

Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego
vol. 17, nr 1
<https://doi.org/10.34862/rbm.2023.1.3>
otrzymano: 15.IV.2023, zaakceptowano: 28.V.2023

Mateusz Guziak
Gdański Uniwersytet Medyczny
mateusz.guziak@gumed.edu.pl
<https://orcid.org/0000-0002-5720-3410>

Zuzanna Bastrzyk
Gdański Uniwersytet Medyczny
zuzia.bastrzyk1@gumed.edu.pl
<https://orcid.org/0000-0001-8654-1104>

Sektor ochrony zdrowia w obliczu konfliktu zbrojnego

ABSTRAKT

W wielu konfliktach zbrojnych na świecie sektor ochrony zdrowia stał się celem ataków, a ich liczba w ostatnich latach znacząco wzrosła. Wpływ i konsekwencje konfliktu zbrojnego na ochronę zdrowia są dalekosiężne i długotrwałe. Poza bezpośrednimi ofiarami konfliktów zbrojnych znacznie niedoszacowane pozostają ofiary pośrednie. Wynikająca z konfliktów niestabilna sytuacja doprowadza do zaniechania programów profilaktycznych, opóźnienia diagnostyki, czy gwałtownego przerwania procesu terapeutycznego, co znacznie obniża rokowanie pacjentów i prowadzi do wzrostu śmiertelności. Masowe migracje, w tym migracje pacjentów, deficyt leków i sprzętu medycznego, przerwane badania podstawowe i kliniczne, obciążenie psychiczne populacji czy braki kadrowe stanowią znamienne obciążenie dla sektora ochrony zdrowia. Celem pracy jest stworzenie studium analitycznego do opracowania zaleceń dla sektora ochrony zdrowia w obliczu kryzysu humanitarnego. W niniejszym artykule przedstawione zostały wyniki przeglądu literatury dotyczącej wpływu konfliktów zbrojnych na sektory ochrony zdrowia. Zebrane materiały poddane zostały krytycznej analizie, dokonano ich syntezy, zaś wnioski osadzone zostały w kontekście bieżącego konfliktu na Ukrainie.

Słowa kluczowe

ekonomika i organizacja ochrony zdrowia, ochrona zdrowia, konflikty zbrojne, urazy związane z wojną, zaburzenia związane z walką, PTSD, uchodźcy, Ukraina

Health Sector in the Face of Armed Conflict

ABSTRACT

In many of the world's armed conflicts, the health sector has become a target of attacks, and the number of such attacks has increased significantly in recent years. The impact and consequences of armed conflict on health care are far-reaching and long-lasting. In addition to the direct casualties of armed conflict, indirect casualties remain significantly underestimated. The unstable situation as a result of armed conflict leads to the abandonment of preventive programs, the delay of diagnosis, or the abrupt interruption of the therapeutic process, which significantly reduces the prognosis of patients and leads to an increase in mortality. Mass migration, including the migration of patients, shortages of medicines and medical equipment, interrupted basic and clinical research, the mental strain on the population, or staff shortages, have a significant burden on the health sector. This article attempts to collect and describe the key problems faced by health systems affected by armed conflict, using examples in the context of the current war in Ukraine, among others. This paper aims to conduct an analytical study to develop recommendations for the health sector facing a humanitarian crisis. It describes the findings of a literature review regarding the impact of armed conflict on the health sector. The collected literature was the subject of critical analysis. The conclusions drawn were placed in the context of the current conflict in Ukraine.

KEYWORDS

health care economics and organizations, health care sector, armed conflicts, war-related injuries, combat disorders, PTSD, refugees, ukraine

Wstęp

W wielu konfliktach zbrojnych na świecie sektor ochrony zdrowia stał się celem ataków. Strony brutalnie atakują zarówno personel, jak i placówki świadczące opiekę zdrowotną realizując tym samym własne cele strategiczne (Rushton i Devkota, 2020). W 2012 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła rezolucję, obligującą do dokumentowania ataków na sektor ochrony zdrowia w sytuacjach konfliktów zbrojnych (Bou-Karroum et al., 2020). Raport *The Safeguarding Health in Conflict Coalition's 2018* wskazuje, że w ostatnich latach znacząco wzrosła liczba ataków na sektor ochrony zdrowia i wymienia 973 incydenty agresji wobec pracowników, infrastruktury oraz transportów medycznych w 23 krajach objętych konfliktami zbrojnymi (Safeguarding Health in Conflict Coalition, 2018). Systemy ochrony zdrowia funkcjonujące w powyższych warunkach kwalifikowane są jako *Health systems in fragile and conflict-affected setting* (FCAS). Każda agresja wymierzona wobec składowych systemu ochrony zdrowia jest dalekim pogwałceniem międzynarodowego

prawa humanitarne *International Humanitarian Law* (IHL), które wyraźnie zabrania ataków na placówki medyczne (Bertone et al., 2019; Rushton i Devkota, 2020). Literatura podkreśla związek przyczynowo skutkowy między niestabilną sytuacją w wyniku konfliktu zbrojnego i złym stanem zdrowia dotkniętej społeczności. Ponad 60% zgonów dzieci i matek na całym świecie ma miejsce w okolicznościach FCAS (OECD, 2018; Rubenstein, 2020). Warto podkreślić, że poza bezpośrednimi ofiarami konfliktów zbrojnych, często niedoszacowane pozostają ofiary pośrednie. Specyfika działań zbrojnych lub użyta broń mogą stanowić etiologiczny czynnik rozwoju danej jednostki chorobowej. Ponadto, zaniechanie programów profilaktycznych, opóźnienie diagnostyki, czy gwałtowne przerwanie procesu terapeutycznego znacznie obniża rokowanie pacjentów i prowadzi do wzrostu śmiertelności z powodu danej choroby w przyszłości (Caglevic et al., 2022). Ponadto, problem dodatkowo pogłębia śmierć oraz migracja pracowników ochrony zdrowia, ograniczony dostęp do leków, czy zniszczenia krytycznej infrastruktury (Lafta i Al-Nuaimi, 2019). Warto podkreślić, że poza teatrem działań zbrojnych, wojna pośrednio wpływa na ochronę zdrowia całego regionu. Masowe migracje, w tym migracje pacjentów, przerwane łańcuchy dostaw, czy braki kadrowe stanowią istotne obciążenie dla sektora (Mired et al., 2020). Co więcej, wyższa liczba pacjentów wymagających szczególnej uwagi personelu tak jak noworodki, matki z dziećmi, osoby starsze, niepełnosprawni, czy jednostki wymagającej specjalistycznej opieki medycznej, dodatkowo eksploatują ograniczone zasoby systemów w FCAS (Bosurgi et al., 2022). Lama Bou-Karroum et al. zauważają, że zdecydowana większość literatury na temat HRH (*Human Resources for Health*) na obszarach trwających konfliktów oraz po ich zakończeniu dotyczy krajów o gospodarkach wschodzących i rozwijających się. Konflikty mają zatem miejsce w państwach, których systemy opieki wyjściowo miały ograniczone możliwości, a niestabilna sytuacja wewnętrzna tylko je pogłębia (Bou-Karroum et al., 2020; Mills, 2014).

