

SYSTEM z(de)mobilizowany



Fot. iStockphoto.com

GRZEGORZ GIELERAK

Doświadczenia wojny w Ukrainie pokazują, że sukces w zakresie zabezpieczenia medycznego ludności może zapewnić jedynie służba kompletna, dopasowana do charakteru działań operacyjnych – uwzględniająca potrzeby i uwarunkowania wynikające z realiów narzuconych przez rodzaj, skalę i zakres operacji militarnej, a także odrzucająca jednocześnie praktykę działania opartą na odwzorowaniu sposobu myślenia o potrzebach medycznych znanych z doświadczenia i praktyki czasu pokoju sytuacji kryzysowych z bezpośrednim ich przeniesieniem na stan wojny. Wszystko to wymaga rzetelnie zaplanowanej oraz przemyślanej konsolidacji i koordynacji wytworzonych

i zgromadzonych w systemie zdrowia zasobów, wspartych kompetencjami służb i organów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo państwa, oraz zastosowania rozwiązań pozwalających wykorzystać najnowsze osiągnięcia organizacyjne i technologiczne obszaru zdrowia i opieki – ich właściwy, określony potrzebami nowoczesnej operacji wojskowej dobór, koncentrację i koordynację, a także uruchomienia nowego sposobu myślenia i działania, w tym porzucenia elementów dotychczasowej strategii organizacji zabezpieczenia medycznego wojsk, opartej głównie na zasobach i zdolnościach przeniesionych w niezmienionej formie z epoki wiary w wieczny pokój.

Wojna – realny kontekst kreowanych zagrożeń zdrowotnych państwa i obywateli

Przebieg zdarzeń towarzyszących konfliktowi za naszą wschodnią granicą pokazuje, że zakres działań wojskowych daleko wykracza poza fizyczne pole bitwy, zacierając podział na domenę cywilną i wojskową. Armia, będąca częścią narodu, składa się z ludzi i odzwierciedla charakter oraz wartości społeczeństwa, dlatego, jak pisał Carl von Clausewitz: „wojna jest próbą sił moralnych i fizycznych za pośrednictwem tych ostatnich”. Chociaż wyposażenie, doktryna, wykształcenie i przywództwo są ważnymi cechami każdej armii, to istota siły bojowej wynika z tego, co sobą reprezentuje naród oraz jaka jest jego oraz struktur państwa krótko- i długoterminowa odporność na skutki działań militarnych.

O zwycięstwie nie decyduje najczęściej broń (chyba że mamy do czynienia z przynajmniej asymetrią potencjałów), ale to, jak jej używamy, jak szybko jesteśmy w stanie adaptować się do nowych wyzwań. Jeśli obie walczące strony dostosowują się do zmieniających się szybko realiów, to o przewadze decyduje fakt, która z nich robi to szybciej. Doświadczenia drugiej wojny światowej związane choćby z organizacją wojsk pancernych potwierdzają, że sposób użycia efektorów walki – współdziałanie różnych rodzajów broni, łączności oraz szybkości i sprawności dowodzenia, jest wartością decydującą o sukcesie militarnym. Tego rodzaju innowacyjne podejście, powodowane nim zmiany będące pochodną zdolności uczenia się, możliwie najpełniejszego wykorzystania posiadanych zdolności, możliwości i kompetencji, włącznie z tkwiącymi w nich korzyściami będącymi skutkiem efektu synergii, są rzeczywistym źródłem zwycięstwa, co w równym stopniu dotyczy także taktyki użycia elementów systemu zabezpieczenia medycznego w czasie wojny.

W tym sensie współczesna wojna jest stałym polem innowacji i zmian, korygowania poglądów, dotychczasowego podejścia do sensu i logiki konfliktu. Natomiast nie jest na pewno, jak chciałoby ją widzieć wielu niepoprawnych optymistów wierzących w bliskość heglowskiego „kresu historii”, jedynie prostym, brutalnym starciem potencjałów i sił fizycznych odrwanym od zagrożeń dotyczących niekinetycznych, niemniej podstawowych, często najcenniejszych zasobów państw i społeczeństw. Dlatego zabiegając o pokój i przygotowując się do wojny, należy prowadzić dojrzałą, perspektywiczną i spójną politykę państwa we wszystkich obszarach (domenach), które choćby teoretycznie mogą stać się celem oddziaływań kinetycznych i niekinetycznych przeciwnika, ograniczając w ten sposób negatywne skutki dla społeczeństwa i państwa, jego stabilności politycznej oraz gospodarczej, zdolności do obrony własnych ambicji, dążeń i interesów.

