

Państwo i społeczeństwo

Głos w dyskusji zainicjowanej przez NIK

Kryzys zdrowotny w Polsce w okresie pandemii – wnioski

W okresie pandemii ludność Polski weszła w stan recesji zdrowotnej. W pracy poddano pod dyskusję związek dysfunkcji realizowanego od początku XXI wieku rynkowego systemu zdrowotnego ze spowalnianiem od 2002 r. i zahamowaniem od 2015 r. przewidywanej długości życia oraz ze wzrostem wskaźników umieralności. Marginalizacja zdrowia publicznego, niedostatki promocji zdrowia, profilaktyki chorób i opieki zdrowotnej doprowadziły jeszcze przed pandemią do wzrostu zachorowalności i umieralności z powodu chorób, którym można skutecznie zapobiegać, zwłaszcza związanych ze spożywaniem alkoholu i tych o podłożu infekcyjnym. Te same uwarunkowania przyczyniły się do nasilenia katastrofy zdrowotnej w okresie pandemii, mierzonej spadkiem przewidywanej długości życia o dwa lata i nadmierną umieralnością. Oba te wskaźniki należały do jednych z najgorszych w krajach należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, w przeciwieństwie do wskaźników w krajach skandynawskich. W okresie pandemii pojawiły się poważne wątpliwości co do funkcjonowania krajowego przywództwa w dziedzinie zdrowia publicznego. W pracy zestawiono autorskie propozycje pilnych badań i analiz oraz tematów do otwartej, interdyscyplinarnej debaty na ten temat.

JANUSZ SZYMBORSKI**Wstęp**

Pandemia COVID-19 spowodowała poważne zaburzenia życia społeczno-gospodarczego na całym globie. Światowa Organizacja Zdrowia w rezolucji na 73 Światowe Zgromadzenie Zdrowia podkreśliła, że pandemia COVID-19 uzmysłowiła kluczową rolę zdrowia jako podstawy stabilności społecznej, gospodarczej i politycznej¹. W kolejnej rezolucji wezwano światową społeczność zajmującą się zdrowiem do zapewnienia, że obecnie wszystkie kraje są lepiej przygotowane do wykrywania i reagowania zarówno na pandemię COVID-19, inne groźne choroby zakaźne, jak i na kolejne zagrożenia epidemiczne². W tym samym czasie Parlament Europejski i Rada podjęły prace nad ustanowieniem Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia, związanym z COVID-19, uznanym za największe wyzwanie dla Unii Europejskiej (UE) od czasów drugiej wojny światowej. Program, który wszedł w życie 26 marca 2021 r. ma na celu poprawę zdrowia ludzi w całej

Unii i zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzi we wszystkich politykach i działaniach UE. Wśród czterech celów ogólnych i dziesięciu szczegółowych na czoło wybija się problematyka wspierania promocji zdrowia i profilaktyki chorób, zmniejszania nierówności w zdrowiu, promowania zdrowego stylu życia i dostępu do opieki zdrowotnej³.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia⁴, 13 marca 2020 r., ogłoszono w Polsce stan zagrożenia epidemicznego chorobą COVID-19, wywołaną przez SARS-CoV-2, wirusa powodującego ciężki, ostry zespół oddechowy. Następnie, 20 marca 2020 r., Minister Zdrowia wprowadził stan epidemii⁵. Od tej pory problematyka jej zapobiegania, zwalczania i następstw jest stałym tematem doniesień medialnych, a także badań i dyskusji naukowych.

Na świecie dostępne są już liczne raporty zespołów naukowych dotyczące okoliczności wybuchu pandemii COVID-19⁶, wniosków na przyszłość⁷, oceny działań poszczególnych krajów⁸. W Polsce pojawiają się publikacje, które mają zainicjować

¹ WHO, COVID-19 response. Seventy-Third World Health Assembly WHA73.1 Agenda item 3, 19 May 2020.

² World Health Assembly charts course for COVID-19 response and global health priorities, 5 November 2020.

³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia na lata 2021–2027 („Program UE dla zdrowia”) oraz uchylenia rozporządzenia (UE) nr 282/2014 (Dz.U. L 107/1 z 26.3.2021, PL).

⁴ Dz.U. 2020, poz. 433.

⁵ Dz.U. 2020, poz. 491.

⁶ Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. *How an outbreak became a pandemic. The defining moments of the COVID-19 pandemic*, 2021 <<https://theindependentpanel.org/>>.

⁷ Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. *COVID-19: make it the last pandemic*, 2021 <<https://theindependentpanel.org/>> (dostęp 12.5.2021). E. Johnson Sirleaf, H. Clark, Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. *Losing time: End this pandemic and secure the future*, 2021 <<https://theindependentpanel.org/>> (dostęp 25.10.2022).

⁸ *First lessons from government evaluations of COVID-19 responses: A synthesis*. OECD 2022 <https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1125_1125436-7j5hea8nk4&title=First-lessons-from-government-evaluations-of-COVID-19-responses> (dostęp 25.10.2022).

programowe działania na podstawie przeglądu globalnych doświadczeń⁹, a także formułujące wnioski i rekomendacje do działań systemu zdrowotnego¹⁰. Zgodnie z zapowiedzią MZ najważniejszym strategicznym dokumentem na obecną dekadę jest „Zdrowa przyszłość”¹¹.

W tym kontekście zwraca uwagę debata pn. „Bilans popandemiczny, jak Polska przetrwała COVID. Wnioski na przyszłość”, która odbyła się 25 października 2022 r. w siedzibie Najwyższej Izby Kontroli (NIK) w Warszawie. Wskazano m.in. na: „chaos w okresie pandemii, brak jasnych wytycznych, opóźnione reagowanie i bagatelizowanie problemu przez rządzących, a także na konieczność niezwłocznego opracowania strategicznego dokumentu, określającego sposób postępowania z chorymi na COVID-19 oraz organizację systemu ochrony zdrowia”¹².

W wielu dokumentach i publikacjach krajowych oraz wypowiedziach na konferencjach naukowych trudno się jednak doszukać analizy sytuacji w Polsce z uwzględnieniem wszystkich przyczyn i okoliczności, które doprowadziły do recesji zdrowotnej, a następnie do kryzysu

zdrowotnego wielkich rozmiarów. Przykładowo zastanawia całkowite przemilczanie przez badaczy i polityków, w tym autorów zapowiadanych w kampanii wyborczej do parlamentu i procedowanych z wielkim zaangażowaniem w latach 2016–2017, projektów systemowych zmian zarządzania służbą zdrowia. W miejsce Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) 1 stycznia 2018 r. miał być utworzony państwowy fundusz celowy – wyodrębniony rachunek bankowy w ramach budżetu, do dyspozycji ministra zdrowia. W tym samym czasie miał zostać powołany Urząd Zdrowia Publicznego, odpowiedzialny m.in. za zadania realizowane obecnie przez Państwową Inspekcję Sanitarną¹³. Tymczasem w okresie pandemii pojawiły się poważne wątpliwości co do funkcjonowania krajowego przywództwa w dziedzinie zdrowia publicznego. Można przypuszczać, że systemowa dysfunkcyjność neoliberalnego systemu zdrowotnego w Polsce stała się tematem tabu. Dlatego zapowiedziany przez Prezesa NIK, w konkluzji wspomnianej powyżej debaty, wymóg odpowiedzi na zasadnicze pytania: jakie wnioski wynikają z wysokiej umieralności w Polsce, czy wystarczy tylko

⁹ W. C. Włodarczyk, G. Juszczyk: *Zdrowie publiczne 3.0. Wnioski po pandemii Covid-19: perspektywa globalna. Policy Paper*, Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022.

¹⁰ *Pokolenia – solidarni w rozwoju*, A. Chłoń-Domińczak, J. Hausner (red.), Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, Kraków 2021. A. Nitsch-Osuch, K. Lewtak: *Raport o zdrowiu Polaków. Diagnoza po pandemii COVID-19. Skutki, wyzwania i rekomendacje*, Rada Naukowa TUW Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych, Warszawa, październik 2022. *Kierunki niezbędnych reform w ochronie zdrowia. Co zmienia kryzys wywołany pandemią Covid-19?*, S. Golinowska (red.), CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych – Fundacja Naukowa, „Zeszyt mBank-CASE” nr 169/2021.

¹¹ *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Ministerstwo Zdrowia, załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z 27.12.2021.

¹² <<https://www.facebook.com/NIKgovPL/videos/833941111259909>>

¹³ *Reforma systemowa w służbie zdrowia – stan prac i nowe zadania*, 9.1.2017. Archiwalna wersja strony internetowej Ministerstwa Zdrowia (dostęp 25.10.2022).

dosypywanie pieniędzy do niewydolnego systemu i końcowe stwierdzenie, że Polki i Polacy zasługują na sprawną, efektywną opiekę zdrowotną¹⁴, stwarza nadzieję na zainicjowanie wielopłaszczyznowej, wielosektorowej, interdyscyplinarnej, faktycznie otwartej debaty naukowej i środowiskowej nad zdrowotnością ludności Polski i reorganizacją systemu zdrowotnego. Wydaje się, że tylko takie podejście pozwoli na dokonanie wiarygodnej oceny sytuacji zdrowotnej ludności Polski oraz przemyślenie na nowo podejmowanych w ostatnich dekadach i dziś decyzji politycznych co do rozwiązań legislacyjnych w obszarze zdrowia oraz wyboru kierunków zmian systemowych na przyszłość. Chodzi bowiem o zapobieżenie utrwaleniu obecnego kryzysu zdrowotnego i o realną poprawę zdrowotności Polek i Polaków. Jest to przede wszystkim moralne zobowiązanie wobec kilkuset tysięcy ofiar przedpandemicznej recesji zdrowotnej i kryzysu zdrowotnego w okresie pandemii oraz ponad miliona naszych obywateli, których ofiary te pozostawiły w żałobie.