Dnia 24 lutego 2022 r. Federacja Rosyjska rozpoczęła pełnoskalową inwazję na Ukrainę (De Vos et al., 2023). Przez 35 dni ukraińska infrastruktura ochrony zdrowia była atakowana codziennie, a tylko w 2022 r. miały miejsce 292 ataki, w wyniku których uszkodzono lub zniszczono 218 szpitali lub klinik. Ponadto opisano 181 ataków na inne podmioty i infrastrukturę medyczną (tj. apteki, centra krwiodawstwa i kliniki dentystyczne), a także 65 incydentów, w których obiektem ataku były karetki pogotowia. Odnotowano również 86 ataków na personel medyczny, w których zginęły 62 osoby, a 52 zostały ranne (De Vos et al., 2023; Mahase, 2023). Prawie połowa wszystkich placówek ochrony zdrowia została zniszczona w południowych i wschodnich regionach Ukrainy,

szczególnie w obwodach Donieckim, Zaporoskim, Mikołajowskim i Charkowskim (OCHA, 2023). Utracona infrastruktura i personel, duży napływ chorych, specyfika opieki nad ofiarami konfliktów zbrojnych, a także deficyt leków i środków medycznych doprowadziły do istotnego zakłócenia pracy ukraińskiej opieki zdrowotnej, której sytuacja jeszcze przed rozpoczęciem konfliktu była trudna (Bosurgi et al., 2022; Rechel et al., 2014). Rosja masowo narusza IHL, obierając za cel ludność cywilną i infrastrukturę (De Vos et al., 2023). W szerszym kontekście, ataki na sektor ochrony zdrowia stały się świadomą strategią, a nie przypadkową niesubordynacją pojedynczych żołnierzy (Fouad et al., 2017; Rushton i Devkota, 2020). Brak poszanowania Konwencji Genewskich, IHL i wynikającej z nich ochrony każdej osoby, która wymaga opieki lub pomocy medycznej z powodu choroby, ułomności lub niepełnosprawności fizycznych, oraz wszelkich placówek zorganizowanych w celu udzielania pomocy medycznej, postrzegany jest jako jedno z najpoważniejszych wyzwań ochrony zdrowia w FCAS. Wpływ i konsekwencje konfliktu zbrojnego na ochronę zdrowia są dalekosiężne i długotrwałe. Ukraina i jej sektor ochrony zdrowia zostały obciążone trudem zarówno zapewnienia ciągłej, jak i efektywnej opieki obywatelom dotkniętym działaniami zbrojnymi, ale także szerokimi konsekwencjami i wyzwaniami jakie niesie nieprzestrzeganie przez Rosję IHL.

W niniejszym opracowaniu opisane zostały wyniki przeglądu literatury dotyczącej wpływu konfliktów zbrojnych na sektor ochrony zdrowia. Przegląd przeprowadzono przeszukując elektroniczne bazy danych PubMed i Google Scholar wykorzystując terminy *healthcare and war*, *healthcare and Ukraine*, *healthcare and conflict*. Wyszukiwane hasła obejmowały tytuły i treści artykułów. Wyniki ograniczono do prac opublikowanych w latach 2013-2023. Dodatkowo, w celu maksymalizacji liczby uzyskanych prac, autorzy przeszukali ręcznie bibliografie wyszukanych artykułów. Zebrane artykuły poddane zostały krytycznej analizie, dokonano syntezy i uogólnienia wynikających z nich wniosków, które osadzone zostały w kontekście bieżącego konfliktu na Ukrainie. W artykule wykorzystano również akty prawne i regulacje obowiązujące na dzień 30 marca 2023 r. Ponadto, przegląd objął raporty opublikowane przez struktury rządowe i organizacje międzynarodowe (WHO, UNICEF, UNHCR, OCHA, National Cancer Institute of Ukraine, International Diabetes Federation Europe, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia).

Sektor Ochrony Zdrowia Ukrainy

Jeszcze przed rozpoczęciem konfliktu z Federacją Rosyjską sektor ochrony zdrowia Ukrainy borykał się z wieloma problemami. Na przełomie 2012 i 2013 r.

prawie 25% aktywnych zawodowo lekarzy na Ukrainie osiągnęło wiek emerytalny, 29% podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej na terenach wiejskich i 50% miejskich wymagało poważnych napraw, społeczne zadowolenie z ochrony zdrowia było ogólnie niskie, a 21,6% ukraińskich gospodarstw domowych kompletnie nie miało dostępu do opieki zdrowotnej (Rechel et al., 2014). W badaniu ankietowym z 2010 r. 40% respondentów wskazało, że aby opłacić usługi medyczne musiało pożyczyć pieniądze lub wyprzedać własny majątek (Rechel et al., 2014; Tambor et al., 2014). Z geograficznego punktu widzenia istnieją znaczne różnice w jakości opieki zdrowotnej w całym kraju. Średnia długość życia jest o dwa lata krótsza we wschodniej i południowej Ukrainie względem zachodniej jej części (Murphy et al., 2013). Na podstawie *The World Factbook 2022* autorstwa Central Intelligence Agency (CIA), w 2014 r. na 1000 mieszkańców Ukrainy przypadało 2,99 lekarzy i 7,5 łóżek szpitalnych (CIA, 2014). United Nations Children's Fund (UNICEF) szacuje, że umieralność niemowląt i umieralność dzieci poniżej 5 roku życia na Ukrainie wynosiła w 2019 r. 7 i 8 na 1000 urodzeń żywych (UNICEF, 2021). Mniej niż jeden na 20 Ukraińców był objęty dobrowolnym prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym, a 72% ukraińskich wodociągów nie spełniało krajowych norm sanitarnych. Ukraińscy chorzy mają trudności z opłaceniem świadczeń zdrowotnych, blisko 40% pożyczało pieniądze lub wyprzedaje swój majątek, aby pokryć koszty hospitalizacji, a około 60% wymagających opieki rezygnuje z usług z powodów finansowych (Tambor et al., 2014). Ukraina otrzymała najniższą ocenę wydajności polityki zdrowotnej spośród 43 badanych krajów na podstawie badania Mackenbacha i McKee (Hryhorenko et al., 2017; Loboda et al., 2020; Ludvigsson i Loboda, 2022; MacKenbach i McKee, 2013).