„Doświadczenia wojny w Ukrainie pokazują, że sukces w dziedzinie zabezpieczenia medycznego ludności może zapewnić jedynie służba kompletna, dopasowana do charakteru działań operacyjnych”

Wojna na Wschodzie. Praktyczne wnioski z dotychczasowego biegu wydarzeń

Konflikt w Ukrainie stanowi wyjątkową okazję do opracowania taktyki, szkolenia i organizacji systemu opieki zdrowotnej funkcjonującego w warunkach konfliktu z przeciwnikami typu near-peer (NPA) – wrogimi narodami o równoważnej sile militarnej. Cechą charakterystyczną tego rodzaju konfrontacji jest użycie broni o większej sile rażenia i zasięgu, co wprost przekłada się na wzrost skali obrażeń i śmiertelności, dlatego opieka nad rannymi staje się znacznie większym niż oceniano do tej pory wyzwaniem dla służb medycznych.

Rodzaje używanych środków walki, podobnie jak ich prędkość i precyzja, odpowiadają za niespotykane w toczonych do tej pory konfliktach zbrojnych zmiany w zakresie ciężkości i charakteru obrażeń. Polaryzacja w obszarze rejestru strat sanitarnych – szacuje się, że 5-10 proc. ukraińskich żołnierzy wysłanych na teatr działań zostało rannych lub zabitych w akcji – przyjęła nową, niespotykaną do tej pory strukturę: obrażenia lekkie oraz ciężkie i bardzo ciężkie, co w praktyce działalności służb medycznych oznacza konieczność dysponowania zaawansowanymi metodami stabilizacji stanu zdrowia rannych już na wczesnym etapie udzielania pomocy, często w bliskiej styczności z nieprzyjacielem.

Mając na uwadze cel, jakim jest zapewnienie skutecznej realizacji zadań systemu opieki medycznej, kluczowe znaczenie mają zdolności takie jak sprawna, kierunkowa ewakuacja medyczna, posiadanie warunków do prowadzenia przedłużonej opieki w terenie, w tym rozbudowanego wolumenu leków i materiałów medycznych, oraz możliwość wykonania rozległych operacji ograniczających skutki doznanych obrażeń. Zespoły medyczne mające charakter czołówek chirurgicznych powinny dysponować zdolnościami mierzonymi m.in. gotowością do przeprowadzenia co najmniej 10 operacji ratowniczych, w tym laparo- i torakotomii, z jednoczesnym prowadzeniem intensywnej opieki u 15 pacjentów przez co najmniej 48 godzin, bez konieczności uzupełniania zaopatrzenia.

Według ukraińskiego Centrum Mediów Kryzysowych całkowitej destrukcji spowodowanej działaniami wojskowymi Rosjan uległo ponad 1100 placówek służby zdrowia, w tym 110 szpitali. Dlatego wysunięte placówki medyczne, takie jak szpital polowy, mogą wymagać umieszczenia całkowicie pod ziemią. Może to oznaczać konieczność znacznych inwestycji w szybkie drążenie tuneli i sprzęt do robót ziemnych, z których żaden nie ma obecnie możliwości szybkiego rozmieszczenia na polu bitwy. Obecna praktyka otaczania konstrukcji betonowymi ścianami i barierami ziemnymi nadal naraża je na ataki pionowe. Dlatego niezbędnym elementem ochrony krytycznej wojskowej i cywilnej infrastruktury medycznej, gwarantującym bezpieczeństwo rannym oraz personelowi medycznemu, powinny być elementy obrony punktowej na wzór tych mających zastosowanie w izraelskiej Żelaznej Kopule.

Niezależnie od proponowanych form obrony aktywnej, za niezbędne i pilne należy uznać zmiany w prawie budowlanym, określające wymagania konstrukcyjne, jakie powinny spełniać podmioty lecznicze wchodzące w skład systemu zabezpieczenia medycznego państwa. Standardem inwestycji, a wtórnie funkcjonalności takich jednostek, powinno być posiadanie zdolności i możliwości szybkiego przeniesienia działalności leczniczej, zwłaszcza w części dotyczącej procedur urazowych, do miejsc gwarantujących bezpieczeństwo chorych oraz personelu medycznego, co w największym stopniu można zapewnić poprzez kontynuację opieki w przystosowanych do prowadzenia tego typu zadań podziemnych pomieszczeniach ze zbrojonego betonu.

