

Prof. dr hab. B. Brydak  
Zatrudniona w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego  
Państwowy Zakład Higieny-Państwowy Instytut Badawczy  
w Warszawie ul. Chocimska 24  
zam.02-593 Warszawa ul. Stanisława Żaryna 5 m76  
tel.691-352-979

Warszaw 20.07.2023r.

Ocena rozprawy doktorskiej mgr Izabelii Magdaleny Kucharskiej *Analiza funkcjonalności wojewódzkich planów działania na wypadek wystąpienia epidemii. Identyfikacja dobrych praktyk i modelowych rozwiązań* powołanej mnie jako recenzenta decyzją Rady Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie ( pismo z dnia 3 grudnia 2020 r , Uchwała nr.201/RN-D/9/2-2020).

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska zawiera wykaz użytych skrótów, wstęp, założenia i cel pracy, materiał i metody badawcze , wyniki, dyskusja , schemat modelowego planu działania na wypadek wystąpienia pandemii, wnioski, streszczenie, abstract , piśmiennictwo i załączniki. Łącznie rozprawa doktorska zawiera 307 stron.

Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, bardzo szczegółowego rozbudowanego wstępu, wprowadzając Czytelnika w problematykę niezmiernie ważną dotyczącą rodzajów zdarzeń , zagrożeń, systemu bezpieczeństwa epidemiologicznego w świetle przepisów wraz bardzo licznymi ustawami dotyczącej tej problematyki. Podstawowym filarem takiego planu jest monitoring zakaźnego patogenu, identyfikacje jego za pomocą najnowszych technik diagnostycznych oraz rejestry epidemiologiczne. Opracowany plan powinien zawierać charakterystykę zagrożeń, analizę ryzyka, analizę ryzyka ich wystąpienia, wykaz i rozmieszczenia zakładów leczniczych wraz z szacunkową liczbą osób, które mogą być przyjęte do leczenia, izolacji i kwarantanny oraz listy osób, które mogą być skierowane do zwalczania epidemii. Ustalenie wzorcowego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii z możliwością jego modyfikacji, w zależności od specyfiki regionu, byłoby korzystne dla ujednolicenia działań we wszystkich województwach. Jednakowe i obowiązujące wszystkich wojewodów wytyczne pozwoliłyby na standaryzację w skali kraju działań wszystkich służb zaangażowanych w przeciwdziałanie epidemiom i usuwanie lub minimalizację ich skutków. Aktualnie w Polsce brak jest modelowego planu działania na wypadek epidemii. Należy mieć

świadomość, że każda infekcja powoduje nie tylko zaostrzenie choroby już istniejącej lub wywołania nowej oraz policzalne skutki ekonomiczne płacone z naszych podatków.

Celem rozprawy doktorskiej przedstawionej do recenzji jest dokonanie metaanalizy 16 wojewódzkich działań na wypadek wystąpienia epidemii, zidentyfikowanie i charakterystyka elementów działań krytycznych, zaproponowanie schematu modelowego, który mógłby stanowić bazę wyjściową do ujednolicenia planów wojewódzkich z zapewnieniem ich funkcjonalności.