Deficyt pracowników ochrony zdrowia

Asha George z zespołem określają pracowników ochrony zdrowia (*human resource for health*; HRH) jako serce i duszę systemów opieki zdrowotnej, a ich rola dalece wykracza poza zapewnienie pomocy medycznej (Buhmann et al., 2010; George et al., 2018). Na 921 aktów przemocy wobec sektora opieki zdrowotnej w 22 krajach dotkniętych konfliktem, 91% było wymierzonych bezpośrednio w pracowników ochrony zdrowia (Elnakib et al., 2021). Czynniki ludzkie jest zatem kluczowy dla zapewnienia ciągłości opieki i jego deficyty stanowią największe wyzwanie dla systemów na obszarach FCAS. WHO przewiduje, że do 2030 r. braki kadrowe HRH wyniosą sumarycznie 18 mln pracowników, a w regionach dotkniętych konfliktami zbrojnymi, deficyt ten jest szczególnie wyraźny. Krótko i długotrwałe konsekwencje takiego stanu bezpośrednio prze-

kładają się na zdrowie populacji nawet po jego zakończeniu (Rayes et al., 2021; WHO, 2016). Na przykładzie dotychczasowych kryzysów, literatura donosi, że w wyniku śmierci, zatrzymań, ucieczki, deportacji czy dobrowolnej emigracji blisko trzy czwarte HRH może opuścić dotknięte wojną obszary (Abbara et al., 2015; Dewachi et al., 2014; Fouad et al., 2017; Lafta i Al-Nuaimi, 2019). Ponadto, warto podkreślić, że ze względu na wynikający z działań zbrojnych i kryzysu humanitarnego zwiększony popyt na opiekę medyczną, obciążenie pozostałych pracowników istotnie wzrasta, co dodatkowo ogranicza efektywność pracy ochrony zdrowia (Ahsan, 2022). Deficyty kadr zarządzających są szczególnie dotkliwe dla administrowania i organizacji systemu. Niemniej jednak opisane zostały liczne przykłady na skuteczną ordynację opieki za sprawą inicjatyw oddolnych. Na terenach objętych konfliktem lekarze wcześniej przejmowali modele przywódcze, zakładając i prowadząc tymczasowe placówki medyczne oraz podejmowali i koordynowali inicjatywy humanitarne, aby sprostać potrzebom dotkniętej ludności (Abbara i Ekzayez, 2021; Elnakib et al., 2021). Ponadto, w odpowiedzi na niepewną i dynamiczną sytuację, pracownicy ochrony zdrowia skutecznie improwizowali, a także szybko adaptowali się do zmieniających się warunków, aby zapewnić ciągłość funkcjonowania opieki nad chorymi (Elnakib et al., 2021; Fouad et al., 2017). Niestety, na podstawie zakończonych konfliktów zbrojnych, literatura opisuje, że nastanie pokoju nie rozwiązuje problemu exodusu HRH. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy uciekli przed wojną nie decydują się na powrót ze względu na często niestabilną sytuację polityczną i stan bezpieczeństwa w kraju, który opuścili (Rayes et al., 2021). Co więcej, stres wynikający z większego nakładu pracy, obciążenie psychiczne, PTSD, trudności ekonomiczne, złe warunki pracy i przemoc, to kolejne czynniki, które ograniczają imigrację pracowników ochrony zdrowia po ustaniu konfliktu (Elnakib et al., 2021; Harrell et al., 2020).

Niedobór leków i sprzętu medycznego

Niedobory leków definiuje się jako braki w podaży produktu leczniczego, które uniemożliwiają zaspokojenie zapotrzebowania na ten produkt na poziomie pacjenta (Pauwels et al., 2014). Odpowiedni zasób farmakoterapeutyków jest jednym z filarów efektywnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Niestety, ich niedobory są problemem globalnym i z różnych powodów dotyczą państw na każdym szczeblu rozwoju gospodarczego (Hogerzeil, 2006; Shukar et al., 2021). Laurence Schumacher z zespołem wskazują, że apteki szpitalne w Europie są słabo przygotowane na sytuacje kryzysowe i katastrofy (Schumacher et al., 2021). Problem dotyczy również szpitali i aptek w Stanach Zjedno-

czonych, Chinach, czy krajach arabskich (Al Ruthia et al., 2017; Aljadede et al., 2021; Kaakeh et al., 2011; Yang et al., 2016). Do czynników, które ograniczają dostępność leków należą przede wszystkim: przerwanie łańcuchów dostaw, wzrost cen surowców do produkcji leków, czy bezpośrednio ograniczenie ich produkcji (Kardas et al., 2021). Co więcej, publikacje opisujące konflikt w Syrii do puli owych czynników dodają sankcje gospodarcze, brak dostępności dewiz, niedoborów paliwa, czy przerwy w dostępie do elektryczności (Sahloul et al., 2016). Deficyt leków, a w konsekwencji nieoptymalna farmakoterapia, czy wykorzystanie alternatywnych substancji wymuszają wzmożony nadzór nad chorym, a w rezultacie mogą doprowadzić do opóźnienia w leczeniu, dłuższych hospitalizacji, zwiększonego ryzyka ponownej hospitalizacji i wystąpienia powikłań leczenia, nawrotu choroby, czy nawet śmierci (Blaine et al., 2016; Cohen et al., 2019; McLaughlin et al., 2013; Rider et al., 2013; Shukar et al., 2021; Yang et al., 2016). Ponadto, pracownicy ochrony zdrowia muszą stanąć przed wieloma logistycznymi, zawodowymi i moralnymi dylematami optymalnie dystrybuując ograniczone zasoby lekarstw (Muyinda i Mugisha, 2015). Wobec braku możliwości leczenia farmakologicznego pierwszego rzutu, zapewnienie optymalnej opieki nad pacjentem jest niemal niemożliwe. W przypadku Ukrainy tylko 10% z 22 780 aptek pozostało otwartych na początku wojny, a działania zbrojne całkowicie uniemożliwiły transport leków do niektórych regionów kraju (Khanyk et al., 2022). Konflikty zbrojne oddziałują na miliony pacjentów wymagających stałego leczenia w tym: nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, astmy, POChP i wielu innych chorób przewlekłych, a zakłócenie ich terapii bezpośrednio wpłynie na zachorowalność i śmiertelność z powodu tych chorób (Cohen et al., 2019; Khanyk et al., 2022). Stanowi to bardzo istotny problem z perspektywy zdrowia publicznego. Poza konsekwencjami zdrowotnymi wiele artykułów podnosi również problem wzrostu cen leków spowodowany ich deficytem, a w konsekwencji dodatkowym obniżeniem ich dostępności dla pacjenta (Chen, 2022; Cohen et al., 2019; Khanyk et al., 2022). Skrajny przykład braku dostępności leków z powodów ekonomicznych opisany został w raporcie Organizacji Narodów Zjednoczonych z 2021 r., który donosi, że w przypadku Syryjskich uchodźców w Libanie ekonomiczna niedostępność leków dotknęła blisko 94% populacji, która musiała zrezygnować z wydatków na zdrowie na rzecz zaspokojenia potrzeb żywieniowych (Chen, 2022; UN-HCR et al., 2021). Natomiast w przypadku Ukrainy, w obliczu aktualnego konfliktu, zanotowano 20-60% wzrost cen podstawowych leków (Khanyk et al., 2022). Wysokie ceny leków poza konsumentem dotyczą również podmiotów leczniczych, których koszty operacyjne znacznie wzrastają (Kaakeh et al., 2011). Poza środkami leczniczymi niedobory dotyczą również preparatów

krwiopochodnych i materiałów do transfuzji, sprzętu chirurgicznego, a także sprzętu do diagnostyki obrazowej tj. aparatów rentgenowskich i tomografów komputerowych, a także materiałów eksploatacyjnych i części zamiennych potrzebnych do ich obsługi. Problem pogłębia dodatkowo brak paliwa, energii elektrycznej czy łączności, które utrudniają dystrybucję i przechowywanie lekarstw (De Vos et al., 2023; Elnakib et al., 2021; Fardousi et al., 2019; Lafta i Al-Nuaimi, 2019; Michlig et al., 2019; Munslow, 2019).