Kolejna sprawa to posiadanie odpowiedniej, proporcjonalnej do zagrożeń, jakie stwarza położenie geostrategiczne Polski, świadomości sytuacyjnej zakładającej, że prowadzenie operacji wojskowej na własnym terenie będzie wymagało zdefiniowania norm i zasad zarządzania procesami współpracy cywilnych i wojskowych zasobów rynku zdrowia. Biorąc pod uwagę szacowane potrzeby, za najbardziej celowe należy uznać utworzenie na terenie kraju sieci szpitali, których rozmieszczenie, liczba oraz posiadane kompetencje i zdolności będą odpowiadać prognozowanej wielkości strat sanitarnych związanych z potencjalnym konfliktem. Profil jednostek tworzących krajową sieć szpitali systemu bezpieczeństwa państwa powinien obejmować podmioty gotowe do prowadzenia kompletnej – wielospecjalistycznej pomocy medycznej, ze szczególnym naciskiem na kontekst związany z leczeniem obrażeń pola walki. Wiedza i doświadczenie personelu medycznego, posiadane środki materiałowe powinny stanowić element wyróżniający ww. podmioty na rynku ochrony zdrowia. Listę placówek otwierają szpitale wojskowe, do których na podstawie lokalnie zdefiniowanych potrzeb

będą dołączane podmioty cywilne – szpitale wielospecjalistyczne, centra urazowe – jednostki, które minimalnym nakładem sił i środków będą w stanie sprostać stawianym wymaganiom kadrowym, materiałowym i organizacyjnym w dziedzinie zabezpieczenia medycznego konfliktu zbrojnego.

Na to wszystko powinny zostać nałożone zasady współdziałania cywilno-wojskowego w postaci otwartej sieci zbierania i przetwarzania informacji o potrzebach medycznych związanych ze skutkami militarnych działań kinetycznych, prowadzone na podstawie szczegółowych prognoz dotyczących wielkości i rodzaju strat sanitarnych, przy możliwie najszerszym użyciu nowych technologii wspomagających procesy decyzyjne podejmowane na kolejnych etapach opieki.

Organizacyjna i funkcjonalna integracja segmentów wojskowego i cywilnego systemu ochrony zdrowia państwa w kontekście zarysowanych podczas konfliktu w Ukrainie potrzeb jest dziś możliwie najlepszym podejściem do kwestii związanych z zabezpieczeniem medycznym czasu kryzysu, jakim jest wojna. Rozwiązaniem gwarantującym spójne w czasie i w przestrzeni, angażujące cały potencjał państwa, zabiegi prowadzone przeciw skutkom użycia środków walki wobec żołnierzy i ludności cywilnej. Metodą podnoszącą skuteczność i efektywność prowadzonych działań w dwóch obszarach: bezpośrednim – fachowych możliwości i dostępności pomocy medycznej, oraz długoterminowym – odporności społeczeństwa i państwa na wyczerpanie zdolności i zasobów w toku przedłużającego się konfliktu.

Sieć podmiotów systemu bezpieczeństwa medycznego państwa.

Kolokacja cywilno-wojskowa w praktyce, czyli jak dobrze i odpowiedzialnie organizować opiekę medyczną w warunkach zagrożeń militarnych

Podmioty lecznicze wojskowej służby zdrowia

Zadaniem wojskowego komponentu medycznego jest stworzenie warunków pozwalających na zorganizowanie i utrzymanie pomocy medycznej możliwie najbliżej rubieży walki – zarówno w obronie, jak i podczas działań ofensywnych.

W strukturze krajowego systemu ochrony zdrowia podmioty lecznicze podległe i nadzorowane przez MON powinny trwale lokować się pomiędzy szpitalami polowymi, bądź innymi rozwiniętymi jednostkami współpracującymi z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, a placówkami systemu powszechnego. Proponowana centralna pozycja placówek resortu MON gwarantuje możliwie najbardziej efektywne wykorzystanie ich zasobów oraz wysoką synergię współpracy z pozostałymi elementami systemu w warunkach



„Polski system ochrony zdrowia z punktu widzenia zadań związanych z ochroną i obroną ludności przed skutkami zdarzeń kryzysowych znajduje się dziś na wczesnym etapie przekształceń, których najważniejszym celem jest nabycie zdolności do prowadzenia skutecznej pomocy medycznej podczas konfliktu zbrojnego toczącego się na własnym terytorium”

Fot. Adobe Stock

kryzysu (zdarzeń masowych, incydentów o charakterze terrorystycznym) i wojny.

