



RAPORT  
**JAK PRZYGOTOWAĆ POLSKĄ OCHRONĘ  
ZDROWIA NA KOLEJNE EPIDEMIE?**

100 WYTYCZNYCH DLA ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ  
I SAMORZĄDOWEJ W ZAKRESIE GOTOWOŚCI  
PAŃSTWA NA CZAS KRYZYSU

**PROF. DR HAB. GRZEGORZ GIELERAK**  
GENERAŁ DYWIZJI, NAUKI MEDYCZNE

**DR KATARZYNA OBŁĄKOWSKA**  
EKSPERT POLITYKI PUBLICZNEJ, NAUKI SOCJOLOGICZNE,  
NAUKI O POLITYCE I ADMINISTRACJI

**DR ARTUR BARTOSZEWICZ**  
EKSPERT POLITYKI PUBLICZNEJ, NAUKI EKONOMICZNE

RAPORT.

**JAK PRZYGOTOWAĆ POLSKĄ OCHRONĘ  
ZDROWIA NA KOLEJNE EPIDEMIE?**

100 WYTYCZNYCH DLA ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ  
I SAMORZĄDOWEJ W ZAKRESIE GOTOWOŚCI PAŃSTWA NA CZAS KRYZYSU

PROF. DR HAB. GRZEGORZ GIELERAK  
GENERAŁ DYWIZJI, NAUKI MEDYCZNE

DR KATARZYNA OBŁĄKOWSKA  
EKSPERT POLITYKI PUBLICZNEJ, NAUKI SOCJOLOGICZNE, NAUKI O POLITYCE I ADMINISTRACJI

DR ARTUR BARTOSZEWICZ  
EKSPERT POLITYKI PUBLICZNEJ, NAUKI EKONOMICZNE

©Copyright by Instytut Jagielloński  
Warszawa, wrzesień 2021



**Instytut Jagielloński**  
ul. Marszałkowska 84/92 lok. 115  
00-514 Warszawa

jagiellonski.pl  
instytut@jagiellonski.pl

PROJEKT I PRODUKCJA:  
PIOTR PERZYNA



RAPORT  
**JAK PRZYGOTOWAĆ POLSKĄ OCHRONĘ  
ZDROWIA NA KOLEJNE EPIDEMIE?**

100 WYTYCZNYCH DLA ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ  
I SAMORZĄDOWEJ W ZAKRESIE GOTOWOŚCI  
PAŃSTWA NA CZAS KRYZYSU

**PROF. DR HAB. GRZEGORZ GIELERAK**  
GENERAŁ DYWIZJI, NAUKI MEDYCZNE

**DR KATARZYNA OBŁĄKOWSKA**  
EKSPERT POLITYKI PUBLICZNEJ, NAUKI SOCJOLOGICZNE,  
NAUKI O POLITYCE I ADMINISTRACJI

**DR ARTUR BARTOSZEWICZ**  
EKSPERT POLITYKI PUBLICZNEJ, NAUKI EKONOMICZNE



 **INSTYTUT  
JAGIELLOŃSKI**

WARSZAWA, WRZESIEŃ 2021

# Spis treści

## Wstęp 4

<b>1. Identyfikacja zagrożeń i reagowanie kryzysowe</b>	<b>7</b>
1.1. Efektywne zarządzanie zasobami kadrowymi personelu medycznego	9
1.2. Zarządzanie operacyjne i logistyka	9
1.3. Gromadzenie informacji i danych sytuacyjnych na temat epidemii. Potrzeba wytycznych dla służb państwowych i jednostek organizacyjnych uczestniczących w walce z epidemią.	10
1.4. Technologie informatyczne, urządzenia mobilne	11
1.5. Polityka informacyjna. Strategia komunikacji kryzysowej	12
1.5.1. Przeciwdziałanie masowym manipulacjom świadomości społecznej	13
<b>2. Odporne Państwo – pożądane funkcje, zasoby i organizacja</b>	<b>16</b>
2.1. System ochrony zdrowia	17
2.1.1. Zdrowie publiczne. Priorytety medyczne, gospodarcze i społeczne	19
2.1.2. Organizacja i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w warunkach epidemii SARS-CoV-2. Działania ograniczające skutki kryzysu oraz wspierające bezpieczeństwo państwa	20
2.1.3. Laboratoria diagnostyki mikrobiologicznej, molekularnej – kluczowy element systemu rozpoznania zagrożeń biologicznych	22
2.1.4. Ograniczona dostępność leków, sprzętu i materiałów medycznych. Gotowość produkcyjna do działania w czasie kryzysu	23
2.1.5. Zespół szybkiego medycznego reagowania kryzysowego jako narzędzie wsparcia systemu bezpieczeństwa państwa	25
2.1.6. Kadry medyczne – nowe czasy, nowy rynek, nowe wyzwania oraz podejście w kontekście potrzeb bezpieczeństwa państwa	29
2.2. Zastosowanie innowacji w kształtowaniu pokryzysowej rzeczywistości	30
<b>3. Identyfikacja problemów i doświadczeń z pandemii COVID-19 jako obszarów do interwencji na wypadek przyszłych zagrożeń epidemicznych</b>	<b>33</b>
3.1. Problem: Brak kompleksowej strategii zarządzania sytuacją kryzysu epidemiologicznego obejmującej cały rząd i całe społeczeństwo w celu zapobiegania zachorowaniom, ratowania życia i minimalizowania skutków pandemii.	33
3.2. Problem: Niewydolność szpitalnego leczenia zamkniętego.	35
3.3. Problem: Nieprzystosowanie polskiego systemu zabezpieczenia dostępu pacjentów do niezbędnych leków do długotrwałych sytuacji kryzysowych	36
3.4. Problem: Brak efektywnej koordynacji, właściwej informacji i procedur oraz niezbędnego wyposażenia medycznego w obszarze ratownictwa medycznego.	38
3.5. Problem: Brak pełnej wiedzy o szpitalach w Polsce.	39
3.6. Problem: Nieprzygotowanie służb sanitarno-epidemiologicznych.	39

3.7.	Problem: Ograniczone możliwości testowania.	40
3.8.	Problem: Problemy z prowadzeniem izolatorów.	40
3.9.	Problem: Niedostosowanie infrastruktury krytycznej do stanów nadzwyczajnych.	40
3.10.	Problem: Brak przygotowania działań tymczasowo wspierających system ochrony zdrowia w okresie epidemii.	41
3.11.	Problem: Ograniczenie dostępności do opieki zdrowotnej dla pacjentów niezakażonych koronawirusem i wygenerowanie nawisu/długu zdrowotnego.	41
3.12.	Problem: Brak krajowego systemu produkcji szczepionek.	43
3.13.	Problem: Brak transparentnego, przewidywalnego oraz dającego poczucie bezpieczeństwa dla obywateli systemu szczepień.	44
3.14.	Problem: Brak odporności społecznej narodu polskiego, tj. ograniczone zaufanie społeczne i do instytucji publicznych, osłabienie zdrowia psychicznego, demobilizacja społeczna, zachowania aspołeczne (dewiacyjne) oraz dezinformacja.	45
<b>4.</b>	<b>Mapa wytycznych systemowych</b>	<b>50</b>
4.1.	Zakres wytycznych	50
4.2.	System identyfikacji zagrożeń	50
4.3.	System zarządzania kryzysowego	51
4.4.	System finansów publicznych	52
4.5.	Zarządzanie systemem ochrony zdrowia	53
4.6.	System ratownictwa medycznego	54
4.7.	System sanitarno-epidemiologiczny	54
4.8.	Gospodarka lekowa	55
4.9.	System rezerw strategicznych	57
4.10.	Sieć szpitali	58
4.11.	Sieć lecznictwa otwartego	59
4.12.	Krajowy system szczepień	60
4.13.	Infrastruktura krytyczna	60
4.14.	Odporność społeczna	61
4.15.	Nowe technologie i badania.	62
4.16.	Zasoby ludzkie	63
4.17.	Współpraca międzynarodowa	64
4.18.	Pamięć instytucjonalna	64
	<b>Podsumowanie</b>	<b>65</b>
	<b>Bibliografia</b>	<b>66</b>

## Wstęp

Pandemia COVID-19 uwiarydociła **brak przygotowania systemu opieki zdrowotnej większości państw**, w tym Rzeczypospolitej Polskiej, do reagowania na sytuacje kryzysowe i działania w warunkach kryzysowych. Gotowości na zjawiska tak ogromne jak pandemia **nie można wypracować w krótkim okresie**. Zaś braku przygotowania nie można przypisać decydentom jednej czy dwóch kadencji. Wszystkie negatywne wydarzenia, które miały miejsce od marca 2020 r. do dziś są jednak lekcją, której zbagatelizowanie byłoby grzechem wobec przyszłości narodu. **Reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce domaga się jednak nie historia, ale człowiek**. To on jest sercem systemu, który ma dawać gwarancję i poczucie bezpieczeństwa oraz pewność i godność wszystkim jego uczestnikom. Polskie dokumenty z lat wcześniejszych wskazujące na **ryzyko wystąpienia epidemii** wydają się nie doceniać **ogromu tego zjawiska**, a inne w ogóle go nie zauważając **usypiały czujność systemu**. Rządowe informacje i opracowania z okresu pandemii powinny być zaś jasno komunikować ryzyka i problemy oraz stawiać cele, ponieważ gra toczyła się o życie ludzi i bezpieczeństwo społeczeństwa.

W okresie tak wielkiego niebezpieczeństwa, jakim jest epidemia, zaufanie społeczne i do organów państwa oraz otwartość na dialog to fundament zarządzania kryzysowego. **Źródłami kryzysu są zarówno czynniki losowe, problemy techniczne, błędy ludzkie, a także ograniczona efektywność struktur państwa w reagowaniu i planowaniu długoterminowym**. W kryzysie konieczna jest szybka reakcja oparta na analizie **faktów i dowodach**. W przypadku jej braku, kryzys przeistacza się w długotrwałą sytuację kryzysową. Od 4 marca 2020 r., kiedy to w Polsce odnotowano pierwszy przypadek COVID-19, do dnia 12 sierpnia 2021 r. epidemia COVID-19 w naszym kraju zebrała żniwo w postaci 75.291 zgonów<sup>1</sup>. Zbierając informacje o przebiegu zdarzenia od marca 2020 r., w tym przede wszystkim o ujawnionych problemach, autorzy dążyli do zbudowania wkładu do pamięci instytucjonalnej. Musimy pamiętać i każdy problem rozłożyć na czynniki pierwsze, aby **skonstruować odporne rozwiązania systemowe**. Musimy być gotowi nawet na trudniejsze kryzysy, aby społeczeństwo i gospodarka stały na silnym fundamencie mądrego i odpornego państwa.

Niniejszym opracowaniem autorzy pragną otworzyć **dyskusję i zapoczątkować pracę instytucjonalną** w wymiarze diagnozy w oparciu o to, czego dotychczas nauczyła nas pandemia COVID-19, ale w dążeniu do stworzenia docelowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego społeczeństwa polskiego. Zbierając informacje o przebiegu zdarzenia i podejmowanych decyzjach autorzy dążyli do **zbudowania wkładu do pamięci instytucjonalnej**.

Polska ochrona zdrowia nie jest przygotowana na kolejne sytuacje masowo zagrażające zdrowiu i życiu obywateli. **Brak jest sprawnego systemu zarządzania kryzysem zdrowotnym**. Celem raportu nie jest krytykowanie podjętych decyzji tylko wypracowanie rekomendacji niezbędnych działań przygotowujących polską ochronę zdrowia na sytuacje kryzysowe.

1. Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2021).

Autorzy opracowali 100 wytycznych, które rekomendują rządowi RP w celu zaimplementowania na wypadek przyszłego zagrożenia epidemicznego lub militarnego. Kładziemy je na stole i poddajemy pod dyskusję do dalszej pracy dla dobra wspólnego, kierując się przekonaniem, że **nie można dłużej zwlekać z pracami**, zdając sobie sprawę, iż nie jest to opracowanie pełne.

W celu przygotowania niniejszego raportu **posłużono się metodą ekspercką** w oparciu o własne obserwacje, analizy i wiedzę, metodą *desk research* (analiza raportów, aktów prawnych, strategii, dokumentów administracji publicznej, informacji merytorycznych w różnych źródłach) oraz metodą wywiadów kwestionariuszowych z ekspertami, którym autorzy składają podziękowanie.

gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielera  
Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

dr Katarzyna Obłąkowska  
Instytut Jagielloński

dr Artur Bartoszewicz  
Katedra Polityki Publicznej  
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie



Zdjęcie autorstwa Chokniti Khongchum z Pexels



# 1. Identyfikacja zagrożeń i reagowanie kryzysowe

Epidemia koronawirusa – jej gospodarcze i społeczne konsekwencje – w przeważającej większości są efektem słabości i ograniczeń struktur państw w Europie i na świecie, w części odpowiedzialnej za zapobieganie i przeciwdziałanie skutkom kryzysu i wojny. Pandemia, z jaką mamy obecnie do czynienia jest **formą ekstremalnego wydarzenia**, które **podobnie jak konflikt zbrojny** ujawnia wszelkie mankamenty i niedoskonałości związane z planowaniem, organizacją i wykonaniem zadań rutynowo ujmowanych w planach zarządzania kryzysowego.

O tym, że najbliższe sezony infekcyjne będą szczególne, i należy się do nich właściwie przygotować, wiedzieliśmy już w kwietniu, najdalej – w maju 2020 r. To wtedy prysły wszystkie nadzieje nie tylko na sezonowość, ale i na samoistne zaniknięcie wirusa lub jego osłabienie w takim stopniu, że nie zagrażałyby populacji bardziej, niż inne koronawirusy, wywołujące jedynie lekkie infekcje. Posiadanie w takich sytuacjach **jasnej strategii działania** – pakietu zadań nakierowanych na osiągnięcie zamierzonych celów **jest fundamentem bezpieczeństwa państwa i narodu**. W przeciwnym razie, brak zdolności przewidywania skali potencjalnych szkód spowodowanych przyszłymi katastrofami każdorazowo będzie zaostrzał tendencję do bagatelizowania ich znaczenia, zmniejszając prawdopodobieństwo odpowiedniego przygotowania administracji rządowej i samorządowej do sprawnego im przeciwdziałania. **Dlatego możliwie maksymalnie kompletne zrozumienie następstw pandemii jest ważnym krokiem w kierunku budowania odporności państw i społeczeństw na skutki związane z wystąpieniem zdarzenia kryzysowego o globalnym zasięgu.**

## 1.1 Efektywne zarządzanie zasobami kadrowymi personelu medycznego

Przedmiotem działania powinno być **złagodzenie wymogów dotyczących kadry medycznej** zatrudnionej w podmiotach leczniczych, w tym: zawieszenie, względnie ograniczenie aktualnie obowiązujących regulacji dotyczących wymogów kadrowych związanych z realizacją poszczególnych zakresów świadczeń określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych dla zakresu leczenia szpitalnego oraz odpowiednimi zarządzeniami Prezesa NFZ.

## 1.2 Zarządzanie operacyjne i logistyka

Zakres zadań obejmuje przede wszystkim **koordynację przedsięwzięć związanych z przygotowaniem i implementacją zaleceń sanitarnych oraz wytycznych postępowania** przeciwepidemicznego kierowanych do służb państwowych i społeczeństwa. Nie mniej istotne jest zapewnienie odpowiednich **rezerw środków materiałowych** niezbędnych do walki z kryzysem (urządzeń do dekontaminacji, środków ochrony osobistej, respiratorów). Rozwiązaniem na czasie wydaje się powołanie krajowego odpowiednika urzędu ds. koordynacji przeciwepidemicznych działań europejskich – HERA (*Health Emergency Preparedness and Response Authority*), którego zadaniem byłoby zbieranie informacji nt. lokalnych potrzeb materiałowych oraz finansowanie – w porozumieniu ze swoim europejskim odpowiednikiem – **celowych zakupów dla jednostek uczestniczących w walce z kryzysem epidemicznym**. Podobnie, warty uwagi sposobem postępowania, powszechnie nota bene stosowanym w USA, jest metoda jednoczasowej, wielośrodkowej oceny skuteczności działań organizacyjnych, diagnostycznych, terapeutycznych z zamiarem szybkiej identyfikacji tych spośród nich, które zasługują na aplikację w praktyce.

Pandemia obnażyła **słabość instytucji** związanych z ochroną przeciwepidemiczną. Brakowało kadr, dobrej organizacji oraz systemowego zarządzania informacją oraz danymi o zakażeniach. Widoczny i bardzo odczuwalny był brak przekazywanych na bieżąco służbom medycznym rekomendacji do działania odwołujących się do wyników **najnowszych badań i analiz**.

Niemniej zauważalny był deficyt w konstruowaniu i upowszechnianiu nowoczesnych modeli epidemiologicznych dedykowanych potrzebom zdrowia publicznego. Skuteczny **system zarządzania kryzysowego** powinien być kluczowym ośrodkiem integrującym niezbędne informacje i długofalową strategię. Od początku epidemii brakowało w nim jednostki wpisanej w porządek instytucjonalny państwa, niezależnej od władz, skupiającej **ekspertów odpowiedzialnych za formułowanie spójnego przekazu** nt. pandemii oraz wypracowujących kluczowe rekomendacje, które powinny być jawne, choć niewiążące dla decydentów. Zalecenia niezależnych ekspertów i naukowców, przedstawicieli uczelni i instytutów naukowych powinny w tych warunkach być stałym elementem funkcjonowania państwa w obliczu i podczas epidemii. Z pewnością pozwoliłyby ograniczyć skutki ekspozycji społeczeństwa na niespójne i relatywnie silne przekazy o charakterze nieracjonalnym, kwestionujące fakty uznane naukowo, wzmacniając jednocześnie potencjał pozwalający na taką walkę z pandemią, która **minimalizowałaby koszty zdrowotne, społeczne, psychologiczne i ekonomiczne**.<sup>2</sup> Posiadanie w strukturze państwa instytucji (z odpowiednimi środkami i zapleczem eksperckim) stanowi więc niezbędny zasób, umożliwiający trafne i efektywne działania ochronne oraz lecznicze. Dzięki temu gromadzona jest wiedza, zbierane informacje, wykonywane ekspertyzy i przygotowane regulacje oraz akcje dla odpowiednich służb oraz ludności.<sup>3</sup>

Przykłady krajów mogących z perspektywy czasu być uznane za liderów w organizacji i zarządzaniu obecnym kryzysem epidemicznym pokazują, że kluczowym elementem systemowego postępowania jest funkcjonalne połączenie centralnych struktur władzy administracyjnej (gremia koordynacyjne, komisje międzyresortowe) z przedstawicielami jednostek będących ekspertami w dziedzinie zdrowia publicznego i epidemiologii – **sprawujących funkcję doradczą, edukacyjną, nadzorującą modelowanie epidemiologiczne i prognozowanie**. Na tym tle zaniepokojenie budzi niewykorzystanie w Polsce potencjału Państwowego Zakładu Higieny – Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, podobnie jak przeniesienie funkcji raportowania epidemiologicznego do Narodowego Instytutu Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego.

Niewykluczone więc, że właśnie takie i im podobne okoliczności zdecydowały o tym, że nie dysponowaliśmy i realnie nie dysponujemy do dziś szczegółowymi **sektorowymi analizami pozwalającymi rzetelnie opisać i powiązać ryzyka wystąpienia zakażenia** z np. miejscem zamieszkania, wykonywanym zawodem, pozycją społeczną oraz szeregiem wielu innych czynników opisujących codzienne zachowanie osób, które uległy zakażeniu koronawirusem, a stanowiących punkt wyjścia do formułowania opinii oraz prognoz choćby nt. sposobów i metod doskonalenia ochrony przeciwepidemicznej. Brak tego rodzaju wiedzy i doświadczeń wydatnie ogranicza skuteczność zarządzania kryzysem zdrowia w okresie epidemii.

### **1.3 Gromadzenie informacji i danych sytuacyjnych na temat epidemii. Potrzeba wytycznych dla służb państwowych i jednostek organizacyjnych uczestniczących w walce z epidemią.**

Informacje mające kluczowe znaczenie dla sprawności operacyjnej komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za koordynację inicjatyw pomocowych:

2. Lurka (2021a).

3. Golinowska, Zabdyr-Jamroz i wsp. (2020): 1–31.

- Prowadzenie sprawozdawczości, analiz oraz formułowanie na ich podstawie **celowych wytycznych** dla podmiotów leczniczych i instytucji uczestniczących w walce z epidemią,
- Sprofilowane **zarządzanie delegowanymi do walki z epidemią zasobami**, w tym reagowanie sytuacyjne adekwatne do okoliczności i dynamiki jej przebiegu.

Definiowana na ich podstawie wiedza poprawia racjonalność podejmowanych decyzji oraz podnosi skuteczność i efektywność działań optymalizując przy tym wykorzystanie zaangażowanych do tego zasobów.

Formułowane odgórnie i przekazywane do realizacji jednostkom operacyjnym wytyczne dają gwarancję powszechnego stosowania w praktyce najskuteczniejszych w danej chwili – **popartych dowodami naukowymi** – metod i sposobów walki z epidemią. Brak tego rodzaju praktyki – choćby w odniesieniu do pomiotów leczniczych w części dotyczącej stosowanych w nich metod diagnostyki i terapii – ujawnił się m.in. w postaci **znaczącej dysproporcji w zakresie jakości i bezpieczeństwa** opieki szacowanej m.in. śmiertelnością chorych z COVID-19, jaką notowano pomiędzy poszczególnymi placówkami. Podane okoliczności nad wyraz silnie zaznaczyły się podczas pierwszego poważnego „stres testu” systemu ochrony zdrowia w Polsce, tj. gwałtownego zwiększenia liczby chorych jaką odnotowano w przebiegu drugiej fali epidemii i jako takie powinny rozstrzygać o obligatoryjnym stosowaniu rekomendacji dotyczących zarządzania wiedzą na poziomie placówek medycznych prowadzących terapię chorych z COVID-19.

## 1.4 Technologie informatyczne, urządzenia mobilne

Niemal z tygodnia na tydzień rośnie znaczenie nowych technologii w walce z obecną epidemią. Tropienie kontaktów oraz proaktywne kwarantannowanie są jednymi z najważniejszych działań ukierunkowanych na ograniczenie skali epidemii i powodowanych nią skutków. **Właściwa implementacja technologii mobilnych** powiązanych z nowoczesnymi rozwiązaniami informatycznymi w walce z SARS-CoV-2 jest dziś nie tylko standardem, ale koniecznością postępowania wspierającego ograniczanie liczby zarażonych i wygaszanie epidemii.

Przykład krajów Dalekiego Wschodu pokazuje, że dopiero **przekroczenie pewnego krytycznego poziomu rozwoju technologii informatycznych** w państwie, podobnie jak powszechność ich stosowania w społeczeństwie, decydują o znaczącym udziale tych rozwiązań w walce z epidemią. Z perspektywy interesów państwa najbardziej pożądanym jest scenariusz, w którym ograniczone zasoby nowych technologii należy w sposób celowy **kierować w obszary kluczowe** dla jego funkcjonowania, tak aby nawet przy trudnych do pokonania, zwłaszcza w krótkim czasie, barierach inwestycyjnych osiągać cele i korzyści jakie stoją za ich użyciem. Każde inne działanie będzie natomiast prowadzić do **rozproszenia wolumenu wsparcia cyfrowego**, a w konsekwencji do sytuacji, w której technologie stają się powszechne, podczas gdy realnie prezentują ograniczony stopień użyteczności w przeciwdziałaniu negatywnym skutkom zdarzeń masowych, kryzysów, jak choćby pandemia. Nadzieje dotyczące podniesienia bezpieczeństwa i skuteczności walki z koronawirusem można wiązać z rozwojem aplikacji ProteGO Safe, która jako rozwiązanie mobilne ma pomagać w bezpiecznym wychodzeniu z najbardziej uciążliwych ograniczeń funkcjonowania w przestrzeni publicznej. Dzięki ucyfrowieniu procesów identyfikacji osób chorych oraz mających z nimi bezpośredni kontakt, ich odpowiednio **wczesna izolacja pozwala skutecznie hamować** rozprzestrzenianie się SARS-CoV-2. Zdobyta w ten sposób wiedza, wsparta narzędziami sieci społecznych (analiza kontaktów z wykorzystaniem aktywnych sensorów bazujących na technologii np. iBeacon lub Bluetooth) identyfikujących powiązania i relacje w strukturze populacji grup ryzyka może być wykorzystana w konstrukcji **skutecznego wzorca profilaktyki**, w tym również modelu szczepień przeciwko koronawirusowi. Rozwiązanie takie ma szansę sprawdzić się zwłaszcza tam, gdzie istnieje największe ryzyko

szybkiej promocji zakażenia. Wybuchające lokalnie ogniska epidemii pokazują, że ten sposób protekcji zastosowany wobec pracowników i rodzin osób zatrudnionych w dużych zakładach pracy, szpitalach, szkołach i przedszkolach, jednostkach wojskowych, internatach, domach pomocy społecznej, czy ośrodkach dla uchodźców jest rozwiązaniem mogącym realnie ograniczyć przetrwanie wirusa w społeczeństwie. Połączenie wiedzy o środowiskach obarczonych największym ryzykiem wystąpienia zakażenia, pochodzącej np. z Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19, z zastosowaniem ww. narzędzi informacyjnych to obok badań na obecność wirusa jedna z **najbardziej skutecznych i racjonalnych metod** postępowania ograniczających epidemię.

## 1.5 Polityka informacyjna. Strategia komunikacji kryzysowej

Skuteczne komunikowanie sytuacji kryzysowej musi być szczególnie dobrze zaplanowane, oparte na najlepszej wiedzy eksperckiej, spójne, odpowiedzialne i uczciwe. **Kluczowe jest umiejętne przekazywanie niepewności związanej z pandemią.** Wzorem wielu państw należy podjąć działania w następujących obszarach:

- Doradztwa eksperckiego,
- Edukacji społeczeństwa i jego włączenia do walki z pandemią poprzez szerokie konsultacje społeczne<sup>4</sup>

Realizacja zadania powinna się odbywać za pośrednictwem powołanej **jednostki eksperckiej niezależnej, apolitycznej, skupiającej fachowców** w odpowiadającej kryzysowi dziedzinie nauki, ale także ekspertów ds. komunikacji społecznej. To w takich jednostkach na podstawie aktualnych danych naukowych wypracowuje się kluczowe rekomendacje. Ich zalecenia są jawne, choć niewiążące dla władz. To eksperci ww. centrów mają mandat do szerzenia wiedzy na temat pandemii, a ludzie z reguły mają do nich zaufanie.

Sukces walki z epidemią, podobnie jak większości przedsięwzięć związanych z zarządzaniem kryzysowym zależy od jakości komunikowania, obiegu informacji pomiędzy jednostkami bezpośrednio dotkniętymi skutkami kryzysu a służbami koordynującymi udzielanie pomocy. Kierowane do społeczeństwa treści dotyczące zaleceń stosowania zasad ograniczających ryzyko transmisji wirusa, czy też poprawiających potencjał zdrowotny społeczeństwa powinny być odpowiednio zbalansowane zarówno w treści przekazu, jak i jego formie. Realizowane za pośrednictwem różnych środków i narzędzi technologii informacyjnych komunikowanie obowiązujących obostrzeń, racjonalne uzasadnienie ich znaczenia oraz warunków jakie muszą być spełnione do wycofania, są najważniejszymi przesłankami do budowy motywacji i zaufania społecznego podczas epidemii. Doświadczenia niektórych krajów, np. Czech pokazują, że doskonale sprawdzającą się w praktyce metodą komunikacji jest tzw. krótkie sprzężenie zwrotne, gdzie wszelkie wątpliwości, pytania i uwagi dotyczące epidemii są niezwłocznie wyjaśniane, komunikowane przez kompetentne służby państwowe.

Rację ma prof. Marek Cichocki pisząc, że obecne konflikty, opisywane często jako polaryzacja w coraz większym stopniu opierają się na emocjach niż na interesach i wartościach. **Emocje są w praktyce trudne do negocjowania oraz weryfikowania przez fakty, natomiast doskonale mogą podlegać odgórnym manipulacji, zwłaszcza jeśli istnieją ku temu coraz bardziej rozwinięte technologicznie środki i praktyki.** Warto o tym pamiętać w warunkach stale toczących się wokół epidemii dyskusji i sporów, których pośrednią ceną, niezamierzonym skutkiem może być nasze zdrowie i życie.