Wyzwania spowodowane kryzysem migracyjnym

Na przestrzeni ostatnich lat Europa stanęła w obliczu gwałtownego kryzysu migracyjnego (Bradby et al., 2015). Zgodnie z raportem Wysokiego komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw uchodźców (The United Nations High Commissioner for Refugees; UNHCR) około 66 milionów ludzi na całym świecie zostało przymusowo przesiedlonych w wyniku konfliktu zbrojnego lub prześladowań (UNHCR, 2021). Od początku wojny tj. od 24.02.2022 r. do kwietnia 2023 r. samą ukraińską granicę przekroczone blisko 20,1 miliona razy, a stale Ukrainę opuściło ponad 8 mln ludzi, z czego ponad 5 mln zostało oficjalnie zarejestrowanych do programów ochrony uchodźców lub wystąpiło o azyl (UNHCR, 2023). Zgodnie z danymi UNICEF, w trakcie pierwszego miesiąca wojny aż 4,3 mln z 7,5 mln ukraińskich dzieci zostało przesiedlonych, a blisko 2 mln z nich przekroczyło granicę kraju i trafiło do państw ościennych (UNICEF, 2022). Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Koordynacji Pomocy Humanitarnej (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; OCHA) przewidywało, że blisko 15 milionów ludzi może potrzebować opieki medycznej w wyniku konfliktu na Ukrainie (OCHA, 2023). Większość uchodźców nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego i środków finansowych na pokrycie kosztów leczenia. Ponadto, wskaźniki zachorowalności i śmiertelności w grupach uchodźców są wyższe niż dla ogólnej populacji państw przyjmujących. Dotyczy to zarówno chorób somatycznych, jak i psychicznych (Bradby et al., 2015). Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych tej grupy jest zatem dużym wyzwaniem dla systemów opieki zdrowotnej krajów przyjmujących, a pomoc i zaangażowanie ze strony organizacji pozarządowych i międzynarodowych jest w tym nieoceniona (Caglevic et al., 2022; Mired et al., 2020). Dla polskiego systemu ochrony zdrowia napływ dużej grupy uchodźców z Ukrainy stanowi znaczne wyzwanie w kontekście chorób zakaźnych. Jonas Ludvigsson zwraca uwagę na wysoką zachorowalność na odrę, HIV, czy gruźlicę, a jednocześnie odporność na antybiotyki i niskie wskaźniki wyszczepienia ukraińskiej populacji, szczególnie wśród najmłodszych (Ludvigsson i Loboda, 2022).

W konsekwencji różnic w programach szczepień ochronnych i epidemiologii K. Lewtak et al. prognozują zwiększone obciążenie polskiej ochrony zdrowia w wyniku kryzysu migracyjnego (Lewtak et al., 2022). Ponadto, szczególnie trudna sytuacja zdrowotna ukraińskich dzieci dodatkowo pogłębia ten problem. Bariery prawne, językowe, administracyjne, brak skutecznej informacji o systemie opieki zdrowotnej i dostępnych formach pomocy, czy zakłócenia ciągłości terapii w wyniku samej migracji utrudniają uchodźcom dostęp do systemu zdrowia i uniemożliwiają udzielenie im najlepszej opieki (Chiarenza et al., 2019; Nowak et al., 2022). Skuteczna ochrona zdrowia uchodźców wymaga tym samym zwrócenia szczególnej uwagi na kwestie dostępności i logistyki świadczonej opieki.

Problem pacjentów onkologicznych, hematologicznych i chorych przewlekle

Na obszarach objętych działaniami wojennymi lub dotkniętych wojną w przeszłości, zaobserwowano zwiększoną zapadalność i śmiertelność z powodu chorób nowotworowych (Jawad et al., 2020; Mired et al., 2020). Powstałe w czasie wojny zanieczyszczenie środowiska leukogenami, benzenem i związkami uranu są istotnymi czynnikami ryzyka wystąpienia złośliwych nowotworów hematologicznych i niektórych guzów litych (Alwan i Kerr, 2018; Shahabi et al., 2015; Tolia et al., 2022). Działania wojenne bezpośrednio opóźniają lub całkowicie uniemożliwiają skuteczną prewencję, diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych, a także narażają chorych na dodatkowe powikłania czy niepowodzenie leczenia. Pojemność oddziałów i możliwość hospitalizacji pacjentów onkologicznych spada w wyniku nagłego wzrostu liczby chorych w stanie ciężkim i chorych z urazami do pilnego leczenia operacyjnego (Tolia et al., 2022). W obliczu konfliktu praca ukraińskich lekarzy oraz naukowców została dalece zakłócona, co wpłynęło nie tylko na rutynową opiekę nad pacjentami, ale także badania kliniczne i badania podstawowe w obszarze onkologii, a w rezultacie potencjalnie zwiększoną śmiertelność w wyniku nowotworów w przyszłości (*War in Ukraine Disrupts Trials, Cancer Care, 2022*).

Choroby nowotworowe ogółem są drugą co do częstości przyczyną śmierci na świecie (Roth et al., 2018). Na Ukrainie, gdzie liczba chorych na nowotwory przekracza 1,3 mln, również jest to drugi najczęściej występujący powód zgonu (Caglevic et al., 2022; National Cancer Institute of Ukraine, 2022). Na podstawie danych Narodowego Rejestru Nowotworów Ukrainy (*National Cancer Registry of Ukraine; NCR*), rocznie na Ukrainie przybywa 160 tys. nowych przypadków chorób nowotworowych. W wyniku działań zbrojnych,

w ukraińskich szpitalach dostępność chemio- i radioterapii jest wysoce ograniczona. Wielu pacjentów musiało zostać przeniesionych do państw ościennych w celu kontynuacji terapii, a większość onkologicznych pacjentów pediatrycznych została przeniesiona do Polski (Kozhukhov et al., 2022). Warto nadmienić, że zwłaszcza w przypadku pacjentów pediatrycznych w związku ze zmianą środowiska, barierami w komunikacji, traumą czy stresem, szczególnym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej poza zasadniczą terapią pozostaje ich opieka psychospołeczna (Uğurluer et al., 2022). Christian Caglevic et al. donoszą, że w przypadku ukraińskich pacjentów onkologicznych, tylko 4-miesięczne opóźnienie w leczeniu pięciu najczęściej występujących na Ukrainie nowotworów doprowadzi do 3600 dodatkowych zgonów w tej grupie. Powołując się na słowa prof. dr hab. n. med. Piotra Rutkowskiego, ze względu na migrację pacjentów, spodziewano się nawet 10% wzrostu sumarycznej liczby chorych na nowotwory leczonych w polskich szpitalach jeszcze w 2022 r. (Świerczyńska, 2022). Dla pacjentów onkologicznych ukraińskiego pochodzenia Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wspólnie z Polskim Towarzystwem Onkologicznym (PTO) wprowadził rozwiązania ułatwiające im kontynuację leczenia onkologicznego lub hematologicznego w Polsce. Od 9 marca 2022 r. prowadzona jest bezpłatna, całodobowa infolinia w języku ukraińskim. Za jej pośrednictwem chory przekazuje swoje dane, które następnie trafiają do ośrodka podejmującego się organizacji dalszego leczenia. W każdym województwie co najmniej jeden podmiot świadczący opiekę w zakresie onkologii ma możliwość przyjęcia pacjentów z Ukrainy (NFZ, 2022). Warto nadmienić, że na podstawie specjalnej ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa obywatelom Ukrainy, którzy przybyli do Polski od 24 lutego 2022 r. zapewnione zostało prawo do świadczeń medycznych, refundacji leków i zaopatrzenia w wyroby medyczne na zasadach przysługujących ubezpieczonym w NFZ.

