegóławianie funkcji, zadań i procedur w aktach niższego rzędu (rozporządzeniach). Rozporządzenie powinno wyczerpywać regulacje w zakresie warunków i sposobów przygotowania ochrony zdrowia do potrzeb obronnych państwa i właściwości organów w tych sprawach.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Sądzę, że znajomość przyjętych rozwiązań przez inne państwa może być przydatna do doskonalenia rozwiązań rodzimych.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (8)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

W mojej ocenie w tworzeniu rezerw i gospodarowaniu nimi uczestniczy zbyt duża liczba podmiotów. Ponadto organ tworzący rezerwy – minister właściwy do spraw zdrowia – wykazuje zbyt małe zainteresowanie utrzymywaniem rezerw i koordynacją gospodarki rezerwami. Utrzymują się niedostateczne nakłady na utrzymywanie i modernizację rezerw (koszty utrzymywania rezerw w szpitalach ponoszą głównie te jednostki organizacyjne).

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Główne powody posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia wiążą się z zagrożeniami militarnymi (ogólnie) i niemilitarnymi. Istotne zagrożenia wynikać mogą również z szerzącego się coraz bardziej terroryzmu. Do ważnych zagrożeń niemilitarnych zaliczyć należy klęski i katastrofy wynikające z uprzemysłowienia, rozwoju transportu, a także z anomalii pogodowych.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

Najważniejszymi, według mnie, zadaniami spoczywającymi na systemie kierowania tymi rezerwami jest analiza potrzeb i możliwości w zakresie rezerw (wyniki uwzględniać w procesie tworzenia i utrzymywania rezerw) oraz opracowywanie procedur tworzenia i uruchamiania oraz rozwijania rezerw.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania – według Pana opinii – zapewnią niezbędna efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Struktura organizacyjna powinna być dwupoziomowa – pierwszy poziom stanowić powinny jednostki centralne, natomiast drugi poziom wojewódzki (terenowy). Poziom

pierwszy miałby za zadanie zabezpieczać potrzeby wynikające z bezpieczeństwa państwa (obronne). Zadaniem poziomu drugiego byłoby zapewnienie bezpieczeństwa ludności na obszarze województwa. Na każdym z poziomów powinny być opracowane procedury funkcjonowania systemu kierowania rezerwami od planowania rezerw do ich użycia. Poziom centralny powinien spełniać także rolę zabezpieczenia poziomu wojewódzkiego (w razie zagrożeń przewyższających możliwości wojewódzkie).

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, aby zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Aby zarządzanie rezerwami było skuteczne konieczne są jasne uregulowania ustawowe z delegacją do doprecyzowania ich w drodze rozporządzenia. Regulacje te muszą uwzględniać przejrzysty sposób finansowania realizacji zadań wynikających z tworzenia i utrzymywania rezerw.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Nie mam wiedzy na ten temat.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (9)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Uważam, że w systemie kierowania rezerwami należy wyszczególnić dwie zasadnicze jego części, tj.:

1) kierowanie gromadzeniem i przechowywaniem rezerw;

2) kierowanie procesem uruchamiania i wykorzystania majątku rezerw w sytuacji kryzysowej.

Kierowanie rezerwami w pierwszym przypadku jest utrudnione m.in. przez to, że nie ma jasnej struktury organizacyjnej i jasnych zasad funkcjonowania systemu, a w nim jego uczestników. Według mnie nie dobrze jest, iż jednostka tworząca rezerwy nie nadzoruje jednostki wyspecjalizowanej w gospodarowaniu rezerwami (ARM podlega pod innego ministra). Nie dobrze jest także, iż do zadań związanych z gospodarowaniem rezerwami tworzonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia (podpisywaniem umów z przedsiębiorcami na przechowywanie rezerw i ich rotację) wskazani (zobligowani) są wojewodowie (art. 7 pkt 1 ustawy o administracji rządowej w województwie). Bowiem do gospodarowania tymi rezerwami jest powołana ARM i ona uzyskuje m.in. na ten cel dotacje budżetowe. Ponadto nie jest to zgodne z zapisami ustawy merytorycznej o rezerwach państwowych ...(art. 8). Wskazać należy także, iż finansowanie zadań wynikających z umów podpisywanych z przedsiębiorcami przez wojewodę dofinansowuje działalność ARM, ponieważ poprzez działalność tą wzrasta wartość majątku (rezerw), natomiast środki pochodzące z jego sprzedaży (dokonywane przez ARM) nie wracają do wojewody lecz zasilają budżet ARM (ukryta forma dodatkowego dofinansowania agencji ze środków publicznych). W tej części kierowania utrudnione jest także prowadzenie kontroli, do której są upoważnione organy tworzące rezerwy, każdy w zakresie swego działania, ARM może być kontrolowana prze Ministra Gospodarki, natomiast wojewoda, mimo że podpisuje umowy o przechowywanie rezerw Ministra Zdrowia z SPZOZ - ami,

rezerw tych nie tworzy. Ponadto obowiązujące uregulowania prawne nie są dostosowane do potrzeb na poziomie województwa.

Drugi natomiast element kierowania rezerwami jest związany z potrzebą szybkiego uruchamiania w każdej sytuacji kryzysowej. Jednakże centralne kierowanie tym procesem (obecnie) nie może efektywnie spełnić tego wymogu. W tym celu przepisy normujące problematykę rezerw powinny uwzględniać wojewodów, a także starostów, prezydentów miast na prawach powiatu, jako kompetentnych do użycia rezerw. Do sprawnego użycia wymagane są także dokładne procedury i ustawowe uregulowania, z uwagi na fakt, że szpitale nie podlegają pod wojewodę.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Główne determinanty tworzenia i utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia wiążą się z koniecznością:

- po pierwsze - materiałowego i sprzętowego wsparcia działań w ochronie zdrowia zarówno w sytuacji nagłego i krótkiego jak również długotrwałego kryzysu (o różnym podłożu);

- po drugie - zmniejszenia kosztów niezbędnych do nagłego poszerzania bazy łóżkowo - szpitalnej i możliwości leczniczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa ludności;

- po trzecie – wykonywania zadań przez szefów obrony cywilnej związanych z udzielaniem poszkodowanym pomocy, nie tylko w zakresie świadczenia pomocy medycznej (np.: koce, pościel, ręczniki, bielizna, itp.).

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

Moim zadaniem do najważniejszych zadań systemu kierowania należy:

- umiejętne kształtowanie systemu, organizowanie i dostosowanie go, także pod względem prawnym, do sytuacji gospodarczej, administracyjnej kraju (włączanie niezbędnych z punktu widzenia sprawnego działania systemu jednostek samorządowych, prywatnych przedsiębiorstw, producenci, apteki, hurtownie, niepubliczne ZOZ),

- ustalanie standardów w zakresie potrzeb, określanie i przestrzegania procedur,

- określenie kierownika (koordynatora) systemu na poziomie województwa (wojewoda, zarząd województwa),

- określenie roli ZOZ - ów (publicznych i niepublicznych) w systemie – w zakresie utrzymywania rezerw,

- dążenie do pełnej kompatybilności ze strukturami ratownictwa medycznego i szpitalnego.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania – według Pana opinii – zapewnią efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Moim zdaniem minister właściwy do spraw zdrowia powinien być organem odpowiedzialnym za kształtowanie systemu kierowania rezerwami służby zdrowia. Powinien on określać standardy i procedury obowiązujące w systemie (całym - z uwzględnieniem województw) oraz być odpowiedzialnym za utrzymywanie rezerw centralnych, a także koordynować gromadzenie rezerw u producentów.

Agencja do spraw rezerw (nazwa do ustalenia) powinna być odpowiedzialna za organizowanie utrzymania rezerw centralnych (systemu magazynowania), gospodarowanie nimi i przygotowanie ich do użycia. Powinna podlegać Ministrowi Zdrowia.

Wojewodowie (lub zarządy województw) – powinni być odpowiedzialni za: ustalanie potrzeb rezerw i ich tworzenie w województwie z uwzględnieniem potrzeb powiatów (miast na prawach powiatów), koordynację typowania miejsc przechowywania rezerw (według sporządzonych i akceptowanych planów), finansowanie na poziomie województwa, prowadzenie ewidencji magazynowej oraz bazy danych o zapasach w hurtowniach. Wnioskują o wsparcie rezerwami Ministra Zdrowia (centralnymi) w określonych sytuacjach, kierują wykorzystaniem rezerw i rozliczają gospodarkę rezerwami na poziomie województwa.

Starostowie (prezydenci miast na prawach powiatu) powinni odpowiadać za: określenie potrzeb dla powiatu, przejmowanie rezerw od wojewodów, podpisywanie i realizację umów związanych z magazynowaniem rezerw, wnioskują o środki do wojewodów, przy ich pomocy finansują zadania realizowane przez ZOZ – y, rozliczają i kontrolują realizację zadań przez ZOZ – y.

ZOZ – y (inni przedsiębiorcy – apteki, hurtownie farmaceutyczne, producenci produktów leczniczych i wyrobów medycznych) powinni być odpowiedzialne za utrzymywanie zapasów oraz rezerw produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Zapasy powinny być finansowane ze środków własnych, rezerwy wg umów cywilnoprawnych. Producenci

powinni być objęci realizacją zadań opartych na przepisach dotyczących nieczynnych mocy produkcyjnych i remontowych.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, aby zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Moim zdaniem należałoby zmienić ustawę o ZOZ - ach w ten sposób, aby mogły one zgodnie z prawem realizować zadania związane z rezerwami i pozyskiwać z tego tytułu środki. Obecna ustawa nie obejmuje takich zadań, ani możliwości pozyskiwania środków z takiej działalności nie są w niej uwzględnione. ZOZ – y (obecnie) mogą uzyskiwać dotację, jednakże środki uzyskiwane z przechowywania rezerw stanowią zapłatę). Ponadto zadania ZOZ – om może zlecać organ nadzorujący (wojewoda nie jest dla nich takim organem, więc nie ma takich uprawnień. Ważnym jest także, aby w ustawie o ZOZ – ach znalazł się zapis, że kierownik ZOZ – u to przedsiębiorca w rozumieniu ustawy o rezerwach państwowych ...

W ustawie o rezerwach państwowych... powinny znaleźć się zapisy określający precyzyjnie rolę każdego uczestnika systemu i jego hierarchię w systemie, a także wprowadzić podobne rozwiązania w zakresie rezerw produktów leczniczych i wyrobów medycznych jakie występują w zapasach obowiązkowych paliw. Uwzględnić Narodowy Fundusz Zdrowia do dofinansowania ZOZ – ów za wykonywane zadania w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia oraz uwzględnić starostów (prezydentów na prawach powiatów) jako główny organ planistyczny i nakładający zadania w zakresie rezerw w powiecie.

W ustawie o zamówieniach publicznych powinien znaleźć się zapis, że jej przepisy nie obejmują rezerw państwowych służby zdrowia.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Tak, przy czym ze względu na brak szczegółowych informacji o stosowanych tam rozwiązaniach trudno wskazać najodpowiedniejszy do zastosowania w naszym kraju.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (10)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

W mojej ocenie źródłem niedomagania obecnego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest brak przejrzystego prawa, z którego powinien wynikać, dla każdego uczestnika systemu, zakres działań (zadań) związany z gromadzeniem rezerw, ich utrzymywaniem i finansowaniem. Wskazać należy, iż do Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie są przysyłane wytyczne Ministra Zdrowia, które zawierają zadania - mają formę zadaniową, zamiast ustaleń, jak dane zadania należy realizować.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Służba zdrowia jest angażowana do usuwania skutków wszystkich rodzajów zagrożeń. Inaczej należy podchodzić do zagrożeń militarnych a inaczej do niemilitarnych. Zasadniczym czynnikiem determinującym potrzebę posiadania rezerw służby zdrowia jest: - czas potrzebny na wyposażenie służby zdrowia w sprzęt medyczny, środki opatrunkowe, leki, w przypadku jej mobilizacyjnego rozwinięcia na okres zewnętrznego zagrożenia państwa lub w czasie „P";
- zdolności gospodarcze państwa w zaspokajaniu zwiększonych potrzeb służby zdrowia – zagrożeń (mobilność przemysłu farmaceutycznego).