Z punktu widzenia potrzeb zintegrowanego systemu bezpieczeństwa narodowego, obszary wiedzy i kompetencji takie jak: chirurgia, ortopedia i traumatologia, medycyna podwodna i hiperbaryczna, intensywna terapia, choroby wewnętrzne oraz epidemiologia i choroby zakaźne wyznaczają kierunki rozwoju medycyny wojskowej, stanowią oś budowy kluczowych kwalifikacji i umiejętności definiujących rolę, zadania i znaczenie wojskowej służby zdrowia w zakresie opieki wysokospecjalistycznej. Obok podmiotów klinicznych i niektórych wojewódzkich, szpitale podległe i nadzorowane przez MON należy ująć jako miejsca koncentracji infrastruktury i kadr wysokospecjalistycznych. Zakresy udzielanych w nich świadczeń opieki zdrowotnej powinny być definiowane na podstawie trzech głównych kryteriów:

- podstawowe zabezpieczenie zdrowotne (choroby wewnętrzne, chirurgia, ratownictwo medyczne, anestezjologia i intensywna terapia),
- zakresy świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadające potrzebom sił zbrojnych i bezpieczeństwa państwa (ortopedia i traumatologia, chirurgia plastyczna i oparzeniowa, okulistyka, psychiatria, choroby zakaźne, medycyna hiperbaryczna),
- usługi wysokospecjalistyczne odpowiadające potrzebom regionu (dostępność do świadczeń wysokospecjalistycznych uwzględniająca stopień zabezpieczenia podstawowego, infrastrukturę regionu, demografię oraz występowanie regionalnych czynników ryzyka chorób).

Realizacja przedmiotowego zadania wymaga, aby liczba ww. jednostek, a w jeszcze większym stopniu ich fachowe zdolności mierzone różnorodnością zakresów, poziomem referencyjnym oraz dostępnością świadczeń opieki zdrowotnej, pozwalały na możliwie najskuteczniejsze przeciwdziałanie skutkom dających się przewidzieć zdarzeń kryzysowych. Umożliwiały dysponowanie możliwościami oddziaływania adekwatnego do potrzeb szacowanych skalą i rodzajem spodziewanych strat sanitarnych. Do tego niezbędne jest, aby decyzje o zakresach, a w równym stopniu także o dostępności realizowanych przez ww. podmioty usług były podejmowane nie tylko na podstawie kryteriów potrzeb rynkowych czasu pokoju, ale także prognoz NATO dotyczących skutków konfliktu zbrojnego.

Jednocześnie, wzorem niektórych państw Sojuszu Północnoatlantyckiego, np. Francji, pożądane jest zastosowanie formy wsparcia kadrowego wojskowych podmiotów leczniczych, co w praktyce oznacza doprowadzenie do sytuacji, w której na początek 2-3, a docelowo wszystkie (13) szpitale – podmioty lecznicze w strukturze organizacyjnej i etatowej dziedzin medycyny odpowiadających priorytetowym potrzebom wojskowej służby zdrowia powinny zatrudniać co najmniej 40 proc. personelu lekarskiego, pielęgniarskiego oraz ratowników medycznych w ramach stosunku służbowego zawodowej służby wojskowej. Gwarantowana w ten sposób dyspozycyjność oraz lojalność kluczowego dla utrzymania działalności podmiotów szpitalnych personelu medycznego minimalizuje ryzyko wyłączenia jednostki z udzielania świadczeń.