Przewlekłe choroby niezakaźne stanowią główną przyczynę obciążenia chorobowego wśród dorosłych obywateli Ukrainy. Około jedna trzecia populacji cierpi na nadciśnienie tętnicze, a 7,1% na cukrzycę (International Diabetes Federation Europe, 2023; Murphy et al., 2022). W kontekście chorób układu krążenia, literatura donosi, że przewlekły stres związany z działaniami wojennymi w pierwszych sześciu miesiącach konfliktu na Ukrainie doprowadził do 30%-40% wzrostu częstości występowania stanów nagłych z przyczyn sercowo-naczyniowych tj. ostrego zespołu wieńcowego, przełomu nadciśnieniowego, zaburzeń krążenia mózgowego, w porównaniu z tym samym okresem w 2021 r. (Parkhomenko, 2023). W badaniu ankietowym przeprowadzonym

wśród ukraińskich uchodźców w Mołdawii wykazano, że 28% respondentów ze względu na swój stan zdrowia pilnie wymagało podania leków, w tym leków na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze oraz przeciwbólowych. Jednocześnie ponad jedna trzecia z nich nie mogła sobie pozwolić na ich zakup ze względów ekonomicznych (Help Age Moldova, 2022; Murphy et al., 2022). Skuteczna terapia chorób przewlekłych jest możliwa tylko pod warunkiem dobrze dobranej i konsekwentnej terapii, która w większości przypadków tożsama jest z dożywotnim leczeniem farmakologicznym. Tym samym stały dostęp do leków i opieki jest wymogiem koniecznym do zapewnienia efektywnego leczenia, a dla odpowiedniej terapii populacji uchodźców przewlekle chorych stanowi największe wyzwanie (Murphy et al., 2022).

Zespół stresu pourazowego, trauma i długofalowe psychiczne konsekwencje konfliktu zbrojnego

W populacji dotkniętej wojną ryzyko wystąpienia powikłań z zakresu zdrowia psychicznego w tym zespole stresu pourazowego (PTSD) jest wyższe niż w populacji ogólnej (Morina et al., 2018). Szacuje się, że ponad jedna trzecia uchodźców spełnia kryteria diagnostyczne dla PTSD, depresji oraz zespołów lękowych (Javanbakht, 2022). Jednocześnie wzrasta również poziom lęku i depresji w populacjach, które nie są bezpośrednio dotknięte konfliktem (Riad et al., 2022). Pomoc psychologiczna potrzebującym jej uchodźcom ograniczona jest wieloma barierami, a system ochrony zdrowia nie jest w pełni przygotowany do zaspokojenia ich potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego. Warto podkreślić, że źródłem traumy jest dla uchodźców zarówno sytuacja przed, jak i sama migracja. Bariery językowe, kulturowe, utrudniony dostęp do informacji o pomocy, czy stygmatyzacja problemów psychicznych to najistotniejsze z czynników (Mattar i Gellatly, 2022). Współpraca z organizacjami pozarządowymi, charytatywnymi i społecznościami migrantów wydaje się konieczna, aby sprostać tym problemom (Peñuela-O'Brien et al., 2022). W kontekście masowych migracji zdrowie psychiczne wydaje się jednym z naglących wyzwań w zakresie zdrowia publicznego. Wczesne wdrożenie opieki psychologicznej oraz psychiatrycznej, diagnostyki PTSD, a także programów prewencyjnych niktynizmu, alkoholizmu, kontroli wagi i redukcji stresu, szczególnie dla populacji dotkniętych konfliktem i weteranów, pozwoli zapobiec długoterminowym konsekwencjom pierwotnej choroby, a tym samym oszczędzi zasoby systemu ochrony zdrowia w przyszłości (Dalton et al., 2023; Geiling et al., 2012; Morina et al., 2018).

Podsumowanie

Poza świadczeniem usług zdrowotnych wydolny, efektywny oraz odporny system ochrony zdrowia jest odzwierciedleniem opieki państwa w niezwykle wrażliwej sferze życia obywatela, jaką jest zdrowie, symbolizuje dobrze funkcjonujące państwo i sprzyja budowaniu pokoju (Bertone et al., 2019; Kruk et al., 2010). Choć Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (*The Universal Declaration of Human Rights*; UDHR) i wynikające z niej poszanowanie ludzkiego zdrowia nie odnosi się bezpośrednio do wojny, podkreśla, że respektowanie praw człowieka jest środkiem do jej zapobiegania (Mann et al., 2017; Rubenstein, 2020). W sytuacji konfliktu zbrojnego brak poszanowania neutralności ochrony zdrowia wynikającej z IHL stanowi największe wyzwanie dla utrzymania ciągłości jego pracy, a tym samym zapewnieniu efektywnej opieki chorym (Rushton i Devkota, 2020). Relacje medialne, komunikaty organizacji humanitarnych i literatura naukowa zwracają uwagę na problem ataków na sektor ochrony zdrowia (Zimmerman et al., 2019). Wojna i konflikty zbrojne negatywnie oddziałują na każdy element systemu ochrony zdrowia, w szczególności na HRH, a niska dostępność leków jest uważana za jeden z najbardziej dotkliwych wskaźników jego niewydolności (Muyinda i Mugisha, 2015; Rayes et al., 2021). Odbudowa, czy wzmacnianie systemu opieki zdrowotnej wymaga przede wszystkim tworzenia środowiska promującego i wspierającego innowacje oraz oddolne inicjatywy, które stanowią szczególnie obiecującą przestrzeń dla budowania pokoju i stabilizacji społeczeństw powojennych (Alghatrif et al., 2022; Buhmann et al., 2010; Mills, 2014). Po zakończeniu konfliktu zbrojnego niezwykle ważne jest ułatwienie powrotu i ponownej integracji przesiedlonego personelu medycznego. Niezwykle istotne jest wspieranie oraz promocja lokalnych projektów prozdrowotnych (Bou-Karroum et al., 2020; Lin et al., 2023; Mills, 2014; Rayes et al., 2021). Sektor ochrony zdrowia staje przed wieloma wyzwaniami w obliczu konfliktu zbrojnego, a jego odbudowa oraz restrukturyzacja jest procesem niezwykle złożonym i długotrwałym. Wypracowana w konsekwencji jakość ma potencjał przełożyć się na bardziej efektywną opiekę, a tym samym wywrzeć pozytywny wpływ na zdrowie populacji już po ustaniu konfliktu.

