

Marcin OSKIERKO

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

Katedra Nauk o Bezpieczeństwie

moskierko@panschelm.edu.pl

<https://orcid.org/0000-0003-3450-6037>

Sławomir ŻURAWSKI

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

Wydział Nauk o Bezpieczeństwie

slawomir.zurawski@onet.pl

<https://orcid.org/0000-0001-9527-3391>

<https://doi.org/10.34739/dsd.2026.01.03>



ODPORNÓŚĆ SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA KRYZYSY MIGRACYJNE W WARUNKACH KONFLIKTU ZBROJNEGO – UJĘCIE SYSTEMOWE I MODELOWE

ABSTRAKT: Celem artykułu jest analiza odporności systemu ochrony zdrowia w warunkach kryzysu migracyjnego wywołanego konfliktem zbrojnym oraz opracowanie jego ujęcia systemowego i modelowego. Punkt wyjścia stanowi założenie, że masowy napływ migrantów stanowi istotne wyzwanie dla funkcjonowania systemów publicznych, w szczególności ochrony zdrowia, generując presję na zasoby, organizację oraz finansowanie świadczeń zdrowotnych. W artykule podjęto próbę identyfikacji kluczowych komponentów determinujących odporność systemu ochrony zdrowia, obejmujących wymiar instytucjonalny, zasobowy, finansowy, epidemiologiczny oraz społeczny. Problem badawczy sformułowano w postaci pytania: w jakim stopniu system ochrony zdrowia jest zdolny do absorpcji, adaptacji i transformacji w warunkach kryzysu migracyjnego wywołanego konfliktem zbrojnym? Przyjęto hipotezę, zgodnie z którą poziom odporności systemu ochrony zdrowia zależy przede wszystkim od stopnia integracji jego komponentów oraz zdolności do ich elastycznego wykorzystania, a nie wyłącznie od poziomu dostępnych zasobów. W artykule zastosowano podejście teoretyczno-analityczne, oparte na analizie literatury przedmiotu, dokumentów strategicznych oraz danych wtórnych dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. W wyniku przeprowadzonych analiz opracowano model odporności systemu ochrony zdrowia, uwzględniający trzy poziomy funkcjonalne: absorpcję, adaptację oraz transformację. Wnioski wskazują, że skuteczne funkcjonowanie systemu w warunkach kryzysu migracyjnego wymaga nie tylko zwiększania zasobów, lecz przede wszystkim wzmacniania zdolności organizacyjnych, koordynacyjnych oraz integracyjnych systemu. Wnioski płynące z badania mogą stanowić podstawę do projektowania rozwiązań systemowych i rekomendacji dla decydentów podejmujących działania w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego państwa.

SŁOWA KLUCZOWE: odporność systemu, bezpieczeństwo zdrowotne, kryzys migracyjny, system ochrony zdrowia, konflikt zbrojny

RESILIENCE OF THE HEALTH CARE SYSTEM TO MIGRATION CRISES IN THE CONDITIONS OF ARMED CONFLICT – SYSTEMIC AND MODEL APPROACH

ABSTRACT: The aim of this article is to analyze the resilience of the healthcare system under the conditions of migration crisis caused by armed conflict and to develop a model-based and systemic approach to this phenomenon. The starting point is the assumption that the mass influx of migrants constitutes a significant challenge for public systems, particularly healthcare, generating pressure on resources, organization, and financing of medical services. The study identifies key components determining the resilience of the healthcare

system, including institutional, resource-based, financial, epidemiological, and social dimensions. The research problem is formulated as follows: to what extent is the healthcare system capable of absorbing, adapting, and transforming under the conditions of a migration crisis triggered by armed conflict? The hypothesis assumes that the resilience of the healthcare system depends primarily on the level of integration between its components and the ability to use them flexibly, rather than solely on the availability of resources. The study applies a theoretical and analytical approach based on a review of the literature, strategic documents, and secondary data on the functioning of the healthcare system. As a result, a resilience model of the healthcare system is proposed, which includes three functional levels: absorption, adaptation, and transformation. The findings indicate that effective functioning of the healthcare system during migration crises requires not only increased resources, but, above all, strengthened organizational, coordination, and integration capacities. The conclusions of the study may be the basis for designing systemic solutions and recommendations for decision-makers taking action in the area of national health security.

KEYWORDS: system resilience, health security, migration crisis, healthcare system, armed conflict

WPROWADZENIE

Współczesne środowisko bezpieczeństwa charakteryzuje się rosnącą złożonością oraz dynamiczną kumulacją zagrożeń o charakterze transgranicznym, wśród których szczególne miejsce zajmują konflikty zbrojne oraz towarzyszące im masowe migracje ludności. Zjawiska te wywierają istotny wpływ nie tylko na stabilność polityczną i społeczną państw, lecz również na funkcjonowanie kluczowych systemów publicznych, w tym systemu ochrony zdrowia. W warunkach kryzysów migracyjnych system ten poddawany jest wielowymiarowej presji, obejmującej zarówno nagły wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, jak i konieczność dostosowania struktur organizacyjnych, finansowych oraz kadrowych do zmieniających się warunków funkcjonowania.

Bezpieczeństwo zdrowotne państwa stanowi jeden z fundamentalnych komponentów bezpieczeństwa narodowego, ponieważ odnosi się bezpośrednio do zdolności instytucji publicznych do ochrony życia i zdrowia ludności oraz zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych w sytuacjach nadzwyczajnych. W ujęciu systemowym obejmuje ono zarówno stan zdrowia populacji, jak i sprawność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, rozumianego jako zespół powiązanych ze sobą instytucji, zasobów oraz mechanizmów regulacyjnych, ukierunkowanych na realizację potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. W tym kontekście system ochrony zdrowia pełni nie tylko funkcję usługową, lecz również stabilizacyjną, stanowiąc jeden z kluczowych filarów odporności państwa na sytuacje kryzysowe.

Wojenny kryzys migracyjny wywołany agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę w 2022 roku stanowi jedno z najważniejszych wyzwań dla systemów ochrony zdrowia państw europejskich w XXI wieku. Skala napływu uchodźców, jego nagły charakter oraz długotrwałość oddziaływania doprowadziły do istotnych zmian w funkcjonowaniu systemów publicznych, w tym systemu ochrony zdrowia w Polsce. W krótkim czasie konieczne stało się zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych dla setek tysięcy osób przy jednoczesnym utrzymaniu ciągłości opieki dla ludności krajowej. Sytuacja ta ujawniła zarówno zdolności adaptacyjne

systemu, jak i jego ograniczenia strukturalne, szczególnie w obszarze zasobów kadrowych, finansowania oraz koordynacji międzyinstytucjonalnej.