W strukturze opracowania uwzględniono analizę rozwoju sytuacji zdrowotnej w Polsce w okresie dwóch dekad przed pandemią oraz ocenę sytuacji zdrowotnej w czasie pandemii w latach 2020–2021 na tle sytuacji w innych krajach. Na tej podstawie, w rozdziale zatytułowanym „Dyskusja”, przeprowadzono rozważania odnoszące się do możliwego wpływu neoliberalnego systemu zdrowotnego wprowadzonego w naszym kraju w latach

1999–2004 na przedpandemiczną recesję zdrowotną i rozmiary obecnego kryzysu zdrowotnego. Kolejne wątki dyskusji dotyczą wpływu neoliberalnej ideologii na pogorszenie relacji pacjent-lekarz oraz niską jakość proponowanych rozwiązań legislacyjnych w obszarze zdrowia. Omówiono także destrukcyjny wpływ neoliberalnej nowomowy na świadomość społeczną i podejmowane działania w sferze zdrowia. W osobnym rozdziale przedstawiono wybrane propozycje dalszych badań, analiz i debat o zdrowiu ludności. Wszystkie zaprezentowane analizy mają charakter autorski, a więc subiektywny, i są w założeniu głosem w dyskusji na temat uwarunkowań sytuacji zdrowotnej ludności Polski w XXI wieku. Chodzi zarówno o krajowy i międzynarodowy kontekst bieżącej sytuacji epidemicznej, namysł nad sposobami skutecznych działań zaradczych wobec przyszłych tego typu zjawisk, jak i o wszystkie inne zagrożenia zdrowia o znaczeniu społecznym, zwłaszcza przewlekłe choroby niezakaźne.

Lata 1990–2019: od postępu do recesji

Analizy zaprezentowane w kolejnych częściach artykułu przeprowadzono na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), publikacji Ministerstwa Zdrowia i podległych mu instytutów naukowo-badawczych, doniesień naukowych i obserwacji własnych. Ważnymi źródłami są także

¹⁴ <<https://www.facebook.com/NIKgovPL/videos/833941111259909>>

publikacje i wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) – dr. Janusza Kochanowskiego (1940–2010), materiały i stanowiska sygnowane przez przewodniczącą Rządowej Rady Ludnościowej (RRL), prof. Zbigniewa Strzeleckiego (1949–2016) oraz publikacje Najwyższej Izby Kontroli.

Wyniki badań zespołu kierowanego przez prof. Witolda Zatońskiego, czołowego polskiego epidemiologa o niekwestionowanym, międzynarodowym autorytecie pokazały, że w pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej w Polsce znacząco obniżyła się umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca, co przyczyniło się do stałego wzrostu przeciętnej długości życia. Jednak od 2002 r. tempo wzrostu zdrowia w Polsce uległo spowolnieniu, zaś od 2014 r. u mężczyzn i 2016 r. u kobiet wzrost średniej długości życia uległ zahamowaniu. W okres pandemii polskie społeczeństwo weszło w stanie recesji zdrowotnej (rys. 1, s. 83)¹⁵.

Stało się to głównie z powodu konsekwentnego osłabiania polityki antyalkoholowej przez polski rząd. W październiku 2002 r. akcyza na napoje spirytusowe została obniżona o 30%, rok wcześniej reklamę piwa ponownie dopuszczono w telewizji, w 2010 r. rozpoczęła się kampania branży alkoholowej, której rezultatem był dramatyczny wzrost sprzedaży małych butelek wódki – w 2019 r. w Polsce nabywców znalazło 1,2 mld buteleczek wódki.

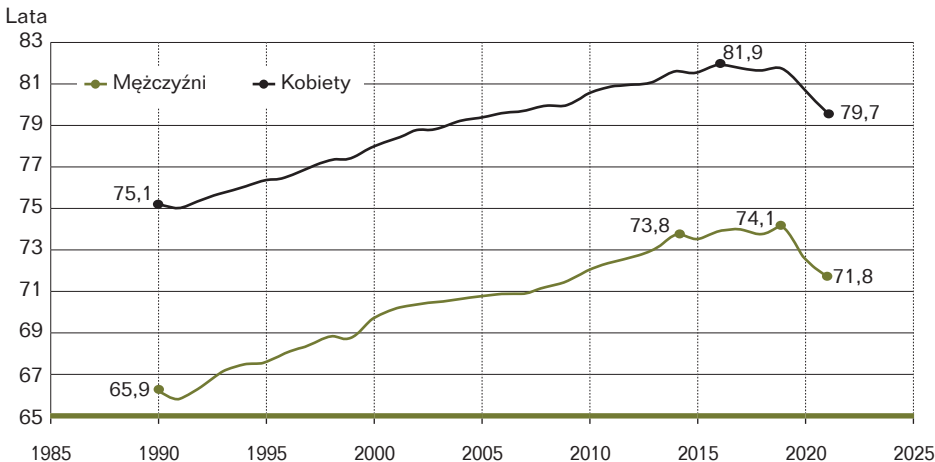
Ewidencjonowane spożycie na 1 mieszkańca (15+) wzrosło z 8,1 litrów czystego spirytusu w 2002 r. do 11,7 litrów w 2020 r. Jego rejestrowane całkowite spożycie zwiększyło się o 125 mln litrów – z 254 mln litrów czystego spirytusu w 2002 r. do 379 mln litrów w 2020 r. Przyniosło to dramatyczne następstwa zdrowotne. Na podstawie danych GUS zespół badawczy prof. W. Zatońskiego pokazał wzrost zgonów z powodu chorób związanych ze spożywaniem alkoholu z 3685 (3256 u mężczyzn i 429 u kobiet) w 2002 r. do 10 396 (8251 u mężczyzn i 2145 u kobiet) w 2019 r. W latach 2002–2019 skumulowana liczba zgonów z tej przyczyny wyniosła 130 000 dla obu płci łącznie. Spowodowała ją głównie alkoholowa marskość wątroby (50% zgonów u mężczyzn i 69% zgonów u kobiet). W latach 2002–2019 umieralność z jej powodu wzrosła w Polsce znacząco u obu płci i we wszystkich grupach wiekowych dorosłych, a roczna liczba zgonów z tej przyczyny wzrosła z 1079 (918 u mężczyzn i 161 u kobiet) do 5613 (4138 u mężczyzn i 1475 u kobiet). W latach 2002–2019 skumulowana liczba zgonów z powodu alkoholowej marskości wątroby wyniosła 57 000 dla obu płci łącznie¹⁶.

Te tragiczne w swej wymowie informacje opierają się na solidnych badaniach, rzetelnych ocenach i wiarygodnych interpretacjach, uwzględniających znaczenie właściwego doboru czasu, do których odnoszą się analizy naukowe. Niestety w niektórych

¹⁵ W. A. Zatoński, K. Janik-Koncewicz, M. Zatoński, A. Wojtyła: *Pogorszenie stanu zdrowia Polaków po 2002 r. Epidemia zgonów alkoholowych*, „Menedżer Zdrowia” nr 7-8/2020, s. 118-124.

¹⁶ W. A. Zatoński, K. Janik-Koncewicz, M. Zatoński: *Life expectancy and alcohol use health burden in Poland after 2002*, „J Health Inequal” nr 8(1)/2022 8, s. 4-16.

Rysunek 1. Trendy oczekiwanej długości życia w Polsce



Źródło: W. A. Zatoński, K. Janik-Koncewicz, M. Zatoński, op. cit.

raportach polskich¹⁷ i międzynarodowych¹⁸ opublikowanych w ostatnich latach, niewłaściwy dobór okresu objętego analizą sprawia, że pojawiają się błędne interpretacje i uproszczone wnioski dotyczące zmian oczekiwanej długości życia spowodowanych przez używanie alkoholu w Polsce po 2002 r. Rażące niedoszacowania danych o jego szkodliwości są następnie powtarzane w opracowaniach sporządzanych przez administrację państwową i uniemożliwiają podejmowanie racjonalnych działań zaradczych, a przez to utrudniają

przedsięwzięcia na rzecz rozwoju społeczno-gospodarczego Polski¹⁹.

Choroby związane ze spożywaniem alkoholu były główną, ale nie jedyną, przyczyną prowadzącą do przedpandemicznej recesji zdrowotnej w Polsce. Mimo oficjalnie deklarowanej, w miarę stabilnej sytuacji epidemicznej zakażeń i chorób zakaźnych, w ostatnich dwóch dekadach zagrożenie chorobami infekcyjnymi budziło uzasadniony niepokój. Rządowa Rada Ludnościowa (RRL) od I Kongresu Demograficznego w Polsce

¹⁷ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, B. Wojtyński, P. Goryński (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020, s. 285-342. M. Gańczak, T. Miazgowski, M. Kozybska i wsp.: *Changes in disease burden in Poland between 1990–2017 in comparison with other Central European countries: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*, „PLoS One” 2020; 15: e0226766.

¹⁸ *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*, World Health Organization <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf> (dostęp 15.10.2022).

¹⁹ W. A. Zatoński, K. Janik-Koncewicz, M. Zatoński, op.cit., s. 4-16.

(2001/2002) wskazywała na choroby infekcyjne jako ważny czynnik wpływający na wskaźniki zachorowalności, hospitalizacji i umieralności²⁰. Zagadnienie „Profilaktyka i zwalczanie zakażeń, chorób infekcyjnych oraz zagrożeń transgranicznych” zostało włączone do przygotowanej w 2016 r. ostatniej wersji Założeń polityki ludnościowej Polski jako jeden z siedmiu priorytetów celu III „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności”²¹. W dokumencie tym zawarto szereg rekomendacji dotyczących poprawy nadzoru epidemiologicznego, m.in. podniesienia wiarygodności danych z rejestracji zachorowań, konieczności prowadzenia działań edukacyjnych wzmacniających świadomość społeczeństwa o sposobach rozprzestrzeniania się infekcji i znaczeniu działań zapobiegawczych w sferze zdrowia publicznego, w tym szczepień ochronnych. Zalecenia te od 2016 r. pozostają w archiwalnych zasobach RRL. Z kolei według raportu Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w dwudziestoletnim okresie, od 2000 r., dwukrotnie zwiększyła się liczba zgonów z powodu zapalenia płuc, głównie osób w wieku 70 lat i starszych. Problem ten narastał w ostatnim okresie, bowiem w latach 2016–2018 zarejestrowano odpowiednio 13 323, 15 974 i 17 889 zgonów z tej przyczyny²².