4. Zespół ds. COVID-19 przy prezesie Polskiej Akademii Nauk (2021).

### 1.5.1 Przeciwdziałanie masowym manipulacjom świadomości społecznej

Mając na uwadze wydarzenia i okoliczności z jakimi mieliśmy i nadal mamy do czynienia niemal każdego dnia w przestrzeni medialnej, zwłaszcza mediów społecznościowych w związku z realizacją narodowego programu szczepień, kluczową kompetencją państwa z punktu widzenia jego szeroko rozumianego bezpieczeństwa jest posiadanie **strategii radzenia sobie z różnymi typami dezinformacji** – zarówno fałszywą informacją przekazywaną intencjonalnie w celu destabilizacji kraju, jak i błędną informacją wynikającą z niewiedzy – oraz wspieranie inicjatyw mających na celu stałe podnoszenie poziomu kompetencji cyfrowych społeczeństwa. Podejmując tego rodzaju działania warto jednocześnie pamiętać, że **nie każdy publicznie wyrażany sprzeciw jest w pełni uświadomiony – mający źródło w rzetelnej analizie faktów, dowodów naukowych**. Doświadczenia początków terapii przeciwretrowirusowej chorych z HIV z połowy lat 90. pokazują, że opór na jaki najczęściej natrafiamy wdrażając nowoczesne, przełomowe terapie wprost wynika z faktu, że w takich sytuacjach mamy do czynienia nie tyle z działaniami zdroworozsądkowymi, ile skutkami dezorientacji ludzi o dobrych intencjach, walczących o zrozumienie swoich lęków.<sup>5</sup>

Co więcej, doświadczenia ostatnich miesięcy potwierdzone przykładami z zagranicy przekonują, że za najbardziej odpowiednie, preferowane w przeciwdziałaniu skutkom kryzysów komunikacyjnych z jakimi mieliśmy do czynienia należy uznać skoncentrowanie wysiłków państw i organizacji nie tyle na zaprzeczaniu fałszywym opiniom (z badań wynika, że takie interwencje są mało skuteczne), co na **ochronie użytkowników mediów społecznościowych przed ich wpływem**. W osiągnięciu tego celu ważne jest:

- **Monitorowanie** mediów społecznościowych w celu identyfikowania wiadomości, które są fałszywe, a zyskują popularność w sieci, i przygotowanie odpowiedzi na nie,
- Przeprowadzanie **regularnych badań** reakcji na bieżącą dezinformację, aby zidentyfikować pojawiające się błędne przekonania,
- Identyfikowanie i **edukowanie** członków społeczności lokalnych lub internetowych, którzy mogliby szerzyć kluczowe prawdziwe informacje (np. pracodawców, dyrektorów, przewodniczących samorządów studenckich),
- Wzmacnianie **pozytywnych** (wspólnotowych) norm społecznych,
- Dopuszczenie do procesu informowania **ekspertów ds. komunikacji społecznej** na etapie formułowania komunikatu.<sup>6</sup>

Zjawisko szerzenia się fałszywych informacji (infodemia) nie jest polską przypadłością – szczególną, unikalną słabością. Występuje w każdym kraju i jest nad wyraz niebezpieczne, gdy **zaufanie do organów administracyjnych państwa oraz uznanych ekspertów jest niedostateczne i podważane**. Tyleż ciekawa, co również budząca głębszą refleksję na gruncie obecnych doświadczeń jest opinia pochodząca od jednego z ekspertów, który stwierdził: „*Najbardziej do szczepień przekonałby ludzi spokój i poczucie bezpieczeństwa osób zaszczepionych*”. Co w praktyce oznacza, że jednym z kluczowych punktów odniesienia kampanii promującej szczepienia winna być grupa osób zaszczepionych, do której należy kierować sprawdzone, oparte na faktach informacje nt. szczepień, dotyczące m.in. ich bezpieczeństwa i skuteczności, tym samym wzmacniające poczucie bezpieczeństwa oraz potwierdzające trafność podjętej decyzji.

5. Zuger (2021).

6. Zespół ds. COVID-19 przy prezesie Polskiej Akademii Nauk (2021).

Prowadzone od kilkudziesięciu lat w USA badania nad skutecznością stosowania nakazów w programach szczepień wskazują, że optymalną metodą propagowania w społeczeństwie idei powszechnej wakcynacji jest podejście określane terminem: „*middle-of-the road*”. Jeśli bowiem z jednej strony można zrezygnować z nakazu szczepienia, to taka forma obligatoryjności na pewno nie będzie skuteczna. Podobnie rzecz się ma w sytuacji, kiedy uzyskanie zwolnienia ze szczepienia okaże się niemal niemożliwe, nawet w przypadku mocno ugruntowanych przekonań. W tych warunkach odpowiedzią na ukierunkowany przymus administracyjny będą symetryczne w sile i skali, powszechne, pełne determinacji postawy i zachowania społeczne mające na celu całkowitą dyskredytację idei szczepień. Równie ciekawe wnioski pochodzą z badań, których celem było poszukiwanie medium zdolnego najskuteczniej promować szczepienia. Okazuje się, że **najbardziej poważaną przez społeczeństwo grupą ekspercką**, której opinia w tym temacie jest ze wszech miar oczekiwana i pożądana są **lekarze klinicyści, praktycy medyczni** na co dzień rekomendujący wykonywanie szczepień, ale również na bieżąco rejestrujący i przetwarzający kliniczne skutki swoich decyzji.<sup>7</sup>

7. Rio del, Malani, Omer (2021).



## 2. Odporne Państwo – pożądane funkcje, zasoby i organizacja

Pandemia nauczyła nas, że konieczna jest **współpraca w każdej sferze naszego życia**. W sferze gospodarczej konieczne jest wypracowanie **sprawiedliwych zasad dystrybucji środków ochronnych i szczepień**. W sferze politycznej – zaangażowanie w wypracowywanie sprawiedliwych rozwiązań w obrębie Unii Europejskiej i świata tak, aby cele krajowe i globalne wzajemnie się uzupełniały. W sferze społecznej – pojedyncze wysiłki ochrony przed wirusem nie będą skuteczne, jeśli inni je będą lekceważyli. **Tylko wspólnie możemy pokonać wirusa**. Oznacza to także, że powinniśmy bardziej niż do tej pory troszczyć się o grupy nieuprzywilejowane, mniejszościowe, zagrożone wykluczeniem społecznym. Odpowiedź społeczeństwa na uczestnictwo w programie szczepień, podobnie jak podejście tegoż do przestrzegania nakładanych przez rząd obostrzeń przeciwepidemicznych powinna skłonić do refleksji, a za nią wprost do korekty praktyki sprawowania władzy w kierunku **podniesienia roli i znaczenia zaufania w budowaniu kapitału społecznego**, który to kapitał jest absolutną podstawą rozwoju ekonomicznego oraz konsolidacji społeczeństwa wokół żywotnych dla państwa i narodu celów i zamierzeń.

Pandemia obnażyła również, i to nie tylko w Polsce, prawdę o roli i znaczeniu, motywacji do działania i zaangażowaniu segmentów publicznego i prywatnego w przeciwdziałaniu skutkom kryzysu epidemicznego. Ujawniła jak wiele zdolności powszechnego – publicznego systemu ochrony zdrowia zostało poważnie ograniczonych, a w części utraconych w toku szeroko zakrojonej polityki ekonomizacji rynku zdrowia pozbawionej właściwej perspektywy widzenia spraw bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. **Oczywistą w tych warunkach wydaje się więc konstatacja zawarta w stwierdzeniu: czy w takim razie odnotowanie deficytów organizacyjno-funkcjonalnych publicznego systemu ochrony zdrowia nie powinno być inspiracją do działania na rzecz odwrócenia tego stanu rzeczy w nowej popandemicznej rzeczywistości? Pytanie: na ile jesteśmy zdeterminowani, czujemy się formalnie zobowiązani, aby chcieć skorzystać z tego rodzaju doświadczeń?**

Rzeczywistość pandemiczna znosząc wiele rygorów obszaru zamówień publicznych stanowiła szansę do szybkich działań, ale jednocześnie pokusę do niepodejmowania wysiłku w kierunku implementacji procesów usprawniających, racjonalizujących rzeczywistość finansowanego ze środków publicznych rynku zdrowia. Z jednej strony podejmowaliśmy działania ratunkowe będące *de facto* transferem środków publicznych do segmentu prywatnego. Z drugiej natomiast, mimo znanych ograniczeń, w tym również powszechnej świadomości słabych stron segmentu publicznego nie podejmowano adekwatnych do okoliczności, w tym bieżących potrzeb, działań usprawniających system, i to wbrew stawianym diagnozom i inicjowanym w tym kierunku działaniom. Jak w każdej tego typu sytuacji, tak i tutaj szybko okazało się, że pierwszy krok pociągał za sobą kolejne, jak choćby komercyjne wykonywanie badań PCR na obecność koronawirusa. Sytuacja ta jasno pokazała, że sięgnięcie wprost do kieszeni pacjentów, pomimo że po te same publiczne pieniądze jakie wcześniej trafiały już do laboratoriów, spowodowało słuszny sprzeciw opinii publicznej i szybkie wycofanie się płatnika z oferowania takiego sposobu dostępności do usługi. To tylko jeden z wielu przykładów, który dobitnie pokazuje jak bardzo sytuacje niedoboru, pilnej potrzeby uruchamiają komercyjne zachowania rynkowe w miejsce rozwiązań wspierających szeroko rozumiany interes osób ubezpieczonych.

Tym niemniej rzeczywistość systemu ochrony zdrowia jest bardziej złożona – nie brak w niej przykładów rozwiązań obrazujących doskonałą współpracę, zachowania sektora prywatnego wpisującego się w realizację zadań będących bezpośrednią potrzebą chwili, jak choćby powstawanie oddziałów covidowych. Na ile jednak sprawnie zorganizowane państwo w sytuacjach kryzysowych powinno korzystać



z dobrej woli, a nie określonych wcześniej odpowiednimi umowami na świadczenie usług finansowanych ze środków publicznych zobowiązaniach do działania w sytuacjach kryzysowych? Jako słuszny i w pełni racjonalny można w tym względzie uznać pogląd, że **nikomu nie służy utrwalanie stereotypu** nastawionego na zysk segmentu prywatnego oraz mającego najbardziej kosztochłonne zobowiązania segmentu publicznego. Jakkolwiek walka o zmianę tego rodzaju myślenia powinna w pierwszej kolejności mieć miejsce na poziomie przepisów i umów jasno regulujących zobowiązania stron, tak w czasie prosperity, jak i kryzysu. Brak takich uregulowań – zaskakujące, że nie pojawiły się one już po doświadczeniach pierwszego półrocza epidemii – zawsze będzie skutkowało pokusą prywatyzacji zysków i upublicznianiu kosztów funkcjonowania systemu<sup>8</sup>.

Amerykańska recepta na sukces: **jedność w mnogości może mieć także zastosowanie w warunkach funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia, o ile jednak właściwie zdefiniujemy potrzeby i oczekiwania wobec jego głównych uczestników.**

## 2.1 System ochrony zdrowia

Zmiany w systemie ochrony zdrowia jako proces są zjawiskiem ciągłym, co wprost wynika ze specyfiki warunków i okoliczności w jakich na co dzień on funkcjonuje. Kluczowymi są jednak pytania:

- Co ma być zasadniczą przesłanką do przeprowadzenia reformy?
- Czy wystarczającym jest działanie celowane, ukierunkowane na ważną, choć wąską domenę jaką jest kwestia nadzoru właścicielskiego?
- Czy może zakres proponowanych zmian powinien być elementem większej całości, strategii rozwoju?

Jeśli szukać przykładów dobrze zaplanowanych reform systemu ochrony zdrowia w ostatnich latach, takich które z powodzeniem mogłyby stanowić punkt wyjścia do inicjatyw naprawczych, to niezmiernie pozytywnym przykładem jest uchwalona w 2017 roku ustawa, na mocy której została utworzona tzw. sieć szpitali. Głównym celem systemowej transformacji było zarysowanie przez państwo obszaru szczególnej regulacji w zakresie leczenia szpitalnego, który wpływa na bezpieczeństwo kraju i jego mieszkańców. Wprowadzenie nowego porządku organizacyjnego, nałożenie siatki zakresów kompetencji, odpowiedzialności oraz możliwych kierunków rozwoju szpitali poprzez m.in. określenie rodzajów i zakresów realizowanych w nich świadczeń. Budowanie nowej jakości opieki zdrowotnej poprzez przenoszenie części świadczeń do szpitali specjalistycznych, w miejsca gwarantujące najbardziej efektywne wykorzystanie zasobów systemu, zwłaszcza w części, w której są one najtrudniej dostępne. Ustanowione siedem poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń po raz pierwszy wprowadziło formalnie określoną strukturę referencyjną szpitali definiującą miejsce placówek w systemie poprzez m.in. stawiane im wymagania kompetencyjne, kierunki rozwoju, a co za tym idzie – zdefiniowany zakres odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów. Dodanie do tego zapisów prawnych rozwiązań wykorzystujących potencjał szpitali w najlepszy możliwy sposób, a zatem nie poprzez wyniszczającą, generującą nieuzasadnione koszty systemu konkurencję, ale współpracę opartą na synergii działalności placówek jest potwierdzeniem wartości koncepcji reformy, zwłaszcza w kontekście zdarzeń, które stały się udziałem obecnego kryzysu pandemicznego.

Oczywiście pieniądze mają także swoje znaczenie w skali problemów z jakimi się na co dzień mierzy się system ochrony zdrowia, stąd na pewno definitywnie nie można umniejszać ich znaczenia i roli. Jednak

8. Fiscella, Sanders, Carroll (2021).

nie chodzi tu tylko o ich ilość, ale również sposób wykorzystania. Przystępując do szeroko dziś dyskuutowanej centralizacji usług w pierwszej kolejności powinniśmy określić cel, którym winna być efektywna dostępność do świadczeń, to czy należy je wykonywać tylko w szpitalach klinicznych, wojewódzkich czy może również wskazanych powiatowych i miejskich. Najdroższe z nich – innowacyjne, wysokospecjalistyczne, wymagające wysoko wykwalifikowanej kadry i drogiego sprzętu powinniśmy centralizować. Natomiast w przypadku usług powszechnie dostępnych o zasięgu lokalnym dopuścić mechanizmy rynkowe z jednoczesnym systemowym promowaniem praktyk monitorowania oraz ewaluacji jakości i bezpieczeństwa pacjenta (value based healthcare). Tym niemniej powinniśmy pamiętać, że **sukces każdej reformy zależy wprost od wcześniejszego przywrócenia właściwego parytetu w sposobie finansowania** głównych pozycji kosztów planu finansowego NFZ, odtworzenia warunków do stosowania jasnych i czytelnych reguł zarządzania w podmiotach leczniczych oraz uporządkowania rynku pracy z odbudową zakłóconych dziś relacji pomiędzy pracownikami medycznymi a pracodawcami. Pominięcie tych zmian, w kontekście kolejnych transferów finansowych przewidzianych w planie zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia będzie nie tylko powodem nieefektywnego ich wykorzystania, ale także przyczyni się do pogłębienia obecnie występujących trudności.

**Kompletne wykorzystanie potencjału jednostek systemu, zwłaszcza korzystających z finansowania publicznego, sprofilowane zarządzanie delegowanymi do walki z epidemią zasobami, a także implementacja technologii mobilnych powiązanych z nowoczesnymi rozwiązaniami informatycznymi to podstawowe elementy strategii określającej kluczowe cele i działania jakie powinien podjąć system w przypadku wystąpienia podobnego kryzysu w przyszłości.**

Osobne znaczenie, jak pokazał przebieg pandemii w wielu krajach, ma grupa czynników kontekstowych związanych z zasobami systemu ochrony zdrowia, które mają decydujące znaczenie dla zapewnienia jego wydolności i dostępności. Odpowiednio **wysokie wskaźniki zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, łóżek szpitalnych przypadających na liczbę mieszkańców oraz laboratoriów diagnostycznych posiadających możliwości wykonywania testów**, tj. w najbardziej wiarygodny sposób identyfikujących koronawirusa, **stanowią o sukcesach lub trudnościach w walce z obecną epidemią**. W raportach z Włoch zwraca się uwagę na to, że w bogatych regionach kraju w okresie poprzedzającym wybuch pandemii dokonała się dynamiczna prywatyzacja ochrony zdrowia wraz z wprowadzaniem biznesowych metod zarządzania placówkami zdrowotnymi (szczególnie w Lombardii), co doprowadziło do wysokiej skali ograniczania wszelkich rezerw, które zwiększałyby bieżące koszty funkcjonowania. Przykład ten, podobnie jak doświadczenia Korei Południowej, wyróżniającej się – analogicznie jak ma to miejsce w Polsce – **wysokim wskaźnikiem liczby łóżek szpitalnych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców** wyraźnie pokazuje, że dobrze zorganizowany system ochrony zdrowia, gotowy do stawienia czoła sile wyższej jaką jest np. pandemia choroby zakaźnej **nie może** być konstruowany głównie w oparciu o wartości **wskaźników ekonomicznych opisujących efektywność jego funkcjonowania**.

Kolejna grupa czynników, które w kontekście bieżącej epidemii należy wziąć pod uwagę jako mające istotne znaczenie dla skuteczności przeciwdziałania skutkom zdarzeń kryzysowych wymagających szczególnego zaangażowania zasobów systemu ochrony zdrowia dotyczy **struktury i organizacji działania instytucji publicznych w państwie**. Dysponujemy wieloma przykładami krajów mających wysoki stopień decentralizacji regionalnej sektora ochrony zdrowia (Włochy, Holandia, Kanada, a także częściowo Niemcy i Norwegia) co w perspektywie lat prowadzi nie tylko do **regionalnego zróżnicowania zasobów ochrony zdrowia oraz ich dostępności**, ale także w sytuacji kryzysu zdrowotnego utrudnia szybką reakcję na trudności oraz zagrożenia zdrowia i życia. Wystąpienie sytuacji kryzysowej w przypadku każdego systemu ochrony zdrowia wymaga posiadania zdolności koordynacyjnych zabezpieczonych w formie odpowiedniej struktury instytucjonalnej, a zasada ta znajduje szczególne uzasadnienie w przypadku systemów zdecentralizowanych. Szybkość i adekwatność reakcji na zarządzanie kryzysem jest kluczowym elementem porządkującym

rzeczywistość w obliczu nadchodzącej epidemii co udowodniły kraje takie jak Włochy, Holandia, Norwegia i Wielka Brytania, a czego w dużej mierze, zwłaszcza w pierwszym półroczu trwania pandemii zabrakło w Polsce, gdzie m.in. **do końca czerwca 2020 r. nie powołano sztabu kryzysowego. Decyzje podejmował minister zdrowia w cieniu spraw politycznych.** Minister zdrowia, profesor w dziedzinie kardiologii, nie miał oficjalnych doradców, a grupy epidemiologów korespondowały z nim, zadając pytania o uzasadnienie podejmowanych i niepodejmowanych kroków. Występował w mediach z przedstawicielami najwyższych władz państwowych, początkowo dopraszając Głównego Inspektora Sanitarnego. Jednocześnie ze strony kierownictwa resortu wystosowano pismo do wojewodów, zobowiązujące lekarzy pełniących funkcje konsultantów wojewódzkich **do niezabierania głosu w sprawie pandemii COVID-19.**<sup>9</sup> Za obiegującą można za to uznać zapowiedzi Głównego inspektora Sanitarnego o zmianach organizacyjnych jakim w najbliższym czasie ma zostać poddana Państwowa Inspekcja Sanitarna zmierzających do jej centralizacji w oczekiwaniu poprawy skuteczności i efektywności jej działań zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych.<sup>10</sup> Natomiast otwartą pozostaje kwestia sposobu przeprowadzenia ww. reformy, zwłaszcza tego, na ile centralizacja będzie rozwiązaniem trwałym organizacyjnie, na ile zaś wzmacnianym wyłącznie w sytuacjach zagrożenia epidemicznego państwa. To drugie rozwiązanie wydaje się bardziej racjonalne – gwarantujące większą elastyczność w prowadzeniu działalności przez Inspekcję w warunkach niskiego, kontrolowanego ryzyka epidemicznego, pozwalając jednocześnie na daleko posunięte, uzasadnione okolicznościami zmiany organizacyjne w sytuacjach kryzysowych.

### 2.1.1. Zdrowie publiczne. Priorytety medyczne, gospodarcze i społeczne

Powrót do przedpandemicznej „normalności” po SARS-CoV-2 może zająć więcej czasu niż jeszcze do niedawna się spodziewaliśmy, a nadchodzące lata mogą przynieść nowe zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi. Dlatego **badania, a szczególnie te z zakresu zdrowia publicznego, powinny być traktowane priorytetowo i odpowiednio finansowane.** Potrzebujemy dużej wydajności publicznego systemu ochrony zdrowia i dobrze działających zespołów medycznych zajmujących się opieką zdrowotną na poziomie lokalnym. Potrzeba nam również silnego przywództwa i reprezentacji w zakresie zdrowia publicznego na szczeblu krajowym, podobnie jak specjalistów znających się na modelowaniu systemów, naukowców potrafiących dokonać ewaluacji podejmowanych działań.<sup>11</sup> Analizujemy przy ich pomocy cały system i obserwujemy, jak jego części składowe ze sobą współpracują. **Monitorujemy i dokonujemy ewaluacji.** Nic nie zastąpi znoszenia barier związanych z dostępem do diagnostyki, leczenia, czy szeroko rozumianej profilaktyki, w tym szczepień. **Dostarczania wiarygodnych informacji, które pomogą ludziom w podejmowaniu świadomych decyzji odnoszących się do autonomii własnego ciała.** Realizowanych w trybie wolnego wyboru.

W podobnym stopniu **stałe doskonalenie wiedzy i doświadczenia w diagnostyce i leczeniu,** analogicznie do szerokiego **upowszechniania najlepszych w tym względzie standardów** jest skutecznym sposobem ograniczania śmiertelności. W Finlandii, gdzie doskonałe skutki walki z epidemią (odsetek zgonów nadmiarowych 10-krotnie mniejszy niż w Polsce) osiągnięto to m.in. poprzez **propagowanie w społeczeństwie wiedzy** nt. możliwości jakie daje zastosowanie nowoczesnych technologii medycznych w leczeniu COVID-19 oraz warunków jakie muszą być spełnione, aby w pełni z nich skorzystać. Tego rodzaju podejścia brakuje niestety w krajowych realiach, gdzie zbyt wiele czasu i energii poświęcamy **sprawom wtórnym,** takim choćby jak dyskusja o sposobie finansowania świadczeń covidowych, tracąc sprawę najważniejszą – **ustawiczne dążenie do doskonalenia** metod udzielania pomocy chorym w najbardziej kompleksowy, skuteczny oraz zgodny z aktualną wiedzą sposób. Właśnie w takim sposobie myślenia i działania,

9. Golinowska, Zabdyr-Jamroz i wsp. (2020): 1–31.

10. Lurka (2021b).

11. McKee M. (2021).

opartym na **szerokim komunikowaniu w społeczeństwie wiedzy medycznej** wprost odnoszącej się do najpilniejszych problemów zdrowia publicznego należy upatrywać szans na przełamanie polskiej bołączki jaką są zbyt późno zgłaszający się po pomoc chorzy na choroby cywilizacyjne czy zakaźne.

Stosując w praktyce postulowane działania znacznie prościej i trafniej będzie można podejmować decyzje odnoszące się do strategii walki z epidemią, podobnie jak postępowania wobec każdego zdarzenia kryzysowego w przyszłości. Rekomendacje dotyczące warunków prowadzenia, w tym także odnowienia szczepień, w podobnym stopniu jak np. odnoszące się do kwalifikacji zagrożeń związanych z rozpoznaniem bezobjawowego zakażenia SARS-CoV-2 są jednymi z bardziej gorących wyzwań przed jakimi stoją dziś gremia eksperckie na całym świecie. Ich trafność oraz dokładność pozostają w ścisłym związku – **zależą wprost od jakości gromadzenia, przetwarzania oraz analizy danych opisujących funkcjonowanie poszczególnych obszarów systemu ochrony zdrowia**. Mają kluczowe znaczenie dla procesów wsparcia decyzji w zakresie planów i zamierzeń obejmujących zagadnienia szeroko rozumianego zdrowia publicznego, przez co zasługują na uznanie za priorytetowe narzędzia w kształtowaniu polityki zdrowotnej i bezpieczeństwa państwa.

### 2.1.2 Organizacja i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w warunkach epidemii SARS-CoV-2. Działania ograniczające skutki kryzysu oraz wspierające bezpieczeństwo państwa

Doświadczenia krajowe w podobnym stopniu jak pochodzące z innych państw dotkniętych koronakryzysem jasno wskazują, że **kluczowym elementem gwarantującym zapewnienie wydolności systemu ochrony zdrowia jest zachowanie sprawności wszystkich kluczowych elementów jego struktury**. W równym stopniu dotyczy to szpitali, ale także jednostek świadczących usługi medyczne w systemie otwartym, z których każda wraz ze zmieniającą się sytuacją kryzysową **na nowo wymaga określenia zakresu zadań oraz odpowiedzialności**. Szybkość reakcji, świadomość kierunku niezbędnych do przeprowadzenia zmian były i z pewnością będą również w przyszłości kluczowymi elementami pakietu działań mających na celu sprawne i efektywne przeciwdziałanie skutkom sytuacji kryzysowej.

Każde działanie wbrew woli, która została uśpiona, zamrożona brakiem jasnej wizji roli, zadań i celów stawianych poszczególnym kategoriom dostawców usług zdrowotnych pociąga za sobą paraliż całego systemu. **O wyborze kierunków ewolucji rynku zdrowia nie decydują jednak menedżerowie i właściciele szpitali**, lecz w pierwszej kolejności wyznaczony ustawowo kreator polityki zdrowotnej w osobie ministra zdrowia, który definiując cele, musi również dookreślić model organizacji rynku usług zdrowotnych, strategię jego rozwoju oraz zasady, które mają na nim obowiązywać.<sup>12</sup>

#### 2.1.2.1. Tymczasowe ogniwa pośrednie wspierające jednostki stacjonarnego systemu opieki medycznej – pomiędzy szpitalem a ambulatorium

Wybuch drugiej fali epidemii w Polsce spowodował pojawienie się pilnej potrzeby organizacji ogniw pośrednich – roboczo określanymi w strukturze systemu ochrony zdrowia terminem szpitali tymczasowych. Jednostek dedykowanych zaspokojeniu bieżących potrzeb zdrowotnych związanych z epidemią i powodowanych nią skutków zdrowotnych, zwłaszcza w tej części, która wprost odpowiada za ratowanie zdrowia i życia chorych z COVID-19.

Od początku dyskusji wokół sposobu i warunków organizacji szpitali tymczasowych podnoszono znaczenie polskich doświadczeń humanitarnych misji zagranicznych w rejonach świata w największym stopniu

12. Gałązka-Sobotka (2021).

dotkniętych epidemią, optując za rozwiązaniem, w którym szpitale tego typu stanowią bezpośrednie wsparcie dla stacjonarnych podmiotów leczniczych, przede wszystkim jako miejsce leczenia z wykorzystaniem metod inwazyjnego i nieinwazyjnego wspomagania oddechu.

Koncepcja użycia szpitali tymczasowych z jaką polscy lekarze mieli okazję zapoznać się podczas misji w Lombardii w kwietniu 2020 r. w pierwszej kolejności zakładała wsparcie szpitali w zakresie stosowania procedur medycznych – wysokoprzepływowej tlenoterapii i oddechu wspomaganego – o największym (przekraczającym wydolność stacjonarnego systemu ochrony zdrowia nawet w tak bogatym regionie Włoch jak Lombardia) zapotrzebowaniu ze strony chorych z COVID-19. Od początku dominowało przekonanie, że jednostka tymczasowa funkcjonalnie powinna być kompletna, tj. zdolna do udzielania świadczeń medycznych chorym z COVID-19 na najwyższym poziomie, zamiast pełnić marginalną rolę ogniwa pośredniego pomiędzy szpitalem stacjonarnym a ambulatorium. Kolejnym ważnym i wartym podkreślenia elementem wyróżniającym szpital tymczasowy spośród innych placówek jest jego struktura narzucająca normy organizacyjne pracy w sposób gwarantujący optymalne wykorzystanie zasobów sprzętowych i kadrowych. W praktyce oznacza to optymalne zestrojenie struktury osobowej zespołów medycznych opiekujących się chorymi z liczbą pacjentów leczonych w poszczególnych modułach szpitala.