Bibliografia

- Abbara, A., Ekzayez, A. (2021). Healthcare leadership in Syria during armed conflict and the pandemic. *BMJ Global Health*, 6(5), 1–3. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005697>
- Abbara, A., Orcutt, M., Gabbar, O. (2015). Syria's lost generation of doctors. *BMJ Global Health*, 350, 2–3. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3479>

- Ahsan, S. (2022). Ukrainian health workers respond to war. *Lancet*, 399(10328), 896. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00413-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00413-5)
- Al Ruthia, Y. S., Al Kofide, H., Al Ajmi, R., Balkhi, B., Alghamdi, A., Al Nasser, A., Alayed, A., Alshammari, M., Alsuhaibani, D., Alathbah, A. (2017). Drug shortages in large hospitals in Riyadh: A cross-sectional study. *Annals of Saudi Medicine*, 37(5), 375–385. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2017.375>
- Alghatrif, M., Darwish, M., Alzoubi, Z., Shawar, Y. R. (2022). Power dynamics and health initiative design as determinants of peacebuilding: A case study of the Syrian conflict. *BMJ Global Health*, 7, 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007745>
- Aljaded, R., Alruthia, Y., Balkhi, B., Sales, I., Alwhaibi, M., Almohammed, O., Alotaibi, A. J., Alrumaih, A. M., Asiri, Y. (2021). The impact of covid-19 on essential medicines and personal protective equipment availability and prices in Saudi Arabia. *Healthcare*, 9(3), 1–14. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030290>
- Alwan, N., Kerr, D. (2018). Cancer control in war-torn Iraq. *Lancet Oncology*, 19(3), 291–292. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30135-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30135-9)
- Bertone, M. P., Jowett, M., Dale, E., Witter, S. (2019). Health financing in fragile and conflict-affected settings: What do we know, seven years on?. *Social Science and Medicine*, 232, 209–219. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.019>
- Blaine, K. P., Press, C., Lau, K., Sliwa, J., Rao, V. K., Hill, C. (2016). Comparative effectiveness of epsilon-aminocaproic acid and tranexamic acid on postoperative bleeding following cardiac surgery during a national medication shortage. *Journal of Clinical Anesthesia*, 35, 516–523. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.08.037>
- Bosurgi, R., Davidson, C., Gaynor-Brook, L., Moyer, C., Odeny, B., Turner, R. (2022). Ukraine conflict: Prioritizing lives and health. *PLoS Medicine*, 19(5), 4–5. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004007>
- Bou-Karroum, L., El-Harakeh, A., Kassamany, I., Ismail, H., ElArnaout, N., Charide, R., Madi, F., Jamali, S., Martineau, T., Eljardali, F., Akl, E. A. (2020). Health care workers in conflict and postconflict settings: Systematic mapping of the evidence. *PLoS ONE*, 15(5), 1–35. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233757>
- Bradby, H., Humphris, R., Newall, D., Phillimore, J. (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region*. WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Synthesis Report 44). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1479287/retrieve>
- Buhmann, C., Barbara, J. S., Arya, N., Melf, K. (2010). The roles of the health sector and health workers before, during and after violent conflict. *Medicine, Conflict and Survival*, 26(1), 4–23. <https://doi.org/10.1080/13623690903553202>
- Caglevic, C., Rolfo, C., Gil-Bazo, I., Cardona, A., Sapunar, J., Hirsch, F. R., Gandara, D. R., Morgan, G., Novello, S., Garassino, M.-C., Mountzios, G., Leigh, N. B., Bretel, D., Arrieta, O., Addeo, A., Liu, S. V., Corrales, L., Subbiah, V., Aboitiz, F., ... Zielinski, C. (2022). The Armed Conflict and the Impact on Patients With Cancer in Ukraine: Urgent Considerations review articles abstract. *JCO Global Oncology*, 8, e2200123. <https://doi.org/10.1200/GO.22.00123>
- Chen, A. (2022). “Doctors ask me to feed my kids-but how?” The Russia-Ukraine war hits Syrian refugees in Lebanon. *BMJ*, 377, 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.o1185>
- Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., Verrept, H. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4353-1>
- CIA. (2014). *The World Fact Book 2022*. Dostep: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/ukraine/> [08.02.2023].

- Cohen, D. B., Davies, G., Malwafu, W., Mangochi, H., Joekes, E., Greenwood, S., Corbett, L., Squire, S. B. (2019). Poor outcomes in recurrent tuberculosis: More than just drug resistance? *PLoS One*, 14(5), e0215855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215855>
- Dalton, M. K., Jarman, M. P., Manful, A., Koehlmoos, T. P., Cooper, Z., Weissman, J. S., Schoenfeld, A. J. (2023). The Hidden Costs of War: Healthcare Utilization among Individuals Sustaining Combat-related Trauma (2007-2018). *Annals of Surgery*, 277(1), 159–164. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004844>
- De Vos, Ch., Gallina, A., Kovtoniuk, P., Poltavets, U., Romy, J., Rusnak, D., Wille, Ch. (2023). *Destruction and Devastation. One Year of Russia's Assault on Ukraine's Health Care System*. Dostęp: <https://phr.org/wp-content/uploads/2023/02/REPORT-Destruction-and-Devastation-Ukraine-Feb-21-2023-ENG-WebOptimized.pdf> [28.02.2023].
- Dewachi, O., Skelton, M., Nguyen, V. K., Fouad, F. M., Sitta, G. A., Maasri, Z., Giacaman, R. (2014). Changing therapeutic geographies of the Iraqi and Syrian wars. *The Lancet*, 383(9915), 449–457. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62299-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62299-0)
- Elnakib, S., Elaraby, S., Othman, F., BaSaleem, H., Abdulghani AlShawafi, N. A., Saleh Al-Gawfi, I. A., Shafique, F., Al-Kubati, E., Rafique, N., Tappis, H. (2021). Providing care under extreme adversity: The impact of the Yemen conflict on the personal and professional lives of health workers. *Social Science and Medicine*, 272, 113751. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113751>
- Fardousi, N., Douedari, Y., Howard, N. (2019). Healthcare under siege: A qualitative study of health-worker responses to targeting and besiegement in Syria. *BMJ Open*, 9(9), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029651>
- Fouad, F. M., Sparrow, A., Tarakji, A., Alameddine, M., El-Jardali, F., Coutts, A. P., El Arnaout, N., Karroum, L. B., Jawad, M., Roborgh, S., Abbara, A., Alhalabi, F., AlMasri, I., Jabbour, S. (2017). Health workers and the weaponisation of health care in Syria: a preliminary inquiry for The Lancet–American University of Beirut Commission on Syria. *Lancet*, 390(10111), 2516–2526. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30741-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30741-9)
- Geiling, J., Rosen, J. M., Edwards, R. D. (2012). Medical costs of war in 2035: Long-term care challenges for veterans of Iraq and Afghanistan. *Military Medicine*, 177(11), 1235–1244. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-12-00031>
- George, A. S., Campbell, J., Ghaffar, A., Abimbola, S., AbuAlRub, R., Bhatnagar, A., Dieleman, M., Kwamie, A., Govender, V., Huicho, L., Lehmann, U., Martineau, T., Paina, L., Prashanth, N. S., Robertson, T., Rao, K. D., Scott, K., Sriram, V., Topp, S., Witter, S. (2018). Advancing the science behind human resources for health: Highlights from the Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health. *Human Resources for Health*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0302-z>
- Harrell, M., Selvaraj, S. A., Edgar, M. (2020). DANGER! crisis health workers at risk. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155270>
- Help Age Moldova. (2022, 10 marca). *Rapid Needs Assessment of Older Refugees*. Dostęp: <https://reliefweb.int/report/ukraine/moldova-rapid-needs-assessment-older-refugees-10-march-2022> [10.02.2023].
- Hogerzeil, H. V. (2006). Essential medicines and human rights: what can they learn from each other? *Bulletin of the World Health Organization*, 84(5), 371–375. <https://doi.org/10.2471/blt.06.031153>
- Hryhorenko, L., Shchudro, S., Shevchenko, A., Rublevska, N., Zaitsev, V. (2017). Prevalence of diseases among adolescent population in dnepropetrovsk region (Ukraine), correlated with drinking water quality deterioration. *Georgian Medical News*, (272), 91–96. Dostęp: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29227266/> [15.02.2023].
- International Diabetes Federation Europe. (2023). *IDF Europe members; Ukraine*. Dostęp: <https://idf.org/europe-network/regions-members/europe/members/164-ukraine.html> [18.02.2023].