Wyjątkowo bogatym źródłem wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i funkcjonowaniu systemu zdrowotnego w drugiej połowie pierwszej dekady XXI w. była instytucja RPO kierowana przez dr. J. Kochanowskiego. Licząca 844 strony biała księga dokumentuje szeroki i różnorodny zakres spraw dotyczących zdrowia, zarówno o wymiarze indywidualnym, jak i systemowym²³. Wspólną cechą podejmowanych przez Rzecznika interwencji było ich odniesienie do praw człowieka jako pacjenta, a także jako podmiotu zdrowotnej polityki publicznej. Większość podejmowanych przez RPO spraw odnosiła się bezpośrednio do problemów i trudności jakich doświadczają obywatele korzystający z opieki zdrowotnej. Unikatowym walorem raportu jest możliwość zapoznania się z odpowiedziami ówczesnych ministrów zdrowia, co daje pełniejszy obraz problemów w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Dopełnienie obrazu rzeczywistości w zakresie funkcjonowania systemu zdrowotnego w Polsce można znaleźć w licznych Informacjach o wynikach kontroli NIK²⁴.

Sytuacja w czasie pandemii – potrzeba analizy

Raport Ministerstwa Zdrowia z 25 października 2022 r. wskazuje, że liczba zakażeń od 4 marca 2020 r. wyniosła 6 336 534

²⁰ J. Szyborski, W. Zatoński: *The activities of the Government Population Council aimed at limiting health care inequalities*, „J Health Inequal” nr 3(1)/2017, s. 30-40.

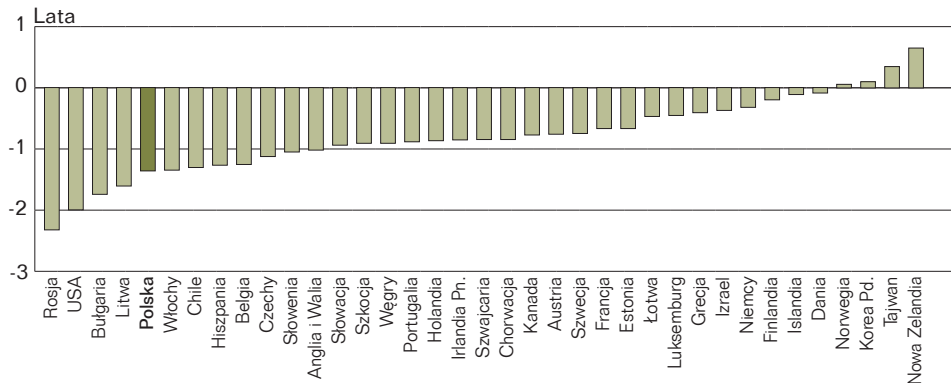
²¹ *Założenia polityki ludnościowej Polski*, RRL 2016.

²² *Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2019 r.*, M. Korzeniewska-Koseła (red.), Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2020.

²³ *Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009 – Biała Księga*, J. Szyborski (red.), „Biuletyn RPO – Źródła”, Warszawa 2009.

²⁴ <<https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/zdrowie>>

Rysunek 2. Zmiany oczekiwanej długości życia związane z pandemią COVID-19 w 2020 r.



Źródło: Islam N, Jdanov D A, Shkolnikov V M, Khunti K, Kawachi I, White M et al.: *Effects of COVID-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries*, „BMJ”.

i z tej przyczyny odnotowano w tym czasie 118 050 zgonów²⁵. Dane Głównego Urzędu Statystycznego informują, że liczba zgonów ogółem w 2020 r. przekroczyła o ponad 100 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 50 lat (477 tys. do 364 tys.), wzrost liczby zgonów w stosunku do 2019 r. wyniósł prawie 68 tys., natomiast współczynnik zgonów na 100 tys. ludności osiągnął najwyższą wartość od 1951 r.²⁶ Liczba zgonów ogółem w 2021 r. przekroczyła o blisko 154 tys. średnioroczną wartość z ostatnich 50 lat (519,5 tys. do 366 tys.), natomiast współczynnik zgonów na 100 tys. ludności osiągnął wartość wyższą o blisko 117 tys. w stosunku do 2020 r.²⁷

Jak pokazują badania, kryzys zdrowotny objął cały świat i Europę. Analiza

kształtowania się wskaźników zdrowotności w okresie pandemii ujawnia jednak, że w przeciwieństwie do krajów z rynkowym systemem zdrowotnym, w których odnotowano znaczące skrócenie przewidywanej długości życia oraz istotny wzrost „nadliczbowych zgonów”, w krajach skandynawskich sytuacja była zdecydowanie lepsza²⁸. Kryzys zdrowotny w Polsce, mierzony skróceniem średniej długości dalszego trwania życia oraz liczbą „nadmiarowych zgonów” w latach 2020–2021, przybrał jeden z największych w UE rozmiarów, a różnica w przewidywanym dalszym trwaniu życia między Polską a Unią zwiększyła się z 3 do 4 lat²⁹. Na rys. 2 pokazano, że spadek oczekiwanej długości życia w Polsce (-1,4 lat) w 2020 r. należał

²⁵ <<https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>> (dostęp 25.10.2022).

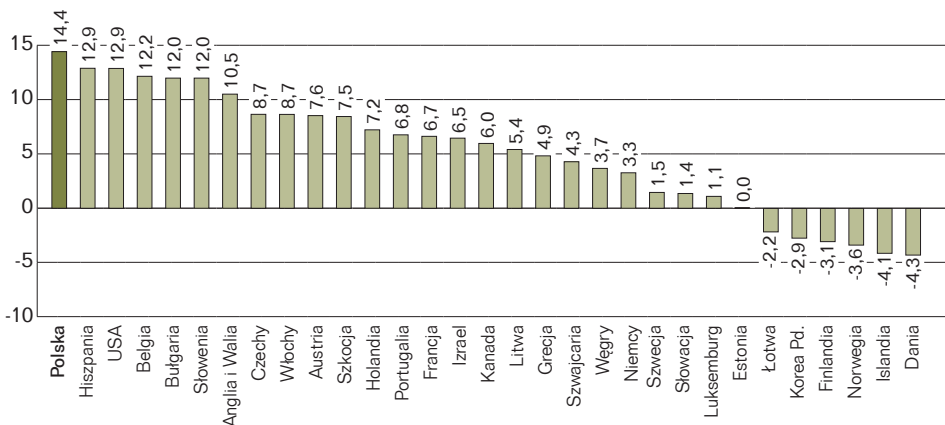
²⁶ *Umieralność w 2020 r. Zgony według przyczyn – dane wstępne*, GUS, 28.6.2021.

²⁷ *Umieralność w 2021 r. Zgony według przyczyn – dane wstępne*, GUS, 16.5.2022.

²⁸ *Health at a Glance 2021*, OECD Indicators.

²⁹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021); *Poland: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing; Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Rysunek 3. Procentowy wzrost umieralności na 100 tys. osób w 2020 r. w porównaniu ze średnią z lat 2015–2019



Źródło: Ufuk Parildar, Rafael Perara, Jason Oke: Excess Mortality across Countries in 2020, Oxford University Nuffield Department of Primary Care Health Sciences. The Centre of Evidence – Based Medicine.

do największych w analizowanych 37 krajach.

Z kolei rys. 3 ilustruje najwyższy w Polsce, spośród analizowanych 30 krajów, odsetek „nadmiarowych” zgonów (14,4) w 2020 r.

Z raportu OECD wynika, że nadmierna umieralność w 2020 r. była najwyższa w Meksyku i w Kolumbii, gdzie odnotowano odpowiednio 52% i 28% wzrost ogólnej umieralności w porównaniu z poprzednimi pięcioma latami. Spośród krajów europejskich największy odsetek „nadliczbowych” zgonów odnotowano w Polsce (22%), z kolei w krajach skandynawskich nie przekraczał on 5% (rys. 4, s. 87). Wstępne dane za 2021 r. wskazują na kontynuację tendencji nadmiernej umieralności w krajach OECD, także w Polsce, przy czym

była ona znacząco wyższa niż wskaźnik zgonów związanych z COVID-19.

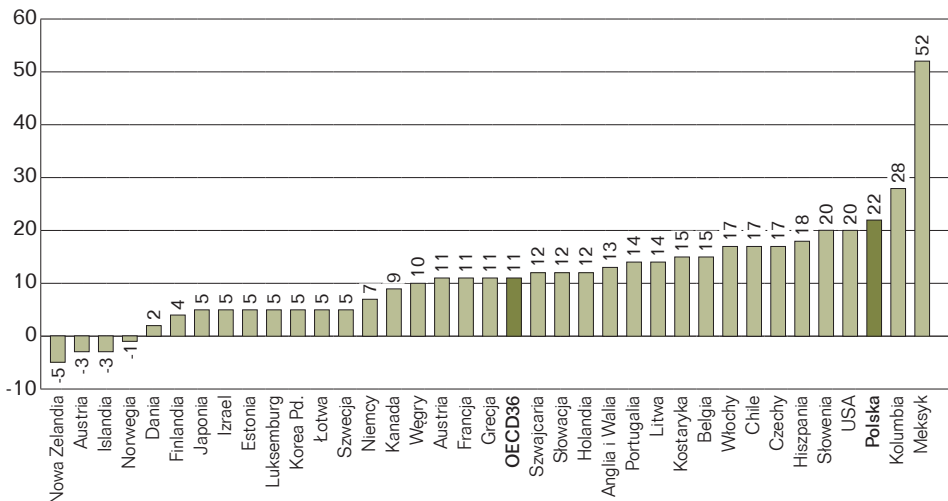
Widoczny jest ponadto negatywny wpływ pandemii na rozwój procesów demograficznych w naszym kraju³⁰.