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

W mojej ocenie głównymi zadaniami systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia są:
- określanie wielkości i rozmieszczenia rezerw w państwie, następnie w województwach (na podstawie wniosków z oceny zagrożenia);

- określanie zakresu kompetencji, obowiązków organów administracji publicznej, zakładów służby zdrowia w zakresie utrzymywania, rotacji rezerw oraz ich finansowania;

- *zdecentralizowanie uprawnień w zakresie użycia rezerw.*

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania – według Pana opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Struktura organizacyjna systemu kierowania powinna być funkcjonalna i powinni ją tworzyć:

- Minister właściwy do spraw zdrowia, do którego obowiązków powinno należeć: przygotowywanie i zgłaszanie propozycji rozwiązań prawnych, planowanie obronne, określanie standardów utrzymywania oraz przechowywania i rotacji rezerw, przygotowanie propozycji budżetowych i podział środków na utrzymanie i gospodarowanie rezerwami (w tym rotację) – według czytelnych zasad, wspieranie jednostek przechowujących rezerwy w zakresie konserwacji, np. drobnicy chirurgicznej;

- wojewoda z zadaniami: współuczestniczenia w planowaniu obronnym dotyczącym służby zdrowia, rozdzielania środków z budżetu państwa (otrzymanych) na utrzymywanie rezerw w służbie zdrowia, a także kontrola ich wydawania;

- marszałek województwa i starosta z zadaniami: współuczestniczenie w planowaniu obronnym, w zakresie dotyczącym zakładów, jest organem założycielskim, prowadzenie ewidencji materiałowych rezerw, nadzorowanie rotacji i warunków przechowywania rezerw, przydzielanie jednostkom nadzorowanym środków pochodzących z budżetu państwa (poprzez wojewodę) oraz kontrolowanie gospodarowania środkami publicznymi;

- wójt, burmistrz z zadaniami: szczegółowego planowania obronnego w zakresie zapasowych miejsc szpitalnych (ZMSz), ogólnego planowania dotyczącego elementów powiatowych oraz nakładanie świadczeń osobistych i rzeczowych.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, aby zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Według mnie obecne rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie rezerw ... jest zbyt ogólne a powinno określać: standardy utrzymywania, przechowywania i rotacji rezerw (uzupełnione instrukcją); wielkość rezerw w rozbiciu na województwa a nie wielkość globalną (dla kraju); dysponowanie rezerwami – kto i w jakich okolicznościach może

podejmować decyzję o zwolnieniu rezerw (decentralizacja podejmowania decyzji – wojewoda, starosta powinien mieć kompetencje do samodzielnego zwalniania rezerw w określonych sytuacjach – bez uzgodnień z Ministrem Zdrowia).

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Nie znam szczegółów dotyczących przechowywania rezerw służby zdrowia w innych państwach, natomiast interesującym byłoby poznanie tego zagadnienia w kilku państwach tej samej wielkości, co Polska i o tym samym poziomie gospodarki.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (11)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Obecny system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia cechuje się nieefektywną strukturą organizacyjną – brak zależności (więzi, relacji) pomiędzy organem tworzącym rezerwy a organem zarządzającym tymi rezerwami jest tego ewidentnym przykładem.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Do głównych powodów tworzenia rezerw zaliczyć należy możliwość wystąpienia zdarzeń, których konsekwencją może być gwałtowny wzrost liczby osób wymagających pomocy medycznej, przekraczającej możliwości służby zdrowia funkcjonującej wg zasad gospodarki rynkowej.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

Głównymi zadaniami systemu powinno być:
a) zidentyfikowanie zagrożeń i przygotowanie odpowiednich rezerw i procedur oraz norm usług medycznych i niezbędnych produktów;
b) zapewnienie standardu jakościowego oraz ilościowego tworzonych i utrzymywanych rezerw.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania – według Pana opinii – zapewniają efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Funkcjonujący obecnie system planowania potrzeb przygotowań obronnych w służbie zdrowia, w ramach programowania mobilizacji gospodarki jest właściwy. Natomiast system tworzenia i gospodarowania rezerwami jest wielkim nieporozumieniem. ARM nie

tylko, że nie podlega pod Ministra Zdrowia, to samodzielnie prowadzi gospodarkę finansową w zakresie zmian wielkości i struktury rezerw oraz ich wymiany (tworzonych przez wskazanego ministra). Taka sytuacja powoduje, że przechowywane rezerwy nie są odnawiane stosownie do postępu technicznego, technologicznego i cywilizacyjnego.
Ponadto przyjęte założenia, wg których zakłady opieki zdrowotnej, przechowujące rezerwy i mające dokonywać ich rotacji, nie wytrzymują próby czasu. Zakłady te nie są w stanie wywiązać się z zadań w obowiązującej gospodarce rynkowej (rachunku ekonomicznego). W mojej ocenie dalsze utrzymywanie rezerw w zakładach opieki zdrowotnej nie jest celowe. Alternatywą mogłoby być np. przekształcenie ARM w podmiot gospodarczy, dokonujący działalności obejmującej ciągły obrót składnikami rezerw a jednocześnie zachowujący wymagany poziom ilościowy i asortymentowy. Taki podmiot mógłby mieć swoje oddziały terenowe rozmieszczone proporcjonalnie do potrzeb na terenie całego kraju.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, aby zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Koncepcja zawarta powyżej wymaga nowych uregulowań prawnych określających jasno kompetencje i zakres odpowiedzialności uczestników systemu oraz procedury postępowania.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Nie są mi znane rozwiązania przyjęte w innych państwach.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (12)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Obecny system charakteryzuje się brakiem właściwego planowania, przykładem na to mogą być trudności w opracowaniu Programu Mobilizacji Gospodarki (PMG).

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Według mnie istnieją dwa zasadnicze powody tworzenia i utrzymywania rezerw państwowych służby zdrowia, pierwszy dotyczy możliwości powstania sytuacji kryzysowych zarówno pochodzenia militarnego, jak i niemilitarnego, które mogą spowodować zapotrzebowanie na pomoc medyczną, nie możliwą do zapewnienia przez służbę zdrowia, funkcjonującą w czasie normalnym, natomiast drugi (wiąże się z pierwszym) żadne przedsiębiorstwo (zakład produkcyjny) nie jest w stanie wytworzyć i przeznaczyć do użytku (do likwidacji zagrożeń) w krótkim czasie takiej ilości produktów leczniczych i wyrobów medycznych, która skutecznie zapobiegałaby zagrożeniom lub ich ograniczaniu i likwidacji.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

Kierowanie procesem tworzenia rezerw, gospodarowanie rezerwami, w tym finansowanie i rotację ich oraz przygotowanie do użycia. Określanie zadań dla poszczególnych jednostek organizacyjnych, zakresów odpowiedzialności i procedur postępowania w całym procesie z potencjalnymi sytuacjami włącznie. Poszukiwanie racjonalnych rozwiązań i wdrażanie ich w życie.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania – według opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Struktura powinna być funkcjonalna i jasna w odbiorze z określeniem kompetencji uczestników i wyraźną rolą kierownika (koordynatora zadań i działań jednostek uczestniczących). Według mnie za efektywność systemu powinien odpowiadać Minister Zdrowia.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, aby zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Rozporządzenie RM w sprawie rezerw powinno określać zadania oraz strukturę organizacyjną (układ organizacyjny i relacje między uczestnikami systemu), a także wszystkie procedury postępowania (sposób realizacji przedsięwzięć) w systemie. Regulacje prawne powinny dokładnie określać sposób finansowania zadań wykonywanych w zakresie rezerw (przeznaczenie środków). Aktualne przepisy prawne w tym względzie są mało precyzyjne.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Nie znam rozwiązań obowiązujących w innych państwach w tym względzie.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (13)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pani opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Według mnie zbyt wiele jednostek organizacyjnych uczestniczy w tworzeniu rezerw i gospodarowaniu nimi. Natomiast występuje wyraźny brak koordynatora ich działań. Przyczynia się to do nieodpowiedniego finansowania i uaktualniania utrzymywanych rezerw państwowych służby zdrowia.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pani opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Moim zdaniem posiadanie rezerw państwowych jest wynikiem uwzględniania realności powstania zagrożeń militarnych, zagrożeń terrorystycznych (w tym bioterrorystycznych) i niemilitarnych (zależnych i niezależnych od działalności człowieka).

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pani za główne?

Zadania systemu kierowania rezerwami to planowanie oraz tworzenie rezerw i wynikające z tego, w szczególności nadzorowanie przyrostu i zmiany struktury rezerw. Jego funkcjonowanie ma zapewnić ochronę życia i zdrowia obywateli w sytuacjach wystąpienia zagrożeń.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania – według Pani opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Ze struktury organizacyjnej powinny wynikać kompetencje i odpowiedzialność poszczególnych jednostek organizacyjnych w systemie. Na czele systemu powinien stać Minister Zdrowia (kierownik systemu), jemu powinni podlegać wojewodowie – jako zarządzający rezerwami i kontrolujący ZOZ-y oraz ARM, której zadaniem byłoby utrzymywanie rezerw (gospodarowanie, w tym rotowanie i finansowanie oraz kontrola).

Wojewodom i ARM powinny podlegać jednostki przechowujące rezerwy (w zakresie rezerw).

5. Jakie uregulowania prawne – według Pani opinii – są konieczne, aby zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Konieczne jest uregulowanie ustawowe udziału jednostek organizacyjnych w systemie kierowania rezerwami z określeniem zadań i struktury organizacyjnej (podległości), natomiast w aktach niższego rzędu (na podstawie delegacji ustawowych) obszary do precyzyjnego uregulowania z uwzględnieniem procedur postępowania, w tym w zakresie rotacji rezerw i finansowania ich. Obecny sposób finansowania jest bardzo niejasny.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Brak mi konkretnej wiedzy na temat rozwiązań stosowanych w innych państwach NATO.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (14)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

W tworzeniu rezerw, gospodarowaniu nimi i ich utrzymywaniu w stanie użycia (w każdej chwili) powinno uczestniczyć zdecydowanie mniej jednostek koordynujących. Winny one być zarządzane etatową, merytorycznie kompetentną jednostką organizacyjną.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Rezerwy przeznaczone dla służby zdrowia (cywilnej i wojskowej) na czas katastrof i wypadków ekstremalnych o szerokim zasięgu (wojskowe głównie związane z celami militarnymi) muszą być gromadzone w ramach programów mobilizacji gospodarki i są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania służby zdrowia.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

Organizowanie zaopatrzenia materiałowego na czas katastrof i stanów nagłych z uwzględnieniem trzech podstawowych źródeł pokrycia przewidywanych potrzeb materiałowych dla zakładów i jednostek służby zdrowia, organizowanych zgodnie z planami obronnymi:

- zasobów służby zdrowia czasu pokojowego;

- rezerw państwowych specjalistycznych służby zdrowia gromadzonych w czasie pokoju i podległych Ministrowi Zdrowia;

- dostaw w czasie kryzysu i wojny w ramach programu mobilizacji gospodarki.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania – według Pana opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Obecną strukturę organizacyjną określają obowiązujące uregulowania prawne. Struktura ta jest niejasna. Proponuję, aby struktura była etatowa z wyraźną rolą kierownika systemu i relacjami pomiędzy poszczególnymi uczestnikami systemu oraz procedurami postępowania.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, aby zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Aby system kierowania mógł efektywnie funkcjonować powinna ulec znowelizowaniu ustawa o rezerwach państwowych w taki sposób, aby cel systemu, jego zadania oraz struktura organizacyjna znalazły pełne w niej odzwierciedlenie (powinny być określone).

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Tak. Rozwiązania stosowane przez inne państwa w przygotowaniu rezerw i zarządzaniu nimi jest zasadne (Niemcy, Norwegia, Dania, Wielka Brytania).

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (15)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Brak nadzoru organu tworzącego rezerwy nad jednostką gospodarującą tymi rezerwami. Kierowanie rotacją rezerw oraz ograniczone możliwości kontroli.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Rezerwy przeznaczone dla służby zdrowia są niezbędne do zabezpieczenia ewentualnych strat sanitarnych o szerokim zasięgu, powstałych w wyniku działań wojennych i innych masowych zagrożeniach, spowodowanych kataklizmami oraz działalnością terrorystyczną.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

Organizowanie systemu (kierowanie nim), rozpoznawanie potencjalnych warunków ekstremalnych, ich ocena i dostosowywanie do tego ilości i rodzaju asortymentu oraz możliwie najdogodniejsze rozmieszczenie go w terenie.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania – według Pana opinii – zapewnią efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Obecna struktura organizacyjna opisana w obowiązujących aktach prawnych wymaga reorganizacji. Struktura powinna być jasna z wyraźną rolą kierownika i relacjami pomiędzy uczestnikami systemu.