- Javanbakht, A. (2022). Addressing war trauma in Ukrainian refugees before it is too late. In *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2104009>
- Jawad, M., Millett, C., Sullivan, R., Alturki, F., Roberts, B., Vamos, E.P. (2020). The impact of armed conflict on cancer among civilian populations in low- and middle-income countries: a systematic review. *Ecancermedicalscience*, 14, 1039. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1039>
- Kaakeh, R., Sweet, B. V., Reilly, C., Bush, C., DeLoach, S., Higgins, B., Clark, A. M., Stevenson, J. (2011). Impact of drug shortages on U.S. health systems. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 68(19), 1811–1819. <https://doi.org/10.2146/ajhp110210>
- Kardas, P., van Boven, J. F. M., Pinnock, H., Menditto, E., Wettermark, B., Tsiligianni, I., Ágh, T. (2021). Disparities in European healthcare system approaches to maintaining continuity of medication for non-communicable diseases during the COVID-19 outbreak. *Lancet Regional Health - Europe*, 4, 3–5. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100099>
- Khanyk, N., Hromovyk, B., Levytska, O., Agh, T., Wettermark, B., Kardas, P. (2022). The impact of the war on maintenance of long-term therapies in Ukraine. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.1024046>
- Kozhukhov, S., Dovganych, N., Smolanka, I., Kryachok, I., Kovalyov, O. (2022). Cancer and War in Ukraine: How the World Can Help Win This Battle. *JACC: CardioOncology*, 4(2), 279–282. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.04.001>
- Kruk, M. E., Freedman, L. P., Anglin, G. A., Waldman, R. J. (2010). Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries: A theoretical framework and research agenda. *Social Science and Medicine*, 70(1), 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.042>
- Lafta, R. K., Al-Nuaimi, M. A. (2019). War or health: a four-decade armed conflict in Iraq. *Medicine, Conflict and Survival*, 35(3), 209–226. <https://doi.org/10.1080/13623699.2019.1670431>
- Lewtak, K., Kanecki, K., Tyszko, P., Goryński, P., Bogdan, M., Nitsch-Osuch, A. (2022). Ukraine war refugees - threats and new challenges for healthcare in Poland. *Journal of Hospital Infection*, 125, 37–43. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jhin.2022.04.006>
- Lin, T. K., Werner, K., Kak, M., Herbst, C. H. (2023). Health-care worker retention in post-conflict settings: a systematic literature review. *Health Policy and Planning*, 38(1), 109–121. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac090>
- Loboda, A., Smiyan, O., Popov, S., Petrashenko, V., Zaitsev, I., Redko, O., Zahorodnii, M., Kasyan, S. (2020). Child health care system in Ukraine. *Turkish Archives of Pediatrics*, 55(1), S98–S104. <https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2020.82997>
- Ludvigsson, J. F., Loboda, A. (2022). Systematic review of health and disease in Ukrainian children highlights poor child health and challenges for those treating refugees. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 111(7), 1341–1353. <https://doi.org/10.1111/apa.16370>
- Łubiński, P. (2014). Ochrona Rannych, Chorych. Personel Medyczny i Duchowny. W: Z. Falkowski, M. Marcinko (red.), *Międzynarodowe Prawo Humanitarne Konfliktów Zbrojnych* (s. 169–184). Wojskowe Centrum Edukacji Obywatelskiej. Dostęp: https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/13244/Ochrona_rannych_chorych_personel_medyczny.pdf?sequence=1 [08.02.2023].
- MacKenbach, J. P., McKee, M. (2013). A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *European Journal of Public Health*, 23(2), 195–201. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks192>
- Mahase, E. (2023). Ukraine: Over 700 recorded attacks on health facilities and workers in year since Russia invasion. *BMJ*, 380, p451. <https://doi.org/10.1136/bmj.p451>
- Mann, J. M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., Fineberg, H. (2017). Health and human rights. W: M. J. Selgelid, T. Pogge (red.), *Health Rights* (s. 113–126). Routledge.

- Mattar, S., Gellatly, R. (2022). Refugee mental health: Culturally relevant considerations. *Current Opinion in Psychology*, 47, 101429. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101429>
- McLaughlin, M., Kotis, D., Thomson, K., Harrison, M., Fennessy, G., Postelnick, M., Scheetz, M. H. (2013). Effects on patient care caused by drug shortages: a survey. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 19(9), 783–788. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2013.19.9.783>
- Michlig, G. J., Lafta, R., Al-Nuaimi, M., Burnham, G. (2019). Providing healthcare under ISIS: A qualitative analysis of healthcare worker experiences in Mosul, Iraq between June 2014 and June 2017. *Global Public Health*, 14(10), 1414–1427. <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1609061>
- Mills, A. (2014). Health Care Systems in Low- and Middle-Income Countries. *New England Journal of Medicine*, 370(6), 552–557. <https://doi.org/10.1056/nejmra1110897>
- Mired, D., Johnson, S., Tamamyan, G. (2020). Cancer disparities in war-torn and post-war regions. *Nature Reviews Cancer*, 20(7), 359–360. <https://doi.org/10.1038/s41568-020-0274-x>
- Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 239, 328–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.027>
- Munslow, B. (2019). Humanitarianism under attack. *International Health*, 11(5), 358–360. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz065>
- Murphy, A., Fuhr, D., Roberts, B., Jarvis, C. I., Tarasenko, A., McKee, M. (2022). The health needs of refugees from Ukraine. *BMJ*, 377, 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.o864>
- Murphy, A., Levchuk, N., Stickley, A., Roberts, B., McKee, M. (2013). A country divided? Regional variation in mortality in Ukraine. *International Journal of Public Health*, 58(6), 837–844. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0457-2>
- Muyinda, H., Mugisha, J. (2015). Stock-outs, uncertainty and improvisation in access to healthcare in war-torn Northern Uganda. *Social Science and Medicine*, 146, 316–323. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.022>
- Narodowy Fundusz Zdrowia [NFZ]. (2022). *Dla pacjenta z Ukrainy*. Dostęp: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/infolinia-nfz-dla-pacjentow-onkologicznych-z-ukrainy,8156.html> [17.02.2023].
- National Cancer Institute of Ukraine. (2022). Cancer in Ukraine 2020–2021. Incidence, mortality, prevalence and other relevant statistics. *Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine*, 23. Dostęp: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_23/PDF_E/BULL_Eng_23.pdf [17.02.2023].
- Nowak, A. C., Namer, Y., Hornberg, C. (2022). Health Care for Refugees in Europe: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031278>
- OCHA. (2023). *Ukraine humanitarian response - key achievements in 2022*. European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations. Dostęp: <https://reports.unocha.org/en/country/ukraine/> [17.02.2023].
- OECD. (2018). *States of Fragility 2018: Highlights*. OECD. Dostęp: https://www.oecd.org/dac/conflict-fragility-resilience/docs/OECD%20Highlights%20documents_web.pdf [17.02.2023].
- Parkhomenko, A. (2023). Russia's War in Ukraine and Cardiovascular Health Care. *Circulation*, 147(10), 779–781. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.063196>
- Pauwels, K., Huys, I., Casteels, M., Simoens, S. (2014). Drug shortages in European countries: A trade-off between market attractiveness and cost containment?. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-438>