Dyskusja

Przedstawione dane na temat kształtowania się wskaźników zdrowotności w Polsce w pierwszych dwóch dekadach XXI wieku, a także cyklicznie zaostrzające się problemy w zapewnieniu ludziom adekwatnej do potrzeb opieki zdrowotnej, uzasadniają potrzebę poszukiwania odpowiedzi na pytanie badawcze: czy neoliberalny, dysfunkcyjny system zdrowotny podkopuje zdrowie ludności Polski? Cytowane w tym opracowaniu źródła, w tym NIK, RPO i RRL pokazują,

³⁰ J. Szymborski: *Poland's population policy during the COVID-19 pandemic*, „J Health Inequal” nr 7(1)/2021, s.18-25, <DOI: <https://doi.org/10.5114/jhi.2021.107952>>.

Rysunek 4. Całkowita liczba zgonów w 2020 r. w porównaniu ze średnią z lat 2015–2019, skorygowana o populację (w %)



Źródło: Health at a Glance 2021: OECD Indicators.

że wprowadzony w naszym kraju w latach 1999–2004 system zdrowotny ma niską efektywność, jest nastawiony nie na jakość, a na liczbę świadczeń, cechuje się niedostatkami koordynacji pomiędzy jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitalami. Towarzyszą temu: strukturalna słabość działań w zakresie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i prewencji chorób; niska pozycja zdrowia w politykach publicznych; problemy w koordynacji działań międzysektorowych (zwłaszcza z sektorami edukacji i opieki społecznej); niedostatki myślenia strategicznego, pojmującego wydatki na zdrowie jako inwestycję w przyszłość. Mimo poszerzającej się wiedzy o roli uwarunkowań społeczno-ekologicznych zdrowia, opieka społeczna od 1999 r. pozostaje w Polsce poza zakresem kompetencji Ministerstwa Zdrowia,

a medycyna społeczna, medycyna szkolna i pediatria społeczna w praktyce zanikły.

Utrzymywany w Polsce od ponad dwóch dekad system zdrowotny, oparty na rzekomo bezalternatywnych mechanizmach rynkowych, miał w założeniu zapewniać konkurencyjność, prawo wyboru, zmniejszenie nieefektywności, wzrost innowacyjności, a w rzeczywistości okazał się dysfunkcyjny w odniesieniu do podstawowych zadań. Kolejne „reformy” podejmowane w następstwie cyklicznych kryzysów opieki medycznej pokazywały nieskuteczność rynku w sektorze zdrowia. Ten model systemu zdrowotnego utrwalił się po akcesji Polski do UE, ponieważ – jak się wydaje – był wzorowany na czysto rynkowym modelu opieki w Wielkiej Brytanii, który jednak już wówczas ujawniał strukturalne wady, a dziś nie potrafi sprostać wyzwaniom zdrowotnym

i opiekuńczym³¹. W chwili akcesji do UE 1 maja 2004 r. Polska miała wybór, bowiem rynkowy system zdrowotny nie był jedyną opcją w krajach piętnastki. W krajach skandynawskich istniały inne rozwiązania, także w Polsce były dostępne różne propozycje, np. samorządowego systemu zdrowotnego³².

W rynkowej rzeczywistości, przedstawiciele ukształtowanego w ostatnich dwóch dekadach, w miarę stabilnego, rynkowego establishmentu zdrowotnego (medycznego i menadżerskiego), często ogłaszają, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć. Jednak w praktyce polityki zdrowotnej znaczenie medycyny naprawczej, zwłaszcza „medycyny szpitalnej” jest rażąco przeceniane, a rola zdrowia publicznego konsekwentnie deprecjonowana. Prawdopodobnym wyjaśnieniem takiego stanu rzeczy jest to, że działania, które przynoszą ogromne korzyści dużym grupom ludzi i całemu społeczeństwu, takie jak promocja zdrowia i profilaktyka chorób, oferują niewiele osobom tworzącym establishment zdrowotny. Takie działania nie są więc przez nie cennie, czego konsekwencją jest niski status i niedostateczne finansowanie zdrowia publicznego. Powstaje błędne koło systemu zdrowotnego (oprac. własne): marginalizacja zdrowia publicznego i rażąco niskie nakłady finansowe – wzrost zachorowalności i umieralności z powodu chorób, którym można skutecznie zapobiegać – zwiększone potrzeby ludności

w zakresie leczenia i rehabilitacji oraz rosnące nierówności w zdrowiu – znaczący wzrost kosztów leczenia i rehabilitacji oraz zwiększone obciążenie personelu w opiece zdrowotnej – konieczność zwiększenia nakładów na opiekę medyczną, m.in. kosztem zdrowia publicznego, po czym następuje kolejny obrót błędnego koła. Według danych OECD liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce chorób wynosiła w Polsce 222, przy średniej dla UE 160 na 100 000 osób w 2018 r. (zatem przed pandemią). Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce chorób związanych ze spożyciem alkoholu jest znacznie wyższa w Polsce (49 na 100 000 osób w 2018 r.) niż w UE (32 na 100 000 osób). Tymczasem w 2019 r. ponad jedną trzecią (37%) wydatków na zdrowie w Polsce przeznaczono na opiekę szpitalną, niemal jedną trzecią (31%) na opiekę ambulatoryjną, tylko 7% wydatków bieżących na opiekę długoterminową i zaledwie 2% na opiekę profilaktyczną, co stanowi, w przeliczeniu na mieszkańca, około jedną trzecią średniej UE (33 euro vs. 102 euro).³³

Wprowadzenie mechanizmów rynkowych doprowadziło do stopniowej likwidacji wypracowanego przez wiele lat, odwołującego się do rodzimych tradycji pediatrii społecznej, korczakowskiego systemu opieki pediatrycznej, który charakteryzował się ciągłością postępowania profilaktyczno-diagnostyczno-leczniczo-

³¹ C. Rottenberg: *Neoliberalism has led to a crisis in care – and we urgently need to solve it*, „The Conversation” nr 10/2018.

³² M. Dercz: *Samorządowy model systemu ochrony zdrowia*, „Instytut Spraw Publicznych, Analizy i Opinii” nr 43/2005.

³³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021)...., op.cit.

rehabilitacyjnego i orzeczniczego oraz uwzględniał rolę uwarunkowań społecznych³⁴. Mimo kolejnych deklaracji, zdrowie młodzieży jest najbardziej marginalizowanym, ignorowanym, niedocenianym obszarem medycyny i polityki zdrowotnej, chociaż wiadomo, że ten okres decyduje o zdrowiu w całym dorosłym życiu. Rodzi to dramatyczne następstwa dla zdrowia psychicznego, somatycznego oraz motorycznego dzieci i młodzieży. Przykładowo przytoczone przez prof. Bartosza Molika badania pokazują, że ponad 80% polskiej młodzieży nie spełnia rekomendacji WHO dotyczących aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania³⁵.

Skutki marginalizowania przez całe lata zdrowia publicznego (promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, profilaktyki chorób, uwarunkowań socjoekologicznych) przez rynkowy system zdrowotny były prawdopodobnie jednym z najważniejszych czynników wpływających na rozmiar katastrofy zdrowotnej w okresie pandemii 2020–2021. Jak dotąd brakuje jednak odniesień do tej problematyki w krajowych publikacjach i debatach naukowych.

W obliczu pogarszających się wskaźników zdrowotności rynkowy establishment zdrowotny skutecznie przykrywa i usprawiedliwia przed obywatelami dysfunkcje systemu rynkowego w sektorze zdrowia innymi, ważnymi wprawdzie, ale interpretowanymi zwodniczo lub powierzchownie przyczynami: niską świadomością

zdrowotną ludzi (kult indywidualnej odpowiedzialności, *case study*: zgony związane ze spożyciem alkoholu); rosnącą liczbą ludzi niesamodzielnych i starszych (stygmatyzacja starości); niskimi nakładami finansowymi na zdrowie w Polsce w porównaniu z większością krajów UE; niedoborami kadr lekarskich i pielęgniarskich; odpowiedzialnością państwa za blokowanie mechanizmów rynkowych; pandemią COVID-19 i innymi globalnymi kataklizmami.

Uszczegółowienie tych kwestii jest tematem na osobne opracowanie, jednak odnośnie do świadomości zdrowotnej już teraz należy zasygnalizować doświadczenia z okresu pandemii. Okazało się, że obok zaangażowania całego systemu opieki medycznej i wszystkich struktur państwowych, kluczową rolę w rozwiązywaniu realnych problemów w zwalczaniu choroby ma indywidualna i zbiorowa świadomość oraz gotowość obywateli do rozumienia, a także przestrzegania zasad ochrony przed infekcją. Podkreślanie roli edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób nie oznacza zwątpienia w osiągnięcia współczesnej medycyny i nie umniejsza potrzeby rozwijania nowych terapii, nowych szczepionek, oddziałów, nowych technologii, kształcenia kadr medycznych, ale pozwala się przygotować społeczeństwu na możliwe scenariusze rozwoju sytuacji epidemicznej. Problem z budowaniem ufności społecznej pojawia się wówczas, gdy ze środowiska

³⁴ J. Szymborski: *Janusz Korczak i aktualność jego filozoficzno-prawnego dzieła okresu Polski Niepodległej* [w:] *Dokonania kulturowe w Polsce Niepodległej*, K. Karaskiewicz (red.), Kresowa Agencja Wydawnicza 2020, s. 159-166.

³⁵ <<https://www.prawo.pl/zdrowie/aktywnosc-dzieci-okolo-90-proc-dzieci-w-polsce-ma-problemy,518744.html>> (dostęp 7.1.2023).

medycznego lub zarządczego wpływają mało przejrzyste, hurraoptymistyczne informacje, które tworzą fikcję całkowitego bezpieczeństwa i pełnej skuteczności leków, gdy przedstawia się mało przekonujące szacunki rozwoju zdarzeń, kiedy nie uwzględnia się okoliczności związanych z wprowadzaniem mechanizmów rynkowych do polityki społecznej, edukacyjnej i zdrowotnej. Wobec urynkowienia życia społecznego, część obywateli nabyła rynkowe podejście i oferty zdrowotne, np. szczepienia, traktuje jak towar. Osoby te, jako konsumenci, nauczyły się być permanentnie podejrzliwe, dokładnie czytać etykiety, wszędzie wyczuwać motywy zysku, zakładać, że wszystkie informacje są reklamą. Dodatkowym argumentem stają się dla nich niepełne, często sprzeczne, ciągle zmieniające się informacje napływające z mediów.