„Dynamiczne zmiany w polityce międzynarodowej oraz wynikające z tego zagrożenia dla Polski jasno pokazują, że wybrane kompetencje operacyjne, które do tej pory były niemal wyłączną domeną wojska, powinny stać się również elementem składowym „cywilnych” segmentów życia społeczno-gospodarczego”

Pozaresortowe podmioty szpitalne

Praktyczne stosowanie zasad kolokacji – współdziałania resortowych i pozaresortowych podmiotów leczniczych:

- Planowanie rozmieszczenia jednostek szpitalnych wzdłuż linii kolejnych rubieży obrony, na kierunku spodziewanego ataku nieprzyjaciela z uwzględnieniem szacowanych, specyficznych dla rejonu obrony strat sanitarnych:
 - priorytetem jest zabezpieczenie dostępności do kluczowych – z punktu widzenia prognozowanych potrzeb – zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, realizowane w warunkach, w których długość ramienia ewakuacji nie przekracza czasu jednej godziny liczonej od chwili zranienia do udzielenia kwalifikowanej pomocy medycznej,
 - osoby dokonujące kwalifikacji rannych do dalszego etapu leczenia powinny posiadać pełną wiedzę na temat dostępności metod diagnostyki i terapii w poszczególnych placówkach, tak aby realizowany na miejscu proces decyzyjny był podejmowany w sposób gwarantujący możliwie najlepsze zestrojenie indywidualnych potrzeb medycznych rannych z posiadanymi w podmiotach szpitalnych możliwościami opieki,
 - skala przewidywanych potrzeb medycznych pozwala przypuszczać, że kluczowe znaczenie w ich zaspokojeniu będą miały podmioty lecznicze poziomu 1-3, stanowiące otoczenie szpitali wielospecjalistycznych (poziom 6) – odpowiedzialnych za zabezpieczenie dostępności do wybranych procedur wysokospecjalistycznych,
 - zespoły szpitali działających na danym terenie okresowo powinny weryfikować i doskonalić swoje zdolności operacyjne poprzez uczestnictwo w ćwiczeniach doskonalących stosowanie procedur dotyczących zdarzeń z udziałem masowej liczby poszkodowanych osób, tj. według planu MASCAL.
- Posiadanie fachowych kompetencji mierzone zakresem oraz poziomem referencyjnym udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:
 - gwarancja dostępności do zakresów świadczeń opieki zdrowotnej najbardziej pożądanых

z punktu widzenia charakteru spodziewanych obrażeń wojennych,

- poziom dostępności zakresów świadczeń – mierzonej długością ramienia ewakuacji oraz liczbą miejsc – adekwatny do częstości występowania rodzajów obrażeń – w kolejności: chirurgia, ortopedia i traumatologia, anestezjologia, neurochirurgia, chirurgia oparzeniowa, choroby wewnętrzne.
- Dysponowanie zasobami materiałowo-sprzętowymi specyficznymi dla rodzaju, sposobu i zakresu udzielanej pomocy medycznej.
- Zaplecze mobilizacyjne oraz właściwa dla realizacji zadań logistyka materiałowo-sprzętowa.

Jako motywację podmiotów leczniczych do zaangażowanego uczestnictwa w sieci systemu bezpieczeństwa państwa z powodzeniem można zastosować szeroko praktykowane dziś przez płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia) rozwiązanie finansowe polegające na przydzielaniu wskaźnikiem dodatkowej wartości kontraktu, która pozwoliłaby skompensować pośrednie i bezpośrednie koszty związane z realizacją ww. zadań zleconych. Obok wymiernych korzyści pochodzących z dodatkowych inwestycji materiałowych, sprzętowych oraz szkoleń personelu przygotowujących podmiot szpitalny do realizacji zadań obronnych, rozwiązanie takie może stanowić atrakcyjną formę angażu kierowanego do placówek spełniających kryteria kwalifikacyjne uczestnictwa w sieci.

Fachowy personel medyczny – przygotowanie i utrzymanie w gotowości do działania

Taktyczna opieka bojowa nad poszkodowanym nie powinna być już tylko umiejętnością posiadaną przez zaangażowanych pasjonatów, ale powszechnym, głęboko uświadomionym obowiązkiem obszaru wiedzy i kompetencji całego personelu medycznego. Jako zadanie bliższe, biorąc pod uwagę okoliczności toczącego się w bezpośrednim sąsiedztwie Polski konfliktu zbrojnego, realizacja uzupełniającego szkolenia zawodowego powinna odbyć się niezwłocznie, obejmując w pierwszej kolejności personel medyczny podmiotów leczniczych zakwalifikowanych jako pierwsza linia zabezpieczenia medycznego.



