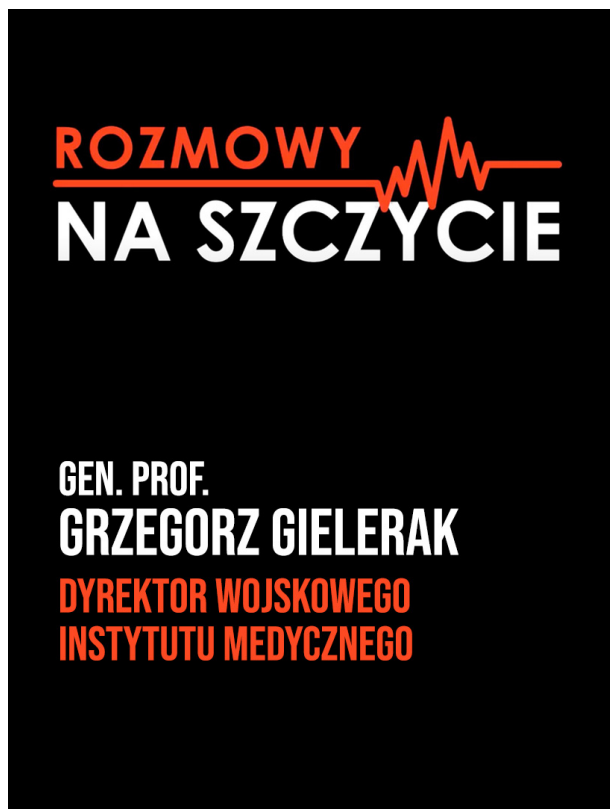


Grzegorz Gielerak: Czy Polska poradzi sobie w sytuacji kryzysu?

26 lutego 2025 11:38



– Zadaniem wojskowej służby zdrowia jest przygotować segment cywilny pod kątem właśnie potencjalnych konfliktów i kryzysów. Stąd połączenie sił i zasobów jest dzisiaj ze wszech miar uzasadnione – powiedział w najnowszym odcinku „Rozmów na Szczycie” gen. prof. Grzegorz Gielerak, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego.

Film YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=uYkJqKAKw8A>

Czy nasz system ochrony zdrowia w takiej kondycji, w jakiej jest obecnie, mógłby skutecznie poradzić sobie w warunkach wojennych?

Nie ma w Europie systemu ochrony zdrowia, który dziś z pełną odpowiedzialnością można by było podać jako przykład. Może poza Finlandią, ale to jest bardzo specyficzny kraj, którego kultura polityki obronnej została ukształtowana przez dziesiątki lat i który może być pewnym wzorcem dla krajów europejskich. Niestety, my nie jesteśmy do końca na to przygotowani. Pandemia była pierwszym testem, który ujawnił wszystkie słabości związane z globalizacją. Z jednej strony korzystaliśmy z pozytywnych efektów ekonomicznych, z drugiej strony okazało się, że przecięcie łańcuchów dostaw może ze sobą pociągać poważne kryzysy związane z dostępnością leków. Suwerenność lekowa to nie tylko kwestia kosztów farmakoterapii, ale przede wszystkim dostępności preparatów, zwłaszcza dla osób cierpiących na przewlekłe choroby cywilizacyjne.

Czy w obliczu tak realnego zagrożenia powinniśmy zacząć się przygotowywać? Jak?

Oczywiście, że tak. Wojna na Ukrainie jest z jednej strony przestrożą – jeżeli komuś brakowało motywacji, to jest świetnym motywatorem. Z drugiej strony jest jednocześnie ogromnym poligonem doświadczeń, jakkolwiek by to brutalnie nie zabrzmiało. Te doświadczenia zbieramy i staramy się aplikować do polityki bezpieczeństwa naszego państwa poprzez opracowywanie strategicznych planów. Kluczowe jest to, na ile my wszyscy, nie tylko wojskowi, ale cały aparat państwa, jesteśmy zdeterminowani, by wdrożyć te cele i działania. Potrzebujemy przede wszystkim jasnej wizji tego, jak ma wyglądać nasza polityka obronna. Czy opiera się ona między innymi na infrastrukturze medycznej, którą już posiadamy? Przypomnę, mamy naprawdę gęstą sieć różnego rodzaju podmiotów leczniczych, włącznie ze szpitalami, które z powodzeniem mogą stanowić odwód strategiczny dla zabezpieczenia medycznego. Czy idziemy w kierunku innych form? Takich, które są typowe dla operacji wojskowych, jak stworzenie różnego rodzaju szpitali, mobilnych punktów medycznych czy szpitali polowych.

Powinniśmy już rozpocząć takie działania...