Omówienie wyników i ogólna ocena badań przedstawionych przez Doktorantkę

Analizie poddano 16 wojewódzkich planów działania na wypadek wystąpienia epidemii, pod kątem wybranych działań planowanych na wypadek wystąpienia tego typu zdarzeń w kraju. Wybrane, kluczowe obszary działań przeciwepidemicznych pogrupowane w 8. tematycznych sekcjach, dotyczących: (1) informacji ogólnych w zakresie planów, (2) zabezpieczenia województwa w środki ochrony indywidualnej, (3) organizacji transportu osób chorej lub zakażonych do szpitali, (4) miejsc hospitalizacji w warunkach izolacji oddechowej w podciśnieniu, procedur przeciwepidemicznych, postępowania ze zwłokami osób zmarłych z powodu choroby wysoce zakaźnej, (5) postępowania z materiałem pobranym od osoby chorej lub podejrzanej o zakażenie do badań diagnostycznych, (6) postępowanie z osobami z kontaktu z osobą chorą lub podejrzaną o zakażenie oraz organizacji miejsc kwarantanny dla osób ze styczności, (7) kwestii organizacji pracy, edukacji i komunikacji ze społeczeństwem, komunikacji z mediami i wymiany informacji między służbami, oraz (8) odtwarzania zasobów w aspekcie skutków ekonomicznych i społecznych epidemii. Łącznie zadanych zostało 106 pytań do planów. Odnośnie ocen ekspertów 100% to maksymalna punktów, jaką mógł zdobyć plan. Ze względu na dużą liczbę pytań, w kontekście których plany w 8. sekcjach oceniało 3. ekspertów, dokonano oceny zgodności odpowiedzi dwoma rodzajami wskaźników: współczynnikiem W Kendalla i współczynnikami ICC zgodność i ICC spójności. Otrzymane wartości współczynników spójności i zgodności, obliczone dla odpowiedzi w ramach każdej sekcji wskazały, że najwyższe: spójność (icc\_cons) oraz zgodność (icc\_agr) ocen występują dla sekcji 5, a najniższe dla sekcji 8. natomiast wartości współczynnika zgodności Kendalla obliczone dla ocen poszczególnych sekcji wskazały, że najwyższy współczynnik W Kendalla uzyskano dla sekcji 5. i 7., a najniższy dla sekcji 8. (str. 129-130). Oznacza to, że obserwacje planów w kontekście pytań w sekcjach: 5. i 7. były wysoce zgodne między oceniającymi osobami zaś wysoki stopień odchylenia między obserwacjami ekspertów wystąpił w kontekście

pytań zawartych w sekcji 8 dotyczącej odtwarzania zasobów. Maksymalna liczba punktów, którą w ocenie eksperta mógł uzyskać każdy plan to 510 (100%). Badania pokazały, że żaden z 16. wojewódzkich planów działań na wypadek epidemii nie uzyskał nawet połowy maksymalnej liczby punktów. Najniższą średnią ocenę uzyskały plany województw: (1) lubelskiego - 14 punktów (3% oceny maksymalnej), kujawsko-pomorskiego - 22 punkty (4% oceny maksymalnej), kujawsko-pomorskiego-22 punkty (4% oceny maksymalnej) i wielkopolskiego – 36 punktów (7% oceny maksymalnej do zdobycia), a najwyższą średnią ocenę plany województw: małopolskiego: 181 punktów (35% oceny maksymalnej), łódzkiego: 177 punktów (35% oceny maksymalnej) oraz mazowieckiego: 158 punktów (31% oceny maksymalnej). (str. 121-122).

Z badań wynika, że w wojewódzkich planach działania na wypadek wystąpienia epidemii najlepiej omówione są informacje ogólne, ujęte w sekcji 1., a w niej takie obszary jak:

- uwzględnienie działań przeciwepidemicznych dla więcej niż jednego przypadku choroby wysoce zakaźnej (średnia ocena = 4,7 dla pytania 5.) oraz
- posiadanie na terenie województwa imiennych wykazów osób, które mogą zostać skierowane do działań przeciwepidemicznych (pytanie 11 - średnia ocena 3,1).

Odpowiedzi w sekcji pierwszej uzyskały 42,2% oceny możliwej do zdobycia.

Badania pokazują, że najslabiej wojewódzkie plany działania na wypadek wystąpienia epidemii (łącznie) odnoszą się do aspektów związanych zabezpieczeniem w środki ochrony indywidualnej (średnia liczba punktów dla sekcji 2. wyniosła 10,1% maksymalnej liczby punktów) oraz do kwestii organizacji opieki medycznej z uwzględnieniem możliwości hospitalizacji w warunkach pełnej izolacji oddechowej (średnia liczba punktów dla sekcji wyniosła 11,5% maksymalnej do zdobycia liczby punktów). Żaden z planów w jakikolwiek sposób nie odnosi się do wskazania osób, które mogłyby pełnić rolę superwizora przy zakładaniu i zdejmowaniu odzieży ochronnej (sekcja 2.) i procedur po ekspozycyjnych w przypadku realnego narażenia na czynnik zakaźny osoby/osób przygotowujących ciało do pochówku (sekcja 4.).