Te okoliczności powinny być brane pod uwagę, gdy dokonujemy dziś ostrych ocen postaw i zachowań części ludzi wobec pandemii, gdy oczekujemy od wszystkich pełnego zrozumienia i zaufania. „Alfabetyzacja” zdrowotna, jako ważne zadanie zdrowia publicznego, powinna być postrzegana w kontekście odpowiedzialności społecznej i solidarności. Zwiększenie jej poziomu jest jednak potrzebne zarówno dla ludzi poszukujących informacji i świadczeń zdrowotnych, jak i dla instytucji, organów i osób, które zapewniają dostępność świadczeń dla całego społeczeństwa. Gdy o tym mowa, warto prześledzić jeszcze raz historię przemian systemu zdrowotnego

w ostatnim dwudziestoleciu, z kolejnymi (wg autorów zbawczymi) reformami, charakteryzowanymi przez słowa-klucze: decentralizacja, dekoncentracja, deregulacja, outsourcing, komercjalizacja, koordynacja, personalizacja, deinstytucjonalizacja, itp. Należy oczekiwać od rynkowego establishmentu refleksji co do własnej odpowiedzialności w kwestii kryzysu zdrowotnego i ograniczonego zaufania społecznego, czego nie powinno się przykrywać i usprawiedliwiać wyłącznie niską świadomością zdrowotną społeczeństwa, niedoborem środków finansowych i kadr, procesem starzenia się ludności lub pandemią COVID-19.

Nie ulega wątpliwości, że rynek w neoliberalnym wydaniu (utowarowienie opieki) doprowadził w wielu systemach zdrowotnych do marginalizacji profilaktyki chorób oraz pogorszenia zakresu i jakości opieki zdrowotnej, bowiem traktuje ją jako prywatne dobro na sprzedaż, a nie dobro publiczne opłacane przez podatników. Ciągła rynkowa restrukturyzacja skupia się na zyskach, a nie na jedynie deklarowanych przy każdej okazji potrzebach zdrowotnych ludzi. Systemy opieki zdrowotnej, w tym długoterminowej, poddane w większości krajów należących do OECD postępującemu urynkowieniu i finansjalizacji, z zakorzenieniem neoliberalnych wartości rynkowych, takich jak konkurencyjność, prawo wyboru pacjentów/konsumentów i nastawienie na zysk, doświadczają postępującego kryzysu³⁶. Okazuje się, że rynkowa konieczność dostosowania się

³⁶ A. C. Cordilha: *Public health systems in the age of financialization: lessons from the French case*. „Review of Social Economy” <<https://doi.org/10.1080/00346764.2020.1870710>> (dostęp 10.8.2022).

do wymogów konkurencyjności prowadzi często do pogorszenia jakości opieki. Iluzoryczne efekty daje promocja wyboru konsumenckiego. Z kolei prywatyzacja opieki otwiera drzwi drapieżnym praktykom finansowym³⁷. Cytowany przez prof. Andrzeja Szczeklika redaktor naczelny prestiżowego czasopisma medycznego ujął swego czasu sytuację w brytyjskim lecznictwie następująco: „Ideologia biznesu przesiąka medycynę. (...) Przesunięto priorytety, ilość zastąpiła jakość, moralność zanika, zapanował cynizm...”³⁸. Ta przenikliwa diagnoza znajduje obecnie potwierdzenie w złym stanie „zdeinstytucjonalizowanej” przed czterdziestoma laty opieki nad osobami starszymi oraz opieki psychiatrycznej w Wielkiej Brytanii³⁹. Utrudniają ją obcinane budżety, niedobór i niskie morale personelu. Osoby starsze stanowią tam 3/4 puli „nadmiarowych” zgonów nie tyle z powodu wieku, ale niskiej jakości opieki nad nimi. W opiece psychiatrycznej coraz częściej „pierwszym kontaktem” staje się policja, a „przechowalnią” (podobnie jak w USA) – system penitencjarny⁴⁰. Okazuje się ponadto, że neoliberalne lobby, często o charakterze ponadnarodowym, ma wielkie możliwości wpływu. W Wielkiej Brytanii również instytucje medyczne

i naukowe, m.in. dzięki zachętom finansowym i honorowym dla kierownictwa i ekspertów, ciepło przyjęły projekt neoliberalny jako wyraz polityki realizmu, braku alternatywy i ekonomicznej konieczności⁴¹.

Należy się liczyć z tym, że rynek w zdrowiu nie wyłania niezależnych ekspertów, lecz kreuje i skupia raczej ekspertów zależnych od rynku. Dlatego z pewną ostrożnością należy podchodzić do nadmiernego ekspozowania ich roli w polityce zdrowotnej w krajach realizujących model neoliberalny.

Kolejny problem badawczy dotyczy tego, w jaki sposób neoliberalny system zdrowotny modyfikuje relację pacjent-lekarz? Prof. Jan Tatoń w książce „Filozofia w medycynie”⁴² zawarł przemyślenia ważne z punktu widzenia oceny obecnej sytuacji zdrowotnej, relacji pacjent-lekarz i dyskusji na temat kierunków przyszłych działań w tej sferze: „Lekarz i osoby, które z nim współdziałają, wykonują misję posługi ludziom w duchu miłości i poszanowania wszystkich praw ludzkich. Celem tej misji jest wyłącznie dobro chorego, siłą motoryczną metody wynikające z postępu naukowego, a sprawdzianem – bezwzględne i ostre oceny etyczne i społeczne. Wszelkie ustępstwa, niedomówienia

³⁷ Ch. Corlet Walker, A. Druckman, T. Jackson: *A critique of the marketisation of long-term residential and nursing home care*, „Lancet Healthy Longev”, published online March 21, 2022 <[https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00040-X](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00040-X)> (dostęp 11.10.2022).

³⁸ R. Horton, *The doctor's role in advocacy*, Lancet, 2002,359:458, Za: A. Szczekliki Katharsis, Wyd. Znak Kraków 2003.

³⁹ L. M. Garnham: *Public health implications of 4 decades of neoliberal policy: a qualitative case study from post-industrial west central Scotland*, „Journal of Public Health” nr 4/2017, s. 668–677 <<https://doi.org/10.1093/pubmed/fox019>>.

⁴⁰ R. Cain: *How neoliberalism is damaging your mental health*, „The Conversation”, January 30, 2018.

⁴¹ P. Bourdieu, L. Wacquant: *New Liberal Speak. Notes on the new planetary vulgate*. „Radical Philosophy” nr 105/2001.

⁴² PZWL, Warszawa 2003.

lub zafałszowania tych zasad powodują zanik skuteczności misji lekarzy, utratę zaufania społecznego, powstawanie nadużyć moralnych, etycznych i prawnych, więcej, wiodą na manowce pogardy społecznej, a także wręcz lęku przed lekarzami. Szczególnie wynikać to może z prymitywnego ujęcia usługi medycznej jako tylko rynkowego towaru, poddania pracy lekarza i instytucji medycznych wynaturzeniom zasady zysku finansowego, uzależnienia świadczeń zdrowotnych, często ratujących życie, od bezpośrednich możliwości płatniczych chorego pacjenta – dotkniętego nieszczęściem człowieka. (...) Uwarunkowania ekonomiczne są zawsze obecne, ale są one jedynie środkiem do celu i powinny być traktowane zgodnie z ideą społecznej sprawiedliwości. Na początku nowego tysiąclecia lekarze znowu, jak to już wiele razy się zdarzało w historii, znajdują się pod presją sił, które stosują w praktyce zasadę nadrzędności zdobywania pieniędzy i wartości materialnych odbieranych ludziom o pomniejszych możliwościach walki o sprawiedliwe ich traktowanie z powodu choroby, biedy lub niewiedzy”.

Do tych myśli wybitnego polskiego uczonego, lekarza, humanisty należy dodać, że międzynarodowa Karta Lekarza z 2002 r.⁴³ określiła zasady wykonywania tego zawodu w nowym tysiącleciu: nadrzędność dobra pacjenta, jego autonomię i sprawiedliwość społeczną. Dlatego w znowelizowanym w 2003 r. Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL), w art. 2 ust. 2, do zdania:

„Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*” dodano: „Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”⁴⁴. Przypomnienie fundamentalnych przepisów KEL winno być podstawą dyskusji na temat kierunków niezbędnych reform systemu zdrowotnego w Polsce. W dyskusji tej nie może być tematów tabu, do jakich zalicza się dziś rzetelna ocena efektywności mechanizmów rynkowych w sektorze zdrowia, na podstawie dwóch dekad doświadczeń krajowych i czterech dekad doświadczeń międzynarodowych. Potrzeba interdyscyplinarnej, wielosektorowej dyskusji nad możliwością przestawienia zorientowanego rynkowo systemu zdrowotnego na służbę wspólnemu dobru, wynika przede wszystkim z zobowiązań moralnych wobec ofiar przedpandemicznej recesji zdrowotnej i wobec ludzi, którzy zmarli w okresie pandemii z przyczyn, którym można było skutecznie zapobiec. Losów tych ludzi, ujmowanych najczęściej w statystyczną formułę „nadmiarowych zgonów”, nie może otaczać zmowa milczenia i zjawisko to nie powinno być bagatelizowane z uwagi na zaawansowany wiek ofiar.

W miejsce przepojonej humanizmem, mającej rodzime korzenie filozofii zdrowia wszedł od dwóch dekad całkowicie inny, neoliberalny sposób jej rozumienia. Podczas inauguracji w Katowicach sesji zdrowotnej Europejskiego Kongresu

⁴³ Karta Lekarza. „Medycyna Praktyczna”, wydanie specjalne 4/2002.

⁴⁴ Kodeks Etyki Lekarskiej z 2.1.2004, (t.j., zawierający zmiany uchwalone 20.9.2003 przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).