Dotychczasowe analizy koncentrowały się głównie na aspektach prawnych, organizacyjnych oraz finansowych funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w warunkach kryzysu migracyjnego, jednak w mniejszym stopniu podejmowano próbę ujęcia tego zjawiska w perspektywie systemowej odporności. Tymczasem kategoria odporności (resilience) pozwala na całościowe spojrzenie na zdolność systemu do reagowania na zakłócenia, adaptacji do nowych warunków oraz transformacji w odpowiedzi na długotrwałe wyzwania. Ujęcie to wykracza poza analizę bieżącej efektywności działania systemu, koncentrując się na jego zdolnościach rozwojowych oraz potencjale do przekształceń strukturalnych.

Celem artykułu jest analiza funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w warunkach kryzysu migracyjnego w kontekście jego odporności systemowej oraz opracowanie modelowego ujęcia tej odporności. Problem badawczy sprowadza się do pytania: w jakim stopniu system ochrony zdrowia jest zdolny do absorpcji, adaptacji i transformacji w warunkach nagłego i długotrwałego napływu migrantów wywołanego konfliktem zbrojnym? W odpowiedzi na tak sformułowany problem przyjęto hipotezę, zgodnie z którą odporność systemu ochrony zdrowia zależy nie tyle od poziomu jego zasobów, ile od stopnia integracji jego komponentów instytucjonalnych, finansowych, epidemiologicznych i społecznych oraz zdolności do ich elastycznego wykorzystania.

W artykule zastosowano podejście teoretyczno-analityczne, oparte na analizie literatury przedmiotu, dokumentów strategicznych oraz danych wtórnych dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 2022-2024. Wykorzystano również metodę analizy systemowej, umożliwiającą identyfikację relacji między poszczególnymi komponentami systemu oraz ocenę ich wpływu na poziom jego odporności.

Dobór danych wtórnych oparto na kryterium ich bezpośredniego związku z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w warunkach wojennego kryzysu migracyjnego w Polsce w latach 2022-2024. Analizie poddano dokumenty rządowe, akty prawne, raporty Narodowego Funduszu Zdrowia, dane statystyczne dotyczące świadczeń zdrowotnych oraz opracowania organizacji międzynarodowych. Operacjonalizację pojęcia „odporności systemowej” przeprowadzono poprzez wyodrębnienie pięciu komponentów: instytucjonalno-organizacyjnego, zasobowego, finansowo-ekonomicznego, epidemiologicznego oraz społeczno-integracyjnego. Ocena odporności została oparta na analizie zdolności systemu do absorpcji, adaptacji i transformacji w warunkach zwiększonej presji migracyjnej.

Struktura artykułu obejmuje analizę istoty bezpieczeństwa zdrowotnego, uwarunkowań prawnych funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w warunkach kryzysu migracyjnego, ocenę jego funkcjonowania w Polsce oraz przedstawienie modelowego ujęcia odporności systemu ochrony zdrowia. Wnioski końcowe koncentrują się na identyfikacji kierunków wzmacniania odporności systemu w perspektywie długoterminowej, z uwzględnieniem wyzwań wynikających z utrzymującej się niestabilności środowiska bezpieczeństwa.

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE PAŃSTWA – ISTOTA, ZAKRES

I UWARUNKOWANIA SYSTEMOWE

Bezpieczeństwo zdrowotne jednostki stanowi jeden z podstawowych komponentów subiektywnie odczuwanego poczucia bezpieczeństwa. Jego brak prowadzi do utraty poczucia kontroli nad własnym funkcjonowaniem, co w konsekwencji utrudnia lub wręcz uniemożliwia realizację podstawowych celów życiowych oraz ról społecznych¹. W tym ujęciu bezpieczeństwo zdrowotne nie ogranicza się wyłącznie do wymiaru systemowego, lecz obejmuje również perspektywę indywidualną, silnie powiązaną z percepcją zagrożeń oraz dostępnością świadczeń zdrowotnych.

Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego pozostaje ściśle związane z kategorią zagrożeń, a jego stan analizowany jest przez pryzmat ich identyfikacji, skali oraz dynamiki². Współczesne rozumienie tego pojęcia podlega ewolucji, co powoduje brak jednej, uniwersalnej definicji. Bezpieczeństwo zdrowotne obejmuje szeroki zakres zagadnień, w tym zapobieganie powstawaniu zagrożeń zdrowotnych, reagowanie na ogniska chorób i epidemie, wykorzystanie zdrowia jako instrumentu polityki publicznej, a także przeciwdziałanie zagrożeniom o charakterze bioterrorystycznym³. Tym samym stanowi ono kategorię wielowymiarową, obejmującą czynniki społeczne, ekonomiczne, środowiskowe oraz organizacyjne, które łącznie determinują poziom zdrowia populacji⁴.

Bezpieczeństwo zdrowotne należy rozpatrywać również jako kategorię funkcjonalną, odnoszącą się do efektów zdrowotnych osiąganych w skali społecznej. W tym ujęciu obejmuje ono zespół czynników wpływających na stan zdrowia populacji, których współdziałanie warunkuje skuteczność systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie pozostaje ono powiązane z subiektywnym poczuciem zagrożenia, jakie towarzyszy pacjentom oraz ich rodzinom w sytuacji choroby, a także z dostępnością świadczeń zdrowotnych na poziomie odpowiadającym rzeczywistym potrzebom zdrowotnym społeczeństwa⁵.

W literaturze przedmiotu prezentowane są zróżnicowane podejścia definicyjne do bezpieczeństwa zdrowotnego. K. Harasim wskazuje, że może ono być rozpatrywane w kontekście ochrony ludności przed zagrożeniami zewnętrznymi, co prowadzi do jego wyodrębnienia z obszaru zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej oraz lokowania w sferze polityki bezpieczeństwa międzynarodowego⁶. Podejście to nawiązuje do koncepcji *human security*, wywodzącej

¹ D. Jurczak, K. Dumkiewicz, *Bezpieczeństwo zdrowotne w pandemii w obszarze pogranicza polsko-rosyjskiego*, „Kultura Bezpieczeństwa” 2021, 40, s. 100-101.

² *Ibidem*, s. 101.

³ P.M. Nowicka, J. Kocik, *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*, „Studia BAS” 2018, 4(56), s. 107.