Tym niemniej, zgodnie z rządową strategią funkcjonowania szpitali tymczasowych ogłoszoną jesienią 2020 roku miały się one wpisać w strukturę systemu ochrony zdrowia jako ogniwa pośrednie pomiędzy szpitalem stacjonarnym a ambulatorium, miejscem opieki nad chorymi, którzy nie byli jeszcze na tyle zdrowi, by opuścić szpital, lub na tyle chorzy, by trafić do szpitala stacjonarnego, a z uwagi na ograniczenia zdrowotne nie mogli przebywać w domu. Rezultatem tej decyzji, a jak szybko się okazało – strategicznego wyboru, było z jednej strony **przeniesienie zbyt dużego ciężaru walki ze skutkami epidemii na szpitale pomijając przy tym fakt, że mają one do spełnienia szereg istotnych zadań względem znacznie większej grupy – chorych niezakażonych**. Z drugiej natomiast, ograniczenie wartości dodanej jaka realnie stoi za projektem szpitala tymczasowego, a którą są m.in. daleko zaawansowane możliwości terapeutyczne w sposób szczególny dostosowane do potrzeb pacjentów z COVID-19. Inną ważną kwestią dotyczącą funkcjonowania i organizacji tego typu placówek, na którą warto zwrócić uwagę jest bezpieczeństwo epidemiczne gwarantowane strukturą jednostki. Wydzielone, nie krzyżujące się obszary działalności ujęte już na etapie projektowania szpitala, wsparte doskonałymi, spełniającymi najbardziej wymagające normy czystości powietrza systemami wentylacji decydują o wartej podkreślenia unikalności placówki tworzonej od podstaw. Z kolei **wyposażenie szpitala w najnowocześniejszy sprzęt do ratowania zdrowia i życia leczonych w nim pacjentów** sprawia, że jego możliwości praktycznie nie różnią się od tych, jakie posiadają najnowocześniejsze oddziały intensywnej terapii.

Ważnym czynnikiem przemawiającym za wyborem ścieżki funkcjonowania szpitali tymczasowych jako jednostek autonomicznych i celowych – służących przeciwdziałaniu skutkom sytuacji kryzysowych są również koszty powstania i utrzymania tych placówek. Powszechnie stosowany do tej pory w Polsce model powstawania placówek oparty na dostosowaniu powierzchni użytkowych (np. hal ekspozycyjnych), obok atutu jakim jest skrócenie czasu uruchomienia szpitala tymczasowego, stanowił jednocześnie o **poważnym ograniczeniu jego walorów użytkowych związanych z najważniejszą funkcją – wsparciem systemu ochrony zdrowia**. Co więcej, jak wynika z przedstawionego przez ministerstwo zdrowia raportu kosztów poniesionych w związku z utworzeniem szpitali tymczasowych w Polsce zarówno kwota nakładów finansowych – 616 mln zł, w tym 23 mln zł na przywrócenie funkcjonalności obiektów gospodarzy, jak i znaczące różnice wysokości pomiędzy podmiotami – od 3 do 75 mln zł – wskazują na potrzebę optymalizacji w tym zakresie.<sup>13</sup> Rzetelne podsumowanie warunków i okoliczności funkcjonowania szpitali tymczasowych w ich dotychczasowej formule jest konieczne nie tylko z punktu widzenia

13. Zdziebłowski (2021).

potrzeby finansowej oceny przedsięwzięcia, ale przede wszystkim przyszłej **racjonalizacji wykorzystania dedykowanych walce z epidemią zasobów** i to zarówno w kontekście bezpośrednich efektów działania, jak i odległych skutków dla funkcjonowania rynku zdrowia w Polsce.

Tym niemniej mając na uwadze pozytywne doświadczenia związane z rolą jaką spełniły szpitale tymczasowe w przeciwdziałaniu skutkom obecnego kryzysu epidemicznego za w pełni uzasadnione można uznać przeprowadzenie celowej inwestycji centralnej polegającej na powstaniu **sieci tego typu placówek w oparciu o z góry określony, optymalny i zwalidowany wzorzec organizacyjny oraz doświadczenia** wynikające z potrzeb wsparcia lokalnych systemów ochrony zdrowia. Doświadczenia Wojskowego Instytutu Medycznego nabyte w trakcie projektowania i budowy szpitala tymczasowego dowodzą, że **trwałość konstrukcyjna inwestycji**, tj. gotowość do realizacji procedur medycznych ogólnointernistycznych oraz intensywnej terapii, sięga co najmniej 10-15 lat przy jej nominalnym – jednostkowym koszcie wynoszącym ok. 32 mln zł. Zatem, argumenty takie jak:

- Relatywnie **niski koszt** budowy i wyposażenia,
- **Standaryzacja elementów** projektu budowlanego i oprzyrządowania szpitala tak w części medycznej, jak i bezpieczeństwa epidemicznego,
- Rozmieszczenie na terenie kraju w stopniu **adekwatnym do zdefiniowanych potrzeb** wsparcia lokalnych struktur systemu ochrony zdrowia,
- **Trwałość inwestycji** gwarantująca stałe wsparcie systemu bezpieczeństwa państwa w perspektywie co najmniej dekady,
- **Brak dodatkowych kosztów** związanych z odtworzeniem majątku adoptowanego na potrzeby działalności szpitali tymczasowych, podobnie jak nie przekraczający 12 tygodni czas inwestycji, dobitnie przemawiają za uznaniem proponowanej koncepcji kryzysowego wsparcia systemu ochrony zdrowia siecią tymczasowych, stacjonarnych i kompletnych jednostek szpitalnych za najbardziej racjonalną tak z ekonomicznego, jak i praktycznego punktu widzenia.

Dodatkowo, niezależnie od bieżących, ale także przyszłych wyzwań w postaci **bardzo wysoce prawdopodobnych kolejnych kryzysów epidemicznych** odpowiednio zorganizowane – wyposażone i rozmieszczone na terenie kraju – szpitale tymczasowe z powodzeniem mogą stanowić zaplecze systemu zabezpieczenia medycznego sytuacji kryzysowych. **Mobilność oraz funkcjonalna elastyczność**, do tego szerokie możliwości w zakresie oferowanej pomocy medycznej stanowią o wyjątkowej wartości przedmiotowych jednostek, które wsparte **właściwie zaaranżowanym systemem szkolenia i doskonalenia personelu medycznego** mają szansę na nowo zdefiniować poziom zdolności operacyjnych państwa na okoliczność wystąpienia zagrożeń jego bezpieczeństwa.

### **2.1.3. Laboratoria diagnostyki mikrobiologicznej, molekularnej – kluczowy element systemu rozpoznania zagrożeń biologicznych**

Priorytetowym celem rozwoju usług medycznych z zakresu diagnostyki molekularnej powinien być ich selektywny wzrost realizowany poprzez inwestycje podejmowane w stopniu adekwatnym do aktualnego poziomu rozwoju pracowni oraz **potrzeb w dziedzinie bezpieczeństwa epidemicznego państwa**. Oznacza to, że zakres i kierunek decyzji rozwojowych – inwestycji – powinien obok bieżących potrzeb materiałowych uwzględniać także elementy strategii dywersyfikacji zależnej. **Rozwój nowych produktów**, w tym wypadku odpowiedniej klasy pracowni diagnostycznych, winien być zróżnicowany i dążyć do

wyzwolenia efektu synergii, który docelowo pozwoli osiągnąć zamierzone cele produktowe obniżając jednocześnie ryzyko finansowe i koszty administracyjne np. utrzymania potencjału utworzonego zasobu.

Obecna sytuacja epidemiczna związana z pandemią koronawirusa, w tym przede wszystkim ryzyka odnoszące się do wystąpienia kolejnych fal zakażeń i zachorowań, skłaniają do **działań usprawniających kluczowe dla zarządzania przebiegiem epidemii obszary** działalności przy jednoczesnej racjonalizacji związanych z tym kosztów. Zdobyte do tej pory doświadczenia pokazały, że posiadanie odpowiednio rozbudowanej sieci pracowni diagnostycznych pozwalających na identyfikację patogenu u osób podejrzanych o zakażenie jest jednym z najistotniejszych elementów decydujących o skuteczności walki z epidemią. Liczbę pracowni, ich przemyślane rozmieszczenie na terenie kraju oraz adekwatne do potrzeb wyposażenie należy w tym względzie traktować jako **probierz funkcjonalności systemu**, tak w ujęciu jego skuteczności ewaluacyjnej, jak i efektywności kosztowej. Dywersyfikacja zależna jednostek sieci na poziomie klas bezpieczeństwa mikrobiologicznego jest w tych warunkach dodatkowym kryterium optymalizującym ww. proces zarówno z punktu widzenia wykorzystania aktualnego potencjału placówek, jak i perspektywy ich dalszego rozwoju. **Dobra logistyka zaopatrzenia** laboratoriów w zapasy odczynników, podobnie jak sprawnie funkcjonujący system zarządzania danymi gwarantują, są dodatkowymi warunkami przesądzającymi o sprawności państwa w zarządzaniu epidemią.

#### **2.1.4. Ograniczona dostępność leków, sprzętu i materiałów medycznych. Gotowość produkcyjna do działania w czasie kryzysu**

Właściwy **dostęp do produktów leczniczych** stanowi pochodną prawa do ochrony zdrowia i bywa coraz częściej ujmowany w kategorii praw człowieka. **Zjawisko eksportu równoległego**, będące logiczną konsekwencją wspólnego rynku europejskiego i znaczących różnic cen leków w poszczególnych krajach członkowskich, realnie zagraża krajom wywozu takim jak Polska, gdzie niektóre bardzo istotne dla procesu terapeutycznego leki **zagrożone są brakiem dostępności**. Problemy te zmusiły polskiego ustawodawcę do podjęcia kilku prób unormowania skali eksportu, a w szczególności uszczelnienia systemu i likwidacji **zjawiska odwróconego łańcucha dostaw** (czyli odsprzedaży leków z aptek do hurtowni z przeznaczeniem na wywóz). Ministerialna polityka zapewnienia dostępności leków w Polsce opiera się przede wszystkim na monitorowaniu i nadzorowaniu eksportu leków, co **nie definiuje wszystkich zdarzeń i okoliczności** mających bezpośredni lub pośredni wpływ na ograniczenia w dostępie do leków i materiałów medycznych.

Zmiany jakie zaszły w odpowiedzi na wystąpienie pandemii koronawirusa w sposobie i warunkach prowadzenia światowego handlu spowodowane m.in. przerwaniem łańcuchów dostaw oraz reindustrializacją gospodarki – zmianą wektorów z usług na produkcję – w następstwie trudności zabezpieczenia krajowych potrzeb odbiorców oraz **ograniczeń w logistyce** silnie odbiły się na zdolnościach Polski, podobnie jak większości krajów UE, **w zabezpieczeniu leków i materiałów medycznych**. Sytuacja ta zbiegła się dodatkowo z 6-10 krotnie **większym zapotrzebowaniem systemu ochrony zdrowia na środki ochrony indywidualnej** oraz na niektóre, często niszowe leki mające zastosowanie w terapii zakażenia i skutków zakażenia koronawirusem.

Zdecydowanie dotkliwsze ze społecznego, administracyjno-prawnego i zdrowotnego punktu widzenia okazały się problemy spowodowane **brakiem dostępności substancji czynnych**. Organy państwa, mając obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zobowiązane są przeciwdziałać problemom z dostępnością produktów leczniczych. Implikuje to konieczność wszczęcia wielu procedur administracyjnych. Najistotniejsze jednak wydają się skutki zdrowotne związane z brakiem dostępności do substancji czynnych. Sytuacja taka może prowadzić między innymi do **niepowodzenia terapii lub do leczenia suboptymalnego**. Dodatkowo, problemy z dostępnością związane są ze wzrostem ryzyka

błędów medycznych, **gorszą jakością życia pacjentów** wynikającą z braku lub opóźnienia dostępu do terapii, a także z większym **ryzykiem działań niepożądanych**.<sup>14</sup>

Przedstawione wyżej uwarunkowania i stojące za nimi fakty, jak choćby dotyczące trybu i sposobu zabezpieczenia **potrzeb krajowego systemu ochrony zdrowia w niezbędny sprzęt i materiały medyczne** z jakimi mieliśmy do czynienia w pierwszych miesiącach od ogłoszenia przez WHO pandemii jednoznacznie przekonują, że za niezbędne należy uznać działania polegające na zwiększeniu dostępności krajowego systemu ochrony zdrowia do kluczowych z punktu widzenia sytuacji kryzysowych zasobów. Kryzys pandemiczny pokazał również, że od samego magazynowania środków ważniejsza jest umiejętność zarządzania posiadanymi zasobami oraz utrzymania sprawności gospodarki.<sup>15</sup> Państwo nie musi mieć wszystkich zasobów, ale **musi umieć wykorzystywać potencjał będący w społeczeństwie i na rynku komercyjnym. Państwo musi potrafić w odpowiednim momencie po niego sięgnąć i go koordynować.** Wreszcie, państwo musi mieć sprawne i skuteczne narzędzia, żeby realnie wzmacniać bezpieczeństwo swoich obywateli. W tym kontekście pierwszoplanowe działania, mając na uwadze wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnych kryzysów epidemicznych w nieodległej przyszłości, powinny polegać na:

- Dokonaniu **szczegółowej analizy zdarzeń gospodarczych** oraz stojących za nimi skutków wprost odnoszących się do ograniczeń funkcjonowania obszarów bezpieczeństwa państwa i zdrowia publicznego, zwłaszcza w części dotyczącej zaopatrzenia w leki i materiały medyczne.
- Podjęciu działań mających na celu **odtworzenie krajowych zdolności** w części dotyczącej potrzeb materiałowych i lekowych mających krytyczne znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków:
  - Odtworzenie krajowych **zdolności w opracowaniu i produkcji szczepionek.**
  - Zabezpieczenie **krajowej produkcji leków, sprzętu i materiałów medycznych** – najważniejszych z punktu widzenia przeciwdziałania spodziewanym skutkom zdarzeń kryzysowych, ale także rozpowszechnienia chorób cywilizacyjnych i ich społecznych skutków zdrowotnych. W przypadkach braku odpowiednich kompetencji, możliwości wytwórczych i/lub wysokich barier wejścia dla rozwinięcia zdolności produkcyjnych zalecane jest **uruchomienie procesów dywersyfikacji zamówień, specjalizacji produktowej** w ramach współpracy międzynarodowej obejmującej w pierwszej kolejności państwa Grupy Wyszehradzkiej lub skupione w ramach międzynarodowej inicjatywy gospodarczo-politycznej – grupy Trójmorza.
  - Przygotowanie umów **z polskimi przedsiębiorcami** dotyczących **gotowości do działania w kryzysie** – zarówno w sferze produkcyjnej, jak i świadczenia umówionych rodzajów usług. Państwo nie musi posiadać sprzętu i innych zasobów – można go wynająć. To dużo lepsze – tańsze i bardziej dopasowane do potrzeb identyfikowanych w sytuacjach kryzysowych rozwiązanie.

#### 2.1.4.1. Szczepienia – od produkcji do dystrybucji. Lokalna i globalna zmiana paradygmatów bezpieczeństwa epidemicznego

Zgodnie z aktualnymi prognozami rosnące w perspektywie najbliższych lat ryzyko występowania kryzysów epidemicznych, których częstość jest dziś szacowana na 6-8 lat wymaga **wykształcenia krajowych zdolności w zakresie produkcji szczepionek.** Już sam wolumen potrzeb przedmiotowego asortymentu

14. Gałązka-Sobotka i wsp. (2019).

15. Kuczmierowski (2021).



będący wypadkową stymulowanego epidemią popytu stwarza olbrzymie problemy logistyczne. To nie tylko wydolność linii produkcyjnych. Barięą jest też **dostępność materiałów niezbędnych do masowego programu szczepień, takich jak choćby strzykawki, czy niezbędnych do produkcji szczepionek substancji stabilizujących**. Do tego firmy, które opracowały szczepionki nie posiadają odpowiednich mocy produkcyjnych, by sprostać ogólnoświatowemu zapotrzebowaniu. W związku z tym za najbardziej właściwe i adekwatne, biorąc po uwagę globalne potrzeby w tym zakresie, należy dziś uznać działania na rzecz kooperacji w ramach partnerstw producentów i podwykonawców gwarantujących zawiązaną formułą współpracy przepływy kluczowych technologii z adekwatną do lokalnych potrzeb reprezentacją struktur produkcyjnych w różnych rejonach świata.

W odniesieniu zaś do potrzeb krajowych, mając na uwadze szereg niejasności formalno-prawnych związanych z udzieleniem licencji przymusowej, za poprawną i rekomendowaną potrzebami, ale także posiadanymi możliwościami naukowo-technologicznymi należy uznać klasyczną – licencyjną ścieżkę rozwoju kompetencji w zakresie produkcji szczepionek, głównie poprzez pozyskanie **niezbędnej wiedzy i technologii do powstania nowoczesnych preparatów biologicznych** jakimi są dopuszczone dziś do stosowania w państwach UE szczepionki. Pierwszym etapem działania winno być **powstanie certyfikowanej linii produkcyjnej**, na bazie, której odbywałoby się licencjonowane wytwarzanie szczepionek, co *nota bene* ma już miejsce w kilku państwach Europy Zachodniej. Jednocześnie należy podjąć **krajowe starania nad powstaniem polskiego preparatu** – szczepionki przeciwko COVID-19 – celując w produkty trzeciej (matrycowe), ewentualnie drugiej (wektorowe) generacji. Mając na względzie toczące się aktualnie w kilku polskich uczelniach badania, pilnie należy zainicjować działania zmierzające do **optymalnego wykorzystania potencjału krajowych ośrodków naukowo-badawczych** – konsolidacja dziedzinowo-produktowa – z jednoczesnym dofinansowaniem – na wzór prowadzonej w tym względzie przez rząd Stanów Zjednoczonych polityki – prac badawczo-rozwojowych ze środków publicznych. Taki model działania wydatnie ograniczy ryzyko inwestycyjne jednostek prowadzących badania, co wprost przełoży się na przyspieszenie prac na polską szczepionką.

Organizacja i dostarczenie szczepień powinny być dostosowane do **realnych potrzeb populacji**, w tym także dystrybucji geograficznej. Brak optymalizacji w tym zakresie skutkuje rezygnacją części osób ze szczepienia. Nabyte w toku realizacji narodowego programu szczepień doświadczenia unaocznili, że system dystrybucji szczepień powinien brać pod uwagę zarówno liczbę mieszkańców przypadających na jeden punkt szczepień, jak i ich koncentrację geograficzną. W gęściej zaludnionych ośrodkach miejskich z relatywnie łatwym i szybkim dojazdem punkty dystrybucji nie muszą być usytuowane gęsto, za to powinny być przystosowane do obsługi dużej liczby pacjentów. Tam, gdzie to możliwe, logistyka szczepień powinna korzystać z efektów skali – rozmiar i liczba punktów szczepień powinna być organizowana tak, aby minimalizować obciążenie personelu medycznego pracą administracyjną i innymi obowiązkami, a jednocześnie zapewniać jak najlepszą płynność obsługi osób szczepionych. Dobrze zorganizowany system szczepień to taki, który będzie potrafił **blyskawicznie zwiększyć swoją moc dystrybucyjną** – adekwatnie do dostępności szczepionek, ale także liczby osób zainteresowanych szczepieniem. Z tego też powodu wiedza na temat organizacji krajowego programu szczepień powinna zostać jak najszybciej podsumowana, zwalidowana i szczegółowo opisana w formie wytycznych i procedur standaryzacyjnych opisujących zadania i wymagania przewidziane do realizacji w przyszłości.

### **2.1.5. Zespół szybkiego medycznego reagowania kryzysowego jako narzędzie wsparcia systemu bezpieczeństwa państwa**

Trzy fale epidemii, to również trzy odmienne strategie organizacji systemu ochrony zdrowia. Wiosną ubiegłego roku fundamentem przeciwdziałania skutkom zakażeń były szpitale jednoimienne. Sześć miesięcy później – jesienią 2020 r. – wobec lawinowo rosnącej liczby zakażonych zdecydowano o szerszym

otwarcu systemu ochrony zdrowia. Zatem, nie tylko szpitale jednoimienne (koordynacyjne), ale także zasoby pozostałych podmiotów leczniczych zostały zaangażowane w leczenie chorych z COVID-19. Jednocześnie rozpoczęto inwestycje w szpitale tymczasowe przypisując im – niestety – głównie funkcję jednostek będących ogniwem pośrednim pomiędzy szpitalami a ambulatorium. W obliczu rozpoczynającej się trzeciej fali zakażeń uznano, że będą one podstawowym miejscem leczenia chorych z COVID-19, stając przy okazji wsparciem dla szpitali stacjonarnych, które zgodnie z planem, po wyszczepieniu personelu medycznego miały przywrócić działalność medyczną na poziomie sprzed epidemii.

**Trzy fale i trzy różne strategie.** Każda racjonalna i oryginalna, a jednocześnie **pozbawiona korzyści wynikających z efektu synergii łącznej interakcji.** Podczas gdy od kwietnia ubiegłego roku dysponowaliśmy atrakcyjną i co najważniejsze sprawdzoną empirycznie strategią zarządzania i organizacji systemu ochrony zdrowia w dobie epidemii. Doświadczenia będące udziałem misji medycznej w Lombardii pokazały, że skuteczna walka z pandemią wymaga zaangażowania wszystkich zasobów jakimi dysponują lokalne systemy ochrony zdrowia, w tym przede wszystkim zabezpieczenia dostępności do łóżek intensywnej terapii oraz specjalistycznego personelu medycznego. W rzeczywistości więc, to nie **rozwiązania fasadowe**, takie choćby jak szpitale jednoimienne, a rozproszony model opieki wsparty działalnością placówek tymczasowych wyposażonych głównie w łóżka respiratorowe, daje możliwość uzyskania największej dostępności do szpitali tak dla chorych z COVID-19, jak i wymagających pomocy z innych powodów. Stąd kompletne zagospodarowanie potencjału jednostek systemu, zwłaszcza korzystających z finansowania publicznego, sprofilowane zarządzanie delegowanymi do walki z epidemią zasobami, a także implementacja technologii mobilnych powiązanych z nowoczesnymi rozwiązaniami informatycznymi to podstawowe elementy strategii określającej kluczowe cele i działania jakie powinien podjąć system w przypadku wystąpienia podobnego kryzysu w przyszłości.

Doświadczenia związane z organizacją i realizacją humanitarnych misji zagranicznych w krajach szczególnie dotkniętych epidemią koronawirusa jednoznacznie uzasadniają konieczność **utworzenia pozostającego w dyspozycji władz państwa odvodu szybkiego medycznego reagowania kryzysowego** gotowego do podjęcia działania w maksymalnie krótkim czasie w odpowiedzi na wystąpienie nagłych zdarzeń medycznych o charakterze kryzysowym i/lub humanitarnym tak w kraju, jak i poza jego granicami.

Realizacja zamierzenia **powinna zostać oparta** na posiadanych już dziś w tym względzie **doświadczeniach i zasobach:**

- Obwody Profilaktyczno-Lecznicze (OP-L) wojskowej służby zdrowia w liczbie ośmiu jako terytorialne jednostki organizacyjne dedykowane koordynacji działań zespołów operacyjnych na terenie całego kraju,
- Zaplecze logistyczne (załączek) wyposażenia w sprzęt i materiały medyczne z powodzeniem mogłyby pełnić znajdujące się m.in. w szpitalach węzłowych OP-L Rejonowe Bazy Zaopatrzenia Medycznego (RBZMed),
- Uzupełnienie infrastruktury przeznaczonej do zabezpieczenia potrzeb działających na terenie kraju operacyjnych grup medycznych reagowania kryzysowego stanowiłyby jednostki o charakterze funkcjonującego dziś w WIM szpitala modułowego. Za w pełni racjonalną i uzasadnioną można uznać decyzję polegającą na powstaniu tego typu placówek na bazie pozostałych szpitali węzłowych OP-L, a więc obok Warszawy byłyby to: Kraków, Wrocław, Bydgoszcz, Lublin, Szczecin, Gdańsk, Ełk. W tej liczbie oraz lokalizacji z powodzeniem pełniłyby one podwójną rolę, tj. zabezpieczenia realizacji projektu reagowania kryzysowego i jednocześnie jako dopełnienie przez Siły Zbrojne RP wymagań określonych w dokumentach normatywnych NATO

(zapewnienie mobilności, modułowości, zdolności do szybkiego rozstawienia i funkcjonowania w warunkach polowych, itp.),

- Baza szkoleniowa personelu grup reagowania w praktyce mogłaby składać się z dwóch elementów:
  - Centralna jednostka organizacji i akredytacji szkolenia np. Centrum Kształcenia Podyplomowego WIM. Posiadane doświadczenie w szkoleniach realizowanych na potrzeby służb mundurowych, podobnie jak wyposażenie oraz kadra z marszu wręcz pozwalają przygotować i przeprowadzić moduły szkoleń dla poszczególnych grup zawodowych służb medycznych,
  - Jednostki terytorialne zlokalizowane w szpitalach węzłowych OP-L wsparte przeszkoloną, akredytowaną kadrami dydaktyczną oraz odpowiednim zapleczem do szkolenia, które w czasie P z powodzeniem mogłby pełnić np. lokalny szpital modułowy. Regionalna lokalizacja tego typu placówek stwarza warunki do kompletnego zabezpieczenia potrzeb medycznych w rejonie odpowiedzialności i jednocześnie przybliży miejsce szkolenia (doskonalenia) specjalistycznego do rekrutowanego lokalnie personelu medycznego.

Wiodące podmioty lecznicze wojskowej służby zdrowia **dysponują sprawdzoną w działaniu strukturą organizacyjno-funkcjonalną** wspartą zasobami materialnymi oraz rozwiniętymi na ich podstawie zdolnościami, które z powodzeniem mogą być zaangażowane w realizację celów państwa związanych z reagowaniem kryzysowym. Dodatkowo, **wykształcone podczas epidemii umiejętności i kompetencje**, a także rozwiązania organizacyjne, których część znalazła uznanie partnerów z zagranicy, stanowią cenne uzupełnienie elementów systemu bezpieczeństwa państwa jako kompletne narzędzia przeciwdziałania i usuwania skutków sytuacji kryzysowych.

Niezależnie od konieczności zaspokojenia ww. potrzeb kluczowe – z punktu widzenia decyzji dotyczących kierunków reform systemu ochrony zdrowia w Polsce – pozostaje rozstrzygnięcie dotyczące niezbędnej w systemie liczby łóżek szpitalnych. Doświadczenia obecnego kryzysu pandemicznego wyraźnie pokazały, że posiadanie zaplecza szpitalnego – miejsc leczenia stacjonarnego – jest czynnikiem mającym kluczowe znaczenie dla sprawnego reagowania na zagrożenia związane np. z szybko rosnącą liczbą chorych wymagających hospitalizacji. Odpowiednio duża liczba łóżek stanowi również bufor kompensujący ograniczenia diagnostyczno-terapeutyczne systemu opieki ambulatoryjnej, zwłaszcza na etapie dochodzenia tego ostatniego do pełnej sprawności. Stąd decyzja o ograniczeniu liczby łóżek opieki długoterminowej powinna uwzględniać nie tylko docelowy wskaźnik opisujący dostępność miejsc leczenia szpitalnego, ale także etap rozwoju (dojrzałości) na jakim znajduje się system ochrony zdrowia oraz potrzeby państwa w zakresie reagowania na nadzwyczajne sytuacje kryzysowe.

Ostatnia w wymienionych potrzebach z powodzeniem może i jak pokazują dotychczasowe doświadczenia powinna być zabezpieczona poprzez zastosowanie **modelu elastycznego reagowania kryzysowego**, którego fundamentem winny być pozostające w dyspozycji ministrów zdrowia oraz obrony narodowej odwoływalne bazy materiałowych leków, materiałów i sprzętu medycznego z pozostającym w rezerwie personelem medycznym oraz miejscami udzielania świadczeń w ponadnormatywnym – odpowiadającym potrzebom czasu kryzysu – zakresie. Wspomniane rozwiązanie funkcjonuje dziś w ramach podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim jest minister obrony narodowej i z powodzeniem może zostać rozwinięte w stopniu adekwatnym do potrzeb **wynikających z szacunków określających poziom ryzyk spowodowanych potencjalnym kryzysem**.

Trwające aktualnie w Rządowym Centrum Bezpieczeństwa prace nad ustawą regulującą przedmiotowe działania są doskonałą okazją do zdefiniowania i ujawnienia stanu posiadania kluczowych dla przedmiotowego działania zasobów oraz **wypracowania racjonalnej merytorycznie i ekonomicznie formuły skutecznego oraz efektywnego zabezpieczenia** kluczowych interesów państwa na bazie posiadanych przez poszczególne resorty sił i środków, doświadczeń.

#### 2.1.5.1. Wsparcie zdolności państwa w zakresie odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne w ramach działań niekonwencjonalnych (*Unconventional Warfare*)

Rzeczpospolita Polska – członek NATO jest zobowiązana do realizacji postanowień Sojuszu ujętych w ramach tzw. umów standaryzacyjnych (Standardization Agreement, STANAG). Jedną z istotnych doktryn jakie znajdują się w katalogu dokumentów sygnowanych przez Polskę jest doktryna AJP-4.10 określająca sposób i warunki realizacji medycznego zabezpieczenia działań wojsk. Treść wytycznych obejmuje nie tylko kwestie wojskowe, ale zwraca również uwagę na bliską współpracę z podmiotami cywilnymi podczas realizacji misji mających na celu wsparcie lokalnych systemów ochrony zdrowia, czy pojedynczych jednostek organizacyjnych np. szpitali.