Gospodarczego 25 kwietnia 2022 r. ogłoszono: „Zmieniamy filozofię systemu ochrony zdrowia. Zmieniamy ją pod tym kątem, że przedmiotem rozliczenia w tym systemie nie będzie sztuka dostarczonego świadczenia, tylko prowadzona stale ocena jego jakości”⁴⁵. W czasie dwudziestu lat panowania symbolu neoliberalizmu – NFZ – filozofia sprowadzała się więc do dostarczania „sztuki świadczenia” wyłącznie w sensie liczbowym, a zmiana będzie polegała na tym, że zdehumanizowanej „sztuce świadczenia” zadeklaruje się lepszą jakością.

Poruszająca rzeczywistość jest taka, że neoliberalizm w zdrowiu szybko tworzy świat, w którym niemożliwe staje się wyobrażenie sobie innych niż rynek możliwości funkcjonowania. Tym bardziej jawi się dziś potrzeba nawiązywania do bogatych tradycji filozoficznych w polskiej medycynie, z których wynika, iż bez wiedzy filozoficznej możliwości profesjonalnego uprawiania zawodu lekarza są ograniczone. Filozofia pobudza bowiem logiczne myślenie, mądrość i cechy moralne lekarza. Stanowi też cenną pomoc w łączeniu specjalistycznej wiedzy medycznej z humanistyczną refleksją o życiu, człowieku, ludzkości⁴⁶.

W obliczu dramatycznych doświadczeń przedpandemicznej recesji zdrowotnej i obecnego kryzysu zdrowotnego, wyłania się istotna kwestia badawcza: czy proponowane są dziś takie rozwiązania strategiczne

w obszarze zdrowia, które mogą przestawić zorientowany rynkowo system zdrowotny na służbę wspólnemu dobru? Analiza wypowiedzi czołowych przedstawicieli establishmentu zdrowotnego i treści proponowanych przez nich dokumentów w obszarze zdrowia nie nastraja do optymistycznej odpowiedzi na to pytanie. Można odnieść wrażenie, że bankructwo neoliberalnego podejścia do zdrowia Polek i Polaków mierzone wieloma tysiącami ofiar, których zgonom można było skutecznie zapobiec, nie skłoniło do autorefleksji. Jesteśmy bowiem świadkami triumfalnego proponowania jeszcze większego udziału rynku w obszarze zdrowia, o czym świadczy m.in. masowy wysyp menadżerskich studiów podyplomowych. Mają być one panaceum na skutki zdrowotne pandemii i na „niekorzystny” rozwój procesów demograficznych, natomiast w modułach programowych tych studiów trudno doszukać się treści odnoszących się do podmiotu systemu zdrowotnego, jakim jest człowiek – zdrowy i chory.

Dokument „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” ma stanowić „ramy dla procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych”. W tekście podstawowym i w dwóch załącznikach odnoszących się do deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi i opieki psychiatrycznej można dostrzec uproszczone, a nawet fałszywe diagnozy

⁴⁵ <<https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Minister-Niedzielski-na-EEC-2022-zmieniamy-filozofie-systemu-ochrony-zdrowia,231757,14.html>> (dostęp 24.6.2022).

⁴⁶ J. Gawrychowski, J. Skalski, S. Gawrychowski: *Tradycje filozoficzne w polskiej medycynie*, „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska” nr 3/2006, s. 236-241.

co do kondycji zdrowotnej ludności Polski, uwarunkowań zdrowia, problemów w funkcjonowaniu systemu zdrowotnego. Przykładowo: „Sytuacja zdrowotna w Polsce i jej uwarunkowania w okresie realizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016–2020 ulegały systematycznej poprawie. Wśród najistotniejszych czynników wskazać należy poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i świadomość w wymiarze dbania o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej” (sic! J.Sz.); „Niestety epidemia COVID-19 przyczyniła się do odwrócenia niektórych jej trendów oraz wpłynęła negatywnie na realizację bieżących działań z zakresu zdrowia publicznego”; „Naprawa systemu opieki zdrowotnej wymaga przede wszystkim znaczącego zwiększenia nakładów”⁴⁷.

W przyjętej strategii nie można się doszukać rzetelnej ewaluacji realizowanych dotąd ustaw, np. ustawy o zdrowiu publicznym oraz ewaluacji narodowych programów zdrowotnych, np. w obszarze zdrowia psychicznego, zdrowia seniorów, kolejnych wersji NPZ. Pominięto szereg ważnych dla zdrowia publicznego problemów dotyczących promocji zdrowia, profilaktyki chorób i zagrożeń zdrowotnych oraz restytucji zdrowia (przykład: alkohol). Mimo narastającej wiedzy na temat depopulacji pozostawiono bez komentarza kwestię likwidacji celu operacyjnego „poprawa zdrowia prokreacyjnego” w NPZ na lata 2021–2025. Brak także odpowiedzi na zasadnicze z punktu

widzenia zdrowia publicznego i świadomości społecznej pytania: dlaczego, mimo systematycznego zwiększania nakładów finansowych na zdrowie, podejmowania kolejnych reform, w deklaracjach służących naprawie systemu zdrowotnego ciągle znajdujemy się w punkcie wyjścia? Dlaczego bezkrytycznie powielamy regulacje z krajów realizujących neoliberalne podejście do opieki zdrowotnej, mimo istnienia dowodów na niekorzystne dla społeczeństwa rezultaty takich rozwiązań oraz świadomości, że w kraju o niższym poziomie ekonomicznym te negatywne skutki mogą być zwielokrotnione?

W dyskusji nad reformą systemu zdrowotnego nie może zabraknąć kwestii destrukcyjnego wpływu neoliberalnej nowomowy na świadomość społeczną i podejmowane działania w sferze zdrowia. Wiele przykładów nieprofesjonalnego rozumienia zdrowia publicznego przez przedstawicieli neoliberalnego establishmentu zdrowotnego znajdujemy coraz częściej w najważniejszych dokumentach programowych, informacjach kierowanych do mediów, artykułach i raportach naukowych, np. „promocja profilaktyki zdrowia”, „profilaktyka zdrowia kobiet”, „profilaktyka zdrowia seniorów” (sic!). Nie chodzi przy tym o zastrzeżenia natury semantycznej, ale potrzebę przeciwstawienia się całej serii nieprecyzyjnych, przeczących zasadom logiki pojęć, które wywierają niekorzystny wpływ na świadomość społeczną oraz na podejmowane działania w sektorze zdrowia i we wszystkich

⁴⁷ *Zdrowa przyszłość...*, op.cit.

politykach publicznych. Jeżeli do dokumentu określanego jako „najważniejszy dokument strategiczny w ochronie zdrowia na bieżącą dekadę” wprowadza się takie pojęcia odnoszące się do programowania działań na rzecz zdrowia i ich realizacji, jak „profilaktyka zdrowia psychofizycznego” oznaczające ni mniej, ni więcej, tylko zapobieganie zdrowiu psychofizycznemu (sic!), to łącznie może przemawiać albo za niedostatkami wiedzy, albo za chęcią ośmieszenia organów państwa, albo – co gorsza – za typowym dla podejścia neoliberalnego ignorowaniem naukowej ścisłości w dążeniu do prawdy obiektywnej.

Proces zamiany znaczenia pojęć narastał stopniowo. Zanim zaczęto lansować absurdalne określenie „profilaktyka zdrowia”, w dokumentach rządowych i opracowaniach naukowych upowszechniono pojęcie „profilaktyka zdrowotna”, które nic nie znaczy. Jakie jest np. znaczenie określenia „profilaktyka zdrowotna dzieci i młodzieży”, czyli „zapobieganie zdrowotne dzieci i młodzieży”? Chodzi przecież o zapobieganie konkretnym problemom lub chorobom. Od dwóch dekad upowszechniło się, w miejsce określenia „system służby zdrowia”, zwodnicze, wylansowane przez establishment medyczny, pojęcie „systemu ochrony zdrowia”. W praktyce termin ten utożsamiany jest wyłącznie z opieką medyczną i leczeniem, kosztem ochrony zdrowia będącej atrybutem systemu

zdrowia publicznego (na opiekę profilaktyczną przeznaczają się w Polsce zaledwie 2% wydatków). Pojawiły się usługi zdrowotne, zamiast porad. Lekarzy zastąpili świadczeniodawcy a pacjentów – świadczeniobiorcy, w opiece zdrowotnej pojawił się zysk. Zanikły takie pojęcia, jak troska i społeczna odpowiedzialność. Pozostał „czas”, lecz oderwany od pacjenta i przypisany usługodawcy.

Na realizowany przez państwo system zdrowotny, składają się wszystkie organizacje i instytucje oraz ludzie, formalnie odpowiedzialni za utrzymanie, poprawę lub restytucję zdrowia. System zdrowotny powinien opierać się nie tylko na opiece medycznej, ale także na trzech równorzędnych filarach: promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej; profilaktyce chorób czyli zapobieganiu chorobom; opiece społecznej. Nie ulega przy tym wątpliwości, że medycyna jest ważna, lecz zdrowie jest ważniejsze, bo w dużej mierze zależy od pozamedycznych, społeczno-ekologicznych uwarunkowań.

Konieczność takiego właśnie rozumienia systemu zdrowotnego ze wzmocnieniem promocji zdrowia, profilaktyki chorób i opieki socjalnej, uzmysłowiła całemu światu pandemia COVID-19⁴⁸. Wydaje się, że neoliberalny establishment zdrowotny w Polsce, mimo katastrofy zdrowotnej i wielu niepotrzebnych ofiar ludzkich, podąża w przeciwnym kierunku. W polskiej

⁴⁸ M. McKee: *Never again. Health and sustainable development in the light of the pandemic. What went wrong?* „J Health Inequal” nr 7(2)/2021, s.116-119 <DOI: <https://doi.org/10.5114/jhi.2021.113164>> (dostęp 25.5.2022). F.R. Green: *The Social Responsibilities of Modern Medicine*, „JAMA”, 20/2021, s. 2122 <doi:10.1001/jama.2020.17954> (dostęp 25.10.2022). V.J. Dzau, M.H. Laitner, C.A. Balatbat: *Has traditional medicine had its day? The need to redefine academic medicine*, „Lancet” nr 400/2022, s. 1481-86. Published online September 20, 2022 <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01603-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01603-8)> (dostęp 10.10.2022).

wersji językowej „Programu UE dla zdrowia”, w art. 3. Cele ogólne, lit. d), znalazło się określenie „wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej”, podczas gdy w angielskiej wersji występuje określenie *health systems*, czyli szeroko rozumiane systemy zdrowotne, a nie zawężające określenie *health care systems*, oznaczające systemy opieki zdrowotnej⁴⁹. W licznych krajowych dokumentach i wypowiedziach przedstawicieli establishmentu zdrowotnego roi się ponadto od anglicyzmów, niedopuszczalnych w języku polskim, takich jak „dedykowanie” narzędzi, działań itp. określonym grupom ludzi czy głoszenie „wielu alternatyw”.