Oczywiście, że tak, ale ja jestem zdecydowanym zwolennikiem tej wersji pierwszej. Ciągłe powtarzam, że państwo broni się wszystkimi zasobami, które posiada. Armia dysponuje jedynie tym, co otrzyma od państwa i społeczeństwa – o ile tylko taka wola istnieje. Armia sama nic nie wytwarza. Korzysta tylko z zasobów i zdolności państwa. Zatem my, jako obywatele, ludzie, którzy tworzą państwo, musimy być głęboko przekonani do tego, co jest naszym celem, co chcemy osiągnąć, z pełną świadomością tego, że w tej lokalizacji, jaką zajmuje Polska, Niziny Środkowoeuropejskiej, jedyne, realne, łatwe do przebycia przesmyki pomiędzy Europą a Azją zawsze będzie przytaczać się walec – wicher dziejów. Stąd jeżeli mamy ambicję zachować naszą kulturę i narodowość, to musimy być przygotowani, aby bronić się nie tylko dziś, ale na najbliższe dziesięciolecia, a nawet wieki.

Na jednej z konferencji stwierdził Pan, że praktycznie nie mamy nic – co paradoksalnie może być naszym atutem w przypadku konfliktu wojennego...

Posiadamy wiele zasobów infrastruktury strategicznej w postaci podmiotów leczniczych. Z drugiej strony nie posiadamy jasno zdefiniowanego planu tego, w jaki sposób chcemy to zrealizować, wykorzystać. Tego, co jest naszym celem, w jaki rozsądny, racjonalny sposób wszystkie te elementy systemu wojskowej służby zdrowia oraz systemu cywilnego skutecznie ze sobą połączyć, operacjonalizować, tak aby uzyskać możliwie najlepszy efekt.

Kto to powinien opracować?

To jest zadanie, które z jednej strony oczywiście realizuje Ministerstwo Obrony Narodowej, ale bez współpracy z Ministerstwem Zdrowia, ale też po części Ministerstwem Infrastruktury na pewno sukcesu nie będzie.

Ile potrzebujemy czasu, żeby zbudować taki medyczny system ochrony i obrony ludności w wypadku kryzysu? To są dni, miesiące?

Dni może nie, ale tak jak powiedziałem, dysponujemy całkiem pokaźnym zasobem zdolności infrastruktury. Nie ma znaczenia, czy będzie on miał charakter wojskowy, czy cywilny. Pozostaje jedynie kwestia umiejętnego spięcia tych zasobów, korzystając oczywiście ze wspomnianych wcześniej doświadczeń wojny na Ukrainie. Ta wojna zmieniła bardzo wiele, jeżeli sięgnąć pamięcią do tego, jak myśleliśmy o obronie medycznej kraju jeszcze przed 2022 rokiem. Zupełnie inaczej musimy dziś patrzeć na kwestie dotyczące skali oraz rodzaju obrażeń pola walki. Niestety, precyzja, zasięg współczesnych broni, diametralnie to zmieniły. Dzisiejsza wojna nie ma charakteru wojny totalnej. Proszę zwrócić uwagę, że nie ścierają się milionowe armie liczące miliony, ale ścierają się co najwyżej pojedyncze pododdziały, liczące tysiące ludzi. Natomiast skala obrażeń jest zupełnie różna od tej, którą mieliśmy w dotychczasowych standardach wytycznych, jeżeli chodzi o organizowanie pomocy medycznej.

Ale to wymaga szkolenia personelu medycznego? I też uświadomienia sobie, że medycyna pola walki to nie jest to samo, co medycyna ratunkowa?

Tak. W takich sytuacjach mówimy: najważniejsi są ludzie, procedury, logistyka, sprzęt jakim dysponujesz oraz szkolenie. Przygotowanie odpowiedniej infrastruktury, wyposażenie szpitali w odpowiedni sprzęt, materiały i leki medyczne specyficzne dla obrażeń pola walki, oczywiście przygotowanie i przeszkolenie personelu. Następnie też, dopasowanie tego do strategii obrony, do tego, jakiego rodzaju skali i rodzaju strat sanitarnych się spodziewamy. Inne potrzeby są w tym zakresie w obszarze, w którym będą operować dywizje pancerne, a inne tam, gdzie będzie piechota górską. W jednym wypadku mamy obrażenia ciężkie ze wskazaniem na dużą ilość na przykład oparzeń, w drugim będą to najczęściej postrzały.

A czy mamy odpowiednią liczbę lekarzy, którzy znają się na tym, którzy potrafią udzielić takiej pomocy?

No i tu jest właśnie chyba ten najsłabszy punkt całego systemu. Z jednej strony ten zasób jest bardzo ograniczony, z drugiej musimy mieć świadomość, że dokonanie tego przeszkolenia, to jest czas. Każdy dobrze wie, że najłatwiej w szpitalu jest kupić tomograf czy rezonans. Natomiast to, czy dysponujemy odpowiednim personelem, a i w jaki sposób te narzędzia, urządzenia wykorzystujemy, to już jest kwestia umiejętności zarządzania i to jest znacznie wyższy poziom. Tu jest podobna sytuacja.

Jakie tu mamy braki?