Działania niekonwencjonalne, czyli działania bojowe prowadzone na terenie przeciwnika lub terenie własnym zajęty przez siły przeciwnika są w ostatnich latach jednym z priorytetowych obszarów zainteresowania NSHQ (*NATO Special Operations Headquarter*) w kontekście właściwego przygotowania służb medycznych i logistycznych. W dobie konfliktów nieregularnych (Donbas – Ukraina) i strategicznego położenia RP na wschodniej flance NATO temat ten należy szczegółowo rozpoznać, a wnioski z oceny możliwości oraz warunków prowadzenia zabezpieczenia medycznego takich działań bezpośrednio wdrożyć do szkolenia i planowania strategicznego, taktycznego oraz operacyjnego.

Mając na uwadze bieżące potrzeby oraz brak adekwatnych na nie odpowiedzi spowodowanych istniejącymi w tym względzie od wielu lat systemowymi ograniczeniami za priorytet należy uznać starania mające na celu organizację **systemu szkolenia i doskonalenia zawodowego** personelu medycznego oraz medycznego wsparcia **logistycznego działań niekonwencjonalnych**. Pozyskane dzięki temu wiedza i doświadczenie przyczynią się do poprawy bezpieczeństwa państwa w części odpowiadającej zdolnościom do podejmowania doraźnych działań medycznych przełamujących skutki zdarzeń kryzysowych o charakterze humanitarnym i wojskowym zarówno w kraju, jak i poza jego granicami. Za kluczowe należy uznać rozwijanie doświadczeń i kompetencji w zakresie medycznego reagowania na zdarzenia nietypowe o charakterze kryzysowym w gronie personelu medycznego sił zbrojnych, specjalistów wybranych dziedzin medycyny rynku cywilnego, a także przedstawicieli grup zawodowych odpowiedzialnych za logistyczne wsparcie tego typu działań.

Przesłanką do rozpoczęcia proponowanych zmian winny być aktualne dokumenty doktrynalne,<sup>16</sup> wyściowo określające kierunki systemowych transformacji jakie powinny się dokonać przy zaangażowaniu zasobów ministerstw obrony narodowej, spraw wewnętrznych i administracji oraz zdrowia, niezbędne do wykształcenia – głównie poprzez zadaniowo-funkcjonalną integrację – **trwałych fundamentów medycznego komponentu systemu bezpieczeństwa państwa**. Tym bardziej, że już dziś dysponujemy w tym zakresie pokaźnymi doświadczeniami (zagraniczne misje stabilizacyjne, humanitarne) oraz stojącymi za nimi możliwościami organizacyjnymi (szpitale polowe, modułowe, ośrodki szkolenia), które odpowiednio skonfigurowane – dostosowane do okoliczności definiujących potrzebę ich użycia – stanowią o realnym potencjale, możliwościach w tym zakresie.<sup>17</sup>

16. Centrum Doktryn i Szkolenia (2018).

17. Centrum Kształcenia Podyplomowego Wojskowego Instytutu Medycznego (2021a); Centrum Kształcenia Podyplomowego Wojskowego Instytutu Medycznego (2021b).

## 2.1.6. Kadry medyczne – nowe czasy, nowy rynek, nowe wyzwania oraz podejście w kontekście potrzeb bezpieczeństwa państwa

Dysponowanie przez państwo zdolnościami gwarantującymi wysoki poziom jego odporności na zagrożenia związane z kryzysami, takimi choćby jak aktualny kryzys epidemiczny, wymaga posiadania – obok zasobów materiałowych – odpowiednich struktur organizacyjnych, regulujących ich działanie procedur oraz odpowiednio przygotowanych profesjonalistów gotowych do sprawnego podjęcia działań ograniczających skutki zdarzeń kryzysowych w oczekiwanym miejscu i czasie.

Niestety, od lat tak w Polsce, jak i w zdecydowanej większości krajów Europy Zachodniej czynnikiem ludzki jest najbardziej deficytowym zasobem rynku zdrowia, najczęściej wprost decydującym o zdolnościach poszczególnych państw do podejmowania skutecznych działań przeciwdziałających nadzwyczajnym zagrożeniom. Z przeprowadzanych rokrocznie wśród polskich pracowników medycznych badań ankietowych wynika, że **najważniejszymi atrybutami pracodawcy** są: sprawne kierowanie zespołem połączone z dobrą atmosferą w pracy, możliwość podnoszenia kwalifikacji i kompetencji, uczestnictwo w ciekawych, pasjonujących wyzwaniach zawodowych z zagwarantowanym równocześnie dostępem do nowych technologii. Oznacza to ni mniej, ni więcej, że kadrowy sukces rynku zdrowia, także w części odpowiedzialnej za przeciwdziałanie skutkom zdarzeń kryzysowych zależy od dobrze zorganizowanych i wyposażonych miejsc pracy oraz właściwie zaplanowanej ścieżki rozwoju pracowników medycznych.

Dlatego nieprzerwanie należy podejmować działania i celowe inicjatywy dążące do tego, aby oferta pracy dla personelu medycznego bezpośrednio wspierającego działania operacyjne w dziedzinie bezpieczeństwa państwa była atrakcyjna na każdym etapie kształcenia podyplomowego. Logiczna i spójna ścieżka kariery zainteresowanego pracą – służbą – na rzecz bezpieczeństwa narodowego medyka powinna być wypadkową jego osobistych aspiracji oraz potrzeb państwa rozwijanych w toku intensywnego szkolenia fachowego, prowadzonego na bazie np. wojskowych podmiotów leczniczych o najwyższym poziomie referencyjności. Dopiero **dobrze wykształcony oraz odpowiednio zmotywowany** przynależnością do zespołu wysokiej klasy profesjonalistów specjalista (lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny) jest **oczekiwanym przez państwo walorem** i jako taki powinien być podmiotem, o który na kolejnych etapach fachowego rozwoju zabiega państwo poprzez m.in. świadczone w rozwój zawodowy inwestycje. Do skutecznej realizacji tego zadania niezbędne jest m.in. przeprowadzenie **rzetelnego rozpoznania posiadanych zasobów szkoleniowych** oraz redefinicja ich roli tak, aby dwa najważniejsze wyznaczniki postępu i rozwoju osobowego – aspiracje i potrzeby – mogły zafunkcjonować jako **nowoczesna i oryginalna inwestycja w przyszłość**. Koło zamachowe oczekiwanych i zarazem koniecznych zmian systemowych podnoszących sprawność zarządzania najbardziej kosztochłonnym i unikalnym zasobem systemu ochrony zdrowia.

### 2.1.6.1. Synergia zasobów w budowie systemu bezpieczeństwa państwa – co powinniśmy wiedzieć i o czym pamiętać dbając o tempo przemian oraz racjonalność decyzji organizacyjnych i rzeczowo-finansowych?

Aktywna w tej materii postawa wojskowej służby zdrowia (WSZ) daje szansę na wypracowanie racjonalnej ekonomicznie i nowoczesnej organizacyjnie strategii opartej na wykorzystaniu **efektu synergii** pomiędzy obszarami powszechnego systemu ochrony zdrowia, potencjału i sprawności państwa oraz możliwości WSZ. Skuteczne zagospodarowanie zdekoncentrowanych dziś zasobów budujących zdolności do realizacji kierunkowych celów wspierających potencjał bezpieczeństwa państwa jest **wartością nadrzędną, wymagającą nowego spojrzenia na zagadnienia organizacji ochrony zdrowia w części dotyczącej zabezpieczenia sytuacji kryzysowych**, w tym zdarzeń o charakterze terrorystycznym, asymetrycznym. Posiadane w tym obszarze zasoby i kompetencje państwa rozproszone dziś pomiędzy Policją,

WSZ i Państwową Strażą Pożarną, mających często rozbudowane części wspólne, niezwłocznie powinny zostać użyte do budowy spójnego krajowego systemu ratownictwa. **Połączenie doświadczenia, zasobów kadrowych i sprzętowych, ujednoczenie systemów szkolenia i certyfikacji umiejętności oraz planowania i dowodzenia** jest dziś kolejnym, naturalnym etapem rozwoju operacyjnego (taktycznego) ratownictwa medycznego w Polsce, odpowiadającym na potrzeby społeczeństwa **aspirującego do życia w bezpiecznym państwie**.

Realizacja tego celu powinna jednocześnie angażować wszystkie elementy struktury i organizacji systemu ochrony zdrowia oraz bezpieczeństwa państwa, które mają swój udział w zapewnieniu **optymalnego wykorzystania, zarządzania i rozwoju potencjału reagowania kryzysowego**. Użycie zasobów, w tym infrastruktury krytycznej, będących w dyspozycji WSZ oraz jednostek medycznych pozostałych służb mundurowych jest gwarantem zachowania operacyjności państwa w sytuacjach kryzysowych wyrażanej każdorazowo jako zdolność do prowadzenia czynności ratowniczych w wymaganym miejscu, czasie oraz z zastosowaniem **adekwatnych do sytuacji sił i środków**.

Ponadto, uwzględniając doświadczenia związane m.in. z aktualnym kryzysem epidemicznym niezbędnym uzupełnieniem zdolności reagowania kryzysowego jest także wzmocnienie wojskowych podmiotów leczniczych fachowym personelem medycznym sił zbrojnych. Na początek 2-3, a docelowo wszystkie (8) wiodące podmioty lecznicze w zakresie struktury organizacyjnej i etatowej dziedzin medycyny odpowiadających potrzebom reagowania kryzysowego powinny zatrudniać co najmniej 40% personelu lekarskiego, pielęgniarskiego oraz ratowników medycznych w ramach stosunku służbowego zawodowej służby wojskowej. Gwarantowana w ten sposób **dyspozycyjność oraz lojalność** kluczowej dla utrzymania działalności szpitala części personelu medycznego minimalizuje ryzyko wyłączenia podmiotu leczniczego z udzielania świadczeń, co w dzisiejszych warunkach może zdarzyć się niemal w każdej chwili, nie wykluczając tak banalnych z punktu widzenia interesów państwa zdarzeń jak choćby toczący się spór – negocjacje płacowe z pracodawcą.

## 2.2. Zastosowanie innowacji w kształtowaniu pokryzysowej rzeczywistości

Konieczna jest również **zmiana podejścia** – z zarządzania kryzysowego do systemowego zarządzania w nowej rzeczywistości, z rozbudową służb, które mogą w sposób ciągły sprawować kontrolę nad epidemią, poprawą systemów informacyjnych i komunikacji społecznej. Wiąże się to z odejściem od zdrowia jako jedyne priorytetu, a włączanie coraz silniej celów społecznych i gospodarczych. Potrzebny jest **długoterminowy kompromis**, który umożliwi zdefiniowanie na nowo priorytetów, określenie celów strategicznych i przypisanie im konkretnych spodziewanych efektów, z których zaangażowane strony będą się mogły wzajemnie rozliczać i będą się takiemu rozliczaniu poddawały. Sposobem na realizację planowanych reform w świetle doświadczeń obecnego kryzys pandemicznego powinien być **szeroko zakrojony reengineering** – ponowne rozpisanie ról i funkcji w systemie, stworzenie nowych planów finansowych, co będzie możliwe tylko w wyniku twardej rozmowy płatnika i świadczeniodawców.

Nadzieja na usprawnienie systemu leży także w **nowoczesnych systemach informatycznych, w sztucznej inteligencji**, czego dowodem są efekty wdrożenia e-recept, e-skierowań czy elektronicznej dokumentacji medycznej. Nowe technologie, w tej części której sprawdziły się podczas epidemii – dostępność do nich – będą decydować o przewadze konkurencyjnej na rynku ochrony zdrowia. Wsparcie tej ścieżki przez płatnika wzmocni siłę oddziaływania nowego kryterium **budowania przewagi konkurencyjnej**.

W związku z tym, że zasady społecznego dystansowania się pozostaną z nami na dłużej, trzeba wymyśleć takie ich formy, które będą spełniać wymogi przeciwepidemiczne, ale zarazem umożliwią w miarę normalne funkcjonowanie. Tu jest miejsce na **innowacyjne myślenie konstruktorów** np. środków transportu publicznego, projektantów pomieszczeń użyteczności zbiorowej, czy systemów wentylacyjnych.<sup>18</sup>

18. Zespół ds. COVID-19 przy prezie Polskiej Akademii Nauk (2021b).





### **3. Identyfikacja problemów i doświadczeń z pandemii COVID-19 jako obszarów do interwencji na wypadek przyszłych zagrożeń epidemicznych**

#### **3.1. Problem: Brak kompleksowej strategii zarządzania sytuacją kryzysu epidemiologicznego obejmującej cały rząd i całe społeczeństwo w celu zapobiegania zachorowaniom, ratowania życia i minimalizowania skutków pandemii.**

Na początku pandemii COVID-19 (marzec 2020 r.) Dyrektor Generalny Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) Tedros Adhanom Ghebreyesus zaapelował do rządów, aby przyjęły podejście obejmujące całe rządy i całe społeczeństwa w budowaniu kompleksowych strategii zapobiegania zachorowaniom, ratowania życia i minimalizowania skutków. Wskazał na następujące konieczne narzędzia: wykrywanie, testowanie, leczenie, izolowanie, monitorowanie i mobilizowanie obywateli<sup>19</sup>.

W strukturach rządowych odpowiedzialnych za zarządzanie kryzysem epidemiologicznym zabrakło zasobów ludzkich gotowych i posiadających kompetencje do zarządzania kryzysowego. Tego typu zasoby posiadają gotowość do myślenia strategicznego, nie lekceważą zagrożenia, działają planowo, a nie chaotycznie, nie wprowadzają działań wzajemnie wykluczających się, odrzucają nieracjonalność, działają w oparciu o dowody naukowe.

W Polsce nie udało się wypracować kompleksowej strategii zarządzania sytuacją kryzysu epidemiologicznego pomimo obowiązywania Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego (KPZK) i istnienia Rządowego Centrum Bezpieczeństwa (RCB). Już w 2013 r. RCB wskazało wystąpienie epidemii jako drugiego najistotniejszego zagrożenia (po powodzi)<sup>20</sup>. KPZK sporządzany w oparciu o Ustawę z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. Nr 89, poz. 590, z późn. zm.) stanowi quasi-podręcznik, który pozwala szybko zorientować się w odpowiedzialności poszczególnych organów państwa w poszczególnych fazach zarządzania kryzysowego (tj. zapobieganie, przygotowanie, reagowanie i odbudowa). Wskazuje się jednak, że nie jest on dokumentem ani doskonałym, ani zamkniętym<sup>21</sup>. Siatki bezpieczeństwa (podział ról) w zakresie zadań i obowiązków w zakresie zagrożenia epidemią nie obejmowały ani samorządu, ani społeczeństwa, ani organizacji społecznych, w tym eksperckich<sup>22</sup>. Pandemia COVID-19 pokazała także, jak bardzo nie doceniano ogromu wyzwań pandemicznych przygotowując KPZK, na co wskazuje niewłączenie w siatkę bezpieczeństwa w 2018 r. wielu działów administracji rządowej, które musiały współpracować w warunkach pandemicznych (np. finanse publiczne, gospodarka, informatyzacja, łączność, kultura, oświata i wychowanie, szkolnictwo wyższe, transport, sprawy zagraniczne, aktywa państwowe)<sup>23</sup>. W KPZK, który przyjęto na początku 2018 r., ryzyko wystąpienia epidemii określono jako średnie<sup>24</sup>.

19. World Health Organization (2020).

20. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2013a); Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2013b).

21. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2013a).

22. Ibidem: 72-86.

23. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2018): 49, 62-66.

24. Ibidem: 3; Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2021).

Dokument o nazwie *Strategia walki z pandemią COVID-19 wersja 3.0*, który został opublikowany w październiku 2020 r. (ósmy miesiąc pandemii), nie spełnia definicji strategii. Nie przedstawia bowiem celów<sup>25</sup>, ani sposobów ich osiągnięcia, nie przedstawia zadań do wykonania, aby zrealizować cele, nie przedstawia taktyki działania, nie omawia wszystkich zasobów, możliwości i braków do uzupełnienia ani diagnozy sytuacji, w której znajdował się system zdrowia publicznego i ochrony społeczeństwa w obliczu wszystkich krytycznych pandemicznych realiów wewnętrznych i zewnętrznych, nie jest wreszcie owskaźnikowana. Autorzy Strategii napisali, iż strategia ta „*obrazuje najważniejsze kierunki zmian, jakie zostały podjęte w celu skutecznej walki z pandemią wirusa COVID-19*”. Nie temu służy strategia. Napisali także, że system zorganizowany w pierwszym okresie epidemii (do trzeciej dekady września) „*zapewniał optymalną opiekę, z pełnym dostępem do świadczeń łącznie z terapią najcięższych przypadków*”<sup>26</sup>, co należy uznać za markowanie sukcesu.

W treści Strategii walki z pandemią COVID-19 wersja 3.0 wskazuje się także, iż w pierwszym etapie pandemii rozwiązania jakoby wyłaniały się same z realnego działania, a nie były strategicznie zaplanowane. Przykładowo można przeczytać, iż: „*Z upływem czasu to podstawowa opieka zdrowotna stała się głównym miejscem diagnozowania nowych zakażeń. Zdecydowały o tym zarówno duża dynamika zleczanych badań, jak i utrzymujący się wysoki współczynnik trafności wyników badań u skierowanych pacjentów. Taka organizacja zastąpiła pierwotny model, w którym za prowadzenie pacjenta odpowiadał personel szpitali z oddziałami zakaźnymi*”<sup>27</sup>.

W pierwszych kwartałach pandemii przepisy prawne wprowadzane były szybko i bez pełnej analizy skutków ich wprowadzenia. Identyfikowane ostatecznie błędne podstawy prawne sprawiały, że istniało pole do ich kwestionowania oraz podważania ich legalności (dotyczyło to m.in. nakazu noszenia maseczek, zamykania konkretnych rodzajów działalności gospodarczej, zakazów dotyczących wolności obywatelskich). Pewne istotne kwestie, jak np. bezpieczeństwo lekowe, nie były przedmiotem rozwiązań prawnych.

Społeczne odczucie chaosu pogłębiane było brakami na rynku i drastycznym wzrostem cen środków ochrony osobistej, jak też nietrafnymi decyzjami zakupowymi (np. maseczek, respiratorów, testów PCR) i produkcyjnymi, co zaowocowało obywatelskim popolitym ruszeniem chałupniczego wywarzania środków ochrony, także dla systemu ochrony zdrowia. W okresie pierwszego roku poważnym problemem był także brak transparentnej komunikacji ze społeczeństwem oraz ogromna częstotliwość zmiany prawa. Nieprawidłowe prowadzenie komunikacji ze społeczeństwem „*może doprowadzić do utraty wiarygodności instytucji, a w skrajnych przypadkach nawet do poważnych konsekwencji, z utratą lub narażeniem życia obywateli łącznie. Zaufanie do instytucji jest zależne wprost od transparentności i sprawnego zarządzania informacją*”<sup>28</sup>.

Ogromnym problemem był brak systemu sprawnej komunikacji, w którym na bieżąco przekazywane byłyby służbom medycznym rekomendacje do działań opierające się na wynikach najnowszych badań i analiz. Należy wskazać, że WHO już w styczniu 2020 r. na skalę światową uruchomiło system komunikacji w kwestii COVID-19 za pośrednictwem platform internetowych Event Information Site for IHR National Focal Points oraz Disease Outbreak News<sup>29</sup>.

25. Jeden cel możemy wyczytać we wstępie: „Podstawą do obecnie wypracowanej strategii jest konieczność zapewnienia wystarczającej liczby miejsc do leczenia pacjentów, u których rozwija się objawowa postać infekcji dotycząca układu oddechowego”. Ministerstwo Zdrowia (2020).

26. Por. Ministerstwo Zdrowia (2020).

27. Ministerstwo Zdrowia (2020).

28. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2017): 8.

29. World Health Organization (2020).

Nie udało się wdrożyć w Polsce systemu zbierania danych krytycznie ważnych do zarządzania walką z pandemią, czego skutkiem był brak przygotowania do kolejnych fal. Z doświadczeń COVID-19 wynika, że wiele grup ekspertów było gotowych natychmiast i całkowicie się zaangażować w pomoc dotyczącą analizowania danych dotyczących rozprzestrzeniania się epidemii na poziomie lokalnym i w skali kraju. Problemem był jednak brak zweryfikowanych danych, które można by wykorzystać do przeprowadzenia nawet ogólnych analiz. Stąd wynika potrzeba stworzenia zaawansowanego systemu informatycznego, aby pomóc zbierać, integrować, monitorować i oceniać dane.

W dialogu rządu z interesariuszami medycznymi obserwowano okresy jego obecności i zaniku. Przykładowo, początkowo prowadzono dialog z polskim przemysłem farmaceutycznym, następnie kontakt przerwano.

### **3.2. Problem: Niewydolność szpitalnego leczenia zamkniętego.**

Pandemia COVID-19 uwiarydliła w sposób dramatyczny niewydolność szpitalnego leczenia zamkniętego w obliczu kryzysu zdrowotnego jakim jest epidemia. Obserwowano następujące problemy:

- a) brak wystarczającej liczby miejsc w szpitalach dla pacjentów zarówno tzw. covidowych, jak i cierpiących na inne choroby;
- b) brak wystarczającej ilości sprzętu medycznego, w tym respiratorów;
- c) brak wystarczającej ilości tlenu lub przeciążenie instalacji gazów medycznych mogące skutkować ich uszkodzeniem;
- d) niewystarczająca liczba stanowisk intensywnej terapii;
- e) braki kadrowe, w tym niewystarczająca liczba personelu zdolnego do leczenia najciężej chorych;
- f) braki w wyszkoleniu kadry (np. w zakresie obsługi respiratorów);
- g) braki wystarczającej ilości środków ochrony osobistej, tj. maseczek, kombinezonów;
- h) przepełnienie szpitali;
- i) nieprzyjmowanie pacjentów do szpitala;<sup>30</sup>
- j) nieprzystająca do sytuacji wyjątkowej organizacja pracy personelu;
- k) brak koordynacji;
- l) niewłaściwe finansowanie świadczeń.

30. Rzecznik Praw Obywatelskich (2021).

Jako działanie prawidłowe należy wskazać: utworzenie oddziałów covidowych w szpitalach, szpitali jednoimiennych oraz szpitali tymczasowych. Jednak w październiku 2020 r. Ministerstwo Zdrowia wskazywało, że także na jesieni 2020 r. wąskim gardłem okazały się być możliwości szpitalnych izb przyjęć oraz oddziałów ratunkowych, zaś w większości szpitali jednoimiennych obserwowano niewielkie obłożenie łóżek, pozostających w gotowości do udzielania świadczeń<sup>31</sup>.

### 3.3. Problem: Nieprzystosowanie polskiego systemu zabezpieczenia dostępu pacjentów do niezbędnych leków do długotrwałych sytuacji kryzysowych

Bezpieczeństwo lekowe jest niezbędnym filarem polityki bezpieczeństwa państwa. Pandemia COVID-19 wykazała uzależnienie sektora farmaceutycznego i dostępności leków w Polsce od dostaw zagranicznych. Polska jest zależna od dostaw z Chin i Indii<sup>32</sup>, które to państwa są głównymi „graczami” na światowym rynku substancji czynnych i leków generycznych<sup>33</sup>. Skutkuje to brakiem możliwości skutecznej i szybkiej reakcji w zakresie dostępności leków w Polsce w przypadku sytuacji kryzysowych. Przerwanie łańcuchów dostaw w pierwszych miesiącach pandemii COVID-19 stworzyło realne zagrożenie dla osób, które przyjmują leki regularnie. Tylko około 30% leków sprzedawanych w aptekach w Polsce pochodzi z produkcji polskiej, a dodatkowo, udział polskiego API w tych lekach jest marginalny<sup>34</sup>.

Braki leków są strategicznym zagrożeniem dla Polski. Widmo niedoboru leków w kraju było realne nie tylko w pierwszych miesiącach pandemii, ale także podczas trzeciej fali pandemii, kiedy to gwałtownie zwiększyło się zapotrzebowanie na leki niezbędne do leczenia powikłań COVID-19 (antybiotyki, sterydy), jak również niezbędnych do zastosowania wspomaganie oddychania. Brak jest w RP mechanizmów zapewniających dostęp do leków ratujących życie na wypadek epidemii, w tym niektórych hormonów, leków przeciwniekcyjnych oraz krwio- i osoczopochodnych, ale także leków przeciwnadciśnieniowych oraz przeciwcukrzycowych<sup>35</sup>.

W wyniku pandemii COVID-19 kwestia bezpieczeństwa lekowego stała się istotnym problemem w całej Unii Europejskiej (UE). 25 listopada 2020 r. Komisja Europejska (KE) przyjęła *Strategię farmaceutyczną dla Europy*, aby zapewnić pacjentom dostęp do innowacyjnych i przystępnych cenowo leków oraz aby wspierać konkurencyjność, innowacyjność i zrównoważony charakter unijnego przemysłu farmaceutycznego. Jej celem jest, aby UE była w stanie zaspokoić zapotrzebowanie na leki swoich obywateli, również w czasach kryzysu, dzięki niezawodnym łańcuchom dostaw oraz aby unijny przemysł farmaceutyczny był odporny na kryzysy, przygotowany i dostosowany do przyszłych wyzwań. Planowanymi działaniami objęte zostaną całe ekosystemy produktów farmaceutycznych oraz niektórych wyrobów medycznych. Strategia farmaceutyczna dla Europy ma cztery główne cele:

- zapewnienie pacjentom dostępu do przystępnych cenowo leków oraz zaspokojenie aktualnych potrzeb medycznych (np. w dziedzinie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe, nowotworów, chorób rzadkich);

31. Ministerstwo Zdrowia (2020).

32. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (2021): 20.

33. Libura, Przystajko, Kuźnicki, Zygmuntowski (2021): 7.

34. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (2021): 20.

35. Libura, Przystajko, Kuźnicki, Zygmuntowski (2021): 13.

- wspieranie konkurencyjności, innowacyjności i zrównoważonego charakteru unijnego przemysłu farmaceutycznego oraz sprzyjanie opracowywaniu bezpiecznych, skutecznych i bardziej ekologicznych leków wysokiej jakości;
- wzmocnienie mechanizmów służących zapewnieniu gotowości na wypadek sytuacji kryzysowych i reagowania na tego rodzaju sytuacje oraz zagwarantowanie bezpieczeństwa dostaw;
- zapewnienie silnej pozycji UE na arenie międzynarodowej poprzez promowanie wysokich standardów jakości, skuteczności i bezpieczeństwa<sup>36</sup>.

Wyzwaniem w ciągu najbliższych lat dla polityki UE jest doprowadzić do tego, by bezpieczne i skuteczne leki, a także szczepionki, były zawsze dostępne i przystępne cenowo dla wszystkich pacjentów w UE. Takie samo wyzwanie w wymiarze krajowym stoi przez polską polityką bezpieczeństwa. Już *Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju* z 2017 r. wskazywała jako projekt strategiczny politykę lekową i wyrobów medycznych, a w niej priorytet jakim jest konieczność zabezpieczenia pacjentów w skuteczne i bezpieczne leki oraz wyroby medyczne adekwatne dla potrzeb zdrowotnych oraz wzmocnienie roli i sukcesywny rozwój potencjału sektora farmaceutycznego oraz przemysłu wyrobów medycznych w Polsce<sup>37</sup>. W dokumencie strategicznym *Polityka lekowa państwa 2018-2022* zapisano, że polityka lekowa w RP ma „za zadanie zapewnienie pacjentom szerokiego dostępu do skutecznych i bezpiecznych leków oraz przejrzystego i racjonalnie działającego systemu refundacji leków, który wspiera aktywności inwestycyjne na terenie Polski oraz rozwój polskiej gospodarki”, zaś rząd RP „wspiera działania zmierzające do zwiększenia konkurencyjności i innowacyjności przemysłu farmaceutycznego poprzez stymulację badań i rozwoju leków, poprawę warunków realizacji badań klinicznych, rozwijanie produkcji w Polsce, podejmowanie działań pro-eksportowych i popieranie współpracy międzynarodowej”. Podstawowymi dążeniami, które wyznaczyła dla polityk lekowych Światowa Organizacja Zdrowia, są dostępność, jakość oraz racjonalne stosowanie. Jednym z priorytetów szczegółowych aktualnej polityki lekowej RP jest zwiększenie bezpieczeństwa i stabilności dostaw leków dzięki większemu udziałowi w rynku leków wytwarzanych w Polsce z uwzględnieniem leków biorównoważnych. W dokumencie prognozowano zwiększenie zapotrzebowania na leki w związku ze starzeniem się polskiego społeczeństwa<sup>38</sup>. Nie rozważano potrzeb lekowych w sytuacji nadzwyczajnej jaką jest pandemia światowa, bowiem uznano, że „Polska jest dobrze przygotowana na takie wydarzenia”, że „w kraju istnieją rezerwy strategiczne, które obejmują produkty lecznicze oraz substancje czynne”.<sup>39</sup> Jednak w rzeczywistości polski system zapewnienia dostępu do niezbędnych leków i szczepionek nie uwzględnia sytuacji kryzysowych, gdy przerwane są łańcuchy dostaw leków i surowców, a światowy popyt jest większy niż podaż. Polska w zbyt znacznym stopniu jest uzależniona od dostaw leków i surowców do ich wytwarzania z zagranicy.