Dlatego z dużym dystansem należy odnieść się do sposobu rozumienia w dokumencie „Zdrowa przyszłość” pojęcia „deinstytucjonalizacja”. Wzmocnienie opieki środowiskowej dla ludzi dotkniętych chorobami psychicznymi, niepełnosprawnych, niesamodzielnymi jest od lat w orbicie zainteresowania zdrowia publicznego i medycyny, ale nie może to oznaczać pozbycia się zobowiązań opiekuńczo-zdrowotnych przez instytucje publiczne i przeniesienia całego ciężaru na środowisko lokalne i na rodziny, które obecnie i tak stanowią główne (ponad 90%) oparcie dla tych osób. Jak pokazuje przykład Wielkiej Brytanii, może to bowiem spowodować załamanie systemu opieki, m.in. wskutek jej prywatyzacji, niedoboru odpowiednio wykształconych kadr i niedostatku środków. W Polsce pamiętamy korczakowską „instytucję

lekarza szkolnego”, a „deinstytucjonalizacja” opieki nad uczniami wywołała w efekcie upadek medycyny szkolnej i marginalizację opieki zdrowotnej nad młodzieżą. Opieka środowiskowa nie może oznaczać separacji od instytucji zdrowotnych i opiekuńczych i być lekarstwem na ich strukturalne niedomogi. To one powinny zbliżyć się do lokalnego środowiska i ludzi będących w potrzebie. Każdy lekarz opiekujący się osobą chorą lub niepełnosprawną powinien być widziany przez stosowne regulacje prawne jako instytucja.

Na potrzebę precyzji językowej zwraca uwagę w swych publikacjach prof. Dorota Cianciara z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP PZH – PIB), podkreślając, że język wywiera wpływ na poznanie, a tym samym na myślenie i percepcję otaczającego nas świata, do którego należą ludzie i cała przyroda ożywiona, a także rzeczy i treści, zaś zdrowie publiczne jest działalnością wielosektorową i międzysektorową oraz wielodyscyplinarną, co narzuca konieczność współpracy, której warunkiem jest dobra komunikacja, a tę charakteryzuje przede wszystkim wspólny język i wspólne słownictwo⁵⁰. Jak się wydaje, jest to szczególnie istotne do budowania pomostów międzydyscyplinarnych, m.in. takich, które mogą pomóc w wykorzystaniu na rzecz zdrowia i zrównoważonego rozwoju potencjału tkwiącego w dziedzinie prawa. Może to służyć nie tylko wzajemnemu

⁴⁹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady..., op.cit.

⁵⁰ D. Cianciara: *Zdrowie publiczne w Polsce – problemy i wyzwania*, „Studia BAS” nr 4/2018, s. 77-102 <<https://doi.10.31268/StudiaBAS.2018.25>>.

rozumieniu, ale także podejmowaniu wspólnych badań, których wyniki mogą być przydatne do rozwiązywania problemów systemu zdrowotnego.

Propozycje dalszych badań, analiz i debat

W świetle przedstawionych rozważań wyłania się szereg problemów badawczych, niezbędnych analiz, ocen i interpretacji, a także tematów do otwartych, wielopłaszczyznowych, wielosektorowych i transdyscyplinarnych debat w dziedzinie szeroko rozumianego systemu zdrowotnego. Poniżej zestawiono wybrane propozycje w tym zakresie, przy czym miejsce na liście nie jest tożsame z hierarchią ważności.

1. Ocena jakości przekazu kierowanego do społeczeństwa na tematy związane z pandemią, innymi chorobami infekcyjnymi i zakażeniami przez kanały oficjalne, przedstawiciele zawodów medycznych, środki masowego przekazu, media społecznościowe. Chodzi głównie o ocenę skuteczności stosowanych metod przekazu informacji służących budowaniu zaufania społecznego oraz przeciwdziałaniu zjawisku infodemii: obalaniu mitów, spiskowych teorii, rozpowszechnianiu opinii o procedurach leczniczych niepopartych badaniami naukowymi. Podłoże infodemii wydaje się znacznie bardziej złożone niż się zwykle sądzi. Dlatego istotna jest także ocena jakości dotychczas stosowanych metod budowania zaufania społecznego do szczepień i szczepionek, sposobów reakcji na aktywność ruchów antyszczepionkowych oraz ocena procedur związanych z niepożądanymi odczynami poszczepiennymi, w tym ich zgłaszania i zaspokajania roszczeń pacjentów. Wskutek rozmiarów

pandemicznego kryzysu zdrowotnego narasta świadomość, że odpowiedzialność obywateli, ich wiedza na temat zdrowia, umiejętność logicznego rozumowania co do korzyści i zgubnych następstw własnych decyzji w sprawach zdrowia, a także odporność na przyjmowanie niepełnych lub fałszywych informacji, winna być nabywana i rozwijana w procesie alfabetyzacji zdrowotnej, głównie w przedszkolu i w szkole (nie tylko na lekcjach wf.), doskonalonym później na studiach (na wszystkich kierunkach) i w miejscu pracy (niezależnie od jej charakteru). Jednak, aby te zasady były z ufnością przyjmowane przez większość ludzi, do społeczeństwa powinny trafiać takie informacje, które są zrozumiałe, przejrzyste, spójne, wolne od huraoptymizmu, pozbawione cech stygmatyzacji poszczególnych grup, dochowujące standardów pedagogiki zdrowia.

2. Ocena miejsca i roli edukacji zdrowotnej i pedagogiki zdrowia w budowaniu świadomości zdrowotnej społeczeństwa (alfabetyzacji zdrowotnej). Powinna dotyczyć zarówno warunków niezbędnych do realizacji podstaw kształcenia ogólnego na wszystkich poziomach i formach szkolnictwa, a także edukacji zdrowotnej w miejscach pracy oraz obejmować potrzeby edukacyjne osób starszych. W ostatnim trzydziestoleciu były podejmowane liczne próby wprowadzenia edukacji zdrowotnej do polskich szkół, którym niestety towarzyszyło stopniowe likwidowanie systemu medycyny szkolnej i pediatrii społecznej. Treści z zakresu edukacji zdrowotnej były i są szeroko reprezentowane w programach nauczania na wszystkich etapach edukacyjnych i dostosowane do możliwości percepcyjnych dzieci i młodzieży w różnym

wieku, a także dające możliwość kształtowania podczas lekcji praktycznych nawyków związanych ze zdrowym stylem życia⁵¹. Wiedza na ten temat nie jest powszechnie znana w sektorze zdrowia, stąd padają wątpliwe merytorycznie postulaty odrębnych przedmiotów na temat zdrowia. Niemniej potrzebna jest ocena rzeczywistej skali wprowadzania treści zdrowotnych i właściwości stosowanych metod dydaktycznych, warunków ich realizacji, a także możliwości finansowania tych zadań przez system zdrowotny. Edukacja zdrowotna jest bowiem jednym z filarów zdrowia i współpraca międzysektorowa może przynieść znacznie lepsze niż dotychczas rezultaty w rozwijaniu świadomości zdrowotnej.

3. Ocena wpływu pandemii COVID-19 na stopień i jakość realizacji programów profilaktyki chorób i zagrożeń zdrowotnych adresowanych do poszczególnych grup ludności. Powinna dotyczyć rozpowszechnienia w okresie pandemii i po jej wygaśnięciu informacji o głównych czynnikach ryzyka, którymi są: alkohol, narkotyki, tytoń, mała aktywność fizyczna, nadwaga i otyłość, niska świadomość zdrowotna. Ważna jest także ocena wpływu na rozwój, kondycję fizyczną i psychiczną dzieci i młodzieży wszelkich okoliczności związanych z wprowadzonymi ogólnokrajowymi procedurami profilaktycznymi i obostrzeniami, w tym z zamknięciem placówek oświatowo-wychowawczych. Z kolei ocena zakresu i jakości opieki nad osobami po przebytych zakażeniu SARS-COV-2

jest warunkiem przeciwdziałania możliwym odległym następstwom zdrowotnym i społecznym zakażenia COVID-19. Wyniki wszystkich tych analiz będą miały znaczenie dla opracowania efektywnych środków zaradczych w razie wystąpienia podobnych zagrożeń epidemicznych.

4. Analiza wpływu COVID-19 na możliwości pełnej realizacji wszystkich zadań opieki medycznej. W ten sposób będzie możliwe określenie problemów organizacyjnych, logistycznych, kadrowych i finansowych w opiece podstawowej, specjalistycznej ambulatoryjnej, szpitalnej i rehabilitacyjnej. Przydatna jest tu analiza dostępności i efektywności telemedycyny i teleopieki oraz możliwości ich rozwoju. Ocena stopnia upowszechnienia w okresie pandemii zmodyfikowanych zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, w tym resuscytacji krążeniowo-oddechowej i zewnętrznej automatycznej defibrylacji oraz ocena efektywności i bezpieczeństwa zmodyfikowanych zasad udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy pozwoli na pogłębioną interpretację funkcjonowania w dobie COVID-19 kluczowych podmiotów systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (Zespoły Ratownictwa Medycznego, Szpitalne Oddziały Ratunkowe, system powiadamiania).