5. Jakie uregulowania prawne według Pana opinii – są konieczne, aby zarządzani rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Aktualne rozwiązania prawne są mało precyzyjne, zatem wymagają doprecyzowania. Powinien być powołany system kierowania rezerwami (najlepiej etatowy) z jasnymi kompetencjami jednostek w nim uczestniczących i procedurami postępowania.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

Rozwiązania stosowane przez inne państwa w przygotowaniu rezerw i zarządzaniu nimi są godne uwagi. Szczególnie zasadne byłoby przeanalizowanie rozwiązań niemieckich, norweskich, duńskich czy brytyjskich.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (16)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Obecnie można stwierdzić, że jest barak takiego systemu. Utrzymywane są rezerwy utworzone zgodnie ze zgłoszonymi potrzebami MON i MSW i A. W rezerwach gospodarczych utrzymywane są produkty lecznicze i wyroby medyczne utworzone na podstawie doraźnych decyzji Ministra Zdrowia. Brak systemu skutkuje niejasnymi zasadami funkcjonowania procesu tworzenia rezerw i gospodarowania nimi, w tym dystrybucji rezerw w sytuacjach ekstremalnych, zarówno dla lecznictwa otwartego i zamkniętego, jak również innych potencjalnych odbiorców rezerw.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Główne determinanty tworzenia i posiadania przez państwo rezerw to:
- zagrożenia bezpieczeństwa i obronności państwa konfliktem zbrojnym oraz zagrożeniami terrorystycznymi, które w obecnym czasie mogą się nasilać;
- zagrożenia klęskami żywiołowymi i możliwością wystąpienia masowych epidemii na obszarach nimi objętymi;
- możliwość wystąpienia klęsk ekologicznych i skażenia środowiska naturalnego;
- zadania realizowane przez państwo gospodarza.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

W mojej ocenie są to:
- szybkość oceny kategorii i rozmiaru zagrożeń lub ich charakteru;
- wypracowanie decyzji i wdrożenia najbardziej optymalnego scenariusza działań ratowniczych lub pomocniczych.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania – według Pana opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Według mnie słusznym byłby dwustopniowy system tworzenia i utrzymywania rezerw służby zdrowia. I-wszy – stopień na poziomie wojewódzkim – nastawiony na likwidację lub zagrożenia specyficzne dla danego obszaru kraju i możliwości wystąpienia tam zagrożeń lokalnych oraz realizacji zadań zleconych, np. dla Sił Zbrojnych RP. II-gi stopień – centralny – stanowiący rezerwy strategiczne państwa i rezerwy wsparcia zagrożonych regionów.

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, aby zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Przepisy prawne obowiązujące obecnie powinny być zmienione. Nowa ustawa o rezerwach państwowych powinna uwzględniać zmiany gospodarczo – polityczne zachodzące w gospodarce narodowej, zmiany administracyjne oraz zmiany własnościowe w systemie opieki lekarskiej. Ustawa ta powinna zawierać delegacje określające obszary do uszczegółowienia w postaci rozporządzeń przez Ministra Zdrowia – w zakresie tworzenia rezerw, zasad ich utrzymywania i finansowania oraz dystrybucji w sytuacjach wymagających ich użycia.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami – według Pana opinii – jest zasadne?

Tak, ponieważ większość zagrożeń, szczególnie o charakterze militarnym i zagrożeń atakami terrorystycznymi jest lub może być zbieżne. Po wejściu Polski do UE i funkcjonowaniu wspólnego rynku, w tym również farmaceutycznego zapewne zbliży zasady tworzenia wykazu podstawowych lub specjalistycznych leków i materiałów medycznych, które będą utrzymywane w rezerwach jak również zasady ich rotacji i wymiany asortymentowej.

PROTOKÓŁ Z BADANIA OPINII EKSPERTA (17)

Ekspertowi zadano następujące pytania:

1. Jakie niedomagania – według Pana opinii – istnieją w obecnym systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?

Obecnie trudno mówić o niedoborach ponieważ brak jest takiego systemu.

2. Jakie zasadnicze determinanty – według Pana opinii – powodują potrzebę posiadania przez państwo rezerw służby zdrowia?

Zasadnicze powody tworzenia i utrzymywania przez państwo tych rezerw to:

- katastrofy, klęski żywiołowe;

- wojny, konflikty zbrojne;

- epidemie.

3. Jakie zadania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia uznaje Pan za główne?

W mojej ocenie głównymi zadaniami systemu kierowania rezerwami są:

1) tworzenie rezerw;

2) gospodarowanie = przechowywanie oraz rotacja;

3) nadzorowanie Agencji Rezerw Materiałowych w zakresie rezerw medycznych;

4) doskonalenie procedur związanych z zarządzaniem rezerwami:

- czytelność odpowiedzialności,

- prostota i szybkość przepływu informacji (decyzji),

- procesy poddane audytowi.

4. Jaka struktura organizacyjna, procedury i relacje w systemie kierowania – według Pana opinii – zapewnią niezbędną efektywność zarządzania rezerwami produktów leczniczych i wyrobów medycznych?

Struktura organizacyjna systemu rezerw medycznych powinna być częścią całej struktury REZERW PAŃSTWOWYCH. Podobnie jak całość REZERW PAŃSTWOWYCH struktura organizacyjna rezerw państwowych służby zdrowia winna być dwuszczeblowa. I-wszy

szczebel = wojewódzki, na którym winny być utrzymywane rezerwy o charakterze ogólnym i specjalistycznym dla danego regionu. II-gi szczebel = centralny winien utrzymywać rezerwy strategiczne do wsparcia I-go szczebla i wysokospecjalistyczne (uniwersalne dla całego terytorium Polski).

5. Jakie uregulowania prawne – według Pana opinii – są konieczne, aby zarządzanie rezerwami państwowymi służby zdrowia było efektywne?

Konieczna jest nowa ustawa o rezerwach państwowych, która umożliwi Ministrowi Zdrowia wydanie rozporządzeń dotyczących tworzenia rezerw i gospodarowania nimi oraz zwalniania i rotacji rezerw medycznych.

6. Czy wykorzystywanie w RP rozwiązań stosowanych przez inne państwa NATO w przygotowaniu i zarządzaniu rezerwami medycznymi – według Pana opinii – jest zasadne?

W mojej ocenie, jeżeli Polska wstąpi do UE (a tak będzie z pewnością) należy liczyć się z możliwością zmian w problematyce rezerw państwowych.
Żywność, lekarstwa itp. – będą musiały spełniać wymogi UE pod względem jakości i przechowywania jak również dystrybucji po ewentualnym zwolnieniu. Dlatego też rezerwy państwowe Polski będą dostosowywane do unijnych.

Wnioski

1. Badanie opinii ekspertów przeprowadzono w centralnych i terenowych jednostkach administracji państwowej.
2. Opinię swoją wyraziło 17 ekspertów (długoletnich pracowników jednostek organizacyjnych, których zadaniem było planowanie rzeczowe i finansowe w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia, gromadzenie rezerw, gospodarowanie nimi, a także wykonywanie innych zadań związanych z przechowywaniem tych rezerw).
3. Eksperci źle oceniają obecny system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.
4. Eksperci twierdzą zgodnie, że głównymi mankamentami badanego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest niejasna struktura organizacyjna (niektórzy uważają, że obecnie nie ma struktury organizacyjnej) i niejasny podział zadań oraz kompetencji wśród jednostek organizacyjnych, co rozmywa odpowiedzialność i destrukcyjnie wpływa na racjonalność funkcjonowania systemu.

5. Eksperci wskazują na konieczność opracowania i wprowadzenia nowych regulacji prawnych, które precyzyjnie określą zadania i funkcje poszczególnych jednostek systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, relacje pomiędzy nimi oraz sposoby (procedury) postępowania przy wykonywaniu przynależnych im zadań.

6. System kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia powinien:

- składać się z wyraźnie określonych jednostek kierujących i wykonujących zadania w zakresie rezerw;
- posiadać sprawny zespół prognostyczno – planistyczny (rzeczowo – finansowy);
- wyraźnie określać jednostkę odpowiedzialną za gromadzenie oraz gospodarowanie rezerwami;
- posiadać przejrzysty system finansowania (obecny jest niejasny a ograniczone środki poważnie utrudniają zarządzanie rezerwami);
- dokonać nowego podziału rezerw (np. Dwustopniowego: wojewódzkie i strategiczne).

7. Eksperci nie precyzują, które rozwiązania stosowane przez inne państwa w zakresie rezerw służby zdrowia należałoby zastosować w polskim systemie (z powodu niepełnej wiedzy na ten temat), jednakże zwracają uwagę, że działania w tym obszarze powinny być zbieżne. Ułatwi to integrację działań w razie wystąpienia zagrożeń, których skutki przewyższą możliwości przeciwdziałania pojedynczych państw.

Załącznik 5.

KWESTIONARIUSZ ANKIETOWY

Ankieta jest anonimowa i dotyczy informacji jawnych

Ankieta kierowana jest do osób zajmujących się problematyka rezerw państwowych służby zdrowia (rezerw produktów leczniczych i wyrobów medycznych) oraz związanych z niesieniem świadczeń medycznych w sytuacjach ekstremalnych.

Przy pomocy ankiety zamierza się osiągnąć dwa podstawowe cele:

1. Uzyskać opinię o obowiązujących regulacjach prawnych i ich wpływie na efektywność systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia w czasie pokoju.
2. Zidentyfikować występujące mankamenty prawne i organizacyjne, których usunięcie podniesie sprawność i skuteczność systemu.

Mając powyższe na uwadze zwracam się do Pani/Pana z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania zamieszczone w kwestionariuszu ankiety.

Będę wdzięczny również za dodatkowe wypowiedzi i sugestie – zgodne z Pani/Pana przekonaniem i krótkie ich uzasadnienie.

Zebrane wyniki badań zostaną wykorzystane w rozprawie doktorskiej.

Serdecznie dziękuję za okazaną uprzejmość i pomoc.

Płk mgr inż. Marian LUTOSTAŃSKI
Słuchacz studiów doktoranckich

PYTANIA ANKIETOWE

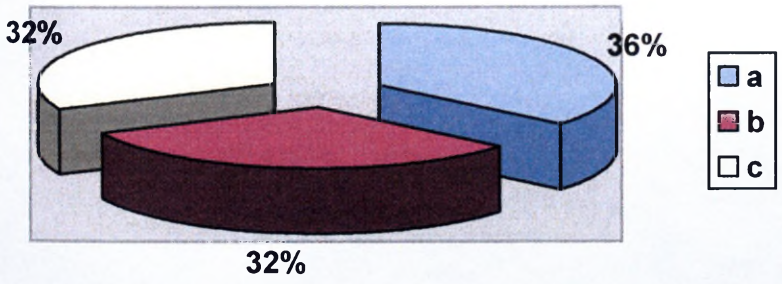
UWAGA WSTĘPNA

Na każde pytanie ankietowe oczekiwana jest tylko jedna odpowiedź. Dziękuję.

1. **Na jakim stanowisku służbowym wykonuje (wykonywała/wykonywał) Pani/Pan obowiązki służbowe?**

   - a) kierownicze – prezes ARM, dyrektor departamentu/biura, naczelnik, kierownik wydziału (zastępcy oraz inne równorzędne lub wyższe);
   - b) specjalistyczne – główny specjalista, specjalista (inne równorzędne);
   - c) inne stanowisko ..... .

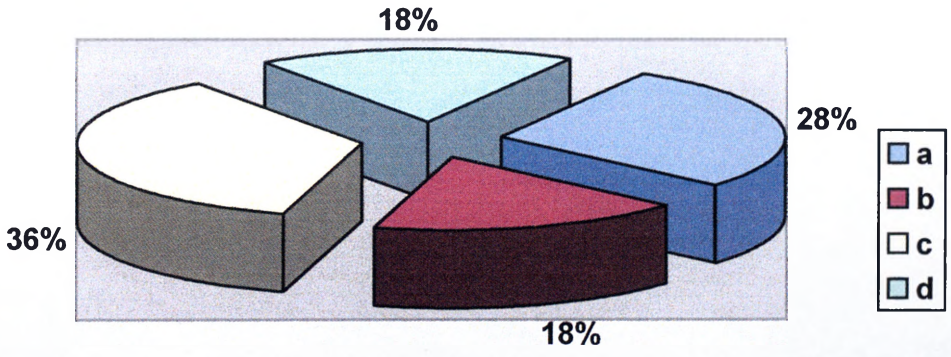
Wyniki badania:



2. **Jak długo wykonuje (wykonywała/wykonywał) Pani/Pan obowiązki w administracji państwowej samorządowej?**

- a) do 5 lat;
- b) od 6 do 10 lat;
- c) powyżej 10 lat;
- d) powyżej 20 lat.