Zapewnienie bezpieczeństwa lekowego nie może leżeć w gestii resortu zdrowia ze względu na niezbędną rolę przemysłu farmaceutycznego. Uspółnianie celów zdrowotnych i strategii przemysłowej wymaga koordynacji Pełnomocnika Rządu. Resort Zdrowia skoncentrowany na zapewnieniu jak najszerszego asortymentu leków w ramach dostępnego budżetu w naturalny sposób będzie preferował finansowanie najtańszych (z reguły zagranicznych) leków. Tymczasem tylko produkcja leków i API na terenie Polski zapewni dostępność leków podczas kryzysów. Ponadto ta nowoczesna dziedzina przemysłu jest bardzo korzystna dla gospodarki ze względu na jej innowacyjność oraz potrzebę stałego inwestowania.

36. Komisja Europejska (2020); European Commission (2020).

37. Rada Ministrów (2017): 77.

38. Ministerstwo Zdrowia (2018).

39. Ibidem: 73.

Dotychczasowym czynnikiem wzrostu polskiej gospodarki była względnie tania, wykwalifikowana siła robocza. Teraz należy dążyć do transformacji w kierunku wzrostu wysycenia gospodarki wysokowydajnymi technologiami i przemiany gospodarczej z odtwórczego taniego producenta w kierunku gospodarki innowacyjnej, przewodzącej wypracowywaniu i wdrażaniu nowoczesnych technologii do praktyki życia gospodarczego. Jednym z najbardziej innowacyjnych gałęzi przemysłu jest sektor farmaceutyczny. Rezygnacja z potencjału tego sektora w Polsce znacznie ogranicza możliwości wzrostu gospodarczego. Dostrzegalna jest także asymetria wsparcia rządów poszczególnych państwa UE dla krajowych sektorów farmaceutycznych. Polskie firmy farmaceutyczne odnoszą sukcesy zagraniczne tylko wówczas, gdy zaangażują się w produkcję na rynkach docelowych. Niemcy i Francuzi chronią swoje rynki przed ekspansją firm zagranicznych, tymczasem Polska udostępnia swój, kompletnie ignorując własnych producentów. Doraźnym pomysłem na zatrzymanie negatywnego trendu zmniejszania się udziału leków produkowanych w Polsce w refundacji jest projekt - Partner Bezpieczeństwa Lekowego zaproponowany przez Krajowych Producentów Leków. Jest to propozycja nie zwiększająca wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia. Polega na ustalaniu cen dla Partnerów na poziomie ustawowym bez konieczności negocjacji obniżek cen. Producent taki musiałby wykazać się produkcją co najmniej 25% wolumenu swoich leków refundowanych na terenie Polski. Partner zwolniony byłby także z ustawowego paybacku.

### **3.4. Problem: Brak efektywnej koordynacji, właściwej informacji i procedur oraz niezbędnego wyposażenia medycznego w obszarze ratownictwa medycznego.**

Podczas pandemii COVID-19 zidentyfikowano brak efektywnej koordynacji, właściwej informacji i niezbędnego wyposażenia medycznego w obszarze ratownictwa medycznego. Zdarzały się następujące sytuacje: a) kolejki karetek przed szpitalami; b) wielogodzinne oczekiwanie karetki z pacjentem przed szpitalem; c) jeżdżenie karetek pomiędzy szpitalami w związku z faktem nieprzyjmowania pacjenta; d) zgony pacjentów w karetkach. W karetkach występowały braki tlenu dla pacjentów zakażonych koronawirusem<sup>40</sup>.

Stosowano błędną procedurę opartą na regule, iż „do każdej osoby z gorączką wyjeżdża karetka i każda osoba z gorączką trafia do szpitala zakaźnego bądź jednoimiennego”, co przyczyniło się do sparaliżowania w pewnym momencie systemu ochrony zdrowia. W marcu 2021 r. wskazywano, że brakowało standardu skierowania pacjenta do szpitala z powodu COVID-19 (np. poprzez przedstawienie pięciu parametrów krytycznych: temperatura ciała, stopień kaszlu, saturacja, duszność, stopień świadomości itp., z których wyczerpanie np. trzech staje się powodem skierowania pacjenta do szpitala)<sup>41</sup>. Definicja przypadku COVID-19 na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami wirusem Sars-CoV-2 pochodzi z 31 października 2020 r.<sup>42</sup>.

40. Rzecznik Praw Obywatelskich (2021).

41. Biardzki (2021).

42. Wprowadza ona trzy klasyfikacje przypadku (możliwy, prawdopodobny, potwierdzony) w oparciu o następujące rodzaje kryteriów:  
- kryteria kliniczne: kaszel, gorączka, duszność, utrata węchu o nagłym początku, utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku;  
- kryterium diagnostyki obrazowej: zmiany w obrazie radiologicznym płuc wskazujące na COVID-19;  
- kryteria laboratoryjne: wykrycie kwasu nukleinowego SARS-CoV-2 z materiału klinicznego; wykrycie antygenu/ów wirusa SARS-CoV-2 z materiału klinicznego;  
- kryteria epidemiologiczne: bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV; przebywanie jako pensjonariusz lub personel w placówce opiekuńczej/opieki długoterminowej, w której potwierdzono transmisję COVID-19.  
Główny Inspektorat Sanitarny (2020).

### 3.5. Problem: Brak pełnej wiedzy o szpitalach w Polsce.

W okresie epidemii COVID-19 zaobserwowano przypadki tworzenia oddziałów covidowych bez sprawdzenia, czy w danym miejscu występują właściwe warunki techniczne (np. czy pozwala na to system wentylacji, czy istnieje możliwość instalacji śluz, czy instalacja tlenowa jest wystarczająco wydajna i sprawna by wspomagać zakładaną ad hoc liczbę pacjentów)<sup>43</sup>.

### 3.6. Problem: Nieprzygotowanie służb sanitarno-epidemiologicznych.

Zidentyfikowaną słabością systemu była niewydolność służb sanitarno-epidemiologicznych do działań w czasie pandemii. Rola stacji sanitarno-epidemiologicznych w systemie przeciwdziałania epidemii była następująca: „po zgłoszeniu zachorowania powinny w maksymalnie szybkim czasie przeprowadzić wywiad epidemiologiczny i doprowadzić do kwarantanny i badania wirusologicznego wszystkich podejrzanych o kontakt ze źródłem zakażenia. W przypadku podejrzenia zachorowania powinny [...] narzucić kwarantannę i maksymalnie szybko dokonać diagnostyki wirusologicznej, aby przeciąć potencjalną transmisję”. Tymczasem w pierwszym miesiącu epidemii większość sił epidemiologicznych była skupiona na pacjentach trafiających do oddziałów zakaźnych i szpitali jednoimiennych, pozostali potencjalni pacjenci, którzy byli wychwyceni, z braku potencjału wykonawczego, czekali w kolejce do zajęcia się nimi. W warunkach epidemii nie powinien funkcjonować system kolejkowy, ponieważ zwielokrotnił on ryzyko transmisji SARS-CoV-2 u osób, które już wstępnie zostały wytypowane. Pacjentów, u których nie stwierdzono pełnych objawów, z rozpoznaniem podejrzenia choroby, kierowano do pobytu domowego i jednocześnie zgłaszano do Sanepidu. Całymi dniami czekali oni na weryfikację ze strony służb, zaś osoby z ich kontaktu przez ten czas w ogóle nie były monitorowane. Długo na decyzje administracyjne służb czekali także pacjenci z kontaktu epidemicznego, którzy co do zasady powinni być obłożeni kwarantanną. Osoby z kontaktu, co do których nałożono już kwarantannę, całymi dniami oczekiwały na pobranie testu, a następnie na jego opis, który miał odpowiedzieć na pytanie, czy zostali zakażeni czy nie. W tej ostatniej grupie było także wielu pracowników ochrony zdrowia, a przedłużanie ich diagnostyki pogłębiało dezorganizację systemu i zwiększało liczbę zakażonych przez nich osób. Drogą do wewnętrznej transmisji Sars-CoV-2 były opóźnienia i chaos informacyjny dotyczący decyzji administracyjnych nakładania kwarantanny w stosunku do osób z kontaktu oraz powracających do kraju kierowanych do poradni POZ celem wystawienia zwolnienia lekarskiego<sup>44</sup>.

Stacje sanitarno-epidemiologiczne już przed pandemią Covid-19 cierpiały z powodu szeregu dysfunkcyjnych problemów: niedostateczne finansowanie, niedostateczne zatrudnienie, niedostateczne szkolenie, niedostateczne wyposażenie w sprzęt, nieodpowiednia organizacja służb (brak organizacji hierarchicznej i odpowiedzialności pionowej - szefowie powiatowych stacji nie podlegali ani stacjom wojewódzkim, ani Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu, ale starostom)<sup>45</sup>.

43. Rzecznik Praw Obywatelskich (2021).

44. Biardzki (2020).

45. Ibidem.

### 3.7. Problem: Ograniczone możliwości testowania.

Na początku pandemii słabością był nieefektywnie działający system testowania, czyli ograniczone możliwości testowania, zbyt mała liczba zespołów pobierających testy, problem z identyfikacją osób, którym testy należało wykonać, problem z logistyką przy pobieraniu materiału do ich wykonania oraz problem z wykonaniem tych badań bez zbędnej zwłoki z uwagi na zbyt małą ilość analizatorów i ich nienajlepsze rozmieszczenie. Ograniczenia prawne uniemożliwiały także szybkie powstanie laboratoriów wykonujących testy, pomimo iż na wielu uczelniach, w instytutach dostępny był sprzęt i kompetencje do wykonywania badań RT-PCR. Wąskim gardłem systemu był także utrudniony dostęp do informacji kto i na jakich zasadach (również finansowych) może wykonywać testy. Obecnie (lipiec 2021) kwestią jest skandalicznie wysoka wycena testów, np. *„testy PCR ref dla laboratoriów 280 PLN miała sens w kwietniu 2020, ale dzisiaj test kosztuje 30 PLN + robocizna kolejne 30 PLN, więc ta wycena jest nieadekwatna”*.<sup>46</sup>

### 3.8. Problem: Problemy z prowadzeniem izolatoriów.

Ministerstwo Zdrowia wskazało, iż od początku pandemii do października 2020 r. istniały problemy z prowadzeniem izolatoriów dla pacjentów podejrzanych o zakażenie lub zakażonych wirusem SARS-CoV-2, w tym z delegowaniem do pracy w nich personelu medycznego ze szpitali zaangażowanych w walkę z COVID-19. Dwukrotnie zmieniano rozporządzenia dotyczące izolatoriów. Raz poprzez umożliwienie przebywania w jednym pokoju kilku osób z potwierdzonym zakażeniem. Natomiast 28 października 2020 r. zezwolono na organizację izolatoriów przez podmioty medyczne wykonujące działalność leczniczą i prowadzące leczenie stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (na przykład sanatoria), a także przez podmioty niebędące podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (np. przedsiębiorców wykonujących działalność gospodarczą w zakresie usług hotelowych), jeżeli podmiot ten zawrze umowę z podmiotem wykonującym działalność leczniczą o udzielanie świadczeń zdrowotnych w izolatorium. Umożliwiono wtedy także kierowanie do izolatoriów pacjentów szpitali, którzy nie wymagają już hospitalizacji, jednak nie spełniają kryteriów zakończenia hospitalizacji. Przepisy te wprowadzono w celu zwiększenia liczby izolatoriów, aby pozwolić na optymalne wykorzystanie obiektów z odpowiednią infrastrukturą (np. sanatoria)<sup>47</sup>.

### 3.9. Problem: Niedostosowanie infrastruktury krytycznej do stanów nadzwyczajnych.

Pandemia Covid-19 pokazała, że w polskim systemie ochrony zdrowia w wielu obszarach występują luki w zasobach infrastruktury krytycznej<sup>48</sup>. Braki te szczególnie widoczne były w następujących obszarach:

- a) obszar systemów informatycznych - obejmujących systemy zbierania i weryfikacji danych umożliwiających prowadzenie analiz dotyczących np. rozprzestrzeniania się epidemii w danym rejonie czy na poziomie krajowym;
- b) obszar technologii – odciążających specjalistów medycznych w pracach, które związane są z wykonywaniem prostych czynności, które mogłyby być zautomatyzowane;

46. Badanie własne.

47. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach, Dz. U. 2020 r. poz. 1890; Ministerstwo Zdrowia (2020):11.

48. Infrastruktura krytyczna są to „systemy oraz wchodzące w ich skład powiązane ze sobą funkcjonalnie obiekty, w tym obiekty budowlane, urządzenia, instalacje, usługi kluczowe dla bezpieczeństwa państwa i jego obywateli oraz służące zapewnieniu sprawnego funkcjonowania organów administracji publicznej, a także instytucji i przedsiębiorców”. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2017b): 6.



- c) obszar badawczy - dotyczący możliwości opracowywania leków, szczepionek czy badania preparatów o potencjale farmaceutycznym, wzmacniający bezpieczeństwo lekowe kraju, ale i rozwijający konkurencyjność i rozwój krajowych firm z sektora farmaceutycznych;
- d) obszar mocy wytwórczych – wystarczających, aby zapewnić niezbędne leki, szczepionki oraz sprzęt medyczny i ochronny.

### **3.10 Problem: Brak przygotowania działań tymczasowo wspierających system ochrony zdrowia w okresie epidemii.**

W trakcie pierwszych miesięcy pandemii zidentyfikowano brak procedur, które zobowiązywałyby wszystkie podmioty lecznicze będące w systemie ochrony zdrowia do określonych działań np. tworzenia polowych miejsc przyjmowania pacjentów i pobierania próbek. Jednostki te powinny być w krótkim czasie wyposażone w odpowiednie możliwości logistyczne: namioty, ogrzewanie (zgromadzone w magazynach rezerw materiałowych).

W odpowiedzi na braki kadrowe w systemie ochrony zdrowia do wykonywania działań wspierających w szpitalach od 4 listopada 2020 r. skierowano żołnierzy Wojsk Obrony Terytorialnej (WOT). Pomagali oni w aktualizacji danych o wolnych łóżkach, transporcie pacjentów i mierzeniu temperatury pacjentom przed wejściem do placówek medycznych, a w 2021 r. zostali zaangażowani do wspierania procesu szczepień przeciw COVID-19. Te działania WOT należy ocenić jako przykład wsparcia władz wojskowych dla władz cywilnych i społeczeństwa, choć w dyskursie publicznym spotkać można było głosy nieprzychylnie zaangażowaniu WOT w systemie ochrony zdrowia. Rzecznik Praw Obywatelskich wskazał, że pacjenci zostali zmuszeni do podporządkowania się rygorowi obsługi WOT w danej placówce bez informacji stanowiących wyjaśnienie, że w związku z zaistniałą sytuacją związaną z pandemią dany podmiot leczniczy wprowadza wojsko w celu pomocy przy obsłudze przyjęć pacjentów oraz bez informacji o jednolitych wytycznych oraz wyszkoleniu żołnierzy w tym zakresie<sup>49</sup>. Uprzednie przygotowanie procedur i informacja dla społeczeństwa w zakresie wykorzystania WOT w sytuacjach kryzysowych przeciwdziałałyby tego typu ocenom i budowałyby zaufanie do działań antykryzysowych państwa.

### **3.11. Problem: Ograniczenie dostępności do opieki zdrowotnej dla pacjentów niezakażonych koronawirusem i wygenerowanie nawisu/długu zdrowotnego.**

W okresie pandemii obserwowano brak zapewnienia opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłym, w szczególności w przypadku problemów kardiologicznych, nadciśnienia, stomatologicznych, a także osób posiadających przewlekłe choroby i cierpiących onkologicznie oraz wymagających niezwłocznie rehabilitacji, np. po wypadku samochodowym<sup>50</sup>.

Odwoływane były planowe wizyty. Nie odbywały się wizyty kontrolne i badania diagnostyczne (np. dla kobiet w ciąży takie jak USG). Zamykane były ginekologiczne gabinety lekarskie, odwoływane zajęcia szkoły rodzenia. Występował brak opieki położnej środowiskowej. Odwoływane i przesuwane były

49. Rzecznik Praw Obywatelskich (2021).

50. Ibidem.

operacje i zabiegi, m.in. kardiologiczne, co w przyszłości spowoduje drastyczne wydłużenie kolejki do zabiegów kardiochirurgicznych. Pacjenci nie posiadali jasnej informacji, gdzie mogą otrzymać świadczenie zdrowotne w przypadku ograniczenia przyjęć w danej placówce medycznej<sup>51</sup>.

Podczas pandemii odnotowano utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych osób cierpiących na nowotwory<sup>52</sup>. Pandemia COVID-19 negatywnie wpłynęła na profilaktykę nowotworów w Polsce. Przez pandemię w pierwszym jej okresie nawet co czwarta z kobiet odwołała lub przesunęła termin umówionych badań diagnostycznych w kierunku raka piersi, a 13% w ogóle nie umówiło wizyty (Novartis Oncology i Fundacja Onkocafe-Razem Lepiej). Od marca do czerwca 2020 r. w ośrodkach onkologicznych w Polsce nastąpił widoczny spadek przyjmowanych nowych pacjentów, w niektórych przypadkach spadek ten wynosił nawet 50%. Nie oznaczało to jednak mniejszej zachorowalności, ale wynikało z faktu, że wykonywanych było mniej badań diagnostycznych (Polskie Towarzystwo Onkologiczne). Tymczasem nawet kilkumiesięczne opóźnienie badań diagnostycznych może sprawić, że wykryte zmiany nowotworowe będą już w zaawansowanym stadium, co znacznie zmniejsza szanse na całkowite wyleczenie<sup>53</sup>.

W okresie pandemii COVID-19 wdrożono system teleporad, czyli zdalnych konsultacji lekarskich, co pozwoliło zachować ciągłość udzielania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Teleporady nie mogą jednak zastąpić tradycyjnych konsultacji. Porady zdalne nie powinny stanowić więcej niż 10-15 % wszystkich porad. Tymczasem w kwietniu i maju 2020 r. stanowiły one 70% wszystkich porad zdanych do NFZ. Teleporada nie zastąpi normalnej wizyty. Jedna czy dwie są wskazane, jednak kolejne, gdy nie ma nowych wyników badań i trudno o obiektywną ocenę stanu pacjenta, powinny być już bezpośrednio<sup>54</sup>. Występowały także sytuacje, w których teleporada oraz odwołanie czy przesunięcie wizyty były niemożliwe<sup>55</sup>. Pojawia się nawet ocena radykalna mówiąca, iż „telewizyta która jest dobrym rozwiązaniem stała się patologiczną formą kontaktu z pacjentami (tania i szybka z punktu widzenia POZ) mało skuteczna z punktu widzenia interesów pacjenta (dramatyczny spadek nowych diagnoz, słaba diagnostyka laboratoryjna, pacjenci za późno kierowani do specjalistów)”<sup>56</sup>. Jako słabość systemu wskazuje się kwestię wyceny tej usługi oraz późne i nieskuteczne wprowadzenie standardów telemedycyny.

Znaczne trudności z dostępem do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej mieli seniorzy. Spotkali się oni z problemem dostępu do tradycyjnej, stacjonarnej opieki medycznej (szczególnie do lekarzy specjalistów, ale także do podstawowego lekarza rodzinnego/POZ). Udzielenie świadczeń w formie teleporady było dla nich niewystarczające, a często niemożliwe z uwagi na trudności w kontaktach z daną placówką medyczną za pomocą środków komunikowania się na odległość czy z uwagi na brak umiejętności w posługiwaniu się nowoczesnymi środkami komunikacji elektronicznej<sup>57</sup>. Seniorzy mają większe zaufanie do bezpośredniego kontaktu z lekarzem. Przeszło jedna trzecia seniorów z powodu utrudnionego dostępu do lekarzy nie wykonała żadnych badań kontrolnych w ciągu II półrocza 2020 r. Seniorzy korzystali z e-recept<sup>58</sup>.

Pandemia pogłębiła problem opieki nad pacjentem przewlekle chorym. Pacjenci z chorobami neurologicznymi, którzy wymagają regularnej rehabilitacji, żeby ich stan chorobowy się nie pogłębił, cierpieli z powrotu odkładanych wizyt rehabilitacyjnych. Brak dostępu do rehabilitacji w okresie pandemii może skutkować zwiększonymi wydatkami na leczenie w późniejszym okresie, a także cofnięciem się rezultatów,

51. Ibidem.

52. Ibidem.

53. dr n. med. Ewa Wierzosławska w: dlaszpitali.pl (2020).

54. dr hab. Paweł Balsam, w: Kurzyńska (2021).

55. Rzecznik Praw Obywatelskich (2021).

56. Badanie własne.

57. Rzecznik Praw Obywatelskich (2021).

58. Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej (2021).

które zostały osiągnięte w procesie wcześniejszej rehabilitacji. Problemem dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym stał się także odbiór leków w szpitalu<sup>59</sup>.

Podczas pandemii COVID-19 istniało realne niebezpieczeństwo, że pacjenci, którzy potrzebują udzielania świadczenia w podmiocie leczniczym podczas fizycznej wizyty w gabinecie lekarskim nie uzyskują jej w sposób rzeczywisty. Zaistniała sytuacja stanowiła realne zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego pacjentów niezakażonych koronawirusem<sup>60</sup>.

Pacjenci zostali także pozbawieni dostępu do świadczeń stomatologicznych wskutek zamykania gabinetów przez lekarzy dentyistów, zaś wytyczne dla gabinetów stomatologicznych, nakładające znaczny reżim sanitarny zwiększyły koszty usług i zmniejszyły częstotliwość przyjęć<sup>61</sup>.

W wyniku powyższych zjawisk powstał nawis/dług zdrowotny<sup>62</sup>.

### 3.12. Problem: Brak krajowego systemu produkcji szczepionek.

W Polsce nie produkuje się szczepionek. Fakt, iż Polska powinna mieć zabezpieczenie na wypadek epidemii w postaci własnego potencjału produkcyjnego szczepionek wskazywano od dawna. Już prawie 10 lat temu podawano do publicznej wiadomości, iż „w Polsce produkcja szczepionek jest na bardzo niskim poziomie, właściwie nie istnieje. Opieramy się w tym przypadku na imporcie, [zaś] wadą podstawową jest to, że światowy system produkcji szczepionek jest mało wydajny. Jeśli nawet firmy, które produkują szczepionki, przyjmą zamówienie na konkretną szczepionkę [...] to termin realizacji bywa odległy. Jest to ryzykowne [...]. Jednym z zaleceń WHO jest rozwój potencjału szczepionkowego”<sup>63</sup>.

W okresie pandemii COVID-19 państwa Unii Europejskiej doświadczyły olbrzymich problemów z realizacją zamówień na szczepionki przeciw Covid-19. Raportowała o tych problemach w lutym 2021 r. szefowa Komisji Europejskiej Ursula von der Leyen. Administracja europejska wskazywała, że nie doceniła ewentualnych problemów z masową produkcją szczepionek, w tym, z dostępem do podstawowych surowców, a także, iż UE nie ma instytucji, która mogłaby szybko reagować na opóźnienia w produkcji szczepionek<sup>64</sup>.

Inwestycję w rozwój krajowego potencjału szczepionkowego w modelu partnerstwa publiczno-prywatnego należy rozpatrywać jako średniookresową (5-10 lat)<sup>65</sup>.

59. Rzecznik Praw Obywatelskich (2021).

60. Ibidem.

61. Ibidem.

62. Badanie własne.

63. Zagórski-Ostojka (2013).

64. Polska Agencja Prasowa (2021a).

65. Badanie własne.

### 3.13. Problem: Brak transparentnego, przewidywalnego oraz dającego poczucie bezpieczeństwa dla obywateli systemu szczepień.

Osoby przebywające na obszarze RP są obowiązane do poddania się szczepieniom w przypadku ogłoszenia epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego. **W przypadku zagrożenia epidemicznego o wprowadzeniu obowiązku dodatkowych szczepień (ponad Program Szczepień Ochronnych) informują osobne rozporządzenia Ministra Zdrowia lub wojewodów.** Jednak jak wskazano, w dokumencie strategicznym *Polityka lekowa państwa 2018-2022*, w systemie prawnym nie ma wyczerpujących regulacji dotyczących szczepień ochronnych w nagłych sytuacjach zagrożenia epidemiologicznego<sup>66</sup>.

Proces szczepień przeciw COVID-19 w Polsce rozpoczął się 27.12.2020 r. W grudniu 2020 r. przedstawiono Narodowy Program Szczepień. Kolejność szczepień oparto o system etapów i wyselekcjonowania przez rząd grup społecznych o większym i mniejszym priorytecie według własnych kryteriów. W kolejnych etapach miały być szczepione:

- Etap 0: pracownicy sektora ochrony zdrowia (w tym wykonujący indywidualną praktykę), pracownicy Domów Pomocy Społecznej i pracownicy Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej oraz personel pomocniczy i administracyjny w placówkach medycznych, w tym stacjach sanitarno-epidemiologicznych;
- Etap 1: pensjonariusze Domów Pomocy Społecznej oraz Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych, pielęgniacyjno-opiekuńczych i innych miejsc stacjonarnego pobytu, osoby powyżej 60. roku życia w kolejności od najstarszych, służby mundurowe, nauczyciele;
- Etap 2: osoby w wieku poniżej 60. roku życia z chorobami przewlekłymi zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19, albo w trakcie diagnostyki i leczenia, wymagającego wielokrotnego lub ciągłego kontaktu z placówkami ochrony zdrowia, osoby bezpośrednio zapewniające funkcjonowanie podstawowej działalności państwa i narażone na zakażenie ze względu na częste kontakty społeczne;
- Etap 3: przedsiębiorcy i pracownicy sektorów zamkniętych na mocy rozporządzeń ws. ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, powszechne szczepienia pozostałej części populacji dorosłej<sup>67</sup>.

Już w pierwszych dniach stycznia 2021 r. nagłośniano medialnie skandale dotyczące szczepień osób poza kolejnością wynikającą z Narodowego Programu Szczepień (aktorzy, piosenkarze, celebryci, dziennikarze, politycy, samorządowcy, przedsiębiorcy). Obywatele zastanawiali się, dlaczego pewne grupy społeczne pojawiły się wśród priorytetowych do zaszczepienia, a inne nie oraz jak zaszczepić się poza kolejnością wynikającą z Narodowego Programu Szczepień<sup>68</sup>. W pierwszych miesiącach w procesie zapisów na szczepienie panował chaos, dezinformacja i kolejki<sup>69</sup>. Do maja 2021 r. system szczepień cierpiał także na chroniczny brak szczepionek. Obecnie (początek sierpnia 2021 r.) problemem jest niski poziom wyszczepienia populacji przeciw COVID-19 pomimo dostępności szczepionek, ale wobec nieobowiązkowości szczepień. Niezbędnymi elementami skutecznego procesu szczepień są bowiem: a) skuteczna, bezpieczna i dostępna szczepionka; b) efektywny i przejrzysty system dystrybucji szczepionki

66. Ministerstwo Zdrowia (2018): 17, 19.

67. Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19 (2020).

68. Wara-Wąsowska (2021).

69. Mikołajska (2021).

(zarówno do punktów szczepień, jak i pomiędzy osoby szczepione); c) organizacja siatki bezpiecznych punktów szczepień; d) fachowy personel medyczny, który przeprowadza kwalifikacje do szczepienia; e) szczepienie i fachowy personel medyczny, który przeprowadza szczepienie; f) osoba szczepiona gotowa na przyjęcie szczepionki<sup>70</sup>.

### **3.14. Problem: Brak odporności społecznej narodu polskiego, tj. ograniczone zaufanie społeczne i do instytucji publicznych, osłabienie zdrowia psychicznego, demobilizacja społeczna, zachowania aspołeczne (dewiacyjne) oraz dezinformacja.**

Odporność społeczną w kontekście całego państwa należy postrzegać jako zdolność narodu do radzenia sobie z różnego rodzaju wyzwaniami kryzysowymi, wstrząsami, znoszenia ich skutków oraz adaptowania się do nich. Radzenie sobie oznacza stabilne funkcjonowanie systemu społecznego pomimo wstrząsu, kryzysu<sup>71</sup>. Jako elementy odporności społecznej narodu należy wskazać: zabezpieczenie minimum potrzeb indywidualnych obywateli, integrację społeczną, dyscyplinę społeczną, motywację do wypełniania ról obywatelskich i uczestniczenia w systemie społecznym, zaufanie społeczne i do instytucji publicznych, zdrowie psychiczne obywateli.