⁴ B. Bober, *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, „Studia nad bezpieczeństwem” 2016, 1, s. 37.

⁵ *Ibidem*, s. 37.

się z idei „wolności od strachu i niedostatku”, w której bezpieczeństwo zdrowotne stanowi jeden z kluczowych wymiarów bezpieczeństwa człowieka⁶.

Z kolei M. Borkowski definiuje bezpieczeństwo zdrowotne jako stan i proces polegający na tworzeniu, nadzorowaniu i kontrolowaniu – przy wykorzystaniu dostępnych środków, w szczególności prawnych i technicznych – warunków umożliwiających jednostce funkcjonowanie w środowisku sprzyjającym zachowaniu dobrostanu zdrowotnego⁷. W tym ujęciu akcent położony jest na rolę państwa jako podmiotu kształtującego ramy systemowe bezpieczeństwa zdrowotnego.

W ujęciu P. Grzywny bezpieczeństwo zdrowotne oznacza zapewnienie przez państwo warunków społecznych, ekonomicznych i środowiskowych umożliwiających realizację prawa do ochrony zdrowia, którego kluczowym elementem jest równy dostęp do świadczeń medycznych⁸. Tym samym dostępność systemu ochrony zdrowia stanowi jeden z głównych determinantów poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa⁹.

M. Paplicki zwraca uwagę na instytucjonalny wymiar bezpieczeństwa zdrowotnego, definiując je jako pewność działania organów administracji publicznej oraz podległych im służb w zakresie ochrony życia i zdrowia. Jednocześnie wskazuje, że bezpieczeństwo zdrowotne ma charakter procesu ciągłych działań państwa i jednostki zmierzających do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, przy czym – z uwagi na ograniczenia finansowe – zakres tej ochrony w praktyce koncentruje się na sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia⁹.

Z kolei M. Pietraś interpretuje bezpieczeństwo zdrowotne jako dynamiczny proces sekurytyzacji zagrożeń zdrowotnych, charakteryzujący się zmiennością zakresu przedmiotowego i podmiotowego¹⁰. Proces ten pozostaje ściśle powiązany z przemianami zachodzącymi w środowisku międzynarodowym, w szczególności z końcem zimnej wojny oraz postępującą globalizacją, które redefiniują sposób postrzegania bezpieczeństwa i jego współczesnych zagrożeń.

Uwzględniając powyższe ujęcia definicyjne, autorzy rozdziału przyjmują, że bezpieczeństwo zdrowotne należy traktować jako jeden z kluczowych komponentów bezpieczeństwa narodowego, obejmujący zdolność państwa do zapewnienia ochrony życia i zdrowia ludności zarówno w warunkach stabilnych, jak i w sytuacjach kryzysowych. W ujęciu systemowym odnosi się ono do efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz jego zdolności do reagowania na zagrożenia epidemiologiczne, środowiskowe i społeczne, w tym wynikające z konfliktów zbrojnych i masowych migracji.

⁶ K. Harasim, *Bezpieczeństwo zdrowotne vs dobrostan psychospołeczny – aspekty aksjologiczne i funkcjonalne*, „Kultura Bezpieczeństwo. Nauka – praktyka – refleksje” 2018, 29, s. 67.

⁷ M. Borkowski, *Prawne podstawy bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka. Wybrane zagadnienia prawa żywnościowego*, [w:] M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*, Gdańsk 2013, s. 68.

⁸ P. Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*, Katowice 2017, s. 33.

⁹ M. Paplicki, *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, Wrocław 2020, s. 118.

¹⁰ M. Pietraś, *Bezpieczeństwo zdrowotne jako wymiar bezpieczeństwa międzynarodowego*, „Athenaeum, Polskie Studia Politologiczne” 2023, 78(2), s. 266.

W tym kontekście bezpieczeństwo zdrowotne należy rozpatrywać w sposób interdyscyplinarny, z uwzględnieniem jego powiązań z bezpieczeństwem społecznym, ekonomicznym i militarnym. Szczególnego znaczenia nabiera ono w sytuacjach kryzysowych, takich jak pandemia, katastrofy naturalne czy konflikty zbrojne, które generują nagły wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne oraz prowadzą do istotnego obciążenia infrastruktury medycznej.

RAMY PRAWNE DOSTĘPU UCHODźCÓW Z UKRAINY DO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Dbłość o bezpieczeństwo zdrowotne ludności stanowi jeden z podstawowych obowiązków państwa, mający umocowanie konstytucyjne. Na poziomie krajowym obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia oraz nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Realizacja tego obowiązku wymaga sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym jego stabilności organizacyjnej, finansowej i kadrowej¹¹.

W kontekście napływu uchodźców wojennych z Ukrainy kluczowe znaczenie miały regulacje przyjęte na poziomie Unii Europejskiej. Decyzja wykonawcza Rady (UE) 2022/382 z dnia 4 marca 2022 r.¹², wydana na podstawie art. 5 dyrektywy 2001/55/WE, potwierdziła istnienie masowego napływu osób z Ukrainy oraz uruchomiła mechanizm tymczasowej ochrony. Dyrektywa 2001/55/WE¹³ zobowiązuje państwa członkowskie do zapewnienia osobom objętym ochroną tymczasową dostępu, m.in. do opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, zakwaterowania, edukacji oraz rynku pracy.

Implementacja tych rozwiązań na poziomie krajowym nastąpiła poprzez ustawę z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy, która stała się podstawowym instrumentem regulującym status pobytowy oraz dostęp do świadczeń publicznych w Polsce¹⁴.

Autorzy rozdziału wskazują, że ustawa ta kompleksowo określiła zakres uprawnień obywateli Ukrainy, obejmując m.in. legalizację pobytu, dostęp do numeru PESEL i usług publicznych, wsparcie socjalne, możliwość podejmowania pracy oraz dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach zbliżonych do obywateli polskich. Szczególne znaczenie miało zagwarantowanie dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, co

¹¹ *Ibidem*, s. 60.

¹² *Decyzja wykonawcza Rady (UE) 2022/382 z dnia 4 marca 2022 r. stwierdzająca istnienie masowego napływu wysiedleńców z Ukrainy w rozumieniu art. 5 dyrektywy 2001/55/WE i skutkująca wprowadzeniem tymczasowej ochrony*, Dz. Urz. UE L 71/1 z 4.03.2022.