To są niestety zapóźnienia systemowe. Jesteśmy krajem, w którym zarówno na etapie kształcenia przed, jak i podyplomowego, mówię o wszystkich zawodach medycznych, obligatoryjnie nie kształcimy personelu medycznego w zakresie udzielania pomocy z tytułu obrażeń na polu walki. Jedynie w odniesieniu do pewnej wąskiej grupy specjalności lekarskich mamy niewielki, ośmiogodzinny kurs, ale to jest podstawa. W każdym innym wypadku tego typu zajęcia, owszem, są dostępne dla medyków zarówno w przed, jak i po dyplomowym kształceniu, natomiast ta dostępność ma charakter fakultatywny, a to powinno stać się obligatoryjne. Proszę zwrócić uwagę, że kraje takie jak Norwegia czy Szwajcaria już na etapie kształcenia przeddyplomowego mają zaawansowane kursy szkoleniowe w tym zakresie.

Czyli błędem była likwidacja Wojskowej Akademii Medycznej?

Na pewno. To była decyzja polityczna, mająca oczywiście jakieś tło emocji ludzkich, jak to w tego typu sytuacjach. Perspektywa czasu pokazała, że zarówno nasze potrzeby oceniane na poziomie zabezpieczenia medycznego, interwencji irackiej czy afgańskiej, kryzysów lokalnych, jakie mieliśmy choćby tutaj w związku z pandemią, sprawiają, że wojskowa służba zdrowia ma swoją rolę i nie jest tylko, tak jak wiele osób postrzega ją, stricte wojskowa.

Wspomniał Pan profesor na początku o bezpieczeństwie lekowym. A ja się spotkałam też z takim określeniem jednego z farmaceutów, że nie trzeba by bombardować naszego kraju, bo wystarczy wstrzymać sprzedaż metforminy, którą przyjmuje ponad 600 tysięcy pacjentów...

To jest olbrzymi problem Polski, dlatego, że dane za 2020-2021 rok wskazują, że wskaźnik suwerenności lekowej wynosi 0,32. To znaczy, że tylko w 32 procent jesteśmy w stanie naszą produkcją pokryć potrzeby tylko naszego rynku. Nie mówimy o eksporcie, mówimy tylko o naszych potrzebach. To jest jedna z niższych pozycji w Unii Europejskiej. Kraje takie jak Włochy, Francja, czy Niemcy wytwarzają farmaceutyki na własne potrzeby, ale jednocześnie eksportują. Zwrócę uwagę, że przemysł farmaceutyczny to nie jest tylko kwestia bezpieczeństwa, ale to jest potężne koło zamachowe współczesnej gospodarki, zwłaszcza ten przemysł, stosowane tam technologie, to są nowe technologie, a zatem inwestując w te dziedziny, gwarantujemy sobie, że jednocześnie korzyść z tego odniesie szereg innych obszarów, takich jak biotechnologie, biofarmacja, przemysł chemiczny.

Czy sądzi Pan profesor, że powinna zostać wdrożona lista krytycznych substancji czynnych?

Coś już wykonaliśmy w tym kierunku. Najpierw Unia Europejska, a później również jako Polska ogłosiliśmy listę leków krytycznych. Przypomnę, lista europejska to jest 200, w Polsce mamy 301, o ile dobrze pamiętam, pozycji leków krytycznych. To bardzo dobry kierunek, bo z jednej strony wskazuje nam pewną perspektywę, potrzeby dotyczące tego, czego my potrzebujemy po to, aby zwiększyć swoją suwerenność lekową, a z drugiej – jest też informacją zwrotną pod kątem tego, jakie preparaty powinny znaleźć się w naszych rezerwach strategicznych. To też jest jeden z tych krytycznych elementów determinujących stopień zapewnienia bezpieczeństwa lekowego danego państwa.

Jaki pierwszy, najważniejszy krok powinien zostać wykonany, żebyśmy mogli mówić o tym, że działamy na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego i będziemy przygotowani w najbliższej perspektywie na ewentualny kryzys?

Przed wszystkim musimy połączyć siły, wiedzę i zasoby do tego, aby wypracować model organizacji systemu bezpieczeństwa medycznego państwa. Ja roboczo używam takiego określenia po to, żeby jasno zaznaczyć, że jest to zadanie, które jest realizowane głównie przez segment cywilny rynku ochrony

zdrowia. Zadaniem wojskowej służby zdrowia jest przygotować segment cywilny pod kątem właśnie potencjalnych konfliktów i kryzysów. Stąd połączenie sił i zasobów jest dzisiaj ze wszech miar uzasadnione. Ważne jest ujęcie tego na osi czasu. Czas jest numerem jeden, ale również koszty. Docelowo powinniśmy szkolić personel w całym kraju, ale w pierwszej kolejności, biorąc pod uwagę zagrożenia, z którymi dziś mamy do czynienia, musimy się skupić na tych obszarach Polski, które znajdują się na prawo od Wisły.

URL artykułu: <https://www.medexpress.pl/tv/rozmowy-na-szczycie-wojskowa-sluzba-zdrowia-ma-przygotowac-segment-cywilny-na-czas-kryzysu/>