Polaków charakteryzuje niskie zaufanie społeczne i do instytucji publicznych. Ograniczone zaufanie do instytucji publicznych i szerzej państwa przekłada się na nieposłuszeństwo obywatelskie, opór obywateli wobec decyzji organów państwa, nieprzestrzeganie wprowadzanych przez władzę reguł, co w czasach pandemii może skutkować istotnymi kosztami społeczno-zdrowotno-finansowymi (m.in. nadmiarową liczbą osób hospitalizowanych oraz zgonów). Dyscyplina społeczna to gotowość społeczeństwa do przestrzegania specjalnych ograniczeń. Kryzys pandemiczny wymaga zaufania do rządzących, ekspertów oraz oficjalnie przekazywanych danych<sup>72</sup>.

Niepokojącą informacją wynikającą z badań jest, iż w pierwszym roku pandemii COVID-19 mieszkańcy Polski czuli się najbardziej lekceważeni przez władzę od początku corocznego pomiaru tego wskaźnika, czyli od 1990 r. W 2020 r. 46% Polaków czuło się lekceważonymi przez władzę bardzo często i często, a dodatkowo 24% pełnoletnich obywateli miało to odczucie rzadko<sup>73</sup>. W takich warunkach niezbędne dla skutecznej polityki antykryzysowej współpraca społeczeństwa z państwem, podporządkowanie się obywateli decyzjom władczym, wcielanie przez obywateli tych decyzji w życie, nie ma podstawowego fundamentu jakim jest zaufanie. Brak zaufania społecznego i do instytucji publicznych staje się krytycznym ryzykiem systemu ochrony zdrowia w obliczu zagrożeń pandemicznych. Brak zaufania do organów państwa w ciągu pierwszego roku pandemii pogłębiały obawy Polaków dotyczące systemu ochrony zdrowia. Obawiali się oni przepełnionych szpitali i niewydolnego systemu służby zdrowia (w marcu 74%; w kwietniu 79%, w maju/czerwcu 56%, w grudniu 64%)<sup>74</sup>.

Istotne negatywne znaczenie dla tak potrzebnej w okresie pandemii dyscypliny społecznej miało wprowadzanie obostrzeń niemających wpływu na rozprzestrzenianie się wirusa np. zakaz wejścia do lasu, zamknięcie parków.

70. Por. Zespół doradczy ds. COVID-19 przy prezesie Polskiej Akademii Nauk (2021c).

71. Por. Ośrodek Studiów nad Wyzwaniami Cywilizacyjnymi, Centrum Badań nad Bezpieczeństwem Akademii Sztuki Wojennej (2021): 8

72. Ośrodek Studiów nad Wyzwaniami Cywilizacyjnymi CBB ASzWoj (2021): 14.

73. Centrum Badania Opinii Społecznej (2021).

74. Hamer i Baran (2021).

Pandemia COVID-19 zdecydowanie wpłynęła negatywnie na zdrowie psychiczne Polaków. Nastąpiło wyraźne obniżenie ogólnego samopoczucia. W ciągu pierwszego roku pandemii 44% Polaków bardzo często lub często odczuwało rozdrażnienie, 36% zniechęcenie i znużenie, 31% bezradność, 21% przygnębienie i depresję, 19% wściekłość (taką, że mieli ochotę wszystko rozwalić), a 1% myśli samobójcze (dodatkowe 3% społeczeństwa miało myśli samobójcze rzadko; oznacza to łącznie 1,26 mln pełnoletnich mieszkańców Polski). W okresie tym inaczej niż w poprzednich latach najmłodszy respondenci (18-24 lata) nie mieli przeciętnie lepszego samopoczucia od osób starszych, a wręcz przeciwnie wyraźnie częściej doświadczali negatywnych emocji bezradności (44%), zniechęcenia i znużenia (47%), depresji (32%). Częstość występowania wśród nich stanów depresyjnych, poczucia bezradności, a także zniechęcenia i znużenia osiągnęła najwyższe poziomy na przestrzeni ostatnich dwóch dekad. Polacy dostrzegali negatywne nastroje w ich otoczeniu, pracy, miejscu zamieszkania. Najczęściej wskazywano: lęk, obawę, co przyniesie przyszłość, niepewność jutra (44%). 12% respondentów wskazywało na apatię, rezygnację, pogodzenie się z losem, zaś 15% na ogólne niezadowolenie oraz brak wiary w jakąkolwiek poprawę<sup>75</sup>.

W ciągu pierwszego roku pandemii COVID-19 nie odnotowano wzrostu liczby samobójstw w Polsce. W 2019 r. w wyniku zamachów samobójczych zakończonych zgonem zmarło 5.255 osób, a w 2020 r. 5.165 osób<sup>76</sup> (prób samobójczych było 12.013<sup>77</sup>). Prognozuje się jednak, iż w dłuższej, kilkuletniej perspektywie pandemia przyniesie istotny wzrost liczby samobójstw. „Zjawisko takie standardowo obserwuje się po ustaniu różnego rodzaju kryzysów, np. wojen, gdy mija wysoka mobilizacja społeczeństwa, a ujawniają się długofalowe negatywne skutki kryzysu”<sup>78</sup>. W ciągu pierwszego roku pandemii COVID-19 wzrosła zaś liczba samobójstw Polaków niepełnoletnich (w 2019 r. w grupie wiekowej 7-18 lat było ich 98, a w 2020 r. 107)<sup>79</sup>. Wśród dzieci i młodzieży (7-18 lat) odnotowano zaś 843 próby samobójcze (w tym: w grupie wiekowej 7-12 lat 29 przypadków, a w grupie wiekowej 13-18 lat 814 przypadków)<sup>80</sup>. Od 2013 r. wśród dzieci i młodzieży obserwuje się znaczny wzrost liczby prób samobójczych, ale do 2020 r. od 1999 r. obserwowano spadek liczby prób zakończonych zgonem (z wyłączeniem 2008 i 2017 r.)<sup>81</sup>.

Liczba samobójstw, obok przekonania o postępującym zaniku norm społecznych, narastającym chaosie i braku sensu oraz niemożliwości osiągnięcia celów w oparciu o akceptowane społecznie, zinstytucjonalizowane środki jest wskaźnikiem anomii społecznej. Anomia przejawia się w upadających stosunkach społecznych, w przestępczości, zbrodniach, samobójstwach oraz w dewiacyjnych typach przystosowania do wymogów życia społecznego<sup>82</sup>. W 2020 r. w Polsce wzrosła o 23,5% liczba zabójstw (w 2019 r. wyniosła 524, zaś w 2020 r. 641)<sup>83</sup>. Należy zauważyć, iż łączna liczba przestępstw stwierdzonych w Polsce w 2020 r. spadła o 3% (spadek dotyczył m.in. gwałtów, bójek, pobić, rozbojów i kradzieży), co należy tłumaczyć zamrożeniem społeczeństwa i gospodarki (*lockdown*, ograniczenie ruchliwości społecznej, zamknięcie wielu działów gospodarki). Wzrosła zaś liczba kradzieży z włamaniem i kradzieży samochodów<sup>84</sup>.

W pierwszych dwóch miesiącach pandemii COVID-19 społeczeństwo polskie wykazało się mobilizacją i odpowiedzialnością społeczną. W marcu-kwietniu 2020 r. przeszło 80% Polaków deklarowało, iż przestrzega antypandemicznych reguł, tj. izolacja (*lockdown*) w miejscu zamieszkania (w marcu 85%, w kwiet-

75. Por. Scovil (2021): 1-2, 6, 8.

76. Policja (2021a).

77. Dereszyński (2021).

78. Ośrodek Studiów nad Wyzwaniami Cywilizacyjnymi CBB ASzWoj (2021): 11.

79. Policja (2021a).

80. Dereszyński (2021).

81. Liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem w grupie wiekowej 0-18 lat: 1999: 270; 2000: 260; 2001: 255; 2002: 221; 2003: 188; 2004: 217; 2005: 177; 2006: 163; 2007: 158; 2008: 170; 2009: 155; 2010: 123; 2011: 114; 2012: 139; 2013: 148; 2014: 127; 2015: 119; 2016: 103; 2017: 116; 2018: 97; 2019: 98; 2020: 107 (Policja (2021a). Policja (2021b). Policja (2021c).

82. Merton R.K. (1982): 227.

83. Policja (2021d).

84. Ośrodek Studiów nad Wyzwaniami Cywilizacyjnymi CBB ASzWoj, 2021: 12; Policja (2021e); Policja (2021f).

niu 86%), dystans społeczny/fizyczny ponad 1 m poza domem (odpowiednio: 85% i 86%), zasłanianie ust podczas kichania i/lub kasłania (odpowiednio: 85% i 87%), unikanie zgromadzeń publicznych (odpowiednio: 87% i 88%), dbanie o higienę poza domem (np. mycie i/lub odkażanie rąk (odpowiednio: 81% i 79%), witanie się bez podawania dłoni (odpowiednio: 80% i 85%). Jednak w kolejnych miesiącach pandemii nastąpiła demobilizacja społeczna w przestrzeganiu antypandemicznych reguł<sup>85</sup>.

W maju 2020 r. (trzeci miesiąc pandemii) jeden na trzech Polaków nie nosił maski zasłaniającej usta i nos w przestrzeni otwartej i w ciągu tego miesiąca z tygodnia na tydzień spadał odsetek osób noszących maski, aby w ostatnim tygodniu maja wynieść tylko 65,7%. W ciągu maja 2020 r. zmniejszyła się także odsetek osób noszących maskę prawidłowo. W ostatnim jego tygodniu poprawnie nosiło ją tylko 58,9% osób, zaś najczęściej popełnianymi błędami było: odsłonięcie nosa, odsłonięcie całej twarzy (maska na brodzie lub podbródku), niedostateczne przyleganie maski do twarzy. Polacy nosili najczęściej maski wykonane z materiału (ok 65%), rzadziej chirurgiczne (ok 25%), a najrzadziej maski z filtrem N95 (ok 3%). W maju 2020 r. najczęstszą aktywnością poza miejscem zamieszkania było spacerowanie, robienie zakupów i uprawianie sportu<sup>86</sup>.

W lipcu 2020 r. (piąty miesiąc pandemii) media informowały, że Polacy często nie noszą masek i nie zachowują dystansu społecznego/fizycznego. Wskazywano także na odbywanie się zgromadzeń i imprez masowych<sup>87</sup>. Donoszono, że od początku lata dyskoteki, których działalność była oficjalnie zakazana, funkcjonowały jako tzw. „strefy relaksu”, „kursy tańca”, „warsztaty tańca”, „cocktail bary”, a imprezy organizowane były w nich non stop. W październiku, gdy cała Polska, w związku z trudną sytuacją epidemiologiczną, była w strefie żółtej, imprezy w klubach odbywały się bez zachowywania dystansu i maseczek. Obserwatorzy wskazywali, że policja nie reagowała na działającą dyskotekę, a Państwowa Inspekcja Sanitarna nie zauważała nieprawidłowości<sup>88</sup>. W styczniu 2021 r. informowano o odbywających się masowych „piwnych szkoleniach”, kursach, zebraniach partii politycznych czy nagraniach klipów promocyjnych, jak nazywano imprezy w dyskotekach<sup>89</sup>. Otwieranie dyskotek w czasie pandemii to sprowadzanie niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia ludzi oraz generowanie dodatkowego obciążenia systemu ochrony zdrowia. Jest to działanie aspołeczne<sup>90</sup>, które należy przypisać do zachowań dewiacyjnych. Przez cały okres pandemii działały także kasyna.

Już w pierwszym miesiącu pandemii (marzec 2020 r.) w Internecie pojawiły się grupy przeciwników obostrzeń. Jednak w Polsce Internet nie stał się narzędziem szeroko zakrojonej mobilizacji przeciwko obostrzeniom pandemicznym, które przybrały silnie konfrontacyjny charakter, jak stało się to w szeregu państw Europy Zachodniej (np. Holandia, Niemcy, Austria). Wskazuje się, że Polacy „wybrali raczej model „kreatywnego” obchodzenia ograniczeń, niż ich jawnego lekceważenia”, np. uruchamianie przez właścicieli i korzystanie przez klientów z dyskotek, restauracji czy klubów fitness pomimo obowiązujących ograniczeń<sup>91</sup>.

Kolejnym elementem obniżającym odporność społeczną narodu jest podatność obywateli na dezinformację, czyli intencjonalne wprowadzanie w błąd w okresie zagrożenia. Już na początku pandemii sekretarz generalny Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) António Guterres wskazał, że wspólnym wrogiem jest nie tylko COVID-19, ale także *infodemia dezinformacji* szczególnie w Internecie. W okresie

85. Hamer i Baran (2021).

86. Uniwersytet Zielonogórski, 2020.

87. Forlas.pl (2020).

88. Rogowska B. (2020).

89. onetwiadomości (2021)

90. prof. Krzysztof Simon w: onetwiadomości (2021).

91. Ośrodek Studiów nad Wyzwaniami Cywilizacyjnymi CBB ASzWoj, 2021: 17-21

pierwszego roku pandemii dezinformacja dotyczyła następujących kwestii m.in. negowania pandemii, lekceważenia środków zaradczych, pokonania/zakończenia się pandemii, sceptycyzmu lub negowania zasadności szczepień. Badania wskazały także na wysoki poziom akceptacji w społeczeństwie polskim teorii spiskowych związanych z koronawirusem oraz działaniami rządu polskiego<sup>92</sup>.

Brak zaufania do instytucji publicznych i ekspertów, dezinformację, działalność ruchów antyszczepionkowych i brak transparentnego systemu szczepień należy uznać za potencjalne przyczyny początkowej niskiej deklarowanej przez Polaków gotowości do szczepień przeciw COVID-19. Była ona najniższa wśród wielu państw na świecie, tj. na poziomie 26-28% dorosłej populacji na początku akcji szczepiennej na przełomie grudnia 2020 r. i stycznia 2021 r.<sup>93</sup>.

92. Ibidem: 23-25, 30-37.

93. Ibidem: 27-28.





## 4. Mapa wytycznych systemowych

### 4.1. Zakres wytycznych

Opracowanie prezentuje Mapę wytycznych systemowych, które powinny zostać zaimplementowane przez Rząd RP oraz podległe struktury administracji i służb, aby w maksymalny sposób zabezpieczyć kraj i ludność na wypadek sytuacji kryzysowych i zdarzeń nadzwyczajnych, w tym przede wszystkim przyszłego zagrożenia epidemicznego lub militarnego.

Zakres wytycznych powstał na podstawie analizy raportów, opracowań specjalistycznych i wypowiedzi ankietowych ekspertów. Poniżej zaprezentowane wytyczne odnoszą się do: zarządzania systemu ochrony zdrowia, ratownictwa medycznego, gospodarki lekowej, sieci szpitali, leczenia otwartego, systemu szczepień itd.

### 4.2. System identyfikacji zagrożeń

1. Powołany zostaje stały 12 osobowy **Zespół ds. medycznych przy Prezesie Rady Ministrów (RM)**. Zespół ma charakter doradczy z prawem wydawania rekomendacji systemowych. Tryb działania zespołu ma charakter stały – spotkania w cyklu miesięcznym. Do zespołu w roli ekspertów włączane są osoby z poszczególnych specjalizacji systemu ochrony zdrowia oraz przedstawiciele producentów leków w sytuacji wykrycia zagrożenia lub w celu identyfikacji skali i prawdopodobieństwa ryzyka.
2. Zespół wypracowuje **Mapę ryzyka i scenariusze rozwoju zagrożeń** oraz na bieżąco monitoruje stan zagrożenia zdrowotnego i sanitarnego w Polsce i na świecie. Wskazuje role instytucji publicznych oraz zakres niezbędnych dostosowań systemów bezpieczeństwa zdrowotnego, bezpieczeństwa publicznego i innych.
3. Zespół **monitoruje i ewaluuje możliwość implementacji rozwiązań i wytycznych** prezentowanych przez organizacje międzynarodowe oraz inne państwa w odpowiedzi na zagrożenia wynikające z sytuacji kryzysowych i zdarzeń nadzwyczajnych, w tym przede wszystkim przyszłego zagrożenia epidemicznego lub militarnego.
4. Członkowie Zespołu **stale przechodzą szkolenia** zarówno w kraju, jak i zagranicą oraz uczestniczą w pracach międzynarodowych zespołów opracowujących istotne z punktu widzenia zarządzania kryzysowego rozwiązania.
5. W przypadku pandemii Przewodniczący Zespołu powoływany jest na **Ministra ds. pandemii** i odpowiada za koordynację prac Ministra ds. zdrowia, Ministra ds. edukacji, Ministra ds. szkolnictwa wyższego, Ministra ds. sportu, Ministra ds. kultury w zakresie działań niezbędnych do ograniczania ryzyka i skutków zdrowotnych pandemii. Protokoły z obrad zespołu oraz zajmowanych stanowisk przez poszczególnych członków zespołu są upubliczniane na stronie internetowej Kancelarii Prezesa RM.

### 4.3. System zarządzania kryzysowego

6. Powołany zostaje stały 21 osobowy interdyscyplinarny **Zespół ds. zarządzania kryzysowego przy Prezesie RM**. Zespół ma charakter wykonawczy z prawem wydawania *Wytycznych systemowych*. Tryb działania zespołu ma charakter stały – spotkania w cyklu kwartalnym lub częściej w przypadku zidentyfikowania zagrożenia np. przez Zespół medyczny przy Prezesie RM. Do Zespołu w roli ekspertów włączane są osoby z poszczególnych specjalizacji oraz przedstawiciele producentów leków w sytuacji wykrycia zagrożenia lub w celu identyfikacji skali i prawdopodobieństwa ryzyka.
7. Przewodniczący Zespołu w okresach pandemii i innych zdarzeń nadzwyczajnych powoływany jest na **Wicepremiera ds. sytuacji kryzysowych** i koordynuje pracę Rady Ministrów w ramach Komitetu Stałego ds. zdarzeń nadzwyczajnych.
8. Zespół wypracowuje **Mapę ryzyka** i scenariusze systemu zarządzania kryzysem. Wskazuje role instytucji publicznych (szczegółowa siatka bezpieczeństwa) oraz zakres niezbędnych dostosowań systemów bezpieczeństwa zdrowotnego, bezpieczeństwa publicznego, bezpieczeństwa militarnego i innych. Zespół zidentyfikuje główne rodzaje zagrożeń (epidemiologiczne, katastrofy naturalne, kryzysy społeczno-gospodarcze-polityczne i inne) i dla każdego z tych rodzajów opisz szczegółowe zagrożenia oraz plany reagowania na nie, łącznie z organizacją i zasobami.
9. Zespół wypracuje **Zasady włączania** poszczególnych struktur samorządu terytorialnego, społeczeństwa, organizacji społecznych oraz ekspertów w proces przygotowania do reakcji oraz procesy zarządzania kryzysowego w przypadku sytuacji kryzysowych i zdarzeń nadzwyczajnych, w tym przede wszystkim przyszłego zagrożenia epidemicznego lub militarnego.
10. Zespół wypracowuje **Zasady oraz zakres wsparcia poszczególnych struktur samorządu terytorialnego, społeczeństwa, organizacji społecznych oraz ekspertów** na wypadek konieczności ich włączenia do zarządzania kryzysem.
11. Zespół wypracowuje **Procedurę reakcji na inicjatywy własne struktur samorządu terytorialnego, społeczeństwa, organizacji społecznych oraz ekspertów**, które wykraczają poza oficjalnie wytyczne, a wynikają ze specyficznych reakcji na zagrożenia.
12. **Zespół monitoruje i ewaluje możliwość implementacji rozwiązań i wytycznych** prezentowanych przez organizacje międzynarodowe oraz inne państwa w odpowiedzi na zagrożenia wynikające z sytuacji kryzysowych i zdarzeń nadzwyczajnych, w tym przede wszystkim przyszłego zagrożenia epidemicznego lub militarnego.
13. Członkowie Zespołu **stale przechodzą szkolenia** zarówno w kraju, jak i zagranicą oraz uczestniczą w pracach międzynarodowych zespołów opracowujących istotne z punktu widzenia zarządzania kryzysowego rozwiązania. Protokoły z obrad Zespołu oraz zajmowanych stanowisk przez poszczególnych członków zespołu są publicznie prezentowane na stronie internetowej Kancelarii Prezesa RM.
14. Prezes RM wypracowuje i wdraża **Wytyczne komunikacji i przekazu społecznego w okresach pandemii i sytuacji nadzwyczajnych**. W proces tworzenia wytycznych włączani są eksperci z zakresu komunikacji społecznej, psychologii, psychologii społecznej, socjologii, ekonomii, prawa i inni.

15. Członkowie Rady Ministrów oraz członkowie Zespołów ds. medycznych i ds. zarządzania kryzysowego przy Prezesie RM są przeszkoleni z procedur zgodnych z **Wytycznymi komunikacji i przekazu społecznego w okresach pandemii i sytuacji nadzwyczajnych**. Wytyczne profesjonalizują i odpolityczniają przekaz włączając w jego przebieg ekspertów ograniczając tym samym aktywność czynnych polityków.
16. Zespoły tego typu **powstają na poziomie wojewódzkim** przy Wojewodach. Zadaniem tych zespołów jest wsparcie Wojewody w działaniach zarządzania kryzysowego podejmowanych na jego terenie.
17. Zespół ds. zarządzania kryzysowego przy Prezesie RM wraz poszczególnymi członkami Rady Ministrów wypracowuje **Wieloaspektowe scenariusze walki z zagrożeniami**. Na potrzeby wypracowania i testowania tych rozwiązań prowadzony jest projekt finansowany ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR) w ramach Programu Gospostrateg – projekt zamawiany przez KPRM, którego celem jest analiza doświadczeń międzynarodowych w zapobieganiu i zwalczaniu skutków pandemii, jak też innych zdarzeń nadzwyczajnych.

#### 4.4. System finansów publicznych

18. Rada Ministrów tworzy specjalny fundusz celowy – **Fundusz Rezerwa Bezpieczeństwa** na finansowanie wydatków nadzwyczajnych w okresach sytuacji kryzysowych i zdarzeń nadzwyczajnych (zdrowotne, militarne i inne). Corocznie do funduszu przekazywany jest co najmniej 1 mld PLN. Wydatkowanie Funduszu wymaga zgody Rady Ministrów i koordynowane jest przez Wicepremiera ds. sytuacji kryzysowych. Operacyjnie fundusz zarządzany jest przez Bank Gospodarstwa Krajowego (BGK).
19. Minister ds. finansów wypracowuje **Wytyczne zarządzania finansami publicznymi w okresach pandemii i innych zdarzeń nadzwyczajnych**, w tym zasad wydatkowania środków publicznych, uruchamiania rezerwa i oceny racjonalności wydatków.
20. Minister ds. finansów wprowadza **Podatek na zdarzenia nadzwyczajne i sytuacje kryzysowe**. Podatek jest wprowadzany w czasie pandemii i innych zdarzeń nadzwyczajnych, jako podwyżka podatku VAT na wybrane produkty luksusowe i podnoszące ryzyka zdrowotne.
21. Minister ds. zdrowia wraz z Narodowym Fundusz Zdrowia (NFZ) poddają system finansowania służby zdrowia **Audytowi i procedurze przeglądu wydatków z oceną efektywności wydatkowania i skuteczności prowadzenia terapii zdrowotnych**. Przeprowadzona jest ekonomiczna ocena kosztów i korzyści działań profilaktycznych, której skutkiem jest szersze ujęcie profilaktyki jako elementu programów zdrowotnych, jak też zwiększenie udziału profilaktyki w wydatkach na zdrowie ludności.

#### 4.5. Zarządzanie systemem ochrony zdrowia

22. Minister ds. zdrowia w konsultacji z Zespołami ds. medycznych i ds. zarządzania kryzysowego przy Prezesie RM wypracuje i wdraża **Wytyczne operacyjne** w poszczególnych obszarach systemu ochrony zdrowia. Wytyczne ujmują wyniki prac i wskazania obu zespołów.

23. Minister ds. zdrowia dokonuje **Monitoringu i ewaluacji gotowości systemu ochrony zdrowia na epidemie i inne zdarzenia nadzwyczajne**. Ewaluacje mają tryb roczny, zaś wyniki ewaluacji są prezentowane na spotkaniach Zespołów ds. medycznych i ds. zarządzania kryzysowego przy Prezesie RM.
24. Minister ds. zdrowia corocznie prezentuje przez Sejmem RP **Sprawozdanie ze skali zagrożeń oraz oceny gotowości systemu ochrony zdrowia na zidentyfikowane zagrożenia**.
25. Prezes RM powołuje Zespół ds. wypracowania **Kompleksowej strategii zarządzania sytuacją kryzysu epidemiologicznego** obejmującej cały rząd i całe społeczeństwo w celu zapobiegania zachorowaniom, ratowania życia i minimalizowania skutków epidemii i zdarzeń nadzwyczajnych. Projektowane i wdrażane są wytyczne w zakresie epidemii i zdarzeń nadzwyczajnych. Równocześnie projektowane są Wytyczne zbierania danych krytycznie ważnych do zarządzania walką z epidemią.
26. Wprowadza się obowiązkowy **System szkoleń dla pracowników służby zdrowia w zakresie poszczególnych elementów wytycznych**, w których implementacji biorą udział pracownicy systemu ochrony zdrowia i służb ratowniczych oraz służb bezpieczeństwa i porządku publicznego. Następuje wprowadzenie do systemu wsparcia specjalistów od zarządzania kryzysowego, którzy w roli doradców dyrektorów placówek przeprowadzają ich przez początki zdarzeń nadzwyczajnych i wspierają w procesie implementacji wytycznych i wskazań systemowych.
27. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. spraw wewnętrznych oraz Ministrem ds. obrony narodowej podejmują działania na rzecz utworzenia i utrzymywania **Rezerw leków, materiałów medycznych, sprzętu i wyposażania placówek medycznych**.
28. Prezes RM podejmuje działania na rzecz **zwiększenia zaangażowanie sektora prywatnego oraz społecznego w procesy decyzyjne i wykonawcze**. Promowane jest partycypacyjne podejście do tworzenia dokumentów programów, strategii, decyzji o charakterze strategicznym dla bezpieczeństwa państwa. Prowadzone są działania w celu zwiększenia wiedzy i każdorazowego potwierdzenia faktami gotowości systemu do obrony przed zagrożeniami. Publicznie dostępne są dane inwentaryzacyjne i wykazy zapasów. Nadzór społeczny zwiększa presję na zapewnienie gotowości systemu.
29. Minister ds. zdrowia wypracowuje i zapewnia rozwiązania w ramach **Programu maksymalizacji sprawności zarządzania ograniczonymi zasobami i potencjałem kadrowym** m.in. poprzez transportowanie i przekierowywanie pacjentów, badania próbek, środków ochrony osobistej lub testów. Następuje wypromowanie nowych rozwiązań i zmiana standardów opieki w związku z deficytem zasobów.
30. Minister ds. zdrowia we współpracy z Ministrem ds. cyfryzacji oraz NCBiR projektuje i wdraża **Pogram rozwoju narzędzi do monitorowania łańcucha dystrybucji leków** i przeciwdziałania brakom dostępności oraz systemowego informowania pracowników medycznych, farmaceutów i pacjentów o możliwych ograniczeniach dostępności i wczesnego reagowania na zdarzenia tego typu. Wdrażane jest rozwiązanie informatyczne, które na bieżąco w trybie on-line wskazuje na posiadane potencjały i analizuje, dzięki sztucznej inteligencji (Artificial Intelligence AI), potencjalne ryzyka i deficyty w zaopatrzeniu.

31. Minister ds. zdrowia wraz z NFZ, Głównym Inspektorem Farmaceutycznym (GIF) dokonują **Przeglądu procedur kontrolnych i ewaluacyjnych podmiotów uczestników rynku zdrowia**. W procesie przeglądu następuje potwierdzenie zasadności i skuteczności instrumentów kontrolnych czego konsekwencją jest wyeliminowanie zbędnych działań i uzupełnienie deficytowych. GIF wprowadza możliwość przeprowadzania kontroli i inspekcji zdalnych, w przypadkach, gdy kontrola lub inspekcja dotyczy kwestii formalnych lub ogranicza się do kontroli prawidłowości i kompletności dokumentacji (która i tak dostarczana jest do GIF).
32. Minister ds. zdrowia wprowadza **Formalną ścieżkę kontaktu** jako możliwość sformalizowanej komunikacji drogą elektroniczną na poziomie urząd-podmiot gospodarczy lub jego przedstawiciele, szczególnie w zakresie bieżącej wymiany informacji mającej istotne znaczenie dla prowadzonych postępowań (dotyczy zarówno Inspekcji Farmaceutycznej, jak i Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych (URPL)). Jak też dokonuje przeglądu w celu eliminacji ograniczeń przedmiotowych i podmiotowych w możliwości komunikacji z ministerstwem zdrowia w ramach stworzonych systemów informatycznych (SOLR, SOID).