Ponadto, jak pokazują badania, plany nie uwzględniają, lub pojedyncze z nich uwzględniają w śladowym zakresie, takie istotne aspekty zabezpieczenia przeciwepidemicznego województwa jak:

- możliwość szybkiego przerwania szerzenia się drobnoustrojów (pytanie 15, ocena 0,5 ),
- wskazanie czynników biologicznych/chorób zakaźnych w zestawieniu z informacją jakiego rodzaju PPE wymaga kontakt z nimi (pytanie 19, ocena 0,1),
- udział superwizora przy zakładaniu i zdejmowaniu PPE w celu zapewnienia maksymalnego

- bezpieczeństwa epidemiologicznego (pytanie 22, ocena 0,02),
- inne możliwe sposoby zabezpieczenia się przed zakażeniem (pytanie 24, ocena 0,3),
  - maksymalny czas na skierowanie odpowiedniego transportu do osoby podejrzanej o zakażenie czynnikiem wysoce zakaźnym (pytanie 33, ocena 0,1),
  - czas transportu do najbliższego szpitala posiadającego możliwość hospitalizacji w warunkach pełnej izolacji oddechowej (pytanie 35, ocena 0)
  - wymóg systematycznych ćwiczeń procesu bezpiecznego zakładania i zdejmowania środków ochrony osobistej (pytanie 37, ocena 0,1),
  - postępowanie z osobami towarzyszącymi pacjentowi podczas transportu po dokonaniu dekontaminacji i bezpiecznym rozebraniu się z odzieży ochronnej (pytanie 43, ocena 0,1),
  - odmienny sposób postępowania w zależności od warunków pogodowych (lato – zima), w kontekście dekontaminacji (pytanie 44, ocena 0),
  - procedury po ekspozycyjnej po narażeniu (pytanie 49, ocena 0,04),
  - okresowa weryfikacja i aktualizacja procedury ponarażeniowej, szkolenia personelu w tym zakresie (pytanie 50, ocena 0,1),
  - sposób postępowania w przypadku narażenia na kontakt z czynnikiem wysoce zakaźnym (pytanie 51, ocena 0,04),
  - ogólna konieczności poddania się postępowaniu po ekspozycyjnemu po narażeniu na czynnik zakaźny (pytanie 52, ocena 0,1),
  - wskazanie kto zajmuje się bezpiecznym przygotowaniem ciała do pochówku i zabezpieczeniem go (pytanie 56, ocena 0,1),
  - procedury po ekspozycyjne w przypadku realnego narażenia osób zajmujących się pochówkiem (pytanie 58, ocena 0,04),
  - przeszkolenie personelu w zakresie właściwego używania odzieży ochronnej, listy personelu dedykowanego do postępowania ze zwłokami (pytanie 59, ocena 0),
  - wskazanie w jakim czasie od zgłoszenia konieczności przewiezienia osób do miejsc kwarantannowych pojazdy zostaną podstawione do miejsca odbioru osób obowiązanych do poddania się kwarantannie (pytanie 72, ocena 0,2),
  - liczba osób niezbędnych do zapewnienia porządku i bezpieczeństwa w miejscach kwarantanny (pytanie 81, ocena 0,2),
  - zróżnicowanie liczby osób, które będą niezbędne do zapewnienia porządku i bezpieczeństwa w miejscach kwarantanny, w zależności od liczby osób objętych kwarantanną (pytanie 82, ocena 0,02),
  - podmiot odpowiedzialny za dokonanie dekontaminacji pomieszczeń/ obiektu po

- zakończeniu okresu kwarantannowego (pytanie 83, ocena 0,3),
- źródło finansowania strat w mieniu ośrodka kwarantannowego (pytanie 84, ocena 0,2),
  - zasady tworzenia kordonu sanitarnego i niezbędne siły i środki (pytanie 86, ocena 0,2),
  - konieczność wyznaczenia kierowców/personelu do przewozu osób narażonych do kwarantanny i szkolenia tych osób (pytanie 87, ocena 0,2),
  - odniesienie się do księgi komunikacji kryzysowej (pytanie 96, ocena 0,2),
  - konieczność wymiany informacji między ośrodkiem zlecającym badanie, organem nadzoru, a laboratorium (pytanie 98, ocena 0,1),
  - czas odtworzenia zasobów do poziomu sprzed epidemii (pytanie 102, ocena 0,02),
  - założenie odtwarzanie zasobów etapami (pytanie 103, ocena 0,04).

Analizując 16. wojewódzkich planów działania na wypadek wystąpienia epidemii, niezależnie od odpowiedzi na 106. pytań w 8. sekcjach, Doktorantka zidentyfikowała i opisała w rozprawie (str. 155). wiele dobrych praktyk, które powinny zostać wykorzystane przy nowelizacji planów, a uwzględnione zostały w propozycji projektu spisu rzeczy modelowego wojewódzkiego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii, stanowiącego część rozprawy doktorskiej. Pozytywy pogrupowane zostały w 3 obszarach: (1) informacji, porządkowych i technicznych, (2) właściwość i współpraca jednostek, (3) organizacja działań i zasobów. Jako konkluzję Doktorantka wskazała, że bez pełnego uwzględnienia w każdym planie wszystkich istotnych elementów działania, a ponadto bez wskazania kluczowych załączników, na których opiera się plan, są one nieczytelne i nie w pełni użytkowe.

Analizie poddano odpowiedzi udzielone przez 16. państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych oraz 16. wojewodów, którym zadano 8 jednakowych pytań otwartych (16. wojewodom zadano 9. dodatkowe, jednobrzmiące pytanie) dotyczących zarówno oceny wojewódzkiego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii jak i zabezpieczenia przeciwepidemicznego na terenie województwa. Pytano o opinię PWIS i wojewodów co do: (1) oceny adekwatności zapisów planu do działań, jakie należałoby podjąć w celu ochrony życia i zdrowia ludzi w sytuacji wystąpienia zagrożenia epidemicznego, (2) skuteczności działań w kontekście zapisów planu wojewódzkiego, (3) wystarczalności posiadanych zasobów, (4) uwzględnienia w planie niezbędnych do działania procedur, (5) łatwości użytkowania planu, potrzeb szkolenia jego uczestników, (6) organizacji działań przeciwepidemicznych w województwie, (7) zasadności podjęcia działań mających na celu funkcjonowanie systemu bezpieczeństwa epidemiologicznego oraz (8) zakresu i kierunku niezbędnych do podjęcia działań. Wojewodów dodatkowo pytano jakie działania podejmują lub planują podjąć w celu zwiększenia funkcjonalności wojewódzkiego planu na wypadek wystąpienia epidemii w celu

udoskonalenia funkcjonowania systemu epidemiologicznego kraju (pytanie 9.). Odpowiedzi wojewodów i PWIS do planów oceniane były w skali od 1 do 5 - przyjęto wartość 5 za 100 % i tak obliczono wartości procentowe poszczególnych ocen.

Badania pokazały, że wojewódzkie plany działania na wypadek wystąpienia epidemii oraz organizację działań przeciwepidemicznych w województwie najlepiej ocenili PWIS województw: śląskiego i wielkopolskiego (średnia 4,25) oraz lubelskiego i małopolskiego (średnia uzyskanych punktów 4). Najbardziej krytycznie plany i organizację działań w województwie ocenił Pomorski PWIS (średnia 1,88). Wojewódzkie plany działania na wypadek wystąpienia epidemii oraz organizację działań przeciwepidemicznych w województwie, w kontekście 9. zadanych pytań, najlepiej ocenił Wojewoda Podlaski (średnia 4,0) oraz Wojewoda Łódzki (średnia 3,78) i Wojewodowie: Świętokrzyski i Zachodniopomorski (średnia 3,67). Najbardziej krytycznie plany i organizację działań ocenili Wojewoda Lubelski (średnia uzyskanych punktów równa 2,78) oraz Wojewodowie: Mazowiecki i Wielkopolski (średnia 3,22 każdy).

W badaniach porównano następnie oceny planów dokonane przez PWIS, wojewodów oraz ekspertów ze wskazaniem, że ocen tych dokonano jednak przy użyciu różnych narzędzi i różnej punktacji (odpowiedzi wojewodów i PWIS do planów oceniane były w skali od 1 do 5. Przyjęto więc wartość 5 za 100 % i tak obliczono wartości procentowe poszczególnych ocen. Co do ocen ekspertów 100% to maksymalna liczba punktów, jaką mógł zdobyć plan w odpowiedzi na 106 pytań).

W badaniach wykazano, że oceny ekspertów odnośnie wojewódzkich planów działań na wypadek wystąpienia epidemii są dużo niższe niż opinie wojewodów i PWIS na temat funkcjonalności tych planów w kontekście organizacji działań przeciwepidemicznych w województwie. W opinii ekspertów najlepiej ocenione zostały plany województw: małopolskiego i łódzkiego (35% punktów każdy), mazowieckiego (31% oceny maksymalnej) oraz śląskiego (30% punktów). Chociaż Doktorantka na str. 121 rozprawy prawidłowo przedstawiła uzyskane wyniki ocen ekspertów wskazując, że „...najwyższą średnią ocenę uzyskał plan województwa małopolskiego: 181 punktów (35%).”, na str. 151, w informacji zbiorczej, dokonała błędnego opisu wskazując, że: „W opinii ekspertów najlepiej ocenione zostały plany województw: łódzkiego, mazowieckiego (35% punktów każdy)...”, gdzie zamiast województwa mazowieckiego powinna wskazać województwo małopolskie. Plany i organizacja działań przeciwepidemicznych najlepiej ocenione zostały przez wojewodów województw: podlaskiego (80% punktów) oraz łódzkiego (76% punktów). Najlepsze opinie, co do wojewódzkich planów działania na wypadek wystąpienia epidemii w

kontekście organizacji działań przeciwepidemicznych wyrazili PWIS województw: śląskiego i wielkopolskiego (85% punktów każdy), lubelskiego i małopolskiego (średnia ocena 4,0). Pomimo prawidłowej interpretacji wyników opisanych na str. 138 i 150 rozprawy Doktorantka w zbiorczej części porównawczej (na str. 151) błędnie wskazała, że średnią ocenę 4,0 uzyskał plan w opinii PWIS województwa mazowieckiego zamiast prawidłowo –małopolskiego.

Powyższe błędy nie powinny mieć miejsca natomiast mogły być spowodowane omyłkowym sczytaniem danych mieszczących się w bezpośrednio sąsiadujących z sobą wierszach tabeli.

Błędnie zostało wskazane na str. 151 województwo świętokrzyskie, jako to, ocenione przez wojewodę w grupie najlepiej ocenionych planów (wskazano 68% zamiast 73%). Na stronie 151 powinny zostać uwzględnione także województwa: opolskie i podkarpackie, plany ocenione zostały przez PWIS na równi z wymienionymi województwami: dolnośląskim i warmińsko-mazurskim (wszystkie cztery uzyskały średnią ocenę na poziomie 78%).

Badania pokazują, że eksperci najslabiej ocenili plany województw: lubelskiego (3% możliwych do zdobycia punktów), kujawsko-pomorskiego (4% punktów) i wielkopolskiego (7% punktów). Najbardziej krytyczni, co do wojewódzkiego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii byli wojewodowie: lubelski (56% punktów), mazowiecki i wielkopolski (64% punktów każdy) oraz małopolski i opolski (69% punktów każdy). Co do oceny dokonanej przez PWIS najniżej oceniono plany województw: pomorskiego (38% punktów), lubuskiego i zachodniopomorskiego (63% punktów każdy) oraz podlaskiego i świętokrzyskiego (68% punktów każdy).

Na potrzeby porównawcze dokonano w pracy uśrednienia (średnia arytmetyczna) wyników ocen wojewodów i PWIS. Badania pokazały, że największa różnica między procentem (%) ich łącznych opinii, a średnią procentową ocen 3. ekspertów występuje dla planów województw: wielkopolskiego (68%), lubelskiego i podkarpackiego (65% dla każdego) i zachodniopomorskiego (56%). Najmniejsza różnica wystąpiła w ocenie planów województw: mazowieckiego (36%), małopolskiego (40%) i łódzkiego (41%). Uwzględniając natomiast fakt braku odpowiedzi 3. wojewodów na zadane pytania różnica między % odpowiedzi PWIS, a odsetkiem ocen 3. ekspertów dla województw: dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego i pomorskiego wynosi odpowiednio: 62%, 71% i 25%.

Badania pokazują, że użytkownicy planów działania na wypadek wystąpienia epidemii (wojewoda, państwowy wojewódzki inspektor sanitarny), którzy odnosili się do zapisów planu, skuteczności planów w działaniu, jak i posiadanych na poziomie województwa sił, środków i procedur, w kontekście organizacji działań przeciwepidemicznych w województwie, mają świadomość potrzeby doskonalenia planów w celu wzmocnienia systemu bezpieczeństwa

epidemiologicznego. Z ich deklaracji wynika, że czynią starania, aby zapewnić planom większą funkcjonalność, jednak istotną przeszkodą są nieprecyzyjne, czasem niewystarczające przepisy prawa krajowego oraz brak jednolitego wzoru planu.

Ważnym postulatem po uzyskaniu wyników przeprowadzonych badań, wyartykułowanym przez Doktorantkę we wnioskach, jest pojęcie zintegrowanego wysiłku, na szczeblu centralnym i z udziałem władz terenowych, w celu gruntownej nowelizacji zarówno planów zarządzania kryzysowego jak i wojewódzkich planów działania na wypadek wystąpienia epidemii. Zdaniem Doktorantki, na podstawie analizowanych planów nie jest w pełni możliwe podjęcie skutecznych działań przeciwepidemicznych.

**Analizie poddane zostały najistotniejsze przepisy prawa krajowego.** W rozprawie odniesiono się do regulacji prawnych w zakresie organizacji zabezpieczenia przeciwepidemicznego kraju, w tym w szczególności do przepisów ustawy o zarządzaniu kryzysowym, ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz wybranych aktów wykonawczych do tych ustaw, a także dokumentów towarzyszących, w tym Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego oraz krajowej procedury EWRS.

Doktorantka wskazała w analizowanych dokumentach wszystkie przepisy istotne w działaniach przeciwepidemicznych. Natomiast na tle potrzeb, odzwierciedlonych chociażby przez pryzmat 106. pytań zadanych do wojewódzkich planów działania na wypadek wystąpienia epidemii i opinii wojewodów udowodniła, że przepisy nie dają pełnej podstawy prawnej do szybkiego podjęcia skutecznych działań. Omówiła także kompetencje i właściwość Państwowej Inspekcji Sanitarnej ponieważ tło badań wynika ze struktury i umocowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w świetle ustawy kompetencyjnej.

W rozprawie, jako postulat, została wskazana potrzeba opracowania rozwiązań prawnych wskazujących trwałe źródła finansowania poszczególnych zadań na etapie planowania, realizacji i odbudowy oraz uszczegółowienie zakresu zadań w kontekście ich realizacji przez osoby i służby zaangażowane w działania przeciwepidemiczne, ze wskazaniem koordynatora tych działań.

Doktorantka założyła, że wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii, aby spełniał swoją rolę dokumentu, na którym opierać powinny się działania szybkie i skuteczne, powinien być funkcjonalny. Jednocześnie ani w przepisach, ani innych dokumentach planistycznych, oprócz kilku podstawowych elementów wymaganych do zawarcia w planie działania na wypadek wystąpienia epidemii, nie określono ogólnie schematu (zwłaszcza co do zakresu informacji w nim zawartych) planu, co zapewniłoby jednolitość planowania i postępowania w województwach, w przypadku wystąpienia kryzysu



zdrowotnego związanego z czynnikami zakaźnymi. Doktorantka wykazała również, że w przepisach prawa krajowego jedynie ogólnie i wybiórczo określono, co powinien zawierać plan, organom pozostawiono zaś dowolność interpretacji zapisu wskazującego, że wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii obejmuje „inne informacje służące ochronie zdrowia publicznego oraz niezbędne do sporządzenia planu”. Nie stanowią więc wystarczającej podstawy do przygotowania, na poziomie województwa, skutecznego planu przeciwepidemicznego.

**Na wybranych przykładach z historii i teraźniejszości Doktorantka dokonała metaanalizy dotychczasowych doświadczeń Polski w obszarze działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych. Opracowała także spis rzeczy modelowego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii.**

Na podstawie doświadczeń z kilku lat funkcjonowania systemu zarządzania kryzysowego w Polsce, a także analizy dokumentacji w tym obszarze i materiałów z nią powiązanych Doktorantka stwierdziła, że dotychczas nie został określony w Polsce wzorcowy plan działań na wypadek wystąpienia epidemii, przy istniejącej potrzebie podejmowania, w sytuacji kryzysu, szybkich, skutecznych i skoordynowanych działań. Niemniej wykazała, w Inspekcja Sanitarna posiada świetle doświadczeń dotychczasowych, że Państwowa wystarczające właściwości i kompetencje, aby finalnie skutecznie, czyli sprawnie, realizować działania przeciwepidemiczne. Podjęła się natomiast przygotowania merytorycznych założeń spisu rzeczy modelowego planu postępowania na wypadek zagrożeń Biologicznych. Założenia te, opracowane przez doktorantkę na podstawie: (1) doświadczeń własnych, (2) wyników badań omówionych w przedmiotowej rozprawie, (3) opinii użytkowników planów (PWIS, wojewoda), (4) zidentyfikowanych, w przeanalizowanych planach, dobrych praktyk oraz (5)analizy przepisów prawa krajowego, stanowią dobrą podstawę do podjęcia dyskusji nad planem modelowym, który, jak wskazuje doktorantka we wnioskach, wymagać będzie stałego i aktualizowania. Stwierdziła bowiem, że ustawowym generalnym celem wojewódzkiego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii jest zapewnienie skuteczności działań służących ochronie zdrowia publicznego w sytuacji kryzysu wywołanego chorobotwórczymi czynnikami biologicznymi. Wskazała, że plan powinien być przejrzysty, czytelny i kompletny, nie powinno w nim brakować żadnego z elementów, który ma znaczenie dla zapewnienia ciągłości i skuteczności działań przeciwepidemicznych.

Uznała, że ustalenie wzorcowego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii byłoby korzystne dla ujednoczenia działań we wszystkich województwach, co pozwoliłoby na standaryzację w skali kraju działań wszystkich służb zaangażowanych w przeciwdziałanie

epidemiom, usuwanie i minimalizację ich skutków.

Przedstawiona przez Doktorantkę propozycja modelowego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii oparta jest w szczególności na działaniach znajdujących się w zakresie właściwości Państwowej Inspekcji Sanitarnej, której jest przedstawicielem, lub z nimi związanych.

Podsumowując, stwierdzam, że przedstawiona do oceny praca doktorska spełnia warunki określone przepisami art.13 ustawy z dnia 14.03.2003 r o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (tj. Dz.U. z 2017 r.) i tym samym zwracam się do Wysokiej Rady Naukowej Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki o dopuszczenie mgr Izabeli Magdaleny Kucharskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Przedstawione uwagi nie umniejszają oceny rozprawy doktorskiej Pani mgr Izabeli Magdaleny Kucharskiej pt. *Analiza funkcjonalności wojewódzkich planów działania na wypadek wystąpienia epidemii. Identyfikacja dobrych praktyk i modelowych*, dlatego pozwalam sobie postawić wniosek do Wysokiej Rady Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie o wyróżnienie tej rozprawy, którą wysoko oceniam nie tylko pod względem merytorycznym, ale również oryginalnym rozwiązaniem problemu naukowego, oraz wykazanie ogólnej wiedzy teoretycznej, a także umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej i podjęcie bardzo ważnej problematyki zdrowia publicznego naszego Kraju Polski.



Prof. dr hab. Lidia B. Brydak  
Instytut Zdrowia Publicznego-  
Państwowy Zakład Higieny-Państwowy  
Zakład Badawczy, Warszawa