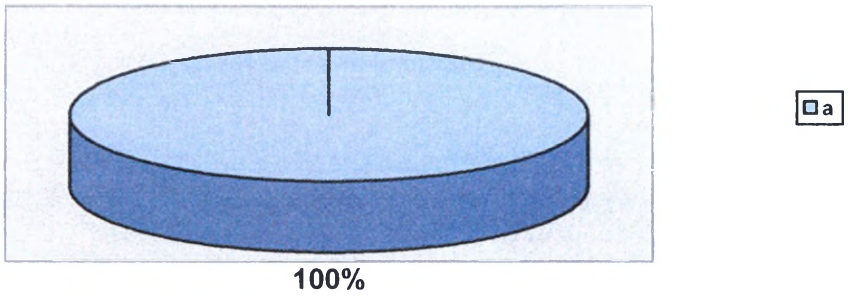
Wyniki badania:



3. **Czy – Pani/Pana zdaniem – zawsze państwo powinno posiadać rezerwy państwowe służby zdrowia (rezerwy produktów leczniczych i wyrobów medycznych)?**

- a) tak, z przyczyn militarnych i niemilitarnych;
- b) nie, utrzymywanie rezerw absorbuje więcej kosztów niż może przynieść korzyści;
- c) utrzymywanie rezerw jest zbyteczne.

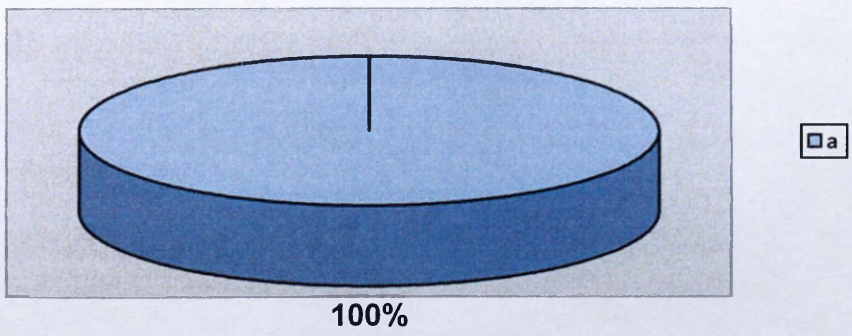
Wyniki badania:



4. **W tworzeniu rezerw, gospodarowaniu nimi i przygotowaniu ich do użycia uczestniczą różne jednostki organizacyjne. Czy – Pani/Pana zdaniem – *koordynacja* przedsięwzięć (proces integrowania zadań i działań tych jednostek) ma wpływ na sprawność („*robienie rzeczy we właściwy sposób*") i skuteczność („*robienie właściwych rzeczy*") tworzenia rezerw państwowych służby zdrowia?**

- a) koordynacja zadań i działań jednostek uczestniczących w tworzeniu rezerw jest niezbędna;
- b) działania jednostek uczestniczących w tworzeniu rezerw nie wymagają koordynacji;
- c) koordynacja przedsięwzięć uczestników tworzenia rezerw obniża efekty działalności.

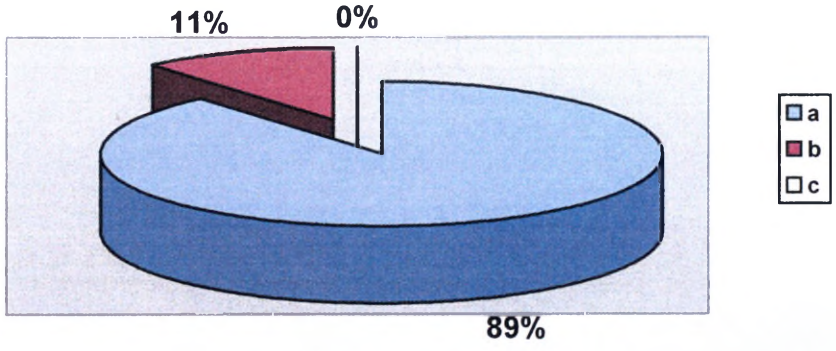
Wyniki badania:



5. **W jaki sposób – Pani/Pana zdaniem – państwo może zapewnić sobie sprawne i skuteczne przygotowanie oraz wykorzystanie zgromadzonych rezerw w potencjalnych sytuacjach ekstremalnych?**

- a) powołując system kierowania rezerwami, zapewniający *racjonalne* (rozsądne, przemyślane i planowe) gromadzenie rezerw, gospodarowanie nimi oraz przygotowanie ich do użycia;
- b) posiadając odpowiedni program i plan działania;
- c) przeznaczając odpowiedniej wielkości środki finansowe na gromadzenie rezerw.

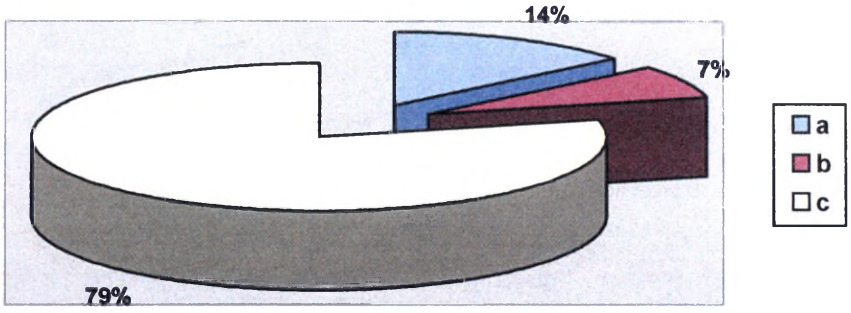
Wyniki badania:



6. **Jaką – Pani/Pana zdaniem – organizacją powinien być system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?**

- a) nieetatową, ale z wyraźnie sformalizowaną organizacją (o jasno zdefiniowanej odpowiedzialności uczestników systemu z wyraźną i widoczną rolą kierownika);
- b) nieetatową i niekoniecznie sformalizowaną;
- c) etatową.

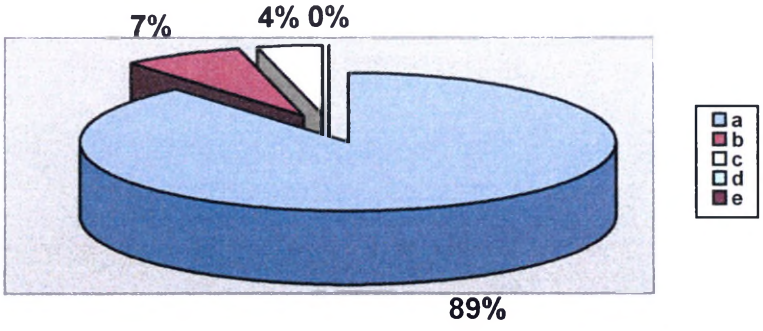
Wyniki badania:



7. **Kto – Pani/Pana zdaniem – powinien tworzyć system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, koordynować jego zadania i działalność w celu sprawnego osiągnięcia celów systemu i być *odpowiedzialnym* za jego efektywność?**

- a) minister właściwy do spraw zdrowia;
- b) minister właściwy do spraw gospodarki;
- c) Minister Obrony Narodowej;
- d) minister właściwy do spraw wewnętrznych;
- e) szef Obrony Cywilnej Kraju.

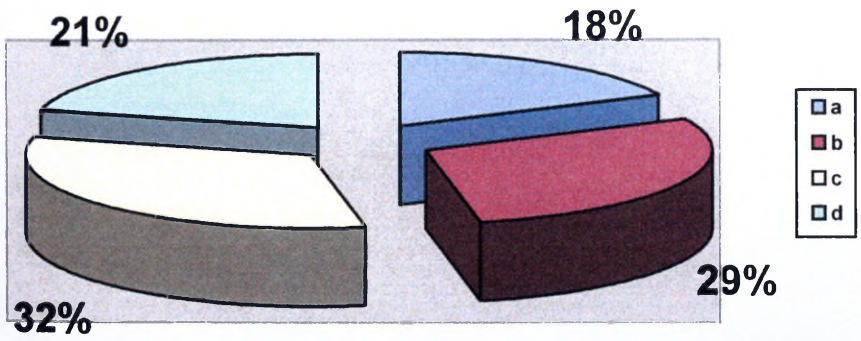
Wyniki badania:



8. **Który – Pani/Pana zdaniem – organ administracji rządowej powinien być *właścicielem* rezerw państwowych służby zdrowia?**

- a) organ odpowiedzialny za funkcjonowanie systemu kierowania tymi rezerwami;
- b) organ odpowiedzialny za gospodarowanie tymi rezerwami;
- c) organ odpowiedzialny za gospodarowanie rezerwami polegały bądź nadzorowany przez organ odpowiedzialny za funkcjonowanie systemu kierowania tymi rezerwami;
- d) każdy organ powinien być właścicielem rezerw tworzonych przez siebie;
- e) potencjalny odbiorca rezerw (np. MON, MSW i A), każdy w swoim zakresie.

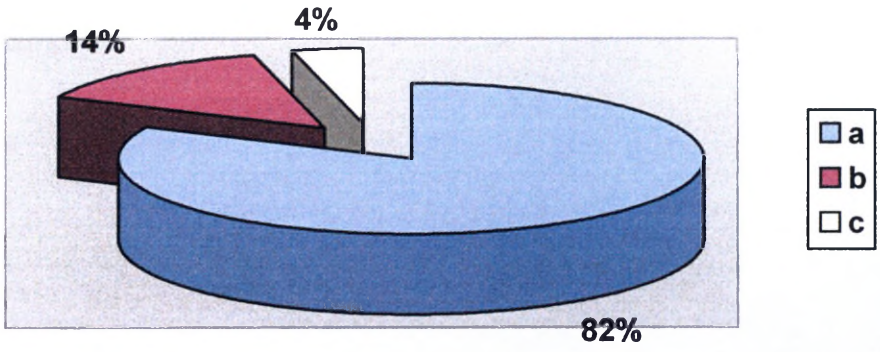
Wyniki badania:



9. **Czy – Pani/Pana zdaniem – aby system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia mógł efektywnie funkcjonować, jego *cel, zadania* oraz *struktura organizacyjna* (układ organizacyjny i relacje pomiędzy wszystkimi uczestnikami systemu, w tym organami administracji terenowej, samorządowej) powinny być *określone* w przepisach prawa?**

- a) tak, w ustawie;
- b) tak, w rozporządzeniu Rady Ministrów;
- c) regulacje powinny być określone w przepisach organizacyjnych, wewnętrznych.

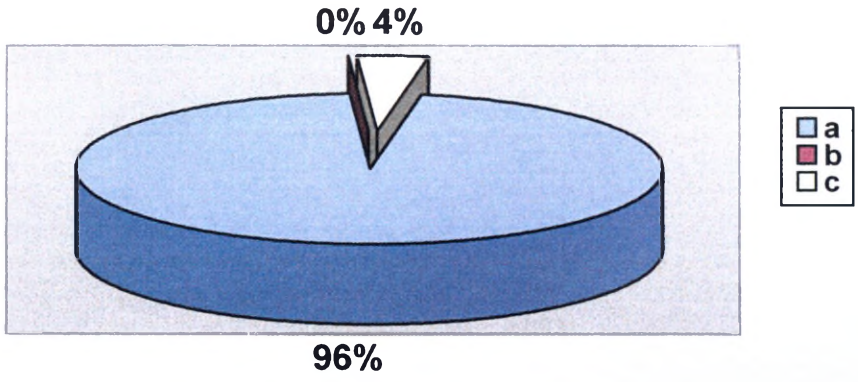
Wyniki badania:



10. **Czy – Pani/Pana zdaniem – wszystkie *procedury* postępowania (sposób realizacji przedsięwzięć) w systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia powinny być określone w przepisach prawa?**

- a) powinny być określone wszystkie procedury;
- b) moim zdaniem powinny być określone następujące procedury;
- c) moim zdaniem nie ma potrzeby określania procedur postępowania.