#### 4.6. System ratownictwa medycznego

33. Minister ds. zdrowia dokonuje **Przeglądu potencjału i deficytów kadrowych oraz zasobowych systemu ratownictwa medycznego**. W wyniku przeglądu dokonywanego pod kątem Mapy ryzyk zagrożeń i sytuacji nadzwyczajnych, w tym epidemii, przygotowuje wieloletni program doposażenia systemu ratownictwa medycznego oraz przygotowuje i wdraża Program podnoszenia kwalifikacji oraz rozwoju kadr ratownictwa medycznego wraz z pakietem finansowym zwiększenia wynagrodzeń tej grupy zawodowej.
34. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. spraw wewnętrznych oraz Ministrem ds. cyfryzacji projektują i wdrażają **Krajowy system koordynacji, gromadzenia i analizy informacji na rzecz ratownictwa medycznego**. Karetki i inny sprzęt medyczny wykorzystywany w systemie ratownictwa uzbrajany jest w system identyfikacji potencjału (analizę zasobów utrzymywanych w karetkach) oraz Internet rzeczy, aby zapewnić stałą komunikację systemu koordynacji z karetkami.
35. Minister ds. zdrowia określa **Standardy i procedury systemu ratownictwa medycznego**, w których zawiera mechanizmy relacji między uczestnikami systemu, scenariusze zachowań wszystkich stron, scenariusze sytuacji kryzysowych, system szkoleń i certyfikacji kompetencji w standardach międzynarodowych itd.

#### 4.7. System sanitarno-epidemiologiczny

36. Minister ds. zdrowia wraz z Głównym Inspektorem Sanitarnym (GIS) przygotowują i wdrażają **Reformę organizacyjną stacji sanitarno-epidemiologicznych** w zakresie zmiany struktury podległości pod GIS. GIS dokonuje przeglądu potencjału i deficytów sieci stacji sanitarno-epidemiologicznych (pełna identyfikacja zasobów z aktualizacją w trybie on-line), identyfikuje mapę potrzeb dostosowania poszczególnych placówek w kontekście poszczególnych typów zagrożeń, określa ścieżkę dostosowania i terminarz wraz z finansowaniem wskazanych potrzeb.

37. Minister ds. zdrowia we współpracy z Zespołem ds. medycznych przy Prezesie RM opracowuje i wdraża **Wytyczne dla stacji sanitarno-epidemiologicznych**. W wytycznych określa zasady i metodykę identyfikacji osób chorych, ścieżki zakażeń, identyfikacji i odcinania społecznego ognisk zakażeń. Osoby narażone na zachorowanie i kontakt poddawane są bezwzględnej kwarantannie, a następnie w czasie pozwalającym na inkubację wirusa wykonywane są u nich testy.
38. GIS określa i wdraża szczegółowe **Wytyczne dezynfekcji i środków ochrony osobistej** z dostosowaniem metod i technik do typu potencjalnych zakażeń, miejsca, a w przypadku aktywności gospodarczej typu sektora gospodarki wobec którego wymagania sanitarne są stawiane.
39. GIS określa **Scenariusze zachowań** w przypadkach zdarzeń nadzwyczajnych oraz Algorytmy postępowania w przypadku zakażeń danego typu. Scenariusze i algorytm są publikowane na specjalnie dedykowanej stronie internetowej i dostępne dla każdego obywatela poprzez portal pacjent.gov.pl a wiedza o nich jest upowszechnia przez system szkolnictwa.
40. GIS wytwarza i wdraża **System komunikacji elektronicznej** m.in. za pomocą sms i e-mail z danymi częściami populacji w ramach Rządowego Centrum Bezpieczeństwa (RCB), poprzez który informuje o zagrożeniach, jak też przesyła wytyczne co do zachowań oraz inne niezbędne informacje.
41. Minister ds. zdrowia wraz z GIS we współpracy z Zespołem ds. medycznych przy Prezesie RM wypracowują **Wytyczne ochrony granic, obowiązkowej kwarantanny dla przyjeżdżających z obszarów zagrożonych, dyslokacji zarażonych, ograniczeń migracji po terenie RP** w przypadku potwierdzenia zakażenia itd.
42. GIS projektuje i organizuje **System dostępu do testowania** wszystkim zainteresowanym, jak też Elektroniczny system nadzoru nad osobami przebywającymi na kwarantannie, w tym system zwolnień z kwarantanny.
43. Minister zdrowia wraz z GIS przeprowadza **Analizę potencjałów i deficytów systemu testowania zakażeń**. Wdrożone zostają, dzięki wynikom analizy, **Procedury usprawniające zarządzanie systemem** zwiększające stan zespołów pobierających próby do testowania, usprawniających logistykę oraz identyfikujące sieć laboratoriów i ich zasoby.

#### 4.8. Gospodarka lekowa

44. Prezes RM powołuje **Pełnomocnika ds. bezpieczeństwa lekowego**, którego zadaniem jest uspołnienie celów zdrowotnych i strategii przemysłowej<sup>94</sup>. Rozwój tak nowoczesnej dziedziny przemysłu, istotnej i korzystnej dla gospodarki ze względu na jej wysoką innowacyjność oraz potrzebę stałego inwestowania, staje się priorytetem rządu włączanym w dokumenty strategiczne średnio i długookresowe.
45. Minister ds. rozwoju wraz z Ministrem ds. zdrowia wypracowują i wdrażają **Narzędzia wspierające aktywność badawczo-rozwojową i produkcyjną firm farmaceutycznych w Polsce** (np. model wsparcia w formie RTR - refundacyjnego trybu rozwojowego), w tym rozbudowę budujących ekosystem proinnowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w Polsce, takie jak: rozbudowa

94. Skoncentrowanie ministra ds. zdrowia na zapewnieniu jak najszerszego asortymentu leków w ramach dostępnego budżetu generuje ryzyko preferowania finansowania najtańszych, z reguły zagranicznych leków. Tymczasem tylko produkcja leków i API na terenie Polski zapewni dostępność leków podczas kryzysów.

- zaplecza badawczo-rozwojowego służącemu rozwojowi leków i API w Polsce, mechanizmy wsparcia procesu rozwoju leków (z uwzględnieniem finansowania faz klinicznych) oraz API w Polsce, tworzenie popytu na wyspecjalizowane usługi około innowacyjne, a także rozbudowa bazy produkcyjnej (ze szczególnym naciskiem na wytwarzanie terapii biotechnologicznych).
46. Minister ds. rozwoju wraz z Ministrem ds. zdrowia wypracowują i wdrażają **Model mechanizmu wsparcia w postaci dopłat do produkcji API oraz udzielania finansowania publicznego na rozbudowę infrastruktury produkcyjnej** na preferencyjnych warunkach w oparciu o program pomocowy notyfikowany w Komisji Europejskiej (KE). Rozbudowany zostaje krajowy potencjał produkcji API oraz produktów leczniczych, co przyczynia się do wzrostu gospodarczego oraz poprawy bezpieczeństwa lekowego obywateli.
  47. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. rozwoju wypracowuje i wdraża **Politykę cenową resortu zdrowia** wobec firm farmaceutycznych produkujących część swoich leków w Polsce, która uwzględnia szerszą politykę rządu wobec tych form działalności gospodarczej. Wprowadzane są m.in. bezterminowe decyzje refundacyjne; zniesione zostaje stosowanie wszelkich form payback'u wobec refundowanych leków generycznych; poszerza się model wsparcia finansowego, prawnego i instytucjonalnego dla produkcji API w Polsce.
  48. Minister ds. rozwoju wraz z NCBiR w ramach programu Gospostrateg przygotowuje i wdraża **Wieloletni plan rozwoju potencjału produkcyjnego i B+R dla krajowego przemysłu lekowego**. W ramach wieloletniego planu przyjmuje się pakiet legislacyjno-finansowy wsparcia potrzeb szczepliennych.
  49. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. nauki we współpracy z NCBiR oraz Narodowym Centrum Nauki (NCN), jak też Polską Akademią Nauk (PAN) opracowują **Mapę drogową rozwoju sieci zespołów badawczych**, które rozwijałyby nowoczesne kierunki badań biologiczno-farmaceutycznych i w sytuacji zagrożenia mogłyby odpowiadać na określoną potrzebę stworzenia zarówno nowego leku lub szczepionki, jak i infrastruktury łatwo umożliwiającej dostosowanie jej pod określony cel produkcyjny. Model promuje partnerstwo publiczno-prywatne przy rozwijaniu zespołów, jak i prowadzeniu badań, łączące potencjał naukowo-badawczy sektora publicznego i prywatnego.
  50. Minister ds. rozwoju wraz z Ministrem ds. aktywów państwowych wypracowują i wdrażają Narodowy Program **Wsparcia krajowego sektora farmaceutycznego**. Program obejmuje zarówno narzędzia prawne niwelujące bariery biurokratyczne, jak też pakiet transferów bezpośrednich notyfikowany w KE jako program pomocowy wobec branży. Wsparcie obejmuje wszystkie etapy powstawania leków począwszy od badań naukowych ukierunkowanych na opracowywanie nie tylko preparatów innowacyjnych, ale również generyków i leków biopodobnych. Program ukierunkowany jest na rozbudowę krajowego potencjału projektowania nowoczesnych terapii lekowych. W ramach programu następuje dodatkowo rozbudowa krajowego potencjału do opracowywania i produkcji szczepionek (w tym zakup licencji na produkcję wybranych preparatów) w szczególności szczepionek nowej generacji opartych o białka rekombinowane i kwasy nukleinowe.
  51. Minister ds. zdrowia wraz z Centrum E-zdrowie, GIF oraz NFZ wprowadza **Regulacje prawne umożliwiające branży farmaceutycznej otwarty dostęp do rzeczywistych danych medycznych (RWE)** dotyczących leczenia, efektów i zastosowanych środków medycznych, które posłużą do opracowywania nowych ścieżek terapeutycznych oraz terapii lekowych



52. Minister ds. zdrowia we współpracy z Ministrem ds. nauki i Ministrem ds. rozwoju oraz NCBiR opracowują **Mapę drogową rozwoju sieci laboratoriów**, które w sytuacji zagrożenia będą mogły podjąć wyzwanie opracowania preparatu na bazie dostępnej informacji genetycznej patogenu. Minister ds. zdrowia we współpracy z NCBiR w utworzonym i nadzorowanym centralnym laboratorium (docelowo sieci laboratoriów) zapewnia działanie zespołu ekspertów rozwijających poszczególne etapy opracowywania leków lub/i szczepionki począwszy od etapu bioinformatycznej analizy informacji genetycznej, poprzez dobór odpowiedniej technologii do wytworzenia leku lub/i szczepionki poprzez fazy laboratoryjnego otrzymania prototypu preparatu, badań in vitro do wytworzenia w warunkach GMP prób, które mogły zostać użyte w badaniach klinicznych.
53. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. środowiska i Ministrem ds. spraw zagranicznych występuje do KE w temacie **zmiany rygorów środowiskowych** związanych z produkcją API, które obecnie powodują, że bez wsparcia finansowego produkcja a także produkty lekowe są niekonkurencyjne względem innych producentów spoza UE.
54. Minister ds. funduszy we współpracy z Ministrem ds. rozwoju oraz partnerami społeczno-gospodarczymi wypracowują i wdrażają **Nowe kryteria dofinansowania projektów**, który pozwalają na skuteczne wykorzystanie strumieni finansowania przez sektor farmaceutyczny ze środków publicznych krajowych i UE.
55. Prezes RM wraz z Ministrem ds. funduszy występuje do KE w zakresie **Zmiany zasad i narzędzi przyznawania dotacji i pożyczek długoterminowych w ramach nowych wieloletnich ram finansowych UE**, które pozwolą na ich pełne wykorzystanie w dużych projektach inwestycyjnych.
56. Minister ds. rozwoju dokonuje **Przeglądu programów sektorowych i ich modyfikacji w kierunku uwzględnienia potrzeb i specyfiki branży farmaceutycznej**. Proces ma charakter partycypacyjny z pełnym włączeniem przedstawicieli branży i sektorów powiązanych.

#### 4.9. System rezerw strategicznych

57. Prezes RM dokonuje **Przeglądu potencjału i deficytu rezerw strategicznych** gromadzonych w Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych (RARS), Agencji Rezerw Materiałowych (ARM), jak też rezerw gromadzonych przez samorząd terytorialny oraz inne podmioty włączone w system rezerw strategicznych.
58. RARS oraz ARM typuje podmioty do zapewnienia dostaw krytycznych (baza potencjału krajowego i międzynarodowego, a przede wszystkim europejskiego). Wprowadza **System kontraktora wieloletniego** opartego na wytypowaniu w drodze procedur zamówień publicznych stałych dostawców gotowych spełnić wymagania systemowe, wobec których w sytuacji zagrożenia i/lub braków materiałowych wysyłane są zamówienia. Wszyscy wytypowani dostawcy przechodzą ocenę bezpieczeństwa ze strony służb bezpieczeństwa państwa, otrzymują wynagrodzenie za gotowość systemu i poddają się szczegółowej corocznej kontroli gotowości systemu produkcji i dostaw przez wyspecjalizowane służby państwa.
59. RCB przy wsparciu Zespołu ds. zarządzania kryzysowego przy Prezesie RM oraz Biura Bezpieczeństwa Narodowego (BBN) opracowują **Wieloletni plan uzupełnienia rezerw strategicznych**. Plan powstaje na podstawie analizy ryzyk mapującej potencjalne zdarzenia z obszaru zdrowia publicznego, bezpieczeństwa publicznego oraz militarnego. Plan uwzględnia analizę ryzyk związanych z katastrofami i zdarzeniami nadzwyczajnymi.

60. Minister ds. zdrowia wraz z RCB oraz BBN prowadzi stały **Monitoring potrzeb i ewaluację systemu produkcji, dystrybucji zapatrzienia lekowego na wypadek katastrof i zdarzeń nadzwyczajnych, w tym epidemii**. W przypadku identyfikacji deficytów zleca uzupełnienie rezerw lekowych, zakontraktowanie dostaw, podjęcie badań naukowych, dywersyfikację łańcuchów dostaw i inne niezbędne działania, aby zapewnić gotowość systemu do dostarczenia leków wg potrzeb wynikających z danego zagrożenia lub sytuacji nadzwyczajnej.
61. Prezes RM przedstawia przez Sejm RP roczne **Sprawozdanie ze stanu rezerw strategicznych i gotowości** państwa na reakcję na zdarzenia nadzwyczajne i katastrofy, w tym epidemie.

#### 4.10. Sieć szpitali

62. Minister ds. zdrowia w współpracy z Zespołem ds. medycznych przy Prezesie RM dokonuje **Przełądu potencjału i deficytów sieci szpitali** (pełna identyfikacja zasobów z aktualizacją w trybie on-line), identyfikuje mapę potrzeb dostosowania poszczególnych placówek w kontekście poszczególnych typów zagrożeń, określa ścieżkę dostosowania i terminarz wraz z finansowaniem wskazanych potrzeb.
63. Minister ds. zdrowia we współpracy z Zespołem ds. medycznych przy Prezesie RM opracowuje i wdraża **Wytyczne zarządzania zasobami szpitali** na czas pandemii i zdarzeń nadzwyczajnych, w tym błyskawicznej realokacji zasobów do innych placówek, przejmowania części lub całości placówki na potrzeby systemu zarządzania kryzysowego itd.
64. Minister ds. zdrowia we współpracy z Zespołem ds. medycznych przy Prezesie RM opracowuje i wdraża **Wytyczne koordynacji hospitalizacji pacjentów zakażanych chorobą epidemiczną i niezakażanych nią, ale wymagających hospitalizacji**. W ramach wytycznych następuje powołanie instytucji Koordynatora hospitalizacji na szczeblu regionalnym i subregionalnym, dyżurującego telefonicznie w trybie 24-godzinny. Koordynator zostaje wyposażony w System identyfikujący dostępność łóżek i respiratorów oraz innego sprzętu medycznego w każdym ze szpitali. Zadaniem koordynatora jest przyjmowanie zgłoszenia od lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej i z innych miejsc, wydawanie wiążącej dyspozycji zespołom Państwowego Ratownictwa Medycznego do przewiezienia konkretnych pacjentów do wskazanych przez niego miejsc, posiadających potencjał do przyjęcia pacjentów, tym samym zobowiązującej te miejsca do niezwłocznej oceny stanu pacjenta i podjęcia decyzji co do potrzeby hospitalizacji.
65. Minister ds. zdrowia projektuje dwie **Sieci szpitali** - włączaną do systemu zarządzania kryzysowego w odpowiedzi na dane zjawisko epidemiczne i wyłączoną z systemu aktywnie wykonującą bieżące funkcje. Wobec tych drugich we współpracy z GIS przygotowuje szczegółowe Wytyczne sanitarne, szczególnie w kontekście kontynuacji procesu konsultacji (porad) bezpośrednich. Projektuje i wdraża się System laboratoriów wykonujących test błyskawiczne. Laboratoria te są wyposażane w sprzęt dostępny (zidentyfikowany w systemie, wdrażany program realokacji), bądź też zostają doposażone z zasobów centralnych.
66. Minister ds. zdrowia wraz z GIS projektują i wdrażają **Wytyczne działania leczenia otwartego w okresie katastrof i zdarzeń nadzwyczajnych**, w tym epidemii w celu zapewnienia wykonania zabiegów i operacji planowych, działań profilaktycznych, porodów, badań diagnostycznych i innych.

67. Minister ds. zdrowia wraz z GIS określają **Procedury tworzenie polowych miejsc przyjmowania pacjentów oraz pobierania próbek do badań**. Jednostki te powinny w krótkim czasie być wyposażone w odpowiednie możliwości logistyczne: namioty, ogrzewanie (zgromadzone w magazynach rezerw materiałowych). Wsparciem dla wymiany informacji jest system informatyczny umożliwiający szybkie wpięcie się w niego jednostek uczestniczących w walce z epidemią (lekarz, laboratorium, służby sanitarne).
68. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. cyfryzacji oraz NCBiR projektują i budują **Rozwiązanie informatyczne do zarządzania zasobami ludzkimi i rzeczowymi** działające w trybie rzeczywistym. Sprzęt medyczny zostaje oznaczony statusem gotowości poprzez włączenie go w system Internetu rzeczy. Pracownicy systemu ochrony zdrowia są włączeni w system identyfikacji on-line poprzez karty inteligentne włączające w system i identyfikujące obecność w placówce przy pomocy systemu GPS. Rozwiązanie przy użyciu AI wspomaga proces zarządzania zasobami oraz koordynacji realokacji osób i sprzętu niezbędnego do odpowiedzi na skalę zagrożeń w poszczególnych obszarach kraju.
69. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. obrony narodowej projektują i wdrażają **System rezerwowych mobilnych stanowisk intensywnej terapii**, który wyposażony jest niezbędny sprzęt i lokowany w jednostkach wojskowych. Techniczną obsługę stanowisk przejmują wyszkolone kadry Wojsk Obrony Terytorialnej (WOT). Za gotowość systemu rezerwowego, monitoring jakości zasobów oraz szkolenie kadr do technicznej obsługi stanowisk odpowiada Minister ds. obrony narodowej i szef WOT.
70. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. obrony narodowej oraz Ministrem ds. spraw wewnętrznych przeprowadzają identyfikację i tworzą **Wykaz miejsc**, w których można lokować szpitale tymczasowe i inne jednostki, które dysponują krytycznymi wymaganiami technicznymi. Sprawdzane są lokalizacje będące we własności państwa, wobec których nakładana jest klauzula informowania ministra ds. zdrowia o planach procesów budowlanych wpływających na zmianę potencjału danej lokalizacji.

#### 4.11. Sieć leczenia otwartego

71. Minister ds. zdrowia przeprowadza **Analizę modelu wdrożenia** w przypadku zdarzeń nadzwyczajnych i sytuacji kryzysowych, w tym epidemii, izolacji w miejscach zamieszkania, domowej hospitalizacji z opieką on-line. Przygotowuje i upowszechnia Wytyczne operacyjne dotyczące zasad koordynacji tych procesów.
72. Minister ds. zdrowia przeprowadza **Ewaluację działania sieci leczenia otwartego**, oceniając potencjały i deficyty sieci. Na podstawie wyników ewaluacji wprowadza zmiany w funkcjonowaniu lekarzy POZ, aby zapewnić obniżenie zachorowalności na choroby spowodowane czynnikami ryzyka, które można modyfikować.
73. Minister ds. zdrowia wprowadza **uregulowania prawne** w zakresie świadczeń medycznych dostarczanych telewizytą np. kontynuację recept czy wsparcie pacjentów z drobnymi dolegliwościami.

74. Minister ds. zdrowia wraz z GIS projektują i wdrażają **Wytyczne działania lecznictwa ostariego** w okresie katastrof i zdarzeń nadzwyczajnych, w tym epidemii w celu zapewnienia opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłym, w szczególności w przypadku problemów kardiologicznych, nadciśnienia, stomatologicznych, a także osób posiadających przewlekłe choroby i cierpiących onkologicznie oraz wymagających niezwłocznie rehabilitacji, np. po wypadku samochodowym.

#### 4.12. Krajowy system szczepień

75. Prezes RM wraz z Ministrem ds. zdrowia oraz Ministrem ds. spraw wewnętrznych projektują i wdrażają **Krajowy program szczepień** wraz z kryteriami kolejności szczepień i poszerzeniem gamy szczepień obowiązkowych. W systemie prawnym wprowadza się wyczerpujące regulacje dotyczące szczepień ochronnych w nagłych sytuacjach zagrożenia epidemiologicznego. W programie określa się m.in.: zasady dostępności szczepionek, system dystrybucji szczepionki (zarówno do punktów szczepień, jak i pomiędzy osoby szczepione), organizację siatki bezpiecznych punktów szczepień, wymagania wobec personelu medycznego kwalifikującego i przeprowadzającego szczepienia oraz zasady komunikacji na temat szczepień zwiększające akceptację szczepień populacyjnych. Przyjmowany jest algorytm kolejności szczepień w oparciu o analizę ryzyka i istotność zasobów ludzkich w systemie reakcji na zagrożenie, jak też analizę kosztów-korzyści społeczno-ekonomicznych. Projektowana jest Procedura szczepienna w sytuacjach nadzwyczajnych wprowadzająca szczepienia obowiązkowe (ochrona populacji) wobec wybranych grup zawodowych, części lub całości populacji.
76. Prezes RM wraz z Ministrem ds. zdrowia i Ministrem ds. rozwoju projektują i wdrażają **Mapę drogową krajowego potencjału szczepień** (badania i produkcja krajowa). Wprowadzane są **Wytyczne wobec wspólnych zakupów na poziomie UE**, udziału strony polskiej w negocjacjach, jak też zasad redystrybucji zakupionych szczepionek, w tym możliwości eksportu (odsprzedaży).

#### 4.13. Infrastruktura krytyczna

77. Minister ds. spraw wewnętrznych i Minister ds. obrony wraz z Ministrem ds. zdrowia i Ministrem ds. cyfryzacji dokonują **Przeгляdu potencjału i deficytów infrastruktury krytycznej** (pełna identyfikacja zasobów z aktualizacją w trybie on-line), identyfikują **Mapę potrzeb dostosowania poszczególnych elementów infrastruktury w kontekście poszczególnych typów zagrożeń, określą ścieżkę dostosowania i terminarz wraz z finansowaniem wskazanych potrzeb**. Wytworzone zostają **Wytyczne zarządzania zasobami infrastruktury krytycznej na czas epidemii i zdarzeń nadzwyczajnych**, w tym błyskawicznej realokacji zasobów, przejmowania (za należytych odszkodowaniem) części lub całości zasobów prywatnych na potrzeby systemu zarządzania kryzysowego itd.
78. Minister ds. spraw wewnętrznych wraz z Ministrem ds. cyfryzacji opracowuje i wdraża **Wytyczne koordynacji i powiązania istniejących systemów informatycznych**, jak też diagnozuje potrzebę rozbudowy o nowe rozwiązania bazujące na identyfikacji potrzeb wynikających z doświadczeń COVID-19 i innych zdarzeń nadzwyczajnych.
79. Minister ds. zdrowia i Minister ds. cyfryzacji przy współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym opracowują i wdrażają **Wytyczne gromadzenia i analizy oraz udostępniania danych dotyczących stanu zdrowia społeczeństwa**, zagrożeń epidemicznych i innych niezbędnych do sprawnego zarządzania sytuacjami kryzysowymi. Wytyczne gwarantują bieżącą aktualizację danych, wprowadzają system kar finansowych za niedostępność lub ich utratę. Aktualne dane umożliwiają podejmowanie decyzji w oparciu o rzetelne analizy na poziomie zarówno mikro, jak i makro

prowadzane przez różne ośrodki eksperckie w kraju (multiplikacja źródeł, analiz, ocen i predykcji w celu wytworzenia metaanaliz).

80. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. rozwoju oraz Ministrem ds. funduszy projektuje i wdraża **Program wsparcia infrastruktury krytycznej** w czterech obszarach: badań (opracowywanie leków i/lub szczepionek czy badanie preparatów o potencjale farmaceutycznym, wzmacniający bezpieczeństwo lekowe kraju), systemów informatycznych (systemy zbierania i weryfikacji danych umożliwiających prowadzenie analiz dotyczących np. rozprzestrzeniania się epidemii w danym rejonie czy na poziomie krajowym), technologii (automatyzacja czynności medycznych) i mocy wytwórczych (w zakresie produkcji i rozlewania leków i/lub szczepionek oraz produkcji sprzętu medycznego i ochronnego).
81. Minister ds. nauki poprzez NCBiR projektuje założenia **Systemu wsparcia intelektualnego zarządzania kryzysowego** i tworzy sieć think tank-ów. Zapewni to włączenie wielu grup ekspertów angażując ich w analizowanie danych dotyczących rozprzestrzeniania się epidemii na poziomie lokalnym i w skali kraju. W rezultacie stworzenia Systemu osiągnięty zostanie poziom krytycznej kompetencji, który poprzez wyniki prac analitycznych ujęty zostanie w stworzonym zaawansowanym systemie informacyjnych o charakterze otwartego dostępu (na wzór Wikipedii), aby eksperci mogli pomóc zbierać, integrować, monitorować i oceniać dane.

#### 4.14. Odporność społeczna

82. Minister ds. edukacji przy wsparciu Ministra ds. kultury oraz sieci think tank-ów opracowuje i wprowadza szeroki **Program edukacji i profilaktyki** do szkół podstawowych i średnich, jak też upowszechnia go w mediach publicznych. Media publiczne otrzymują nakaz promocji wiedzy sanitarnej i epidemiologicznej na antenie minimum 10 minut dziennie. W ramach przekazu buduje się gotowość społeczeństwa oraz odpowiedzialność społeczną w zakresie zagrożeń populacyjnych. W okresie epidemii przekaz obejmuje prezentację mechanizmu zakażenia się i czasu jaki zwykle upływa od kontaktu do wystąpienia zakaźności, niezależnie od przebiegu zakażenia bezobjawowego lub objawowego. Powszechne uświadamianie przebiegu leczenia i konieczności wykonania testu w odpowiednim czasie doprowadzi do skrócenia czasu i dotkliwości kwarantanny (ograniczałoby jej konieczność) i nie zniechęcałoby do wykonywania testów profilaktycznych.
83. Prezes RM włącza sobie podległe służby w system walki z dezinformacją. Powołuje **Pełnomocnika ds. ograniczenia dezinformacji**, który wypracowuje i wdraża **Wytyczne ograniczenia dezinformacji** dla wszystkich służb bezpieczeństwa, jak też Ministra ds. edukacji, Ministra ds. nauki i Ministra ds. kultury, którzy włączają się w propagowanie informacji i ograniczenie dezinformacji. Pełnomocnik na czas epidemii otrzymuje bezpłatny czas antenowy w mediach publicznych, w ramach którego prowadzi kampanie wyjaśniającą i prostującą fałszywe przekazy. Włącza w ten proces ekspertów dziedzinowych, w tym członków Zespołów ds. medycznych oraz ds. zarządzania kryzysowego przy Prezesie RM. Prowadzona jest ciągła edukacja społeczeństwa, która nie kończy się wraz z wygaszeniem epidemii.
84. Minister ds. rodziny i polityki społecznej wraz z Ministrem ds. spraw wewnętrznych, Ministrem ds. zdrowia oraz Ministrem ds. edukacji tworzą i wdrażają **System opieki nad kobietą ciężarną w trakcie epidemii, System monitoringu i kontroli sytuacji dzieci i młodzieży w trakcie epidemii** (stan psychiczny, stan zdrowia fizycznego, przemoc, dostęp do substancji psychoaktywnych, realizacja obowiązku szkolnego), **System monitoringu i kontroli skali przemocy**.