¹³ *Dyrektywa Rady 2001/55/WE z dnia 20 lipca 2001 r. w sprawie minimalnych standardów przyznawania tymczasowej ochrony na wypadek masowego napływu wysiedleńców oraz środków wspierających równowagę wysiłków między Państwami Członkowskimi związanych z przyjęciem takich osób wraz z jego następstwami*, Dz. Urz. UE L 212/12 z 7.08.2001.

¹⁴ M. Oskierko, A. Łysomirski, D. Stankowski, M. Kołodyński, *Warunki prawne wjazdu i pobytu obywateli Ukrainy w Polsce. Warunki prawne wjazdu i pobytu obywateli Ukrainy w Polsce po rozpoczęciu działań wojennych w Ukrainie*, [w] *Wielowymiarowość środowiska bezpieczeństwa. Część druga*, Białą Podlaską 2025, s. 124.

stanowiło istotny instrument realizacji bezpieczeństwa zdrowotnego zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i populacyjnym¹⁵.

Autorzy rozdziału podkreślają, że przyjęte rozwiązania prawne miały charakter precedensowy w skali systemu ochrony zdrowia w Polsce, ponieważ po raz pierwszy w tak szerokim zakresie objęto cudzoziemców dostępem do świadczeń publicznych w trybie quasi-powszechnym. W ich ocenie mechanizm ten należy interpretować nie tylko jako instrument pomocy humanitarnej, lecz również jako narzędzie ograniczania ryzyka zdrowotnego w wymiarze populacyjnym, w tym przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych oraz destabilizacji systemu zdrowia publicznego.

W odpowiedzi na długotrwały charakter konfliktu ustawodawca dokonywał kolejnych nowelizacji. Ustawa z dnia 15 maja 2024 r. przedłużyła obowiązywanie mechanizmów wsparcia, w tym tymczasowej ochrony do dnia 30 września 2025 r., zapewniając ciągłość dostępu do świadczeń publicznych, obejmując opiekę zdrowotną¹⁶.

Zdaniem autorów kierunek zmian legislacyjnych wskazuje na stopniowe przejście od modelu interwencyjnego do modelu regulacyjno-stabilizacyjnego, w którym kluczowe znaczenie zyskuje integracja uchodźców z systemem zabezpieczenia społecznego, w tym systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Oznacza to, że w perspektywie długoterminowej bezpieczeństwo zdrowotne państwa będzie uzależnione nie tylko od skali świadczeń, lecz od efektywności włączania migrantów do systemu finansowania ochrony zdrowia.

Uwzględniając powyższe regulacje, autorzy rozdziału wskazują, że system prawny w Polsce został w krótkim czasie dostosowany do warunków nadzwyczajnych, umożliwiając objęcie uchodźców kompleksowym wsparciem, w tym dostępem do systemu ochrony zdrowia. Rozwiązania te miały charakter zarówno interwencyjny, jak i systemowy, stanowiąc kluczowy element odpowiedzi państwa na wojenny kryzys migracyjny.

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE W WARUNKACH WOJENNEGO KRYZYSU MIGRACYJNEGO

Bezpieczeństwo zdrowotne państwa stanowi jeden z podstawowych wymiarów bezpieczeństwa narodowego, ponieważ odnosi się bezpośrednio do zdolności instytucji publicznych do ochrony życia i zdrowia ludności, przeciwdziałania zagrożeniom epidemicznym, zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz reagowania na sytuacje nadzwyczajne. W ujęciu systemowym obejmuje ono zarówno stan zdrowia populacji, jak i sprawność organizacyjną, kadrową, finansową oraz infrastrukturalną systemu ochrony zdrowia. W tym sensie bezpieczeństwo zdrowotne należy rozpatrywać nie tylko jako efekt funkcjonowania sektora

¹⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, Dz.U. 2022 poz. 583.

¹⁶ Ustawa z dnia 15 maja 2024 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2024, poz. 854.

medycznego, lecz jako rezultat zdolności instytucjonalnej państwa do zarządzania sytuacjami kryzysowymi.

Według Światowej Organizacji Zdrowia system zdrowotny, w Polsce częściej określany jako system ochrony zdrowia, tworzy zbiór wszystkich publicznych i prywatnych organizacji, instytucji oraz zasobów formalnie ukierunkowanych na poprawę, utrzymanie lub przywracanie zdrowia. System ten obejmuje zarówno świadczenia indywidualne, jak i działania populacyjne, a także aktywność nakierowaną na oddziaływanie na polityki innych sektorów w celu uwzględnienia społecznych, środowiskowych i ekonomicznych determinantów zdrowia. W jego obrębie wyróżnia się współdziałające ze sobą obszary zdrowia publicznego, opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej¹⁷. Oznacza to, że efektywność systemu ochrony zdrowia w warunkach zwiększonej presji migracyjnej pozostaje ściśle uzależniona od poziomu integracji tych obszarów oraz zdolności do koordynacji działań międzysektorowych.

Tak rozumiany system ochrony zdrowia nie pełni wyłącznie funkcji usługowej. Jest również mechanizmem stabilizacji społecznej i jednym z instrumentów budowania odporności państwa na kryzysy. Jak podkreśla A. Wojtczak, zdrowie nie może być rozpatrywane wyłącznie jako brak choroby, lecz jako stan umożliwiający jednostce pełnienie ról społecznych i zawodowych, radzenie sobie z problemami oraz zachowanie sprawności psychicznej i fizycznej w określonych warunkach środowiskowych i kulturowych. W konsekwencji bezpieczeństwo zdrowotne wykracza poza problematykę medyczną i zyskuje wymiar strategiczny¹⁸, stając się jednym z fundamentów odporności społecznej i funkcjonowania państwa w warunkach destabilizacji.

Istotnym punktem odniesienia dla organizacji współczesnych systemów ochrony zdrowia pozostają podstawowe funkcje zdrowia publicznego. W warunkach polskich obejmują one przede wszystkim monitorowanie stanu zdrowia ludności i identyfikację potrzeb zdrowotnych, zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, identyfikację i eliminowanie czynników ryzyka zdrowotnego, przeciwdziałanie skutkom katastrof i klęsk żywiołowych, zapewnienie nadzoru epidemiologicznego, promocję zdrowego stylu życia, kształcenie kadr medycznych, tworzenie spójnych regulacji prawnych, monitorowanie jakości świadczeń oraz ocenę sytuacji zdrowotnej kraju w perspektywie porównań międzynarodowych. Uzupełniają je działania ukierunkowane na ochronę zdrowia jednostki, takie jak zapewnienie dostępu do szczepień ochronnych, leczenia chorób zakaźnych, badań przesiewowych czy wsparcia dla grup zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym¹⁹. W warunkach kryzysu migracyjnego szczególnego znaczenia nabierają te funkcje, które umożliwiają szybkie identyfikowanie zagrożeń epidemiologicznych oraz ograniczanie ich skutków na poziomie populacyjnym.

W tym kontekście świadczenie zdrowotne należy rozumieć jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne

¹⁷ D. Cianiara, *Zdrowie publiczne w Polsce – problemy i wyzwania*, „Studia BAS” 2018, 4(56), s. 88.

¹⁸ A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2017, s. 3

¹⁹ M. Latański, A. Pacian, *Zdrowie publiczne a medycyna społeczna*, [w:] T.B. Kulik, A. Pacian (red.), *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2015, s. 22-23.

wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Jakość i dostępność tych świadczeń przesądza nie tylko o kondycji pacjenta, lecz także o poziomie odporności społecznej państwa na skutki kryzysów. Tym samym system ochrony zdrowia należy postrzegać jako jeden z kluczowych mechanizmów ograniczania skutków kryzysów, w tym kryzysów migracyjnych o charakterze nagłym i masowym.

Analiza wybranych segmentów świadczeń zdrowotnych udzielonych obywatelom Ukrainy w Polsce w latach 2022-2024 pozwala uchwycić kierunki transformacji systemu ochrony zdrowia w warunkach wojennego kryzysu migracyjnego. Autorzy skoncentrowali się na trzech kategoriach świadczeń – podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz leczeniu stomatologicznym – uznając je za reprezentatywne dla kolejnych poziomów organizacji systemu oraz obrazujące proces przechodzenia od fazy interwencyjnej do fazy stabilizacji i leczenia długoterminowego.

Dobór tych trzech segmentów nie jest przypadkowy – odzwierciedlają one bowiem pełne spektrum funkcjonowania systemu: od dostępu pierwszego kontaktu (POZ), przez leczenie specjalistyczne (AOS), po obszary często odraczane, lecz kosztowo wrażliwe (stomatologia). Poniżej w tabeli 1 przedstawiono dynamikę liczby świadczeniobiorców i wartości świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w latach 2022-2024.

Tabela 1. Dynamika liczby świadczeniobiorców i wartości świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w latach 2022-2024.

Rodzaj świadczeń, udzielonych na podstawie ustawy pomocowej	2022 r.		2023 r.		2024 r.	
	Liczba Osób	Wartość świadczeń (w zł)	Liczba osób	Wartość świadczeń (w zł)	Liczba osób	Wartość świadczeń (w zł)
podstawowa opieka zdrowotna	338 887	41 478 145,77	312 339	52 011 995,17	177 637	48 481 270,30

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Prezes Rady Ministrów, *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium państwa*, Warszawa 2025, Druk nr 1966.

Tabela 1 obrazuje zmiany liczby świadczeniobiorców oraz wartości świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w latach 2022-2024. Odnotowano systematyczny spadek liczby pacjentów – z 338 887 w 2022 r. do 177 637 w 2024 r. – przy jednoczesnym wzroście wartości świadczeń w 2023 r. i utrzymaniu ich na wysokim poziomie w roku kolejnym. Zjawisko to wskazuje na wyraźne przejście od fazy masowego, interwencyjnego korzystania z opieki podstawowej do etapu bardziej selektywnego i kosztowo intensywnego leczenia.

W ocenie autorów oznacza to, że POZ przestała pełnić wyłącznie funkcję absorpcyjną, a zaczęła odgrywać rolę filtra kierującego pacjentów do bardziej zaawansowanych segmentów systemu.

Tabela 2. Dynamika liczby świadczeniobiorców i wartości świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) w latach 2022-2024.

Rodzaj świadczeń, udzielonych na podstawie ustawy pomocowej	2022 r.		2023 r.		2024 r.	
	Liczba Osób	Wartość świadczeń (w zł)	Liczba osób	Wartość świadczeń (w zł)	Liczba osób	Wartość świadczeń (w zł)
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	125 303	29 917 394,11	113 382	48 090 453,43	83 500	49 745 831,35

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Prezes Rady Ministrów, *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium państwa*, Warszawa 2025, Druk nr 1966.

Tabela 2 przedstawia zmiany w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Liczba świadczeniobiorców spadła z 125 303 w 2022 r. do 83 500 w 2024 r., natomiast wartość świadczeń wzrosła z 29,9 mln zł do blisko 49,7 mln zł. Dane te jednoznacznie wskazują na wzrost kosztochłonności leczenia przy jednoczesnym spadku liczby pacjentów. Zdaniem autorów jest to kluczowy dowód przejścia systemu do fazy leczenia zaawansowanego, w której dominują przypadki wymagające specjalistycznej diagnostyki oraz terapii. Oznacza to również wzrost obciążenia segmentów o najwyższych kosztach jednostkowych, co w dłuższej perspektywie wpływa na stabilność finansową całego systemu.

Interpretacja tych danych wskazuje na ujawnianie się odroczonych potrzeb zdrowotnych oraz przejście od leczenia interwencyjnego do kompleksowego. Wzrost wartości świadczeń przy relatywnie stabilnej, a następnie malejącej liczbie pacjentów oznacza wyraźny wzrost kosztochłonności jednostkowej leczenia.

Łączna analiza tych segmentów prowadzi do spójnych wniosków systemowych. We wszystkich przypadkach obserwowany jest spadek liczby świadczeniobiorców przy jednoczesnym wzroście lub utrzymaniu wysokiego poziomu kosztów.

Zjawisko to należy interpretować jako przejście systemu ochrony zdrowia z fazy reagowania ilościowego na fazę jakościową, ukierunkowaną na leczenie bardziej złożonych przypadków medycznych. W ocenie autorów oznacza to, że kryzys migracyjny przekształcił się z krótkoterminowego obciążenia operacyjnego w długoterminowe wyzwanie strukturalne.

Analiza relacji pomiędzy wpływami ze składek zdrowotnych a kosztami świadczeń wskazuje na istotne przekształcenia finansowe systemu. W 2023 r. przypis składek wyniósł 3,1 mld zł, a w 2024 r. wzrósł do 3,8 mld zł (wzrost o 22,6%). Dominującą rolę odgrywały osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, przy rosnącym udziale osób prowadzących działalność gospodarczą. Jednocześnie koszty leczenia obywateli Ukrainy w 2024 r. wyniosły około 2,2 mld zł, przy wyraźnym przesunięciu ciężaru finansowania w kierunku osób objętych systemem ubezpieczeniowym²⁰.

²⁰ B. Pieniążek-Osińska, *Ile faktycznie kosztuje leczenie Ukraińców w Polsce? Dane z NFZ zmieniają spojrzenie*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Ile-faktycznie-kosztuje-leczenie-Ukraińcow-w-Polsce-Dane-z-NFZ-zmieniaja-spojrzenie,276342,1.html> (18.03.2026)

Dane te potwierdzają, że migracja nie była wyłącznie czynnikiem kosztowym, lecz również źródłem dodatkowych wpływów do systemu, wynikających z aktywizacji zawodowej migrantów. Struktura wydatków wskazuje jednak na dominację kosztów leczenia szpitalnego oraz specjalistycznego, co potwierdza wcześniejsze wnioski dotyczące wzrostu złożoności przypadków medycznych.

Rosnąca kosztochłonność świadczeń stanowi jeden z głównych czynników ryzyka dla stabilności finansowej systemu w perspektywie długoterminowej. Zestawienie wpływów i kosztów wskazuje, że system ochrony zdrowia nie został jednoznacznie przeciążony finansowo, lecz przeszedł proces głębokiej transformacji strukturalnej. W ocenie autorów kluczowym zjawiskiem nie jest sam poziom wydatków, lecz zmiana ich struktury – przesunięcie ciężaru z opieki podstawowej na świadczenia specjalistyczne i szpitalne.

Istotnym elementem wzmacniającym odporność systemu ochrony zdrowia w warunkach wojennego kryzysu migracyjnego była współpraca międzynarodowa realizowana w ramach programu ewakuacji medycznej MEDEVAC. Mechanizm ten umożliwiał przenoszenie pacjentów wymagających specjalistycznego leczenia do innych państw Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Rozwiązanie to stanowi przykład ponadnarodowego podejścia do zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym, w którym odpowiedzialność za zapewnienie opieki medycznej rozkładana jest pomiędzy wiele państw i instytucji.

Według danych Ministerstwa Zdrowia do 31 grudnia 2024 r. z terytorium Polski relokowano 226 pacjentów ukraińskich wymagających dalszego leczenia poza granicami kraju. Jednocześnie w ramach całego europejskiego programu MEDEVAC relokowano ponad 3900 pacjentów do 22 państw Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Dane te wskazują, że wsparcie międzynarodowe stanowiło istotny element odciążający krajowe systemy ochrony zdrowia oraz umożliwiający zapewnienie wysokospecjalistycznej opieki medycznej osobom najbardziej poszkodowanym przez działania wojenne.

Szczególne znaczenie w tym procesie odegrał Medevac Hub Jasionka, utworzony 1 września 2022 r. przy Rzeszowskiej Agencji Rozwoju Regionalnego. Ośrodek ten został sfinansowany przez Komisję Europejską, zarządzany przez Polskie Centrum Pomocy Międzynarodowej oraz wspierany przez Międzynarodową Organizację ds. Migracji. Założenia organizacyjne i operacyjne hubu zostały wypracowane wspólnie przez Komisję Europejską, Światową Organizację Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia. Stanowi on przykład praktycznej realizacji koncepcji wielopoziomowego zarządzania kryzysowego, obejmującego współpracę instytucji krajowych, organizacji międzynarodowych i podmiotów pozarządowych.

Medevac Hub Jasionka pełnił funkcję centrum koordynacji relokacji medycznych, zapewniając pacjentom oraz ich rodzinom zakwaterowanie, opiekę pielęgniarską, wsparcie psychospołeczne oraz ciągłość leczenia w okresie poprzedzającym transport do docelowych placówek medycznych. Hub umożliwiał również identyfikację pacjentów wymagających pilnej hospitalizacji oraz organizację ich przekazania do szpitali referencyjnych. Do końca 2024 r. z jego wsparcia skorzystało 2744 osób, w tym 1996 pacjentów oraz 748 osób towarzyszących.

Analiza funkcjonowania programu MEDEVAC wskazuje, że odporność systemu ochrony zdrowia nie powinna być rozpatrywana wyłącznie w wymiarze krajowym. Współczesne kryzysy migracyjne oraz konflikty zbrojne wymagają tworzenia transnarodowych mechanizmów współpracy umożliwiających redystrybucję zasobów medycznych, personelu oraz pacjentów pomiędzy państwami. W tym ujęciu zdolność do korzystania z międzynarodowych sieci wsparcia staje się jednym z istotnych wyznaczników odporności systemowej. Doświadczenia Polski związane z funkcjonowaniem programu MEDEVAC pokazują, że współpraca międzynarodowa może skutecznie ograniczać presję wywieraną na krajowy system ochrony zdrowia oraz zwiększać możliwości leczenia pacjentów wymagających specjalistycznej opieki medycznej.

MODEL ODPORNOŚCI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W WARUNKACH KRYZYSU MIGRACYJNEGO

Koncepcja odporności systemu ochrony zdrowia stanowi jedno z kluczowych podejść analitycznych wykorzystywanych we współczesnych badaniach nad bezpieczeństwem zdrowotnym państwa. W literaturze przedmiotu odporność definiowana jest jako zdolność systemu do absorpcji zakłóceń, adaptacji do zmieniających się warunków oraz transformacji w odpowiedzi na długotrwałe kryzysy, w tym konflikty zbrojne i towarzyszące im migracje przymusowe. W ujęciu systemowym oznacza to nie tylko utrzymanie ciągłości świadczeń zdrowotnych, lecz także zdolność do reorganizacji struktur oraz wdrażania trwałych zmian zwiększających odporność w przyszłości²¹.

W warunkach kryzysu migracyjnego odporność systemu ochrony zdrowia kształtowana jest przez współzależne komponenty, których integracja determinuje zdolność systemu do reagowania na presję wynikającą z nagłego wzrostu liczby pacjentów. Wymiar instytucjonalno-organizacyjny odnosi się do zdolności systemu do szybkiej reorganizacji struktur oraz procedur w sytuacji kryzysowej. Obejmuje on mechanizmy zarządzania kryzysowego, elastyczność instytucjonalną oraz zdolność do koordynacji działań między różnymi poziomami administracji publicznej i podmiotami systemu ochrony zdrowia. Badania wskazują, że skuteczność reakcji systemu w dużej mierze zależy od jakości zarządzania oraz poziomu integracji instytucjonalnej²².

Wymiar zasobowy koncentruje się na dostępności i efektywności wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia, w tym personelu medycznego, infrastruktury oraz wyposażenia technicznego. W literaturze podkreśla się, że niedobory kadrowe stanowią jeden z głównych czynników ograniczających odporność systemu, szczególnie w krajach o relatywnie niskiej liczbie lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców. Jednocześnie zdolność do elastycznego

²¹ M. Kruk, M. Myers, S.T. Varpilah, B.T. Dahn, *What is a resilient health system? Lessons from Ebola*, "The Lancet" 2015, 385, s. 1910-1912.

²² J. Kempner, *Invisible people with invisible pain: A commentary on "Even my sister says I'm acting like a crazy to get a check": Race, gender, and moral boundary-work in women's claims of disabling chronic pain*, „Social Science & Medicine” 2017, 189, s. 154.

zarządzania zasobami, w tym ich relokacji oraz zwiększania dostępności świadczeń, stanowi istotny element budowania odporności systemowej²³.

Wymiar finansowo-ekonomiczny odnosi się do stabilności systemu finansowania ochrony zdrowia oraz jego zdolności do absorpcji dodatkowych kosztów wynikających z kryzysu migracyjnego. W warunkach nagłego wzrostu liczby pacjentów system finansowania podlega znacznemu obciążeniu, co wymaga wdrażania mechanizmów kompensacyjnych oraz elastycznego zarządzania wydatkami publicznymi. Analizy OECD wskazują, że systemy o wyższym poziomie finansowania oraz lepszej strukturze wydatków wykazują większą odporność na szoki zewnętrzne²⁴.

Wymiar epidemiologiczny obejmuje zdolność systemu do monitorowania i ograniczania zagrożeń zdrowotnych, w tym chorób zakaźnych oraz skutków przerwania leczenia chorób przewlekłych. W warunkach migracji przymusowej szczególnego znaczenia nabiera efektywność systemów nadzoru epidemiologicznego, programów szczepień oraz zdolność do szybkiego reagowania na pojawiające się ogniska chorób. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że brak ciągłości opieki zdrowotnej w populacjach migracyjnych może prowadzić do pogorszenia wskaźników zdrowotnych zarówno wśród migrantów, jak i ludności przyjmującej.

Wymiar społeczno-integracyjny odnosi się do zdolności systemu ochrony zdrowia do funkcjonowania w warunkach zróżnicowania kulturowego oraz społecznego. Obejmuje on poziom akceptacji społecznej dla migrantów, dostępność usług tłumaczeniowych oraz kompetencje międzykulturowe personelu medycznego. Badania wskazują, że bariery językowe oraz brak integracji społecznej mogą prowadzić do ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz obniżenia efektywności systemu²⁵.

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w warunkach kryzysu migracyjnego ujawnia się na trzech poziomach operacyjnych. Pierwszy z nich stanowi zdolność absorpcji, rozumiana jako możliwość przyjęcia nagłego wzrostu liczby pacjentów bez utraty podstawowej funkcjonalności systemu. Drugi poziom obejmuje zdolność adaptacji, polegającą na dostosowaniu struktur organizacyjnych oraz procedur do nowych warunków funkcjonowania. Trzeci poziom stanowi zdolność transformacji, rozumiana jako wprowadzanie trwałych zmian systemowych, które zwiększają odporność na przyszłe kryzysy.

W ujęciu syntetycznym odporność systemu ochrony zdrowia może być interpretowana jako funkcja współzależnych komponentów instytucjonalnych, zasobowych, finansowych, epidemiologicznych i społecznych, których integracja determinuje zdolność systemu do utrzymania ciągłości świadczeń zdrowotnych w warunkach zwiększonej presji. Wysoki poziom odporności charakteryzuje systemy zdolne do jednoczesnej absorpcji szoku, adaptacji operacyjnej

²³ OECD, <https://www.oecd.org/en/topics/health.html> (18.04.2026).

²⁴ WHO, <https://www.who.int/publications/i/item/health-of-refugees-and-migrants> (18.04.2026).

²⁵ H. Legido-Quigley, D. Panteli, J. Car, M. McKee, R. Busse, *Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union*, World Health Organization 2013.

oraz transformacji strukturalnej, co pozwala na zachowanie stabilności funkcjonowania nawet w warunkach długotrwałego kryzysu.

Analiza funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce w warunkach wojennego kryzysu migracyjnego wskazuje, że system ten wykazał znaczną zdolność adaptacyjną, umożliwiającą zapewnienie ciągłości świadczeń zdrowotnych pomimo istotnego wzrostu obciążenia. Jednocześnie ujawniły się jego ograniczenia strukturalne, szczególnie w obszarze zasobów kadrowych oraz koordynacji międzysektorowej. Oznacza to, że długoterminowe wzmocnianie odporności systemu ochrony zdrowia wymaga nie tylko zwiększenia nakładów finansowych, lecz przede wszystkim poprawy integracji jego komponentów oraz rozwijania mechanizmów zarządzania kryzysowego i współpracy międzyinstytucjonalnej.

Tabela 3. Propozycja wskaźników monitorowania odporności systemu ochrony zdrowia

Wymiar	Przykładowy wskaźnik
Instytucjonalny	czas wdrożenia procedur kryzysowych
Kadrowy	liczba lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców
Finansowy	udział wydatków kryzysowych w budżecie NFZ
Epidemiologiczny	liczba ognisk chorób zakaźnych
Integracyjny	liczba świadczeń realizowanych z udziałem tłumaczy

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźniki te mogą stanowić podstawę budowy krajowego systemu monitorowania odporności systemu ochrony zdrowia na kryzysy migracyjne oraz inne sytuacje nadzwyczajne.

ZAKOŃCZENIE

Przeprowadzona analiza pozwala na sformułowanie wniosku, że odporność systemu ochrony zdrowia w warunkach kryzysu migracyjnego wywołanego konfliktem zbrojnym stanowi kluczowy komponent bezpieczeństwa państwa, determinujący zdolność do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz ochrony zdrowia populacji. Dynamiczny i długotrwały napływ migrantów ujawnia zarówno potencjał adaptacyjny systemu, jak i jego ograniczenia strukturalne, szczególnie w obszarze zasobów kadrowych, finansowania oraz koordynacji międzyinstytucjonalnej.

Wyniki analizy potwierdzają przyjętą hipotezę badawczą, zgodnie z którą poziom odporności systemu ochrony zdrowia nie jest determinowany wyłącznie przez wielkość dostępnych zasobów, lecz przede wszystkim przez stopień integracji jego komponentów oraz zdolność do ich elastycznego wykorzystania. Systemy charakteryzujące się wysokim poziomem koordynacji instytucjonalnej, sprawnymi mechanizmami zarządzania oraz zdolnością do szybkiej reorganizacji wykazują większą skuteczność w reagowaniu na sytuacje kryzysowe niż systemy opierające się wyłącznie na zwiększaniu nakładów finansowych czy infrastrukturalnych.

Zaproponowane ujęcie modelowe, oparte na trzech poziomach funkcjonalnych – absorpcji, adaptacji i transformacji – umożliwia kompleksową ocenę zdolności systemu ochrony

zdrowia do reagowania na kryzysy migracyjne. Szczególne znaczenie ma zdolność do przechodzenia od działań reaktywnych do działań o charakterze strategicznym, ukierunkowanych na trwałe wzmacnianie odporności systemu. Oznacza to konieczność wdrażania rozwiązań systemowych, obejmujących rozwój zasobów kadrowych, cyfryzację procesów zarządzania, wzmocnienie nadzoru epidemiologicznego oraz poprawę integracji społecznej migrantów.

W perspektywie praktycznej wyniki badań wskazują na potrzebę budowy zintegrowanego podejścia do zarządzania systemem ochrony zdrowia w warunkach kryzysowych, uwzględniającego współpracę międzysektorową oraz wielopoziomową. Kluczowe znaczenie ma również rozwijanie mechanizmów wczesnego ostrzegania oraz scenariuszowego planowania działań, które pozwolą na skuteczniejsze przygotowanie systemu na przyszłe kryzysy o podobnym charakterze.

W kontekście dalszych badań zasadne wydaje się pogłębienie analiz empirycznych, w szczególności w zakresie oceny efektywności wdrażanych rozwiązań oraz porównań międzynarodowych, które umożliwią identyfikację dobrych praktyk w zakresie budowania odporności systemów ochrony zdrowia. W warunkach utrzymującej się niestabilności środowiska bezpieczeństwa zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia, stanowiąc jeden z kluczowych kierunków rozwoju współczesnych systemów bezpieczeństwa zdrowotnego.

BIBLIOGRAFIA

- Bober Benedykt. 2016. „Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa”. *Studia nad bezpieczeństwem* 1: 33-64.
- Borkowski Mirosław. 2013. *Prawne podstawy bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka. Wybrane zagadnienia prawa żywnościowego*. W *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*, Wydawnictwo Gdańskiej Szkoły Wyższej.
- Cianciara Dorota. 2018. *Zdrowie publiczne w Polsce – problemy i wyzwania*. *Studia BAS* 4(56): 77-102.
- Decyzja wykonawcza Rady (UE) 2022/382 z dnia 4 marca 2022 r. stwierdzająca istnienie masowego napływu wysiedleńców z Ukrainy w rozumieniu art. 5 dyrektywy 2001/55/WE i skutkująca wprowadzeniem tymczasowej ochrony. *Dz. Urz. UE L 71/1* z 4.03.2022.
- Druk nr 1966. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.
- Dyrektywa Rady 2001/55/WE z dnia 20 lipca 2001 r. w sprawie minimalnych standardów przyznawania tymczasowej ochrony na wypadek masowego napływu wysiedleńców oraz środków wspierających równowagę wysiłków między Państwami Członkowskimi związanych z przyjęciem takich osób wraz z jego następstwami. *Dz. Urz. UE L 212/12* z 7.08.2001.
- Grzywna Paweł. 2017. *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Harasim Konrad. 2018. „Bezpieczeństwo zdrowotne vs dobrostan psychospołeczny – aspekty aksjologiczne i funkcjonalne”. *Kultura Bezpieczeństwo. Nauka – praktyka – refleksje* 29: 58-69.

- Jurczak Dariusz, Dumkiewicz Kamil. 2021. „Bezpieczeństwo zdrowotne w pandemii w obszarze pogranicza polsko-rosyjskiego”. *Kultura Bezpieczeństwa* Nr 40; 92-106.
- Kempner Joanna. 2017. “Invisible people with invisible pain: A commentary on ‘Even my sister says I’m acting like a crazy to get a check’: Race, gender, and moral boundary-work in women’s claims of disabling chronic pain”. *Social Science & Medicine* 189: 152-154.
- Kruk Margaret, Myers Michael, Varpilah S. Tornorlah, Dahn T. Bernice. 2015. “What is a resilient health system? Lessons from Ebola”. *The Lancet*, 385: 1910-1912.
- Latański Maciej, Pacian Anna. 2014. *Zdrowie publiczne a medycyna społeczna. W Zdrowie publiczne*. Warszawa: PZWL.
- Legido-Quigley Helena, Panteli Dimitra, Car Josip, McKee Martin, Busse Reinhard. 2013. *Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union*, World Health Organization.
- Nowicka Paulina Maria, Kocik Janusz. 2018. „Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski”. *Studia BAS* 4(56): 103-121.
- OECD. 2026. W <https://www.oecd.org/en/topics/health.html>
- Oskierko Marcin, Łysomirski Adrian, Stankowski Daniel, Kołodyński Marcin. 2025. Warunki prawne wjazdu i pobytu obywateli Ukrainy w Polsce po rozpoczęciu działań wojennych w Ukrainie. W *Wielowymiarowość środowiska bezpieczeństwa. Część druga*, 111-134, Wydawnictwo Akademii Białskiej.
- Pacian Anna. 2015. *Prawna Ochrona Pacjenta*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Paplicki Mateusz. 2020. *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*. Wrocław: E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa.
- Pietraś Marek. 2023. „Bezpieczeństwo zdrowotne jako wymiar bezpieczeństwa międzynarodowego”. *Athenaeum, Polskie Studia Politologiczne* 78(2): 253-279.
- Pieniążek – Osińska Beata. 2025. Ile faktycznie kosztuje leczenie Ukraińców w Polsce? Dane z NFZ zmieniają spojrzenie. W <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Ile-faktycznie-kosztuje-leczenie-Ukraińcow-w-Polsce-Dane-z-NFZ-zmieniaja-spojrzenie,276342,1.html>.
- Prezes Rady Ministrów. 2025. *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium państwa*, Warszawa, Druk nr 1966.
- Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. *Dz.U.* 2022 poz. 583.
- Ustawa z dnia 15 maja 2024 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw. *Dz.U.* 2024, poz. 854.
- WHO. W <https://www.who.int/publications/i/item/health-of-refugees-and-migrants>.
- Wojtczak Andrzej. 2017. *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.