- Peñuela-O'Brien, E., Wan, M. W., Edge, D., Berry, K. (2022). Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review. *Transcultural Psychiatry*, 60(1) <https://doi.org/10.1177/13634615211067360>
- Rayes, D., Meiqari, L., Yamout, R., Abbara, A., Nuwayhid, I., Jabbour, S., Abouzeid, M. (2021). Policies on return and reintegration of displaced healthcare workers towards rebuilding conflict-affected health systems: a review for The Lancet-AUB Commission on Syria. *Conflict and Health*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00367-4>
- Rechel, B., Richardson, E., McKee, M. (2014). Trends in health systems in the former Soviet countries. *European Journal of Public Health*, 24(suppl 2). <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku162.088>
- Riad, A., Drobov, A., Krobot, M., Antalová, N., Alkasaby, M. A., Peřina, A., Kořčík, M. (2022). Mental Health Burden of the Russian-Ukrainian War 2022 (RUW-22): Anxiety and Depression Levels among Young Adults in Central Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph19148418>
- Rider, A. E., Templet, D. J., Daley, M. J., Shuman, C., Smith, L. V. (2013). Clinical dilemmas and a review of strategies to manage drug shortages. *Journal of Pharmacy Practice*, 26(3), 183-191. <https://doi.org/10.1177/0897190013482332>
- Roth, G. A., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, H. T., Abebe, M., Abebe, Z., Abejie, A. N., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1736-1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
- Rubenstein, L. (2020). War, political conflict, and the right to health. *Health and Human Rights*, 22(1), 339-341. Dostęp: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348453/> [10.02.2023].
- Rushton, S., Devkota, B. (2020). Choosing not to weaponize healthcare: politics and health service delivery during Nepal's civil war, 1996-2006. *Medicine, Conflict and Survival*, 00(00), 212-231. <https://doi.org/10.1080/13623699.2020.1794366>
- Safeguarding Health in Conflict Coalition. (2018). *Impunity Remains: Attacks on Health Care in 23 Countries in Conflict*. Dostęp: <https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2019final.pdf> [18.02.2023].
- Sahloul, M. Z., Monla-Hassan, J., Sankari, A., Kherallah, M., Atassi, B., Badr, S., Abbara, A., Sparrow, A. (2016). War is the enemy of health pulmonary, critical care, and sleep medicine in war-torn Syria. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(2), 147-155. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201510-661PS>
- Schumacher, L., Bonnabry, P., Widmer, N. (2021). Emergency and Disaster Preparedness of European Hospital Pharmacists: A Survey. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 15(1), 25-33. <https://doi.org/10.1017/dmp.2019.112>
- Shahabi, S., Fazlalizadeh, H., Stedman, J., Chuang, L., Sharifabrizi, A., Ram, R. (2015). The impact of international economic sanctions on Iranian cancer healthcare. *Health Policy*, 119(10), 1309-1318. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.012>
- Shukar, S., Zahoor, F., Hayat, K., Saeed, A., Gillani, A. H., Omer, S., Hu, S., Babar, Z. U. D., Fang, Y., Yang, C. (2021). Drug Shortage: Causes, Impact, and Mitigation Strategies. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 1-18. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.693426>
- Świerczyńska, K. (2022, 30 marca). *Jaki wpływ na polską onkologię ma wojna na Ukrainie? Co najmniej 20 tysięcy pacjentów więcej*. Wprost Zdrowie. Dostęp: <https://zdrowie.wprost.pl/strefa-pacjenta/nowotwory/10672243/jaki-wplyw-na-polska-onkologie-ma-wojna-na-ukrainie-co-najmniej-20-tysiecy-pacjentow-wiecej.html> [19.02.2023].

- Tambor, M., Pavlova, M., Rechel, B., Golinowska, S., Sowada, C., Groot, W. (2014). The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: Evidence from six countries. *European Journal of Public Health*, 24(3), 378–385. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt118>
- Tolia, M., Kamposioras, K., Symvoulakis, E. K., Mauri, D., Skouras, P., Schizas, D., Charalampakis, N., Kokakis, I., Matthaios, D., Gazouli, I., Ferentinos, K., Girvalaki, C., Apostolidis, K. (2022). Cancer patient care during different war times; is the response too slow?. *ESMO Open*, 7(4), 100557. The Authors. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2022.100557>
- Uğurluer, G., Özyar, E., Corapcioglu, F., Miller, R. C. (2022). Psychosocial Impact of the War in Ukraine on Pediatric Cancer Patients and Their Families Receiving Oncological Care Outside Their Country at the Onset of Hostilities. *Advances in Radiation Oncology*, 7(4), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.adro.2022.100957>
- UNHCR. (2021). *United Nations High Commissioner for Refugees. Global trends—forced displacement*. Dostęp: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> [18.02.2023].
- UNHCR. (2023). *Ukraine refugee situation*. Dostęp: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> [18.02.2023].
- UNHCR, UNICEF, WFP, Interagency Coordination - Lebanon. (2021). *Vulnerability Assessment for Syrian Refugees (VASyR) 2021*. Dostęp: <https://reliefweb.int/report/lebanon/vasyr-2021-vulnerability-assessment-syrian-refugees-lebanon> [18.02.2023].
- UNICEF. (2021). *The state of the world's children 2021*. Dostęp: <https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf> [18.02.2023].
- UNICEF. (2022). *More than half of Ukraine's children displaced after one month of war*. Dostęp: <https://www.unicef.org/press-releases/more-half-ukraines-children-displaced-after-one-month-war> [18.02.2023].
- War in Ukraine Disrupts Trials, Cancer Care. (2022). *Cancer Discovery*, 12(5), 1178. <https://doi.org/10.1158/2159-8290.CD-ND2022-0004>
- WHO. (2016). *Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*. Dostęp: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511308> [20.02.2023].
- Yang, C., Wu, L., Cai, W., Zhu, W., Shen, Q., Li, Z., Fang, Y. (2016). Current situation, determinants, and solutions to drug shortages in Shaanxi Province, China: A qualitative study. *PLoS ONE*, 11(10), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165183>
- Zimmerman, H. L., Mülhausen, M., Tuck, E. (2019). Attacks on healthcare in conflict: generating attention in the modern information landscape. *Medicine, Conflict and Survival*, 35(1), 12–42. <https://doi.org/10.1080/13623699.2019.1573801>