Fot. Adobe Stock

Za najbardziej właściwą w związku z tym należy uznać propozycję realizacji szkolenia w formie dwóch komplementarnych obszarów tematycznych tworzących spójny łańcuch decyzyjny taktycznej ścieżki przeżycia:

- opieka przedszpitalna nad rannym i poszkodowanym; procedury i zabiegi stabilizujące funkcje życiowe, kwalifikacja oraz przygotowanie do transportu – ewakuacji medycznej,
- kwalifikowana pomoc medyczna realizowana na bazie podmiotu szpitalnego ze szczególnym uwzględnieniem w procesie roli i funkcji szpitalnego oddziału ratunkowego.

Tematyka kursów kierowanych do lekarzy, personelu pielęgniarskiego oraz ratowników medycznych powinna obejmować podstawowe oraz zaawansowane metody leczenia i opieki. Szkolenie powinno być realizowane na bazie certyfikowanych ośrodków zlokalizowanych w uczelniach medycznych oraz wiodących jednostkach kształcenia podyplomowego (specjalizacyjnego). W tym celu już dziś należy zaplanować modyfikację programów szkolenia przed- i podyplomowego w celu uzupełnienia ich treści o kompletny pakiet zagadnień teoretycznych i praktycznych związanych z tematyką medycyny pola walki. Jednocześnie, mając na względzie fakt, że zgromadzone w przedmiotowym temacie wiedza i praktyczne doświadczenia są domeną wojskowej służby zdrowia, warto uznać za element dobrej praktyki założenie, że dalsze etapy doskonalenia zawodowego, w tym ćwiczenia praktyczne (zgrywające) w terenie powinny być realizowane przez personel wojskowej służby zdrowia na bazie podstawy programowej obowiązującej w siłach zbrojnych.

Wnioski i rekomendacje na... wczoraj

Polski system ochrony zdrowia z punktu widzenia zadań związanych z ochroną i obroną ludności przed skutkami zdarzeń kryzysowych znajduje się na wczesnym etapie przekształceń, których najważniejszym celem jest nabycie zdolności do udzielania skutecznej pomocy medycznej podczas konfliktu zbrojnego toczącego się na własnym terytorium. Realizacja wymienionego zamierzenia wymaga rzetelnie zapla-

nowanej oraz przemyślanej konsolidacji i wykorzystania zgromadzonych w systemie zasobów, wspartych kompetencjami służb i organów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo państwa. Tylko zespolenie strategii z wyobraźnią pozwala na szybkie uchwycenie prawdy, co Machiavelli nazywał szkicowaniem – nadawaniem rzeczom złożonym czytelności.

Dynamiczne zmiany w polityce międzynarodowej oraz wynikające z tego zagrożenia dla Polski jasno pokazują, że wybrane kompetencje operacyjne, które do tej pory były niemal wyłączną domeną wojska, powinny stać się również elementem składowym „cywilnych” segmentów życia społeczno-gospodarczego. Dochowanie warunków bezpieczeństwa zdrowotnego narodu jest bowiem w równym stopniu obowiązkiem cywilnego, jak i wojskowego segmentu rynku zdrowia, uczestniczących w budowie odpornego na sytuacje kryzysowe systemu ochrony zdrowia. Silne wobec zagrożeń, bezpieczne z perspektywy potrzeb społeczeństwa państwo, wymaga posiadania kierunkowych, wariantowych planów działania, które pozwolą w jednych obszarach odtworzyć, w innych zbudować od nowa możliwości i kompetencje niezbędne do skutecznej odpowiedzi – neutralizacji skutków wszelkich zagrożeń związanych z wystąpieniem sytuacji kryzysowej, w tym również mającej charakter konfliktu zbrojnego.

Dlatego też miarą naszego – Polski i Polaków – zaangażowania w budowę bezpiecznej przyszłości państwa i narodu winna być powszechna świadomość i wynikająca z niej odpowiedzialność, nieugięta wola, zaangażowanie oraz poparte empirycznymi dowodami zrozumienie, że odstąpienie od postulowanych zmian uzupełniających i wzmacniających dotychczasowe zdolności systemu bezpieczeństwa państwa, w tym sił zbrojnych, będzie oznaczać akceptację ryzyka dalszej utraty tkanki narodowej. Niemniej, biorąc pod uwagę doświadczenia wojny w Ukrainie, skala nadchodzącego zjawiska będzie nieporównanie większa, niż uznawane dziś za tragiczne skutki demograficzne spowodowane kryzysem pandemicznym.

Gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielera, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego