

Lekcja z Jasionki: czego reforma europejskiej ochrony ludności wciąż nie dopowiada

Ewa Polak

Unijny Mechanizm Ochrony Ludności powstał jako narzędzie szybkiej, punktowej pomocy między sąsiadami w odpowiedzi na zdarzenia przekraczające możliwości reakcji jednego państwa – od pożarów, powodzi i trzęsień ziemi, po awarie przemysłowe, skażenia chemiczne czy katastrofy spowodowane przez człowieka. Dwie ostatnie dekady, a zwłaszcza wydarzenia ostatnich lat – pandemia COVID-19 i wojna w Ukrainie – przetestowały go jednak w sposób, jakiego architekci mechanizmu nie przewidzieli: nie jako pojedyncze, zamknięte zdarzenie, lecz jako przewlekły, wielowymiarowy kryzys bez jasnego momentu zakończenia. Polska, z racji położenia, w tym czasie wypracowała unikalne doświadczenie operacyjne – ono właśnie powinno wpłynąć na kształt reformy, która przygotowywana jest dziś w Brukseli. Od tego, czy Europa je uwzględni, może zależeć, jak odpowie na kolejny kryzys – choćby na flance bałtyckiej.

Ćwierć wieku doświadczeń

Formalnie UCPM istnieje od 2001 roku, powołany decyzją Rady jako mechanizm wzajemnej pomocy między państwami w sytuacji, gdy zdolności reagowania kraju dotkniętego katastrofą zostają przekroczone. Jego obecne ramy prawne wyznacza decyzja nr 1313/2013 Parlamentu Europejskiego i Rady¹, oparta na art. 196 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej TFUE² (a w części zdrowotnej – po integracji z EU4Health – również na art. 168 TFUE)³. Oba te przepisy dają Unii wyłącznie kompetencje wspierające i koordynujące, nie zastępujące odpowiedzialności państw członkowskich za ochronę ludności na własnym terytorium. Mechanizmem zarządza Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej ds. Europejskiej Ochrony Ludności i Pomocy Humanitarnej (DG ECHO), a operacyjnym centrum nerwowym jest działające całodobowo Centrum Koordynacji Reagowania Kryzysowego (ERCC) w Brukseli. Do mechanizmu należy obecnie 27 państw członkowskich UE oraz sześć państw uczestniczących spoza Unii – Islandia, Norwegia, Serbia, Macedonia Północna, Czarnogóra i Turcja – co czyni UCPM jednym z niewielu obszarów unijnej polityki, w którym państwa trzecie funkcjonują na zasadzie pełnoprawnego, operacyjnego członkostwa, a nie tylko partnerstwa.

Operacyjnie mechanizm działa w oparciu o model zgłoszenia i dobrowolnej mobilizacji zasobów: państwo dotknięte katastrofą kieruje wniosek o pomoc do ERCC, które koordynuje napływające od pozostałych państw uczestniczących oferty wsparcia – sprzętu, zespołów ratowniczych, ekspertów – oraz organizuje ich transport i rozmieszczenie na miejscu zdarzenia. Tak zorganizowana operacja ma z założenia charakter przejściowy: trwa tyle, ile trwa faza bezpośredniego reagowania, po czym zostaje formalnie zamknięta. Od uruchomienia w 2001 roku mechanizm był aktywowany już blisko 900 razy, z wyraźnym wzrostem liczby aktywacji w ostatnich latach⁴.

Uzupełnieniem tego modelu dobrowolnych wkładów jest rescEU – rezerwa strategiczna utworzona w 2019 roku nowelizacją decyzji 1313/2013 (decyzja 2019/420). Jej powstanie było bezpośrednią odpowiedzią na doświadczenia sezonu pożarowego 2017 roku w Europie Południowej, kiedy dobrowolny system wzajemnej pomocy między państwami okazał się niewystarczający wobec skali i jednoczesności pożarów w Portugalii i Grecji⁵. W odróżnieniu od klasycznego trybu UCPM, rescEU nie opiera się na doraźnych ofertach państw, lecz na aktywach zakupionych, wynajętych lub utrzymywanych ze środków unijnych – finansowanych nawet do 100% – i formalnie należących do wspólnej rezerwy, uruchamianej przez Komisję dopiero wtedy, gdy zdolności krajowe i dobrowolnie zgłoszone zostają wyczerpane lub okazują się niewystarczające.

Katalog zagrożeń objętych rescEU rozrastał się wraz z kolejnymi kryzysami. Dziś planowana rezerwa obejmuje: stałą flotę gaśniczą (docelowo 12 samolotów bazujących w Portugalii, Hiszpanii, Francji, Włoszech, Chorwacji i Grecji oraz 5 śmigłowców rozmieszczonych w Rumunii, na Słowacji i w Czechach); strategiczne zapasy medyczne oraz sprzętu ochrony osobistej, których znaczenie ujawniła pandemia COVID-19; rezerwę na wypadek zagrożeń chemicznych, biologicznych, radiologicznych i nuklearnych (CBRN); rezerwę energetyczną, mającą zapewnić awaryjne zasilanie w sytuacjach kryzysowych; nową rezerwę transportowo-logistyczną, obejmującą m.in. samoloty do ewakuacji konsularnych i repatriacji; a także lotniczą zdolność ewakuacji medycznej (MedEvac) dla pacjentów w stanie krytycznym oraz rozwijany obecnie rescEU EMT – pierwszy paneuropejski szpital polowy, finansowany w ramach konsorcjum siedmiu państw członkowskich i jednego państwa uczestniczącego⁶, mający docelowo stać się największym tego typu obiektem na świecie.

Pandemia COVID-19 obnażyła słabość funkcjonującego dotychczas modelu w konfrontacji z kryzysem, który nie miał jednego źródła katastrofy ani jednego, łatwego do zidentyfikowania adresata pomocy – dotknął wszystkie państwa członkowskie jednocześnie i w tym samym momencie wyczerpał ich zdolności krajowe. Pierwsze tygodnie 2020 roku pokazały to najdobitniej: gdy Włochy, jako pierwszy kraj UE dotknięty pandemią na dużą skalę, zwróciły się o pomoc w ramach UCPM, żadne inne państwo członkowskie nie odpowiedziało na wezwanie – wszystkie borykały się z własnym niedoborem sprzętu ochrony osobistej i zamiast dzielić się zasobami, wprowadzały krajowe ograniczenia eksportowe. Komisja zareagowała doraźnie, uruchamiając wiosną 2020 roku pierwszą rezerwę rescEU złożoną ze środków ochrony osobistej i sprzętu medycznego – w trybie czysto reaktywnym, budowanym pod bieżącą potrzebę, a nie w ramach wcześniej zaplanowanej gotowości zdrowotnej. W reakcji na te doświadczenia powstał w kolejnych latach osobny program EU4Health (2021–2027), finansujący gotowość na transgraniczne zagrożenia zdrowotne równoległe do, a nie w ramach, UCPM.

Wojna w Ukrainie, wywołana rosyjską pełnoskalową inwazją w lutym 2022 roku, poszła w tej samej logice krok dalej. To największa operacja w historii UCPM: pomoc zaoferowały wszystkie 27 państw członkowskich oraz kraje uczestniczące w mechanizmie, a Unia uruchomiła praktycznie cały dostępny katalog instrumentów rescEU jednocześnie – zapasy energetyczne (generatory, transformatory, agregaty prądotwórcze, kluczowe w obliczu rosyjskich ataków na ukraińską infrastrukturę energetyczną), zapasy schronieniowe i medyczne, a także rezerwę CBRN. Uruchomiono również koordynowany przez UCPM system ewakuacji medycznych rannych i chorych z Ukrainy do szpitali w całej UE, który z czasem stał się drugą co do wielkości tego typu operacją na świecie (po ewakuacjach medycznych ze Strefy Gazy).

Kluczowa różnica względem dotychczasowych aktywacji mechanizmu dotyczy nie tyle skali, co samego charakteru zjawiska: to nie katastrofa w klasycznym, punktowym rozumieniu, lecz proces trwający już ponad cztery lata, bez określonego horyzontu zakończenia, prowadzony w warunkach aktywnego konfliktu zbrojnego u granic Unii – a więc obejmujący też wymiar cywilno-wojskowy, którego pierwotna architektura UCPM w ogóle nie przewidywała. Oba kryzysy, pandemia i wojna, pokazały to samo: mechanizm uczył się w trakcie działania, ponieważ nie był zaprojektowany na wyzwania długotrwałe i transgraniczne zarazem.

Polskie doświadczenie: Medevac Hub w Jasionce

Działający od września 2022 roku Medevac Hub w Jasionce to punkt zbiórki, triage’u, stabilizacji i dalszego transportu rannych i chorych z Ukrainy do szpitali w całej UE. Ośrodek powstał z inicjatywy resortów zdrowia Polski i Ukrainy, prowadzi go i zarządza nim Fundacja Polskie Centrum Pomocy Międzynarodowej (PCPM) wraz z działającym przy niej Medycznym Zespołem Ratunkowym, przy finansowaniu z DG ECHO. Operacyjnie hub funkcjonuje w wielostronnej strukturze współpracy: ukraińskie i przyjmujące ministerstwa zdrowia, WHO wspierające ewakuacje wewnątrz Ukrainy oraz UCPM i ERCC jako podmiot koordynujący.

Ta wielostronność ma jednak swoją cenę: odpowiedzialność za pacjenta jest rozdrobniona między kilka niepowiązanych ze sobą reżimów kompetencyjnych. UCPM odpowiada wyłącznie za transport pacjenta z granicy ukraińskiej – w praktyce z polskiej Jasionki – do kraju docelowego. Leczenie szpitalne podlega już władzy ministerstwa zdrowia (MOH) państwa przyjmującego. Po wypisie pacjent przechodzi pod odpowiedzialność ministerstwa spraw wewnętrznych (MOI) tego państwa, a jeśli wraca do Ukrainy, odbywa się to ponownie za pośrednictwem DG ECHO – lecz tym razem jego filaru humanitarnego, a nie UCPM. Jeden pacjent, w toku jednej ścieżki leczenia, przechodzi więc przez cztery odrębne reżimy odpowiedzialności instytucjonalnej, między którymi nie ma jednego, spójnego mandatu koordynacyjnego.

Jednym z praktycznych wyzwań systemu nie jest jednak logistyka transportu, lecz brak wystarczającej liczby miejsc po stronie przyjmującej. Pacjenci z Ukrainy muszą zostać formalnie zaakceptowani przez państwo członkowskie UE jeszcze przed opuszczeniem kraju – nie wszystkie zgłoszenia kończą się przyjęciem. Ponieważ dostępność leczenia szpitalnego podlega krajowym ministerstwom zdrowia (MOH) państw przyjmujących – a DG SANTE koordynuje jedynie szerszy unijny system współpracy zdrowotnej (w tym z Ukrainą, w ramach EU4Health), nie zaś DG ECHO czy UCPM, możliwości bezpośredniego wpływu na zwiększenie wskaźnika akceptacji są ograniczone – to właśnie on, a nie zdolności samego hubu, wyznacza realną przepustowość całego systemu.

To, co odróżnia Jasionkę od typowej interwencji UCPM, to jednak nie skala ani nawet instytucjonalna złożoność, lecz trwałość. Klasyczna pomoc mechanizmu to zespół ratowniczy wysłany w teren z jasno określonym momentem zamknięcia misji. Medevac Hub w Jasionce działa nieprzerwanie od czterech lat, a liczba obsłużonych pacjentów rośnie z każdym kolejnym okresem raportowania (kilka tysięcy osób) – co samo w sobie wskazuje na charakter operacji, oparty o stałą zdolność, nie zaś o czasową mobilizację.

Właśnie tego pierwotna architektura UCPM nie przewidywała: kosztów utrzymania gotowości w trybie ciągłym, personelu medycznego dostępnego bez przerwy oraz logistyki rozciągniętej w czasie, a nie skoncentrowanej wokół jednego zdarzenia.

Znaczenie Jasionki wykracza jednak poza wymiar humanitarny. Model ten nie powinien być traktowany jako wyjątek, lecz jako precedens – zdolność możliwa do powtórzenia w innych częściach Europy. Sama Unia zdaje się to dostrzegać: UCPM, NATO i inni interesariusze⁷ prowadzą już prace nad planami awaryjnymi na wypadek masowej ewakuacji cywilów w razie konfliktu zbrojnego dotyczącego państwa członkowskie północno-wschodniej Europy. Plany te pozostają jednak wzajemnie niepowiązane, a ewakuacja cywilów na duże odległości wymaga punktów tranzytowych i koordynacji dalszego transportu – zdolności, którymi UCPM dziś dysponuje w ograniczonym zakresie. Analogiczna luka dotyczy ewakuacji medycznych: w scenariuszu konfliktu zbrojnego w Europie Wschodniej, wymagającego masowej ewakuacji cywilów lub szpitali, z setkami pacjentów dziennie, każde opóźnienie w ich przyjęciu nie tylko zablokowałoby cały system, lecz naraziłoby pacjentów na ryzyko. W takim scenariuszu konieczne byłoby przemieszczanie pacjentów z bezpiecznego obszaru w Europie Środkowej do ośrodków drugorzędnych w innych państwach członkowskich, skąd byliby przejmowani przez pojedyncze państwo lub grupę państw – a więc dokładnie ten typ operacji, jaki Jasionka prowadzi już dziś, tyle że w mniejszej skali i bez pełnoskalowego konfliktu na terytorium UE.

Państwa bałtyckie – o relatywnie ograniczonym zapleczu medycznym i bliskości geograficznej do potencjalnego źródła kryzysu hybrydowego, konfliktu granicznego czy ataku zbrojnego – to naturalny punkt odniesienia dla takiego scenariusza. Klasyczna, punktowa pomoc UCPM mogłaby się okazać niewystarczająca, a w jej miejsce potrzebna byłaby zdolność typu hub: stała, skalowalna, zintegrowana z systemem ewakuacji medycznej kilku państw jednocześnie. Polska, dysponująca już wypracowanym know-how, mogłaby w takim układzie pełnić rolę punktu odniesienia, a w innych scenariuszach – zaplecza operacyjnego czy głównego hubu ewakuacyjnego dla regionu. Doświadczenie to warte jest uwzględnienia już na etapie projektowania zdolności UCPM.

Co zmienia trwająca reforma UCPM – i czego wciąż nie rozstrzyga

Nowe rozporządzenie o UCPM, negocjowane w ramach przygotowań do Wieloletnich Ram Finansowych na lata 2028–2034, integruje ochronę ludności z gotowością i reagowaniem na kryzysy zdrowotne, dotychczas finansowane osobno, głównie z programu EU4Health⁸. Zmiana ta ma wymiar polityczny, nie tylko techniczny: ochrona ludności i gotowość zdrowotna zostają połączone w jedno rozporządzenie i jeden budżet, a nowa architektura UCPM formalnie zbliża się do logiki, jaką od lat reprezentuje w praktyce Jasionka.

Propozycja Komisji przewiduje istotny wzrost wspólnego finansowania – z ok. 3,6 mld euro na ochronę ludności (co samo w sobie rośnie niemal trzykrotnie) i 1,7 mld euro na gotowość zdrowotną, łącznie do ok. 10,7 mld euro na lata 2028–2034⁹. Powstaje też nowy Hub Koordynacji Kryzysowej wewnątrz Komisji, mający wspierać istniejące ERCC, a zasady współfinansowania mają zostać uproszczone i skodyfikowane – w tym wprost dla hubów logistycznych i medycznych ewakuacji, a więc dla struktur typu Jasionka¹⁰.

Kierunek tych zmian należy ocenić pozytywnie. Analiza dokumentów towarzyszących reformie pozwala jednak sformułować trzy istotne zastrzeżenia.

Po pierwsze, niezależne opinie towarzyszące procesowi legislacyjnemu – briefing Biura Analiz Parlamentu Europejskiego (EPRS)¹¹ oraz opinia Europejskiego Trybunału Obrachunkowego (ECA)¹² – wskazują na poważne luki metodologiczne w ocenie skutków regulacji przygotowanej przez Komisję. Rada ds. Kontroli Regulacji wydała wobec niej opinię bez oceny kwalifikacyjnej – krok rzadki w praktyce legislacyjnej UE, oznaczający żądanie istotnych poprawek przed dalszym procedowaniem. Wśród sformułowanych zarzutów znajdują się: brak analizy budżetowej uzasadniającej trzykrotny wzrost środków, brak podziału tych środków między komponent cywilny i zdrowotny oraz między zapobieganie, gotowość i reagowanie, a także ryzyko nakładania się nowego instrumentu z innymi funduszami UE, w tym Europejskim Funduszem Konkurencyjności. Kierunek reformy jest zatem słuszny, lecz jej architektura finansowa pozostaje nieodkryta.

Po drugie, relacja między nowym Hubem a istniejącym ERCC pozostaje nieostrą. Trybunał Obrachunkowy zwraca uwagę, że przepisy przypisują im formalnie różne mandaty – ERCC ma odpowiadać za „katastrofy”, Hub za „kryzysy wielosektorowe” – choć w praktyce niemal każda poważna katastrofa w krótkim czasie staje się kryzysem wielosektorowym¹³. Nie jest to wyłącznie techniczny detal: brak jasnego rozgraniczenia kompetencji w sytuacji wymagającej szybkich decyzji oznacza ryzyko zwłoki tam, gdzie liczą się godziny.

Po trzecie, skodyfikowanie zasad tworzenia hubów logistycznych i medycznych ewakuacji nie jest równoznaczne z ustanowieniem ich jako odrębnej, stałej kategorii instrumentu UCPM, z własną, przewidywalną logiką finansowania wieloletniego¹⁴. Reforma ma uprościć reguły ad hoc tworzenia takich struktur, jednak Medevac Hub Jasionka formalnie wciąż funkcjonuje w tej samej logice projektowej co doraźna pomoc po powodzi, mimo że działa nieprzerwanie od czterech lat.

Wprowadzenie nowej, scentralizowanej kategorii instrumentu napotka ponadto realny opór polityczny. Francuski Senat i niemiecki Bundesrat zgłosiły już zastrzeżenia w ramach kontroli subsydiarności, dotyczące m.in. zakresu współpracy cywilno-wojskowej oraz ryzyka dublowania struktur przez nowy Hub¹⁵. Część państw członkowskich, zwłaszcza z Europy Południowej i Zachodniej, podkreśla, że główna odpowiedzialność za ochronę ludności musi pozostać po stronie krajowej¹⁶. Każda propozycja nowej, stałej struktury regionalnej – nawet uzasadniona operacyjnie – będzie się musiała zmierzyć z tym samym pytaniem o granice unijnej centralizacji, które już dziś dzieli Radę.

Polska stawka w reformie UCPM

Z polskiej perspektywy trwająca reforma to nie tylko kwestia techniczna, lecz również pytanie o to, czy Polska zdoła przełożyć swoje unikalne doświadczenie operacyjne na realny wpływ na kształt europejskiej architektury ochrony ludności. Kwestia ta ma dwa wymiary.

Pierwszy jest operacyjny. Hub ewakuacji medycznych w Jasionce jest finansowany w ramach UCPM, za pośrednictwem DG ECHO. Problemem jednak jest przewidywalność tego finansowania oraz spójność zarządzania całym procesem, który – jak pokazano wcześniej – rozpada się na cztery odrębne reżimy odpowiedzialności, w tym rozdział między samą ewakuacją (UCPM) a ewentualną repatriacją (filar humanitarny DG ECHO). Formalne uznanie kategorii hubu regionalnego¹⁷, powiązane z wieloletnim, zaplanowanym z góry finansowaniem z budżetu unijnego, oznaczałoby przejście z trybu corocznego negocjowania warunków w ramach instrumentów pomyślanych pod interwencje krótkoterminowe do trybu stabilnego planowania – a dla podmiotu prowadzącego hub i dla polskich instytucji koordynujących ten proces byłoby to realne ułatwienie operacyjne. Polska – dzięki Jasionce – dysponuje dziś czterema latami praktycznego know-how, którego nie ma żaden inny kraj członkowski: w budowie i utrzymaniu hubu, we współpracy z ministerstwami zdrowia, WHO i UCPM, oraz w sprawdzeniu tego złożonego systemu w praktyce – wraz z rozpoznaniem jego ograniczeń, wąskich gardeł i utrudnień biurokratyczno-instytucjonalnych w tej wielostronnej architekturze. To doświadczenie, wypracowane za pośrednictwem prowadzącej hub organizacji pozarządowej, powinno zostać zintegrowane z krajowymi i transgranicznymi planami ewentualnościowymi, a nie pozostać wiedzą wyłącznie operacyjną, zamkniętą na poziomie samego podmiotu prowadzącego. To doświadczenie także daje Warszawie naturalny mandat, by aktywnie kształtować tekst rozporządzenia jako autor konkretnej propozycji legislacyjnej: wprowadzenia do rozporządzenia odrębnej kategorii hubu medyczno-logistycznego, wzorowanego wprost na doświadczeniu Jasionki. Tak sformułowany postulat ma dodatkową wartość: pozycjonuje Polskę jako państwo, które dostarcza Unii sprawdzone rozwiązania.

Drugi filar polskiego interesu to gotowość na scenariusz bałtycki – i to gotowość budowana już dziś, z budżetu unijnego, a nie dopiero w reakcji na kryzys. Doświadczenie z 2022 roku pokazało, że improwizacja pod presją czasu ma wysoką cenę: prawną, organizacyjną i ludzką. Polska, ze względu na położenie geograficzne i posiadane zaplecze eksperckie, powinna dążyć do tego, by regionalna infrastruktura ewakuacji medycznej i cywilnej dla flanki wschodniej – analogiczna do Jasionki, lecz zaprojektowana pod scenariusz konfliktu zbrojnego lub zagrożenia hybrydowego w państwach bałtyckich – była lokowana i finansowana ze środków unijnych już na etapie budowy zdolności UCPM+, a nie dopiero post factum. Oznacza to w praktyce: zapewnienie odpowiednio wczesnego i przewidywalnego finansowania takiej infrastruktury w Polsce w nowej perspektywie budżetowej, wypracowanie wspólnych z państwami bałtyckimi i NATO planów ewentualnościowych oraz przygotowanie punktów tranzytowych i zdolności logistycznych na wypadek masowej ewakuacji, zanim taka potrzeba się zmaterializuje.

Realizacja obu tych celów będzie wymagała politycznego uzasadnienia wykraczającego poza argument czysto operacyjny. Państwa bałtyckie i skandynawskie już dziś silnie popierają rozszerzone, wielosektorowe podejście do UCPM¹⁸, co czyni je naturalnymi sojusznikami Polski w tej części negocjacji – w odróżnieniu od Francji, Niemiec czy części państw południa Europy, które podnoszą zastrzeżenia subsydiarnościowe wobec centralizacji nowych struktur. Budowanie koalicji z państwami regionu, które mają zbieżny interes bezpieczeństwa, może okazać się najsukcesowniejszą drogą do formalnego uznania kategorii hubu regionalnego.

Reforma UCPM toczy się w momencie, w którym jej zapisy wciąż można dostosować do doświadczeń operacyjnych ostatnich lat, a nie wyłącznie do założeń przyjętych na wcześniejszym etapie planowania. Jasionka jest dowodem, że model stałych hubów regionalnych działa – i że Polska ma w tej dyskusji do zaoferowania więcej niż rolę beneficjenta unijnej solidarności. Otwarte pozostaje pytanie, czy to doświadczenie uda się przełożyć na konkretną podstawę prawno-instytucjonalną z zabezpieczonym finansowaniem zanim podobny model będzie musiał zostać sprawdzony w praktyce gdzie indziej – na przykład regionie bałtyckim.

¹ Decyzja nr 1313/2013/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z 17 grudnia 2013 r. w sprawie Unijnego Mechanizmu Ochrony Ludności. Art. 1 ust. 1 decyzji określa cel Mechanizmu jako wzmocnienie współpracy między Unią a państwami członkowskimi i ułatwienie koordynacji w dziedzinie ochrony ludności, tak by zwiększyć skuteczność systemów zapobiegania klęskom żywiołowym i katastrofom spowodowanym przez człowieka, przygotowania na nie oraz reagowania na nie. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013D1313>

² Art. 196 TFUE. Ust. 1 stanowi, że Unia wspiera współpracę między państwami członkowskimi w celu zwiększenia skuteczności systemów zapobiegania klęskom żywiołowym i katastrofom spowodowanym przez człowieka oraz ochrony przed nimi; działania Unii mają: wspierać i uzupełniać działania krajowe w zakresie zapobiegania ryzyku, przygotowania służb ochrony ludności i reagowania na klęski i katastrofy w obrębie Unii; promować sprawną, skuteczną współpracę operacyjną między krajowymi służbami ochrony ludności; oraz promować spójność międzynarodowych działań w tej dziedzinie. TFUE (wersja skonsolidowana, Dz.U. C 202 z 7.6.2016) <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-UE/traktat-o-funkcjonowaniu-unii-europejskiej-wersja-skonsolidowana-68646181/art-196>

³ Art. 168 ust. 5 TFUE. Przepis upoważnia Parlament Europejski i Radę, w zwykłej procedurze ustawodawczej i po konsultacji z Komitetem Ekonomiczno-Społecznym oraz Komitetem Regionów, do przyjmowania środków zachęcających mających na celu ochronę i poprawę zdrowia ludzkiego – w szczególności zwalczanie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz środki dotyczące monitorowania i wczesnego ostrzegania: <https://lexlege.pl/traktat-o-funkcjonowaniu-unii-europejskiej/art-168/>

⁴ Dane Komisji Europejskiej, stan na 18 sierpnia 2026: https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/what/civil-protection/eu-civil-protection-mechanism_en

⁵ Kozioł Aleksandra, Reform of the Union Civil Protection Mechanism During the Pandemic, 27.11.2020, PISM

⁶ W skład konsorcjum wchodzi Belgia, Francja, Niemcy, Włochy, Luksemburg, Portugalia, Rumunia i Turcja.

⁷ Memorandum gdańskie z 28 października 2025 sygnowane przez Polskę, Litwę, Łotwę i Estonię, memorandum sztokholmskie z 4 marca 2026 sygnowane przez 10 państw – Szwecję, Danię, Estonię, Finlandię, Niemcy, Islandię, Łotwę, Litwę, Norwegię i Polskę, [Increased protection for the civilian population in the Baltic Sea and Nordic region - Government.se](https://www.government.se/en/press-releases/2025/10/increased-protection-for-the-civilian-population-in-the-baltic-sea-and-nordic-region)

⁸ Yougova, D., Union Civil Protection Mechanism: 2028-2034 programming period, Briefing "EU Legislation in Progress", European Parliamentary Research Service (EPRS), Members' Research Service, PE 782.614, styczeń 2026. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2026/782614/EPRS_BRI\(2026\)782614_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2026/782614/EPRS_BRI(2026)782614_EN.pdf)

⁹ Budżet 2021–2027: ok. 3,6 mld euro na UCPM (1,6 mld euro z WRF + 2 mld euro z Next Generation EU jako reakcja na COVID-19) oraz ok. 1,7 mld euro na gotowość zdrowotną w ramach programów roboczych EU4Health na lata 2021–2025. Na lata 2028–2034 Komisja proponuje łączną orientacyjną kopertę finansową 10,7 mld euro w

cenach bieżących (9,5 mld euro w cenach stałych z 2025 r.) – tj. wzrost, który ECA i EPRS określają jako „roughly three times the size of the allocated resources under the current UCPM”. Źródła: European Court of Auditors (ECA), Opinion 06/2026 concerning the proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on the Union Civil Protection Mechanism and Union support for health emergency preparedness and response, repealing Decision No 1313/2013/EU (Union Civil Protection Mechanism), COM(2025) 548 final, wydana na podstawie art. 322 ust. 1 TFUE, Luksemburg, 10 lutego 2026 (seria: EU budget 2028-2034).), pkt 16; Anglmayer, I., 2028-2034 MFF: Civil protection, preparedness and crisis response. Initial Appraisal of a European Commission Impact Assessment, Briefing, European Parliamentary Research Service (EPRS), Ex-Ante Impact Assessment Unit, PE 774.713, grudzień 2025., s. 10

¹⁰ Projekt rozporządzenia przewiduje utworzenie w ramach Komisji nowego Hubu Koordynacji Kryzysowej („Crisis Coordination Hub”) jako struktury wzmacniającej istniejące ERCC i odpowiadającej za sytuacyjną świadomość oraz koordynację działań międzysektorowych. Jednocześnie zapowiedziano uproszczenie stawek współfinansowania oraz skodyfikowanie zasad operacjonalizacji działań reagowania – wprost wymieniając tworzenie hubów logistycznych i hubów ewakuacji medycznej. Źródła: Yougova, D., Union Civil Protection Mechanism: 2028-2034 programming period, Briefing "EU Legislation in Progress", European Parliamentary Research Service (EPRS), Members' Research Service, PE 782.614, styczeń 2026.; European Commission, Commission Staff Working Document — Impact Assessment Report accompanying the document Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on a framework of measures for the establishment of the Union Civil Protection Mechanism and for health preparedness and response repealing Decision 1313/2013 (Union Civil Protection Mechanism), SWD(2025) 545 final {COM(2025) 548 final} – {SEC(2025) 545 final} – {SWD(2025) 546 final}, Bruksela, 16 lipca 2025, s. 51.

¹¹ Anglmayer, I., 2028-2034 MFF: Civil protection, preparedness and crisis response. Initial Appraisal of a European Commission Impact Assessment, Briefing, European Parliamentary Research Service (EPRS), Ex-Ante Impact Assessment Unit, PE 774.713, grudzień 2025.

¹² Opinia Europejskiego Trybunału Obrachunkowego (ECA) nr 06/2026 w sprawie wniosku dotyczącego rozporządzenia PE i Rady w sprawie UCPM oraz unijnego wsparcia na rzecz gotowości i reagowania na zagrożenia zdrowotne (UCPM & HEPR), wydana 10 lutego 2026 r. na podstawie art. 322 ust. 1 TFUE., European Court of Auditors (ECA), Opinion 06/2026 concerning the proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on the Union Civil Protection Mechanism and Union support for health emergency preparedness and response, repealing Decision No 1313/2013/EU (Union Civil Protection Mechanism), COM(2025) 548 final, wydana na podstawie art. 322 ust. 1 TFUE, Luksemburg, 10 lutego 2026 (seria: EU budget 2028-2034).

¹³ Zgodnie z opinią ECA projekt rozporządzenia przypisuje ERCC i nowemu Hubowi formalnie odmienne mandaty: ERCC ma działać w przypadku „katastrofy” (disaster) – sytuacji, która ma lub może mieć poważny wpływ na ludzi, zdrowie publiczne, środowisko, infrastrukturę krytyczną lub mienie; Hub natomiast ma działać w przypadku „kryzysu międzysektorowego” (cross-sectoral crisis) – trwającej lub bezpośrednio zagrażającej katastrofy, która wpływa lub może wpływać na wiele sektorów jednocześnie. Trybunał zaznacza, że tekst przepisów nie odzwierciedla jasno deklarowanej przez Komisję komplementarności obu struktur i że nie jest w stanie ocenić, czy utworzenie Hubu skutecznie odpowiada na potrzeby koordynacyjne.

¹⁴ Część REFIT dokumentu roboczego Komisji zapowiada wyłącznie skodyfikowanie i doprecyzowanie zasad operacjonalizacji istniejących działań reagowania – w tym tworzenia hubów logistycznych i hubów ewakuacji medycznej – oraz dostosowanie stawek współfinansowania. Ani ta część oceny skutków regulacji, ani briefingi EPRS, ani opinia ECA nie wskazują na ustanowienie takich hubów jako odrębnej, stałej kategorii instrumentu UCPM z własną, wieloletnią logiką finansowania – zmiana ma charakter uproszczenia proceduralnego (REFIT), a nie tworzy nowej kategorii instytucjonalnej.

¹⁵ Francuski Senat złożył opinię w ramach unijnego mechanizmu kontroli pomocniczości, krytykując przepisy o współpracy cywilno-wojskowej i uprawnieniach koordynacyjnych Komisji, a także kwestionując utworzenie Hubu jako dodatkowego ośrodka zarządzania kryzysowego i podnosząc kwestię relacji z unijnym mechanizmem IPCR działającym w ramach Rady. Niemiecki Bundesrat zgłosił zbliżone zastrzeżenia dot. funkcjonowania Hubu i dodatkowego obciążenia administracyjnego, wskazując też na niejasność zapisów dot. głównego celu, przedmiotu i zakresu wniosku (zwłaszcza art. 2). Źródło: Yougova, D., Union Civil Protection Mechanism: 2028-2034 programming period, Briefing "EU Legislation in Progress", European Parliamentary Research Service (EPRS), Members' Research Service, PE 782.614, styczeń 2026, s. 3–4 oraz przypisy 9–10.

¹⁶ Kilka państw członkowskich, m.in. Belgia, Francja i Hiszpania, podkreśliło w toku negocjacji, że główna odpowiedzialność za ochronę ludności spoczywa na państwach członkowskich, i skrytykowało międzysektorowe podejście proponowane przez Komisję; Francja i Włochy wyraziły przy tym szczególnie mocne zastrzeżenia wobec utworzenia Hubu.

¹⁷ Obecna typologia zdolności medycznych UCPM opiera się na klasyfikacji WHO dla zespołów Emergency Medical Team (EMT): Type 1 obejmuje opiekę ambulatoryjną w miejscu zdarzenia; Type 2 — opiekę szpitalną wraz z chirurgią ogólną i położniczą; Type 3 — zaawansowaną opiekę referencyjną z intensywną terapią i chirurgią specjalistyczną. Do tego dochodzą tzw. specialised cells — moduły dokładane do zespołów bazowych (np. oparzenia, CBRN, rehabilitacja). Wszystkie te kategorie opisują poziom opieki klinicznej udzielanej w miejscu katastrofy przez mobilny szpital polowy. Jak pokazano wyżej — Jasionka pełni inną funkcję. Por. <https://civil-protection-knowledge-network.europa.eu/media/ecpp-capacities-brochure>

¹⁸ Państwa bałtyckie i skandynawskie – w tym Szwecja, Estonia, Finlandia i Litwa – silnie poparły „poszerzone podejście” (broadened approach) i włączenie „elementów międzysektorowych” (cross-sectoral elements) do proponowanego rozporządzenia oraz opowiedziały się za utworzeniem Hubu Koordynacji Kryzysowej, podczas gdy Francja i Włochy wyraziły wobec Hubu bardzo mocne zastrzeżenia.