85. Minister ds. kultury tworzy **Plan badań opinii publicznej** w zakresie stanu zadowolenia społecznego, poparcia działań w zakresie zarządzania kryzysowego, poziomu włączenia społeczeństwa w działania (odpowiedzialność społeczna), zaufania wobec aktorów realizujących zadania w zakresie zarządzania kryzysem oraz powszechności zachowań dewiacyjnych. Rozpoznaje możliwe obszary niezadowolenia społecznego i wypracowuje odpowiedź obniżającą negatywne nastroje społeczne.

#### 4.15. Nowe technologie i badania.

86. Minister ds. rozwoju we współpracy z Ministrem ds. aktywów państwowych i Ministrem ds. nauki przeprowadza **Foresight technologiczny**, który powtarzany jest co 5 lat. Celem działania jest wskazanie kierunków rozwoju technologii w kontekście powstawania narzędzi niezbędnych w każdym etapie zarządzania kryzysowego, w tym do obrony przed skutkami epidemii i zdarzeń nadzwyczajnych, jak też poszerzenia profilaktyki i zapobiegania zakażeniom. Wynik foresight-u technologicznego służy do ogłaszania programów badawczych finansowanych corocznie ze środków NCBiR. Powstałe w wyniku badań technologie są udostępniane systemowi ochrony zdrowia i zarządzania kryzysowego i wdrażane w ramach **Krajowych programów profilaktycznych** oraz **Krajowego Programu Zarządzania Kryzysowego**.
87. Minister ds. zdrowia i Minister ds. funduszy wraz z Ministrem ds. nauki poprzez NCBiR oraz Agencję Badań Medycznych uruchamiają **Krajowy program badań nad chorobami zakaźnymi i ochroną zdrowia**, który włącza polskich naukowców w prace nad lekami lub/i szczepionkami na wybrane choroby zakaźne. Badania współfinansowane są ze środków UE w ramach **Polityki Spójności i Krajowego Programu Odbudowy**. Krajowy program uwzględnia cel ochrony populacji zarówno w okresie kryzysów, jak i w okresie stabilności. Program przewiduje rozwój krajowej produkcji leków i substancji czynnych (API) na rzecz chorób populacyjnych oraz uzupełnienia obecnych braków na rynku, jak też wytworzenia potencjału do przeniesienia produkcji do kraju w ramach obecnych łańcuchów dostaw. Program uwzględnia finansowanie systemu rezerw leków i substancji czynnych utrzymywanych przez krajowych producentów.
88. Minister ds. aktywów państwowych we współpracy z Polskim Funduszem Rozwoju (PFR) oraz Bankiem Gospodarstwa Krajowego (BGK) i Agencją Rozwoju Przemysłu SA (ARP) powołuje **Fundusz Inwestycyjny PROTECHMED** ukierunkowany na finansowanie nowych technologii medycznych w zakresie epidemii i zdarzeń nadzwyczajnych. Fundusz współfinansowany jest ze środków krajowych i UE w ramach Polityki Spójności i Krajowego Programu Odbudowy.
89. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. spraw wewnętrznych, NCBiR oraz Polską Platformą Bezpieczeństwa Wewnętrznego opracowują i wdrażają **System wsparcia identyfikacji potrzeb, zakupu i wdrożenia nowoczesnych technologii**, w tym informatycznych i komunikacyjnych, jak też opartych na technologii AI na rzecz wszystkich służb bezpieczeństwa państwa (KGP, SG, ABW, CBA, CBŚ, AW, PSP, OSP, WOPR, GOPR i inne). Technologie mają za zadanie wzmocnić sprawność i koordynację działań poszczególnych służb bezpieczeństwa i porządku publicznego w zakresie reakcji na zagrożenia kryzysowe i stany nadzwyczajne, w tym epidemie.

90. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. cyfryzacji dokonują **Przeгляdu i analizy przejrzystości architektury biznesowej systemu ochrony zdrowia** określając zasady interoperacyjności i relacji między interesariuszami, na bazie których możliwe jest tworzenie rozwiązań cyfrowych w opiece zdrowotnej.

#### 4.16. Zasoby ludzkie

91. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. nauki przeprowadzają **Ewaluację systemu kształcenia kadr medycznych**, w tym lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek w kontekście granic wydolności systemu ochrony zdrowia, zapotrzebowania wieloletniego na poszczególne specjalizacje medyczne w kontekście zmian demograficznych, chorób cywilizacyjnych oraz mapy ryzyk i typów zagrożeń populacyjnych. Następuje przegląd potrzeb specjalizacji i zwiększenie oferty specjalizacji lekarskich w obszarach deficytowych.
92. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. finansów oraz Ministrem ds. funduszy tworzą **Wieloletni program finansowania** oraz **Fundusz celowy potrzeb kadr ochrony zdrowia**, z którego finansowe są dodatkowe staże specjalizacyjne oraz dodatki do wynagrodzeń pracowników służb medycznych w sytuacjach nadzwyczajnych.
93. Minister ds. zdrowia wraz z Ministrem ds. nauki wprowadzają **System kursów specjalizacyjnych dla kadr medycznych**, studentów akademii medycznych i medycznych techników zawodowych (np. w zakresie obsługi respiratorów).
94. Prezes RM we współpracy z wojewodami zarządza **Przeгляд kadr** w strukturach administracji publicznej rządowej i samorządowej w celu identyfikacji potencjałów i deficytów kadrowych w aspekcie kompetencji związanych z zarządzaniem kryzysowym, zdarzeniami nadzwyczajnymi, w tym katastrofami i epidemiami.
95. Minister ds. nauki we współpracy z Ministrem ds. edukacji i Ministrem ds. zdrowia przeprowadzają **Ewaluację zapotrzebowania kadrowego** dla poszczególnych sektorów gospodarki bezpośrednio związanych z procesami zarządzania kryzysowego, jak też wsparcia infrastruktury krytycznej. Ewaluacja służy przygotowaniu **Wieloletniego programu rozwoju kompetencji i sieci kadr na rzecz systemu bezpieczeństwa**.
96. Minister ds. nauki we współpracy z Ministrem ds. edukacji i Ministrem ds. zdrowia przeprowadzają **modyfikację programów nauczania** w szkołach podstawowych, średnich i wyższych ujmujące elementy profilaktyki zdrowotnej, ratownictwo medyczne, reakcje na zdarzenia nadzwyczajne, działania projektowe i mechanizmy rozwijające kapitał społeczny.
97. Minister ds. spraw wewnętrznych wraz z Ministrem ds. zdrowia, Ministrem ds. kultury i Ministrem ds. edukacji, jak też Głównym Inspektorem Sanitarnym, Komendą Główną Policji, Komendą Główną Państwowej Straży Pożarnej i Komendą Główną Straży Granicznej projektują i wdrażają **System koordynacji działań społecznych w czasie katastrof, klęsk żywiołowych i zdarzeń nadzwyczajnych, w tym epidemii**. Przeprowadzane są badania z obszaru socjologii, psychologii, behawioryстики w celu zaprojektowania i redystrybucji w społeczeństwie Wytycznych dotyczących pożądanych i niepożądanych zachowań w trakcie okresów szczególnej mobilizacji społecznej.

98. Minister ds. pracy wypracowuje i wdraża **Elastyczne zasady pracy zdalnej** określone w Kodeksie Pracy i jasny podział odpowiedzialności i obowiązków pracodawcy i pracownika, przyjmowane są uproszczone procedury na okres sytuacji kryzysowych i zdarzeń nadzwyczajnych, w tym epidemii.

#### 4.17. Współpraca międzynarodowa

99. Minister ds. zdrowia wraz z Kancelarią Prezesa RM i Ministrem ds. spraw zagranicznych przygotowują **Plan współpracy międzynarodowej** (w ramach Unii Europejskiej, Inicjatywy Trójmorza, Grupy Wyszehradzkiej, ONZ, NATO i innych) na czas kryzysu i zdarzeń nadzwyczajnych. Opracowują scenariusze koalicji tworzonych na rzecz zapewnienia dostaw wybranych produktów, jak też wspólnej produkcji, wspólnych zakupów, wspólnych badań nad wybranymi lekami czy szczepionkami.

#### 4.18. Pamięć instytucjonalna

100. Minister ds. spraw wewnętrznych wraz z Ministrem ds. cyfryzacji oraz NCBiR projektują i wdrażają **System informatyczny pamięci instytucjonalnej obejmujący sugerowane scenariusze zachowań struktur państwa oraz zachowań społecznych**, jak też poszczególnych sektorów gospodarki, badań potwierdzających jak modyfikacja tych zachowań wpływała na poprawę lub pogorszenie skutków zagrożenia, analizę decyzji podejmowanych na poszczególnych etapach walki z zagrożeniem przez uczestników instytucjonalnych w kontekście projektowania i implementacji prawa.



## Podsumowanie

Pandemia koronawirusa jest wydarzeniem, które spadło na świat nagle odciskając na nim piętno jakiegoś obecnie żyjącego pokolenia nigdy nie doświadczyły. Podejmując się próby opisu nowej sytuacji używanych jest wiele terminów („czarny łabędź”, „efekt motyla”), których wspólną cechą jest nieprzewidywalność i znaczące skutki dla otaczającej rzeczywistości. Złożoność świata w jakim do tej pory funkcjonowaliśmy wyrażana łańcuchem niezliczonych zależności i powiązań okazała się **zupełnie nieprzygotowana do podjęcia konfrontacji z realiami narzuconymi przez przeciwnika tak prymitywnego w swojej budowie i funkcji jak wirus**. To klasyczny przykład konfliktu asymetrycznego, jednego z tych wydarzeń w historii ludzkości, które mają w sobie potencjał zmiany biegu dziejów.

Skala przeobrażeń, jakie będziemy zmuszeni zaakceptować w nowej formule rzeczywistości zależy głównie od sprawności implementacji do walki z pandemią – skutkami wytworzonej przez współczesny świat wiedzy, technologii i doświadczenia. **Racjonalizując podejmowane decyzje, opierając je w największym możliwym stopniu na wiarygodnych przesłankach, wiedzy i doświadczeniu jesteśmy w stanie zapanować nad chaosem jaki wywołał współczesny „czarny łabędź”**. Stąd każda nowa technologia, metoda leczenia czy sposób organizacji (dostępności) zasobów systemu ochrony zdrowia jest bezcennym dobrem publicznym, które powinno być upowszechniane. **Tylko dzięki inicjatywie, racjonalności i determinacji w wykorzystaniu posiadanych zasobów współczesny świat i cywilizacja są w stanie zainicjować wygaszenie epidemii**. Sprawić, że asymetryczny koronakryzys destabilizujący globalną rzeczywistość stanie się jedną z wielu trudności jakie ludzkość w przeszłości nieraz już pokonywała.

Wszystkie wymienione zadania – składowe strategii zarządzania kryzysem – powinny być powielane i realizowane w adekwatnym do miejsca i czasu zakresie odpowiednio na poziomie: kraju, regionu, powiatu i podmiotu leczniczego. **Na każdym etapie odpowiedzialności należy wskazać ośrodek legalizujący – systemowo koordynujący wytyczne i obowiązujące schematy postępowania związane z walką z epidemią – raportujący efekty swoich działań jednostce nadrzędnej**.

Umiejętne zarządzanie przebiegiem epidemii lub innymi zdarzeniami nadzwyczajnymi, w tym **dobra organizacja działalności instytucji państwa**, ustawiczna poprawa sprawności systemu ochrony zdrowia, wykorzystanie nowych technologii w ograniczaniu transmisji, **przeciwdziałanie masowym manipulacjom świadomości społecznej** oraz kształtowanie zaangażowania obywateli w walkę z kryzysem, w tym epidemicznym to najważniejsze z zamierzeń do wykonania w perspektywie najbliższych miesięcy.

## Bibliografia

1. Biardzki, M. (2021). *O słabych punktach systemu*. Data publikacji: 23.03.2021 < <https://www.mp.pl/covid19/covid19-aktualnosci/262289,o-slabych-punktach-systemu> > [02.08.2021]
2. Centrum Badania Opinii Społecznej (2021). *Samopoczucie Polaków w roku 2020. Komunikat z badań Nr 1/2021*.
3. Centrum Doktryn i Szkolenia (2018). *Operacje niekonwencjonalne wojsk specjalnych D.U-3.5.1*. Bydgoszcz.
4. Centrum Kształcenia Podyplomowego Wojskowego Instytutu Medycznego (2021a). *Szkolenia w ramach projektu AFGAN*. Data publikacji: 24.08.2021. < <https://ckp.wim.mil.pl/oferta/projekt-afgan> >
5. Centrum Kształcenia Podyplomowego Wojskowego Instytutu Medycznego (2021b). *Medycyna pola walki - szkolenia na zamówienie*. < <https://ckp.wim.mil.pl/oferta/medycyna-pola-walki> >
6. Dereszyński, T. (2021). *W 2020 r. w Polsce zanotowano aż 843 próby samobójcze wśród dzieci do lat 18. Aż 107 dzieci zmarło. Brakuje psychologów i psychiatrów*. w: Polska Times. <<https://polskatimes.pl/w-2020-r-w-polsce-zanotowano-az-843-proby-samobojcze-wsrod-dzieci-do-lat-18-az-107-dzieci-zmarlo-brakuje-psychologow-i-ar/c1-15485330>> [02.08.2021]
7. dlaszpitali.pl (2020). *Co czwarta Polka odwołała badanie diagnostyczne w czasie epidemii*. Data publikacji: 12.10.2020. < <https://dlaszpitali.pl/strefa-wiedzy/diagnostyka-raka-w-czasie-pandemii/> > [04.07.2021]
8. European Commission (2020). *Pharmaceutical Strategy for Europe*. Document 52020DC0761. Brussels, 25.11.2020. <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52020DC0761>> [20.07.2021]
9. Forlas.pl (2020). *Polacy często nie noszą maseczek i nie zachowują dystansu. Efekt? Wzrost liczby zakażeń*. Data publikacji: 30.07.2021. <<https://forsal.pl/lifestyle/zdrowie/artykuly/7786317,wzrost-liczby-zakazen-to-konsekwencja-zluzowania-polacy-nie-nosza-maseczek.html#:~:text=Obecnie%20Polacy%2C%20przebywaj%C4%85c%20w%C5%9Br%C3%B3d%20innych%2C%20cz%C4%99sto%20nie%20nosz%C4%85,naszym%20kraju%20-%20ocenia%20wirusolog%20prof.%20Krzysztof%20Pyr%C4%87.>> > [04.07.2021]
10. Fiscella K, Sanders MR, Carroll JK (2021). *Transforming Health Care to Address Value and Equity: National Vital Signs to Guide Vital Reforms*. *Jama*.
11. Gałązka-Sobotka M. i współpracownicy (2019). *Przyczyny ograniczonej dostępności leków w Polsce. Diagnoza i propozycje rozwiązań*. Uczelnia Łazarskiego, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Warszawa.
12. Gałązka-Sobotka M. (2021). *Między rozdrobnieniem a koncentracją. Menadżer zdrowia*, data publikacji: 12.08.2021. <<https://www.termedia.pl/mz/Między-rozdrobnieniem-a-koncentracja,43306.html>>
13. Główny Inspektorat Sanitarny (2020). *Definicja przypadku COVID-19 na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami wirusem Sars-CoV-2 (definicja z dnia 31.10.2020 r.)* < <https://www.gov.pl/web/gis/definicja-przypadku-covid19-na-potrzeby-nadzoru-epidemiologicznego-nad-zakazeniami-wirusem-sars-cov-2-definicja-z-dnia-31102020->> > [30.07.2021]
14. Golinowska S., Zabdyr-Jamroz M. i współpracownicy (2020). *Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów*. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2020; 18 (1): 1–31.

15. Hamer K., Baran M. (2021). *Wpływ pandemii Covid-19 na zachowania, postawy i dobrostan Polaków*. Instytut Psychologii Polska Akademia Nauk, Uniwersytet SWPS, Ariadna ogólnopolski panel badawczy.
16. Komisja Europejska (2020). *Leki bezpieczne i dostępne*. Data publikacji: 25.11.2020. <[https://ec.europa.eu/poland/news/201125\\_pharma\\_pl](https://ec.europa.eu/poland/news/201125_pharma_pl)> [20.07.2021].
17. Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej (2021). *Potrzeby i zdrowie Seniorów podczas pandemii COVID-1*. <<https://www.medexpress.pl/uploads/files/20210505-194227-raport-nr-3potrzeby-i-zdrowie-seniorow-podczas-pandemii-covid-19.pdf>> [04.07.2021].
18. Kuczmierowski M. (2021). *Wyprowadziliśmy wnioski. Pandemia wymusiła lepsze przygotowanie na kolejne kryzysy*. Wszystko Co Najważniejsze, data publikacji: 28.07.2021. <<https://wszystkocoonajwazniejsze.pl/michal-kuczmierowski-rezerwy-strategiczne-w-systemie-bezpieczenstwa-narodowego/>>
19. Kurzyńska E. (2021). *Teleporada to nie jest zwykła rozmowa, tylko konsultacja lekarska*. Puls Medycyny, 20.11.2020. <<https://pulsmedycyny.pl/szczepienia-w-dobie-covid-19-jak-pandemia-wplynela-na-wyszczepialnosc-1101102>> [03.07.2021]
20. Libura M., Przystajko J., Kuźnicki W., Zygmuntowski J.J. (2021). *Lokalna suwerenność lekowa. Bezpieczeństwo lekowe i lokalizacja produkcji farmaceutycznej a rola samorządu terytorialnego*. In: *Strat Policy Paper 04/2021*: 7.
21. Lurka K. (2021a). *Lekcja z pandemii*. Menadżer zdrowia, data publikacji: 23.03.2021. <[https://www.termedia.pl/mz/Lekcja-z-pandemii,41817.html#disqus\\_thread](https://www.termedia.pl/mz/Lekcja-z-pandemii,41817.html#disqus_thread)>
22. Lurka K. (2021b). *O centralizacji inspekcji sanitarnej*. Menadżer zdrowia, data publikacji: 10.08.2021. <<https://www.termedia.pl/mz/O-centralizacji-inspekcji-sanitarnej,43269.html>>
23. Merton R.K. (1982). *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
24. Mikołajska, M. (2021). *Zapisy seniorów na szczepienia. Listy do redakcji: rozgoryczenie, chaos i upokarzanie*. Data publikacji: 01.02.2021. <<https://www.medonet.pl/porozmawiajmyoszczepionce/szczepionka-na-covid-19,szczepienia-na-covid-19--problemy--listy-czytelnikow--chaos-i-upokarzanie,artykul,94951041.html>> [31.07.2021].
25. McKee M. (2021). *Martin McKee o niewyobrażalnych konsekwencjach COVID-19*. Menadżer zdrowia, data publikacji: 03.11.2020. <<https://www.termedia.pl/mz/Martin-McKee-o-niewyobrazalnych-konsekwencjach-COVID-19,40176.html>>
26. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (2021). *Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności*. Warszawa.
27. Ministerstwo Zdrowia (2018). *Polityka lekowa państwa 2018-2022*.
28. Ministerstwo Zdrowia (2020). *Strategia walki z pandemią COVID-19 wersja 3.0*. <<https://www.gov.pl/web/zdrowie/strategia-walki-z-pandemia-covid19>> [15.07.2021]
29. *Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19 (2020)*. <<https://www.gov.pl/web/szczepimy-sie/narodowy-program-szczepien-przeciw-covid-19#:~:text=Narodowy%20Program%20Szczenie%C5%84%20s%C5%82u%C5%BCy%20zaplanowaniu%20dzia%C5%82a%C5%84%2C%20kt%C3%B3re%20maj%C4%85,monitoring%20przebiegu%20i%20efektywno%C5%9Bci%20szczepienia%20oraz%20bezpiecze%C5%84stwo%20Polak%C3%B3w.>>>
30. onetwiadomości (2021). *Prof. Simon krytycznie o otwartych dyskotekach w czasie pandemii. "To lajdactwo"*. Data publikacji: 27.01.2021. <<https://wiadomosci.onet.pl/kraj/otwarta-dyskoteka-w-czasie-pandemii-prof-simon-krytycznie-to-lajdactwo/dgdj9dv>> [06.07.2021]

31. Ośrodek Studiów nad Wyzwaniami Cywilizacyjnymi, Centrum Badań nad Bezpieczeństwem Akademii Sztuki Wojennej (2021). *Odporność społeczeństwa polskiego na kryzys. Diagnoza na kanwie pandemii COVID-19*. Biuletyn Specjalny nr 7, maj 2021.
32. Policja (2021a). *Zamachy samobójcze od 2017 r.* <<https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>> [02.08.2021]
33. Policja (2021b). *Zamachy samobójcze – od 2013 do 2016.* <<https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/122324,Zamachy-samobojcze-od-2013-do-2016.html>> [02.08.2021]
34. Policja (2021c). *Zamachy samobójcze – od 1999 do 2012.* <<https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/122325,Zamachy-samobojcze-od-1999-do-2012.html>> [02.08.2021]
35. Policja (2021d). *Zabójstwa wg jednostek podziału administracyjnego kraju – przestępstwa stwierdzone, przestępstwa wykryte, % wykrycia (1999-2020).* <<https://statystyka.policja.pl/st/przestepstwa-ogolem/przestepstwa-kryminalne/zabojstwo/64003,Zabojstwo.html>> [02.08.2020]
36. Policja (2021e). *Kradzież z włamaniem wg jednostek podziału administracyjnego kraju.* <<https://statystyka.policja.pl/st/przestepstwa-ogolem/przestepstwa-kryminalne/7-wybranych-kategorii-p/kradziez-z-wlamaniem/121941,Kradziez-z-wlamaniem.html>> [02.08.2021];
37. Policja (2021f). *Kradzież samochodu wg jednostek podziału administracyjnego kraju.* <<https://statystyka.policja.pl/st/przestepstwa-ogolem/przestepstwa-kryminalne/7-wybranych-kategorii-p/kradziez-cudzej-rzeczy/kradziez-samochodu/122278,Kradziez-samochodu.html>> [02.08.2021].
38. Polska Agencja Prasowa (2021a). *Problemy ze szczepionkami na Covid-19. KE nie wyklucza opóźnień w produkcji preparatów.* Data publikacji: 05.02.2021; <<https://forsal.pl/swiat/unia-europejska/artykuly/8088397,szczepionki-na-covid-19-ke-nie-wyklucza-opoznien-w-produkcji-preparatow.html>> [05.02.2021]
39. Rada Ministrów (2017). *Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)*. Warszawa
40. Rio C del, Malani PN, Omer SB (2021). *Confronting the Delta Variant of SARS-CoV-2*, Summer 2021. Jama.
41. Rogowska B. (2020). *Dyskoteki w czasie epidemii nie działają? Oficjalnie to "strefy relaksu", "kursy tańca", "cocktail bary"*. Data publikacji: 15.10.2020. <<https://lodz.wyborcza.pl/lodz/7,35136,26396340,dyskoteki-w-czasie-epidemii-nie-dzialaja-oficjalnie-to-strefy.html>> [06.07.2020]
42. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach, Dz. U. 2020 r. poz. 1890.
43. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2013a). *Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego 2013*;
44. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2013b). *Ocena ryzyka na potrzeby zarządzania kryzysowego. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa narodowego.*
45. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2017). *Księga Komunikacji Kryzysowej 2017.*
46. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2017b). *Praktyczny przewodnik po Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego.*
47. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2018). *Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego aktualizacja 2020. Część A.*
48. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (2021). *Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego.* <<https://www.gov.pl/web/rcb/krajowy-plan-zarządzania-kryzysowego>> [10.07.2021]

49. Rzecznik Praw Obywatelskich (2021). *Pismo do Rzecznika Praw Pacjenta Pana Bartłomieja Chmielowiec z dnia 24.02.2021 w sprawie przekazania informacji do sprawozdania z przestrzenia praw pacjenta w 2020 r.*
50. Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2021). *Koronawirus: informacje i zalecenia.* < <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> > [12.08.2021]
51. Scovil, J. (2021). *Samopoczucie Polaków w roku 2020.* Komunikat z badań CBOS nr 1/2021.
52. Uniwersytet Zielonogórski (2020). *Kto częściej o nich zapominał, jakie błędy popełnialiśmy? Raport o noszeniu maseczek przez Polaków.* Data publikacji: 30.07.2020. <<https://tvn24.pl/tvnmeteo/informacje-pogoda/polska,28/kto-czesciej-o-nich-zapominal-jakie-bledy-popelnialismy-raport-o-noszeniu-maseczek-przez-polakow,324532,1,0.html>> [06.07.2021]
53. Wara-Wąsowska, E. (2021). *Jak zaszczepić się poza kolejnością? Okazuje się, że stworzony przez rząd system ma pewne luki.* Data publikacji: 03.02.2021. < <https://bezprawnik.pl/jak-zaszczepic-sie-poza-kolejnoscia/> > [31.07.2021]
54. World Health Organization (2020). *Timeline: WHO's COVID-19 response,* <[https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline?gclid=Cj0KCQjwsuP5BRCoARIsAPtX\\_wH2UhjxsOPI45mN1XYtxsV6Dh66Ljoa2ZjaOx5Q0se4I1CAVIKXAqAaAu7IEALw\\_wcB#event-81](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline?gclid=Cj0KCQjwsuP5BRCoARIsAPtX_wH2UhjxsOPI45mN1XYtxsV6Dh66Ljoa2ZjaOx5Q0se4I1CAVIKXAqAaAu7IEALw_wcB#event-81)> (16.08.2020)
55. Zagórski-Ostoja, W. (2013). *Po co nam własne szczepionki?* < <https://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C397599%2Cpo-co-nam-wlasne-szczepionki.html> > [21.20.2013]
56. Zdziebłowski Sz. (2021). *Kraska: Łączny koszt utworzenia szpitali tymczasowych w Polsce wyniósł 591 mln zł.* Bankier.pl, data publikacji: 12.05.2021. < <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Kraska-Laczny-koszt-utworzenia-szpitali-tymczasowych-w-Polsce-wyniosl-591-mln-zl-8111165.html> >
57. Zespół ds. COVID-19 przy prezesie Polskiej Akademii Nauk (2021a). *W walce z pandemią ważna jest komunikacja.* Stanowisko 18. zespołu ds. COVID-19 przy prezesie PAN. Medycyna praktyczna, data publikacji: 30.07.2021. <<https://www.mp.pl/covid19/covid19-aktualnosci/276543,w-walce-z-pandemia-wazna-jest-komunikacja>>
58. Zespół ds. COVID-19 przy prezesie Polskiej Akademii Nauk (2021b). *Zamiast wyczekiwać końca, musimy szukać sposobów na życie z wirusem.* Data publikacji: 02.03.2021. < <https://www.termedia.pl/mz/Zamiast-wyczekiwac-konca-musimy-szukac-sposobow-na-zycie-z-wirusem,41579.html> >
59. Zespół doradczy ds. COVID-19 przy prezesie Polskiej Akademii Nauk (2021c). *Zrozumieć szczepionkę – perspektywa indywidualna* (stanowisko nr 11 z 10 lutego 2021 r.). < <https://bip.pan.pl/artykul/209/472/zrozumiec-szczepionke-perspektywa-indywidualna-stanowisko-nr-11-z-10-lutego-2021-r> >
60. Zuger A. (2021). *Preventing a Pandemic's Toll—We've Been Here Before.* Jama.



WARSZAWA, WRZESIEŃ 2021



„Pandemia COVID-19 uwiarydomiała **brak przygotowania systemu opieki zdrowotnej większości państw**, w tym Rzeczypospolitej Polskiej, do reagowania na sytuacje kryzysowe i działania w warunkach kryzysowych. Gotowości na zjawiska tak ogromne jak pandemia **nie można wypracować w krótkim okresie**. Niniejszym opracowaniem autorzy pragną otworzyć **dyskusję i zapoczątkować pracę instytucjonalną** w wymiarze diagnozy w oparciu o to, czego dotychczas nauczyła nas pandemia COVID-19, ale w dążeniu do stworzenia docelowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego społeczeństwa polskiego.

Zbierając informacje o przebiegu zdarzenia od marca 2020 r., w tym przede wszystkim o ujawnionych problemach, autorzy dążyli do zbudowania wkładu do pamięci instytucjonalnej. Musimy pamiętać i każdy problem rozłożyć na czynniki pierwsze, aby skonstruować **odporne rozwiązania systemowe**. Musimy być gotowi nawet na trudniejsze kryzysy, aby społeczeństwo i gospodarka stały na silnym fundamencie mądrego i odpornego państwa.

Autorzy opracowali 100 wytycznych, które rekomendują rządowi RP w celu zaimplementowania na wypadek przyszłego zagrożenia epidemicznego lub militarne.



prof. dr hab. Grzegorz Gielerak  
generał dywizji,  
Nauki Medyczne



dr Katarzyna Obłąkowska  
ekspert polityki publicznej,  
Nauki socjologiczne,  
Nauki o polityce i administracji



dr Artur Bartoszewicz  
ekspert polityki publicznej,  
Nauki ekonomiczne



INSTYTUT  
JAGIELLOŃSKI