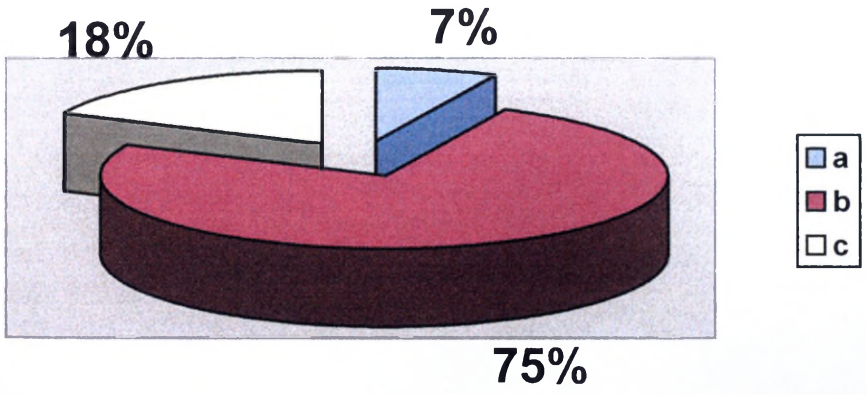
Wyniki badania:



11. **Czy – Pani/Pana zdaniem – brak nadzoru organu tworzącego rezerwy państwowe służby zdrowia nad organem zarządzającym tymi rezerwami *sprzyja* efektywność systemu kierowania rezerwami?**

- a) brak takiego nadzoru nie ma wpływu na efektywność systemu;
- b) organ tworzący rezerwy powinien nadzorować organ zarządzający tymi rezerwami;
- c) organ zarządzający rezerwami powinien podlegać organowi tworzącemu te rezerwy.

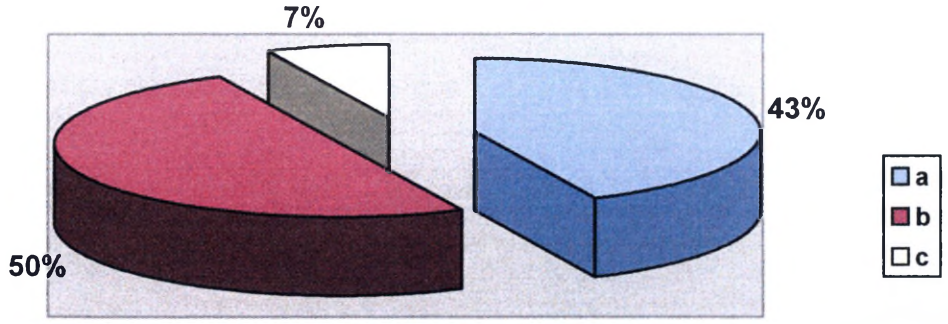
Wyniki badania:



12. **Czy zgodzi się Pani/Pan z tezą, że *aktualna* struktura organizacyjna systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia (układ organizacyjny i relacje pomiędzy uczestnikami systemu) jest niejasna?**

- a) tak, struktura organizacyjna jest niejasna;
- b) obecnie trudno mówić o systemie, a więc i o strukturze organizacyjnej systemu;
- c) nie, struktura organizacyjna jest klarowna.

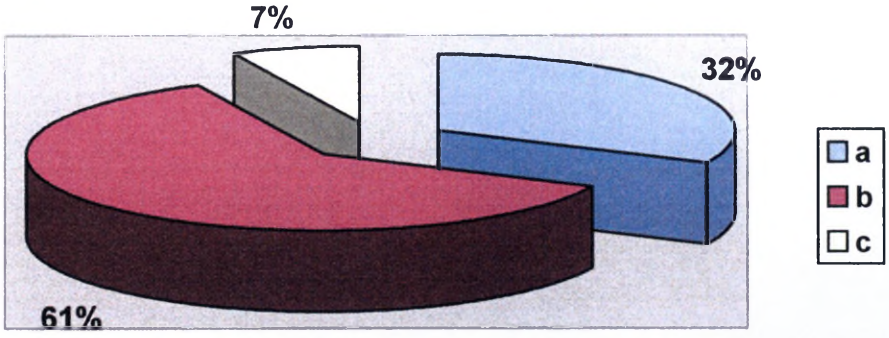
Wyniki badania:



13. **Czy zgodzi się Pani/Pan z tezą, że *aktualne* przepisy prawne nie wskazują *jednoznacznie* organu administracji rządowej odpowiedzialnego za poziom jakościowy, ilościowy i strukturę rezerw państwowych służby zdrowia oraz finansowanie wszystkich przedsięwzięć związanych z utrzymywaniem tych rezerw?**

- a) tak, są całkowicie niejasne;
- b) aktualne przepisy prawne są mało precyzyjne;
- c) nie, wskazują jednoznacznie. Jest nim ..... .

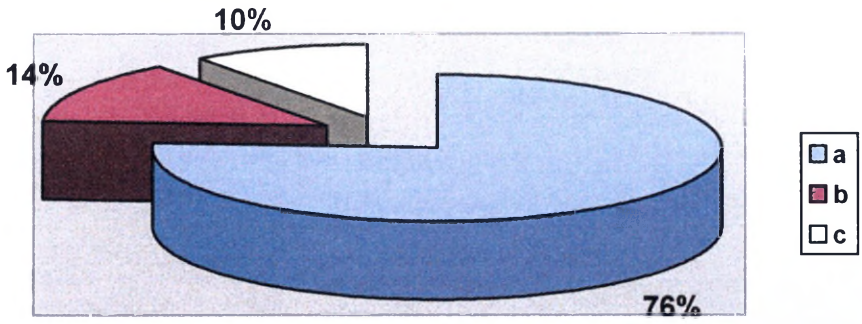
Wyniki badania:



14. **Czy zgodzi się Pani/Pan z tezą, że *obecnie* trudno wskazać organ administracji rządowej (nie kolegialny) odpowiedzialny za funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia?**

- a) zgadzam się;
- b) nie zgadzam się. Odpowiedzialnym jest ..... ;
- c) trudno powiedzieć.

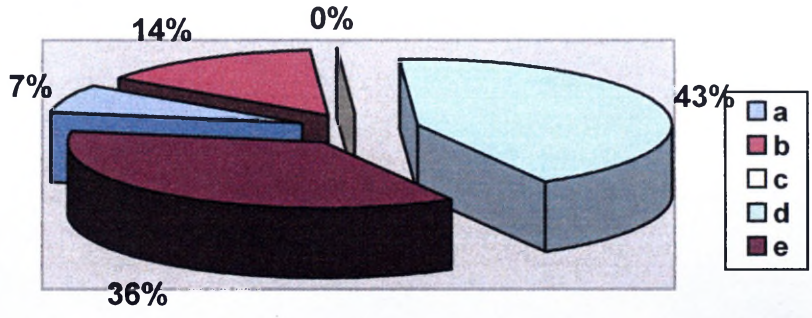
Wyniki badania:



15. **Czy – Pani/Pana zdaniem – organizowanie przygotowania rezerw państwowych służby zdrowia w Polsce jest podobne do przygotowań zabezpieczenia medycznego na wypadek sytuacji ekstremalnych w innych państwach NATO i UE?**

- a) moim zdaniem funkcjonuje podobnie;
- b) polskie rozwiązania są zupełnie inne;
- c) nasze rozwiązania są efektywniejsze;
- d) rozwiązania w innych państwach NATO I UE są efektywniejsze;
- e) nie mam zdania na temat rozwiązań w innych państwach.

Wyniki badania:



16. Jakie Pani/Pana zdaniem są najpoważniejsze niedomagania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia oraz jakie proponuje Pni/Pan zmiany?

Wyniki badania:

Ankieta 1.:

a) struktura rezerw pod względem rzeczowym jest przestarzała;

a) brak pełnej identyfikacji zagrożeń i dostosowania do nich struktury rezerw;

b) brak szerszego zainteresowania Ministerstwa Zdrowia sprawami rezerw.

Ankieta 2.:

a) brak dobrego systemu prawnego w zakresie rezerw;

b) bagatelizowanie problemu rezerw (brak planu działania, przypadkowość działania i tylko w sytuacji zagrożenia - awaryjne;

c) w praktyce brak systemu.

Ankieta 3.:

a) brak jednolitej koordynacji działań w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia;

b) brak przejrzystych procedur działania oraz niejasne relacje pomiędzy podmiotami tworzącymi rezerwy państwowe służby zdrowia a utrzymującymi te rezerwy;

c) dotychczasowe procedury dysponowania środkami finansowymi przeznaczanymi na rezerwy państwowe służby zdrowia nie zapewniają racjonalnego budżetowania tworzenia i utrzymywania tych rezerw.

Ankieta 4.:

a) obecnie obserwuje się niejasność działania, graniczącą z chaosem, która wpływa na deprecjację zasobów;

b) zarządzanie rezerwami jest zbyt scentralizowane.

Ankieta 5.:

a) brak jasno rozdzielonych kompetencji oraz źródeł finansowania;

b) obecne potrzeby nie są wyraźnie sprecyzowane oraz precyzyjnych przepisów naliczania ich.

Ankieta 6.:

a) brak określenia asortymentu rezerw państwowych służby zdrowia oraz potencjalnych potrzeb;

b) opieszałość Ministerstwa Zdrowia w pracach nad dostosowaniem asortymentu rezerw państwowych służby zdrowia do potrzeb (trwają od kilku lat).

Ankieta 7.:

a) niejasne przepisy prawne, brak wszystkich procedur postępowania.

Ankieta 8.:

a) brak klarownych unormowań prawnych;

b) struktura rezerw państwowych służby zdrowia, zarówno ilościowa, jak i jakościowa budzi poważne zastrzeżenia co do zasadności utrzymywania.

Ankieta 9.:

a) zbyt niskie środki finansowe przeznaczane na utrzymywanie rezerw państwowych służby zdrowia ;

b) nierówne traktowanie podmiotów służby zdrowia – publicznych i niepublicznych. W niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej nie ma etatów ds. obronnych;

c) brak jasnego określenia przeznaczania środków finansowych przydzielanych wojewodzie z budżetu państwa;

d) mimo, że wszystkimi rezerwami państwowymi służby zdrowia gospodaruje ARM, umowy w sprawie przechowywania rezerw i ich obsługi, a także finansowanie przedsięwzięć z tego wynikających obciążają wojewodę.

Ankieta 10.:

a) brak koncepcji zabezpieczenia medycznego;

b) zbyt małe zaangażowanie Ministerstwa Zdrowia w przygotowanie sprawnie funkcjonującego systemu określania potrzeb w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia.

Ankieta 11.:

a) brak systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Ankieta 12.:

a) brak jednoznacznych przepisów określających właściciela rezerw, odpowiedzialnego za nadzór oraz obowiązek tworzenia i przechowywania rezerw państwowych służby zdrowia;

b) brak aktualnych przepisów – instrukcji normujących gospodarkę (składowanie, rotację, konserwację) rezerwami państwowymi służby zdrowia (ostatnie wytyczne w tym zakresie wydano w 1986 r.);

c) zbyt niskie nakłady finansowe przeznaczane na utrzymywanie rezerw;

c) brak należytej troski o jakość rezerw oraz ich dyslokację.

Ankieta 13.:

a) niejasna struktura organizacyjna sytemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia;

b) mało precyzyjne przepisy prawne;

c) trudno wskazać organ administracji rządowej odpowiedzialny za funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Ankieta 14.:

a) nie satysfakcjonująca mobilność istniejących rezerw państwowych służby zdrowia.

Ankieta 15.:

a) aktualny system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia nie zapewnia utrzymywania właściwego poziomu jakościowego rezerw;

b) brak wpływu ministra właściwego do spraw zdrowia na gospodarkę rezerwami państwowymi służby zdrowia (ARM nie podlega ani nie jest nadzorowana przez MZ) jest niekorzystne dla systemu kierowania tymi rezerwami.

Ankieta 16.:

a) układ organizacyjny i relacje pomiędzy uczestnikami systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia obecnie są niejasne;

b) aktualne przepisy prawne nie wskazują jednoznacznie organu administracji rządowej odpowiedzialnego za poziom jakościowy i ilościowy oraz strukturę rezerw państwowych służby zdrowia;

c) obecnie trudno wskazać organ administracji rządowej odpowiedzialny za funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Ankieta 17.:

a) niejasne przepisy prawne;

b) zbyt niskie środki finansowe przeznaczane na tworzenie i utrzymywanie rezerw państwowych służby zdrowia;

c) niewłaściwa rotacja zgromadzonych rezerw.

Ankieta 18.:

a) brak systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Ankieta 19.:

a) brak systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Ankieta 20.:

a) zbyt małe zaangażowanie w sprawę posiadania rezerw przez państwo organów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli;

b) brak jednoznacznych zadań oraz sposobu ich realizacji przez konkretne organy administracji państwowej i samorządowej.

Ankieta 21.:

a) obecny system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia nie odpowiada aktualnym potrzebom i możliwościom ekonomicznym państwa;

b) rozbudowa różnorodnych typów „zestawów" nie dostosowana do możliwości rotacyjnych;

c) zbyt niskie środki finansowe przeznaczane na utrzymywanie rezerw państwowych służby zdrowia powodują deprecjacje tych rezerw;

d) dostosować rezerwy do lokalnych potrzeb w oparciu o możliwości szpitali tam funkcjonujących.

Ankieta 22.:

a) najpoważniejsze niedomagania sytemu tkwią w rozwiązaniach prawnych, administracyjnych i organizacyjnych.

Ankieta 23.:

a) zbyt niskie środki budżetowe;

b) brak precyzyjnych zasad finansowania rezerw znajdujących się w placówkach służby zdrowia różnego podporządkowania;

c) brak aktualnych wytycznych (instrukcji) w zakresie magazynowania rezerw, rotacji, konserwacji oraz utrzymywania odpowiedniego poziomu ilościowego i jakościowego.

Ankieta 24.:

a) rezerwami państwowymi służby zdrowia powinien zajmować się w większym zakresie minister zdrowia;

b) nie do przyjęcia jest obecna struktura organizacyjna utrzymywania rezerw.

Ankieta 25.:

a) niskie nakłady finansowe a ponadto niejasny ich podział – brak systemu finansowania;

b) brak wymaganej rotacji;

c) brak jednego ośrodka kierującego;

d) mało precyzyjnie wyspecyfikowane potrzeby przez MON, MSW i A.

Ankieta 26.:

a) brak jasnych procedur kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia;

b) zbyt duża liczba podmiotów właściwych – w różnych zakresach – w tych samych sprawach (Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Gospodarki, ARM, wojewodowie, organy założycielskie jednostek przechowujących rezerwy).

W ankietach 27 i 28 nie zawarto dodatkowych informacji.

Wnioski

1. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2003 r. do kwietnia 2004 r.
2. W ankiecie wzięło udział 28 respondentów, którzy wykonują/wykonywali obowiązki służbowe związane z problematyką rezerw państwowych służby zdrowia na różnych stanowiskach służbowych, z tego: 36% na stanowiskach kierowniczych, 32% na stanowiskach specjalistycznych i 32% na innych stanowiskach (w tym: naukowo-badawczych).
3. Ankietowani wykonują/wykonywali obowiązki służbowe na stanowiskach przez okres: do 5 lat – 28%, od 6 do 10 lat – 18%, powyżej 10 lat – 36% oraz powyżej 20 lat – 18% w: Agencji Rezerw Materiałowych, Ministerstwie Obrony Narodowej (w: Zarządzie Wojskowej Służby Zdrowia SG WP, Departamencie Polityki Obronnej, Akademii Obrony Narodowej), Ministerstwie Gospodarki (w Departamencie Spraw Obronnych), Kancelarii Prezesa RM (w Departamencie Spraw Obronnych), Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji (w Biurze Spraw Obronnych), 9. Urzędach Wojewódzkich (w Wydziałach Reagowania Kryzysowego), Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.
4. Respondenci źle oceniają aktualny sposób funkcjonowania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Połowa z nich wskazuje ponadto, że obecnie trudno mówić o istnieniu takiego systemu. Jednocześnie są zdania, że powołanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest sposobem na zapewnienie racjonalnego gromadzenia i zarządzania powierzonymi rezerwami państwowymi służby zdrowia, a także sprawne i skuteczne wykorzystanie w potencjalnych sytuacjach ekstremalnych.
5. Za funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia – według respondentów – powinien odpowiadać minister właściwy do spraw zdrowia. Respondenci oczekują większego zaangażowania tego ministra w przygotowanie systemu i jego funkcjonowanie. Część spośród ankietowanych, głównie ze stanowisk kierowniczych, wskazuje na ministra właściwego do spraw gospodarki jako na jednostkę, która powinna odpowiadać za organizację takiego systemu i kierowanie nim przy znaczącym zaangażowaniu Ministerstwa Zdrowia oraz jednostek, które są potencjalnymi odbiorcami rezerw (MON, MSW i A).
6. Respondenci zgodnie wskazywali na słabość systemu prawnego, który w sposób istotny efektywność i racjonalność funkcjonowania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

7. Głównymi mankamentami unormowań prawnych są: brak wyraźnego ośrodka kierowania, który byłby *kompetentny i odpowiedzialny* za funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Ponadto brak przejrzystych procedur postępowania oraz relacji pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi.
8. Bardzo istotnym mankamentem badanego systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia jest chroniczny niedobór środków finansowych przeznaczanych na gospodarowanie rezerwami.
9. Respondenci w znaczącej części nie znają rozwiązań stosowanych w zakresie rezerw państwowych służby zdrowia przez inne państwa.
10. Ankietowani dostrzegają szansę na integrowanie zadań i działań, w celu podniesienia racjonalności gospodarowania rezerwami państwowymi służby zdrowia także w decentralizacji kompetencji do użycia tych rezerw w sytuacjach, dla których te rezerwy są przygotowywane.

Załącznik 6.

WYKAZ ZASADNICZYCH (WIODĄCYCH) AKTÓW NORMATYWNYCH REGULUJĄCYCH ORGANIZACJĘ REZERW PAŃSTWOWYCH SŁUŻBY ZDROWIA

System kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia swoje funkcjonowanie jest warunkowany systemem organizacyjnym przyjętym i usankcjonowanym w aktach prawnych.

Regulacje dotyczące problematyki tych rezerw państwowych i kierowania nimi znajdują rozstrzygnięcia w licznych aktach prawnych, wielokrotnie nowelizowanych, rangi zarówno ustawowej jak i rozporządzeń (patrz bibliografia).

Do najważniejszych spośród nich (wiodących) należą unormowania prawne wyrażone w niżej wymienionych aktach prawnych:

1. *Ustawa z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych oraz zapasach obowiązkowych paliwach,* tekst jednolity (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 197, z późn. zm.).
2. *Ustawa z dnia 23 sierpnia 2001 r. o organizowaniu zadań na rzecz obronności państwa przez przedsiębiorców* (Dz. U. Nr 122, poz. 1320 z późn. zm.).
3. *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 stycznia 1998 r. w sprawie tworzenia, gospodarowania, dysponowania i finansowania rezerw państwowych, kontroli i tworzenia systemu informacyjnego o rezerwach gospodarczych* (Dz. U. Nr 5, poz. 15 z późn. zm.).
4. *Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 marca 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad gospodarki finansowej Agencji Rezerw Materiałowych* (Dz. U. Nr 49, poz. 413).
5. *Zarządzenie Nr 10 Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 stycznia 2002 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Gospodarki* (M.P.02.1.29).
6. *Zarządzenie Nr 161 Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2002 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia* (M.P.02.61.873).
7. *Zarządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2004 r. w sprawie nadania statutu Agencji Rezerw Materiałowych.*

KALKULACJA STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ SYSTEMU KIEROWANIA REZERWAMI PAŃSTWOWYMI SŁUŻBY ZDROWIA RP

Cel badawczy

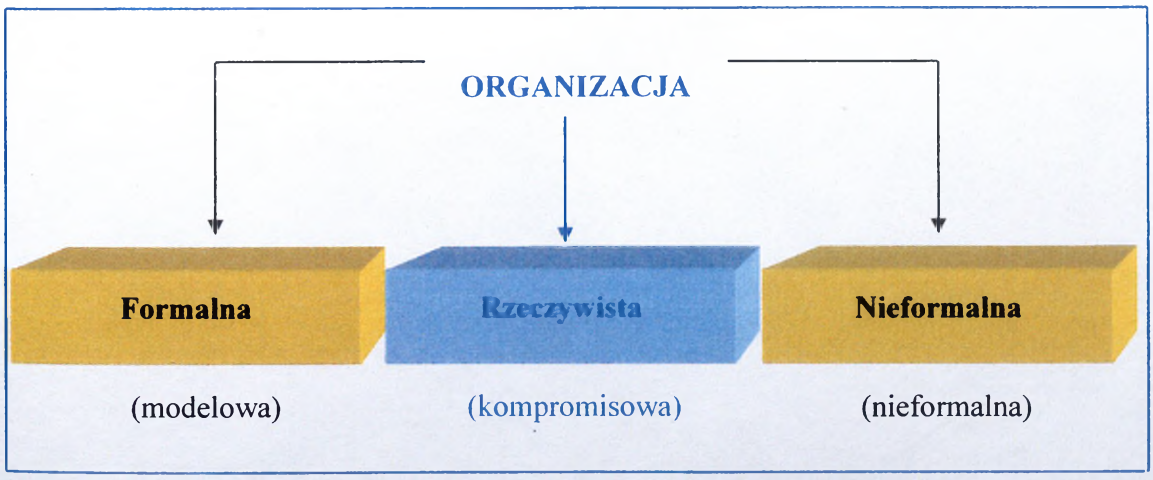
Zaproponować strukturę organizacyjną *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia*

Główny problem badawczy

Jaka struktura organizacyjna *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* zapewni wysoką sprawność i skuteczność realizacji zadań wynikających z funkcji rezerw państwowych służby zdrowia RP?

Założenia badawcze

1. W celu zaprojektowania (zaproponowania) struktury organizacyjnej *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia RP* przyjęto, wymienione poniżej, założenia:
   a) *system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* jest nową **organizacją rzeczywistą** powstałą w wyniku kompromisu pomiędzy **organizacja formalną** i **organizacją nieformalną** (patrz *rys. Z-7.1*);



Źródło – na podstawie: T. Pszczołowski, *Mała encyklopedia prakseologii* .., op. cit., s. 152.

Rys. Z-7.1. Rodzaje organizacji

b) zasadniczym zadaniem *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* jest zapewnienie racjonalności gromadzenia tych rezerw, gospodarowania nimi oraz przygotowanie ich do użycia;

c) kierownik *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* podlega bezpośrednio pod Prezesa RM;

d) kierownikowi *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* podporządkowani są wszyscy kierownicy jednostek organizacyjnych biorących udział w procesie gromadzenia rezerw państwowych służby zdrowia i gospodarowania nimi oraz przygotowania ich do użycia;

e) w *systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* występują relacje służbowe, wynikające z hierarchicznej struktury organizacyjnej jednostek organizacyjnych systemu, relacje funkcjonalne wynikające z zadań (różnych, typowych wyłącznie dla danych jednostek) wykonywanych przez poszczególne jednostki organizacyjne, które stanowią jednostki organizacyjne systemu, a także relacje współdziałania wynikające z potrzeby współpracy, kooperacji jednostek organizacyjnych (funkcjonalnych) podczas przygotowania, jak również realizacji wspólnych zadań;

f) rozpiętość kierowania w relacji *RM* – kierownik strategiczny (systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia) i *minister właściwy do spraw gospodarki* – kierownik operacyjny systemu oraz kierownicy jednostek organizacyjnych tego systemu (ministrowie, wojewodowie, prezes ARM, przedsiębiorcy) mają zapewnić racjonalność działania przez **efektywne kierowanie** podległymi komórkami.

Efektywność postrzegana jest jako sprawność i skuteczność, gdzie **sprawność** to „*robienie rzeczy we właściwy sposób*", a **skuteczność** to „*robienie właściwych rzeczy*"[257];

g) w badaniach wyróżniono **rozpiętość kierowania formalną** i **rzeczywistą**.

Rozpiętość kierowania formalna jest rozumiana jako liczba osób (podwładnych bezpośrednio) formalnie (tzn. wg modelu struktury formalnej systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia) podporządkowana jednemu kierownikowi w *systemie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.*

Rozpiętość kierowania rzeczywista jest rozumiana jako liczba osób (podwładnych) faktycznie kierowanych przez poszczególnych kierowników. Jest ona, w przypadku

[257] Por., J.A.F. Stoner, Ch. Wakel, *Kierowanie*, op. cit., s. 29.

systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, identyczna rozpiętości formalnej. Wynika to ze struktury kierowania rezerwami, gdzie jednostki organizacyjne stanowią równocześnie piony funkcjonalne, co jest związane z charakterem zadań realizowanych przez te jednostki organizacyjne (specyficzne dla każdej jednostki). Powoduje to, że relacje służbowe zachodzą pomiędzy kierownikiem jednostki organizacyjnej a podległą mu komórką organizacyjną (np. DSO). Natomiast pozostałe relacje są relacjami funkcjonalnymi, zarówno pomiędzy kierownikiem strategicznym systemu a kierownikiem operacyjnym oraz pomiędzy tym ostatnim a kierownikami poszczególnych jednostek organizacyjnych (funkcjonalnych) systemu. Największa ich liczba występuje w odniesieniu do jednostki organizacyjnej *ministra właściwego do spraw zdrowia* (organ określający rezerwy – prognozujący i planujący), *ARM* (organ realizujący plany i gospodarujący rezerwami), a najmniejsza z przedsiębiorcami. Kierowanie jednostkami planowania rezerw jest realizowane głównie przez cele a jednostkami gospodarującymi rezerwami przez zadania.

2. Metodyka[258] przyjęta do zaprojektowania struktury organizacyjnej *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia:*

a) przedmiot projektu – struktura organizacyjna *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia*, w której wyróżnia się następujące elementy: rdzeń organizacji, krąg wewnętrzny, krąg zewnętrzny i otoczenia (patrz *rys. Z-7.2*).

Rdzeniem organizacji jest *minister właściwy do spraw zdrowia* (organ określający rezerwy – prognozujący i planujący, decydujący o użyciu).

Krąg wewnętrzny stanowią jednostki organizacyjne realizujące plany gromadzenia rezerw i gospodarujące rezerwami.

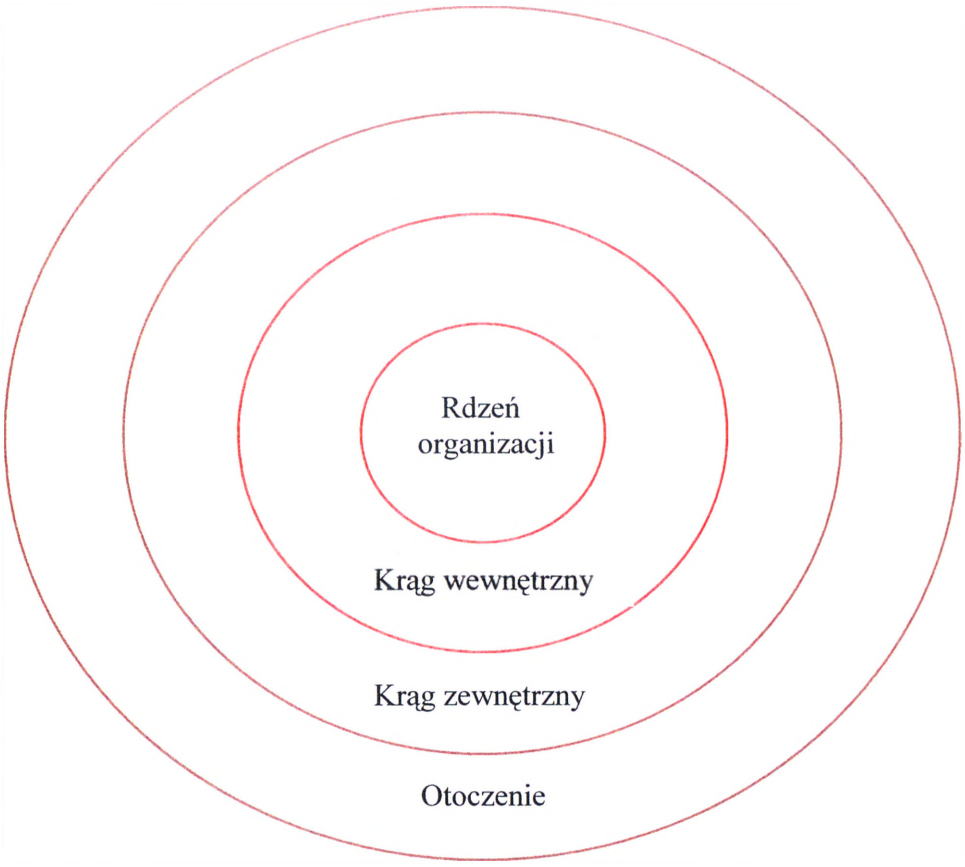
Krąg zewnętrzny stanowią jednostki organizacyjne, dla których są gromadzone rezerwy.

Otoczenie – to sytuacje operacyjne i logistyczne (przedsiębiorcy) występujące w kooperacji negatywnej.

---

[258] Przy wyborze metodyki projektowania struktury organizacyjnej *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* wykorzystano wymienione poniżej pozycje literatury:

- *Projektowanie organizacji instytucji*, [red.] J. Skalik, wyd. AE im Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 1998.
- P. F. Schlesinger i inni, *Projektowanie organizacyjne*, PWN, Warszawa 1999.



Źródło – na podstawie: T. Pszczołowski, *Mała encyklopedia prakseologii* ..., op. cit., s. 152.

Rys. Z-7.2. Struktura organizacji

b) struktura zadań organizacji czyli *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia:*

- **kierownictwo *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia***
  – efektywne kierowanie jednostkami organizacyjnymi wchodzącymi w skład systemu;
- **jednostki organizacyjne *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia***
  – racjonalne opracowywanie potrzeb (planów) oraz utrzymywanie na niezbędnym poziomie potencjału wykonawczego (rezerwy państwowe służby zdrowia, gotowość do realizacji zadań wynikających z funkcji rezerw);

c) ujęcie projektowanej struktury organizacyjnej *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia*:

- struktura organizacyjna *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* w ujęciu statycznym wynika z rozmieszczenia elementów **organizowania** systemu

rezerw państwowych (w ogóle), którym jest *Prezes RM* (kierownik strategiczny), układu **koordynowania planowania** (centralnego, zbiorczego rezerw państwowych, służby zdrowia, paliw i innych rezerw) oraz posiadania **kompetencji do gospodarowania**[259] **rezerwami** (powodowania gromadzenia rezerw i nadzór nad racjonalnym utrzymywaniem ich), którym jest *minister właściwy do spraw gospodarki* (kierownik operacyjny w sytuacjach kooperacji pozytywnej i negatywnej), **układu wykonawczego w zakresie prognozowania i planowania rezerw państwowych służby zdrowia**, którym jest *minister właściwy do spraw zdrowia* oraz **układu zabezpieczenia**, który stanowi *ARM* oraz *przedsiębiorcy*;

- struktura organizacyjna *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* w ujęciu dynamicznym wynika z udziału elementów organizacyjnych (organów kierowania – *Prezesa RM, ministra właściwego do spraw gospodarki*) i elementów wykonawczych (*ARM, przedsiębiorcy*) w realizacji planów związanych z gospodarowaniem rezerwami oraz przygotowania rezerw do wykorzystania w kooperacji pozytywnej (transakcje koniunkturalne) oraz do zwolnienia rezerw w ramach kooperacji negatywnej (sytuacje związane z zapobieganiem sytuacjom szczególnych zagrożeń oraz likwidacji skutków z nich wynikających).

d) algorytm projektowania struktury organizacyjnej *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia*:

- przyjęta metoda projektowania - **strategia diagnostyczna**, która posłużyła do identyfikacji zadań realizowanych przez *system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* na rzecz przeciwdziałania sytuacjom szczególnie niebezpiecznym i/lub likwidacji skutków takich sytuacji;

- przyjęta technika tworzenia struktury – **oddolna** – wynikająca z zidentyfikowanych zadań *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia*;

- przyjęte **etapy projektowania struktury organizacyjnej *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia*:**

- identyfikacja i ocena funkcjonowania obecnego *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* – patrz wnioski do *rozdziału 3;*
- określenie zadania projektowego – patrz główny problem badawczy niniejszego załącznika;

[259] Patrz., T. Pszczołowski, *Mała encyklopedia prakseologii* ..., op. cit., s. 23.

- opracowanie koncepcji struktury organizacyjnej *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* - patrz *rys. Z-7.3*;
- synteza i ocena rozwiązania projektowanego – patrz „Rozwiązanie problemu".

Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. Z-7.3. Koncepcja struktury funkcjonalnej *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia*

Rozwiązanie problemu

1. Struktura organizacyjna *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.*

Uwzględniając dotychczasowe funkcjonowanie systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, przeprowadzone badania, w tym opinie eksperckie dochodzimy do przekonania, że *system kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* powinien mieć wyraźnego **organizatora** *systemu* (rozumiany jako kierownik strategiczny) oraz **kierownika** *systemu* (rozumiany jako operacyjny). Organizatorem systemu powinna być *RM*, natomiast kierownikiem operacyjnym systemu powinien być *minister właściwy do spraw gospodarki.*

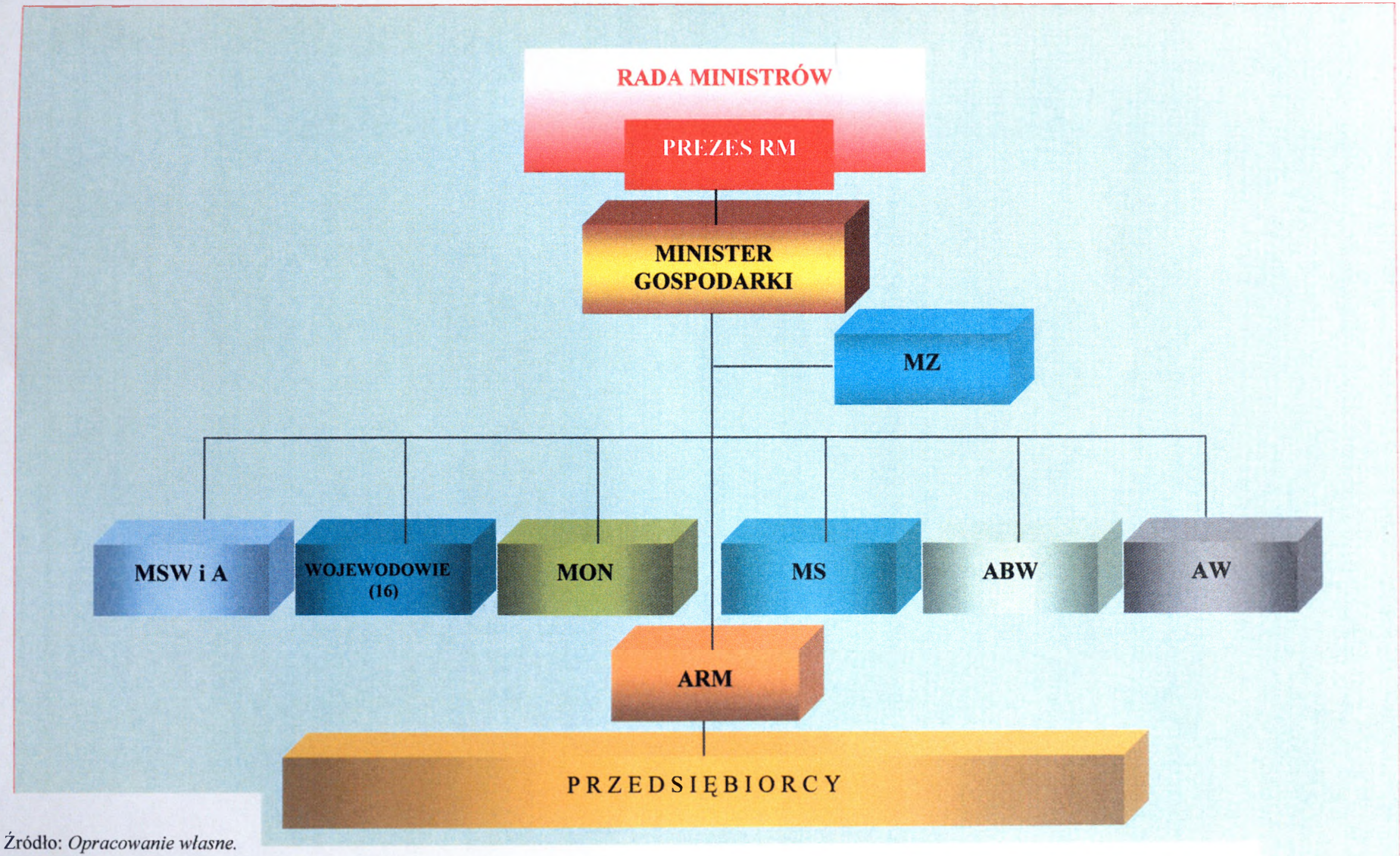
Kierownikowi strategicznemu powinien podlegać bezpośrednio kierownik operacyjny, natomiast kierownikowi operacyjnemu powinni bezpośrednio podlegać następujące jednostki organizacyjne – patrz *rys. Z-7.4.*

2. Ocena struktury organizacyjnej *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* – pod względem rozpiętości kierowania:

a) według kryterium **formalnej rozpiętości kierowania**

Kierownikowi strategicznemu (*Prezesowi RM*) *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* podlega bezpośrednio **kierownik operacyjny** (*minister właściwy do spraw gospodarki*). Natomiast **kierownikowi operacyjnemu** podlegają wszystkie jednostki organizacyjne (23) wchodzące w skład systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia (jednostka prognozowania i planowania – minister właściwy do spraw zdrowia, kontrahenci – Minister Obrony Narodowej, minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, wojewodowie (16), ABW, AW, prezes ARM).

Rozpiętość kierowania podlega zasadzie **ograniczonej rozpiętości kierowania.** Z praktyki kierowania wynika, że powinno ono oscylować **na poziomie ok. 5**, co oznacza, że kierownikowi powinno podlegać bezpośrednio ok. 5 podwładnych. Jednakże kierownik operacyjny nie kieruje sam. W proces kierowania włącza się głównie minister właściwy do spraw zdrowia – koordynator planowania (jednostka organizacyjna określająca rezerwy, prognozująca i planująca je, doradcza w zakresie użycia rezerw), a także prezes ARM (jednostka wykonawcza).



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. Z-7.4. Struktura organizacyjna systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia

Ponadto wojewodowie, jako organizatorzy bezpieczeństwa na terenie województwa podlegają ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych i wiele zagadnień w ramach tych zależności jest rozstrzygana na tym szczeblu. Przyjąć można zatem, że choć rozpiętość kierowania, w relacji kierownik operacyjny – podległe jednostki organizacyjne (na poziomie 23, w tym 16 wojewodów), jest wysoka to w procesie planowania rezerw jest na poziomie 1 (Minister Zdrowia). W procesie wykonawczym jest również na poziomie 1 (ARM).

Reasumując, w relacji kierownik operacyjny *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* – jednostki organizacyjne wchodzące w skład tego systemu, mamy do czynienia raczej nie z rozpiętością kierowania a z **zasięgiem kierowania**, który jest rozumiany jako liczba podporządkowanych bezpośrednio i pośrednio kierownikowi operacyjnemu tego systemu.

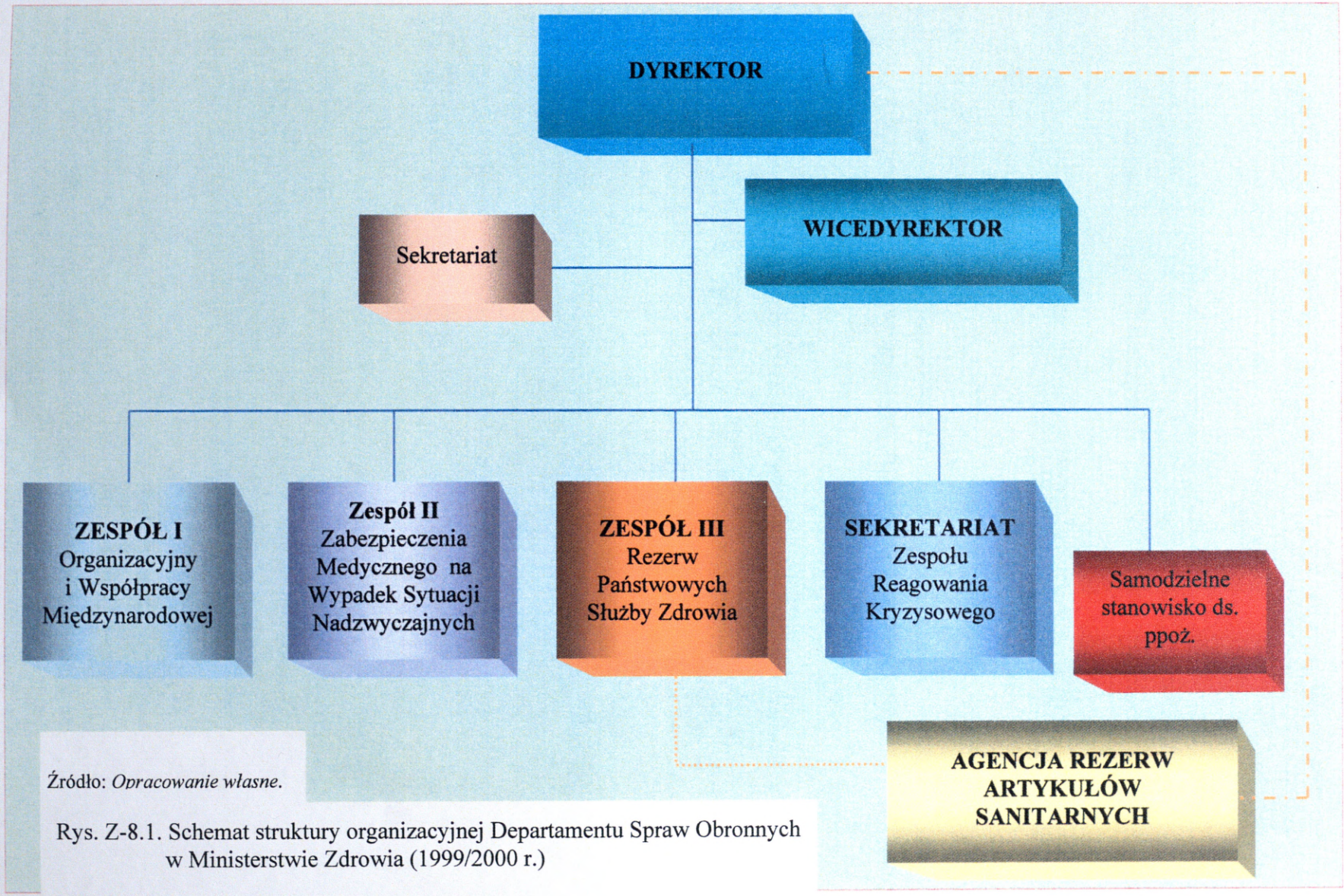
b) według kryterium **sposobu kierowania** („przez cele", przez zadania", przez instruowanie")

Możliwość stosowania przez kierownika *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* różnych sposobów kierowania („przez cele", „przez zadania", „przez instruowanie") podporządkowanymi jednostkami organizacyjnymi pozwala skutecznie wpływać na racjonalność funkcjonowania systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.

Wnioski

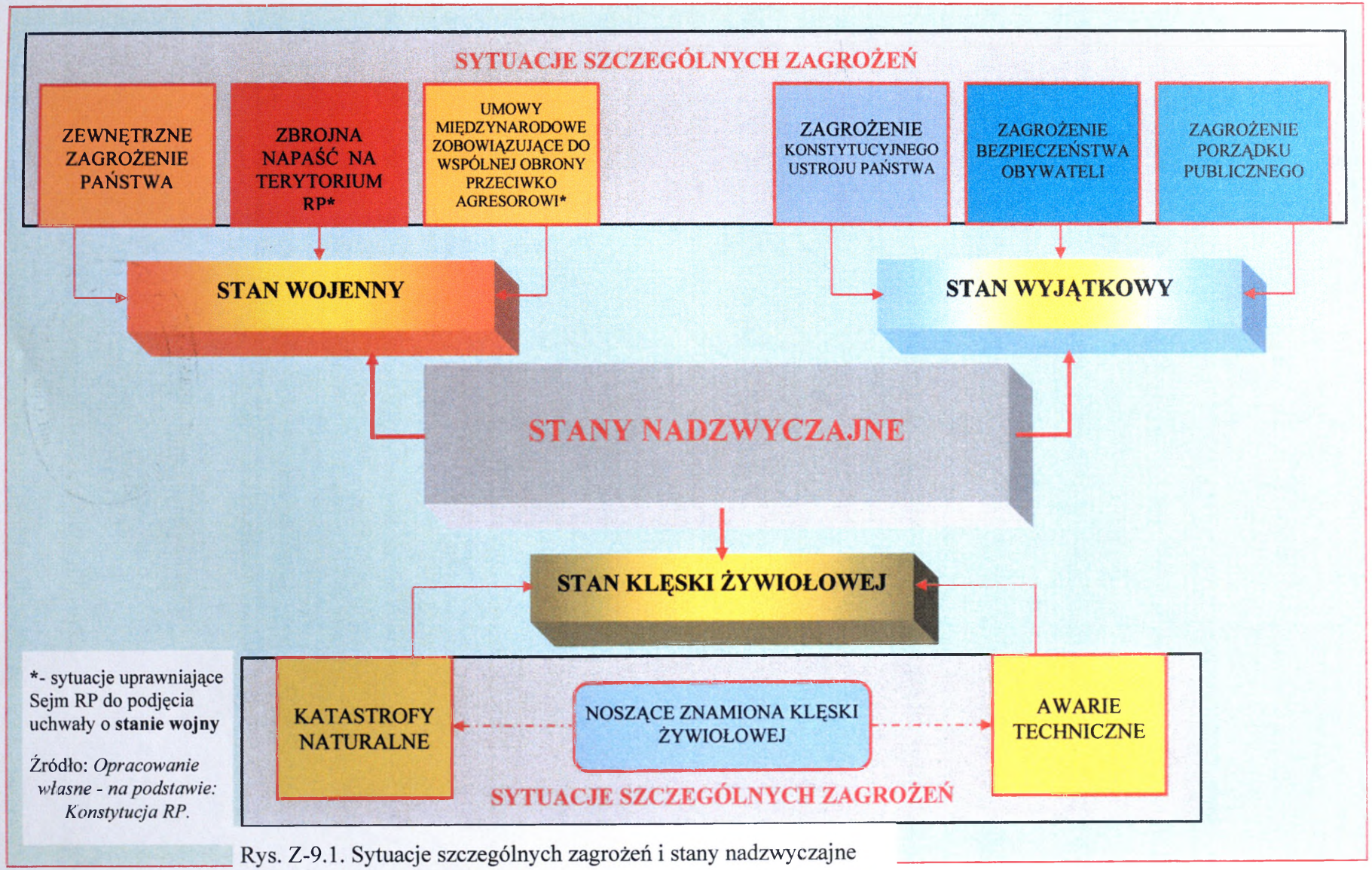
1. Proponowana przez autora struktura organizacyjna *systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia* przewiduje formalne podporządkowanie kierownikowi operacyjnemu 23 jednostki organizacyjne, w tym: 16 wojewodów, 4 kierowników resortów, 2 kierowników innych jednostek centralnych państwa.
2. Występowanie w strukturze organizacyjnej kierownika strategicznego i kierownika operacyjnego jest rozwiązaniem racjonalnym z uwagi na trudności w sprawowaniu przez RM funkcji kierownika systemu kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia. Jednakże przez kierownika operacyjnego Prezes RM może skutecznie oddziaływać na organizację systemu (funkcjonowanie). Natomiast kierownik operacyjny może skutecznie sprawować tę funkcję przy udziale koordynatora planowania rezerw państwowych służby zdrowia (określanie rezerw – prognozowanie i planowanie wieloletnie oraz roczne).

3. Udział w procesie kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia, oprócz kierownika operacyjnego, również koordynatora planowania rezerw (określania ich wielkości i struktury asortymentowej), który jest jednocześnie koordynatorem zwalniania rezerw państwowych służby zdrowia i głównym kontrolerem zasad przechowywania i jakości tych rezerw – ministra właściwego do spraw zdrowia, z decentralizacją kompetencji użycia rezerw (włączenie wojewodów), powoduje, że formalna rozpiętość kierowania wynosząca 23 nie będzie stanowić problemu do skutecznego kierowania rezerwami państwowymi służby zdrowia.



Źródło: *Opracowanie własne.*

Rys. Z-8.1. Schemat struktury organizacyjnej Departamentu Spraw Obronnych w Ministerstwie Zdrowia (1999/2000 r.)



Rys. Z-9.1. Sytuacje szczególnych zagrożeń i stany nadzwyczajne

BIBLIOTEKA GŁÓWNA - ARCHIWUM
Akademii Obrony Narodowej
Nr ewid. 58648
II