5. Pogłębiona ocena obecności i jakości modułów zdrowia publicznego w programach kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych i paramedycznych. Zasadnicze znaczenie dla oceny funkcjonowania opieki zdrowotnej podczas pandemii

⁵¹ J. Szymborski: *Pedagogika zdrowia – współczesne cele* [w:] *Mistrzowie, Pedagodzy, Nauczyciele*. M. Szyszkowska (red.), Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie, 2020 s. 197-226.

ma analiza stopnia przygotowania personelu medycznego i paramedycznego (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, diagności, profesjonalni opiekunowie i doradcy, pozostali personel systemu zdrowotnego i opieki socjalnej) do zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych. Szczególnie pożyteczna może okazać się pogłębiona ocena miejsca i roli tysięcy absolwentów kierunku zdrowie publiczne i podyplomowych studiów menadżerskich w opanowaniu tej pandemii, przygotowaniu do podobnych zjawisk w przyszłości oraz ograniczaniu epidemii przewlekłych chorób niezakaźnych.

6. Przeciwdziałanie zjawisku stygmatyzowania osób starszych w okresie obecnej pandemii COVID-19 i bagatelizowania „nadmiarowych zgonów” w tej grupie wiekowej. Na przykład „przyczyną nadmiernej liczby zgonów jest zaawansowany wiek ofiar” (sic!-J.Sz.). Konieczna jest ocena faktycznych przyczyn umieralności seniorów w okresie pandemii. Może się bowiem okazać, że systemowe niedostatki opieki profilaktycznej przez całe życie mają decydujący wpływ na wielochorobowość w starszym wieku, co rzeczywiście jest czynnikiem ryzyka zgonu osób zakażonych SARS-CoV-2. Nie można jednak pominąć kwestii załamania się w okresie pandemii opieki zdrowotnej i socjalnej nad osobami w starszym wieku oraz problemów organizacyjnych w placówkach opieki. Dotychczas zbyt często w dyskusjach naukowych (niestety także w środowiskach medycznych), w debatach publicznych i przekazie

medialnym obraz starości jest zniekształcany i malowany niemal wyłącznie w ciemnych barwach – niezależnie, czy chodzi o funkcjonowanie opieki zdrowotnej, wydolność systemu opieki socjalnej, czy o stabilność ekonomiczną państwa⁵². Zawszą, także z najwyższych gremiów decyzyjnych w państwie, słyszymy o: „negatywnych konsekwencjach starzenia ludności”, „tsunami demograficznym”, nowym sposobie na „demograficzne tsunami”, jakim mają być centra zdrowia 75+, „demograficzna bomba tyka”, „przed nami demograficzna góra lodowa”. Upowszechnianie tych stereotypów wpływa destrukcyjnie na relacje międzypokoleniowe.

7. Wielodyscyplinarne analizy jakości uchwalanego i stosowanego prawa w odniesieniu do jego podstawowych funkcji: normatywnej, zarządczej i orzeczniczej w obszarze systemu zdrowotnego. Chodzi zarówno o prawo dotyczące zdrowia publicznego, w tym: promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, profilaktyki pierwotnej – adresowanej do wszystkich, wtórnej – adresowanej do populacji podwyższonego ryzyka chorobowego i trzeciorzędowej – skierowanej do osób dotkniętych chorobą lub niepełnosprawnością, jak i prawo odnoszące się do opieki zdrowotnej, w tym: wczesnej i kompleksowej diagnostyki medycznej, diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej, restytucji zdrowia (leczenie i rehabilitacja). Jeżeli taka analiza zostanie wzbogacona o problematykę organizacji, zarządzania i finansowania (w tym przejrzystość i sprawiedliwość w dostępie

⁵² J. Szymborski: *Zdrowie publiczne i polityka senioralna* [w:] *Przemiany demograficzne w Polsce i ich społeczno-ekonomiczne konsekwencje*, B. Kłos i P. Russel (red.), Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2016, s. 221-249.

do środków ochrony osobistej, szczepionek i leków oraz przeciwdziałanie zjawiskom korupcyjnym), a także o problemy personelu medycznego i paramedycznego, to możliwe będzie wypracowanie niezbędnych korekt i uzupełnień, ważnych z punktu widzenia efektywnego zwalczania zagrożeń epidemicznych i przewlekłych chorób niezakaźnych. Szczególnie pilna wydaje się potrzeba nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym z 2015 r. Chodzi m.in. o zapewnienie, ułomnego w czasie pandemii, krajowego przywództwa w dziedzinie zdrowia publicznego, przez utworzenie i odpowiednie usytuowanie, raczej poza MZ, kluczowej instytucji Pełnomocnika rządu ds. zdrowia publicznego, z dookreśleniem jego zadań, w tym w zakresie dysponowania Funduszem Zdrowia Publicznego, w celu zapobieżenia i sprostania tak destrukcyjnym zjawiskom jak pandemia COVID-19 i epidemie chorób niezakaźnych.

8. Ocena porównawcza działań przeciwepidemicznych podejmowanych przez poszczególne kraje. Chodzi m.in. o różne międzynarodowe doświadczenia w zakresie wprowadzania epidemicznych ograniczeń i ich znoszenia, z punktu widzenia zdrowia, gospodarki, życia społecznego i praw człowieka. Niezbędna wydaje się analiza współpracy międzynarodowej na rzecz zwalczania COVID-19: dwustronnej, w ramach UE, ze Światową Organizacją Zdrowia, pozwalająca na wypracowanie wniosków na przyszłość⁵³. W tym kontekście ważne jest przeprowadzenie pogłębianej debaty nad przyczynami obecnej

katastrofy zdrowotnej w Polsce, a także nad możliwością realizacji przez Polskę Agendy 2030, która obejmuje 17 celów zrównoważonego rozwoju, 169 zadań realizacyjnych i 232 wskaźniki monitorujące. Spośród nich nie tylko cel 3, bezpośrednio dotyczący zdrowia, ale także 11 innych celów, 33 zadania i 57 wskaźników można zidentyfikować jako związane ze zdrowiem.

9. Ocena istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego zagadnień związanych z migracjami. Chodzi zarówno o wpływ emigracji i reemigracji/imigracji określonych grup zawodowych na funkcjonowanie systemu zdrowotnego w Polsce, jak i ocenę zdrowia migrantów oraz ich dostępu do opieki profilaktyczno-lecniczej w zależności od statusu pobytu. Dziś szczególnie istotna jest ocena stopnia przygotowania systemu zdrowotnego do zapewnienia adekwatnej opieki nad uchodźcami wojennymi, głównie kobietami i dziećmi oraz analiza transgranicznych zagrożeń epidemicznych (w tym COVID-19) i sposobów radzenia sobie z nimi przez system zdrowotny. W Polsce świadczenia te były przez dziesięć lat realizowane w specjalnym systemie opieki stworzonym przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA), koordynowanym przez Centralny Szpital Kliniczny MSWiA na podstawie umowy z 2005 r. Obecnie, zgodnie z umową nr 570/UDSC/15 z 30 czerwca 2015 r., podmiotem odpowiedzialnym za organizację systemu zabezpieczenia opieki medycznej dla cudzoziemców

⁵³ *Do we need a European Health Union?*, „The Lancet Public Health” Vol 7/2022 <www.thelancet.com/public-health> (dostęp 7.11.2022).

ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy na terytorium RP jest PETRA MEDICA Sp. z o.o.

10. Kompleksowa ocena uwarunkowań i przyczyn przedpandemicznej recesji zdrowotnej i katastrofy zdrowotnej 2020–2021, które pociągnęły za sobą kilkaset tysięcy ofiar oraz pozostawiły ponad milion żałobników. Taka ocena umożliwi przemyślenie i wdrożenie stosownych kroków zaradczych na przyszłość. I tak:

- Niezbędna jest naukowa analiza wszystkich okoliczności, w tym dysfunkcji systemu zdrowotnego, marginalizacji promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób, które spowodowały po 2002 r. stopniowe spowolnianie, a od połowy drugiej dekady XXI wieku zahamowanie przewidywanej długości życia oraz wzrost umieralności z przyczyn, którym można skutecznie zapobiegać. Chodzi przede wszystkim o zgony związane ze spożyciem alkoholu, jako następstwo osłabienia, być może pod wpływem lobby browarniczego i gorzelnianego, przepisów antyalkoholowych oraz o zgony o podłożu infekcyjnym, wskutek niedostatków systemu zdrowia publicznego.

- Wobec upływu blisko trzech lat od ogłoszenia stanu epidemicznego konieczna jest rzetelna ocena stopnia przygotowania państwa, w tym systemów zdrowia publicznego, opieki zdrowotnej, opieki społecznej i innych polityk publicznych do zapobieżenia i kompleksowego zwalczania

pandemii, jej skutków zdrowotnych i społecznych. Umożliwi to wyciągnięcie właściwych wniosków na przyszłość. Nieskrępowana pozamerytorycznymi względami debata odnośnie do możliwego wpływu ideologii neoliberalnej na zdrowotność Polek i Polaków, wzrost zachorowalności, umieralności i spadek przewidywanej długości życia, pozwoli na dokonanie pogłębionej analizy podejmowanych obecnie przedsięwzięć programowych pod kątem powielania tych samych, rynkowych rozwiązań. Taka badawcza aktywność może mieć znamiona działania na rzecz polskiej racji stanu, bowiem zdrowie obywateli jest istotnym czynnikiem rozwoju społeczno-gospodarczego.

- Uwzględnienie doświadczeń z okresu pandemii i upowszechnienie podejścia syndemicznego (choroba infekcyjna + choroby towarzyszące + uwarunkowania socjalne) w celu ograniczenia zachorowalności i umieralności ludzi⁵⁴. W tym kontekście ważna jest ocena realizacji i rozwoju krajowych badań i praktyk w zakresie nowego podejścia Światowej Organizacji Zdrowia do projektowania i wdrażania programów i polityk dotyczących zdrowia publicznego – „Jedno zdrowie” (ang. *One Health*)⁵⁵. Zdrowia człowieka nie da się oddzielić od zdrowia zwierząt, roślin i stanu środowiska, w którym żyjemy. Chodzi m.in. o przeciwdziałanie chorobom odzwierzęcym i zwalczanie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe⁵⁶.

⁵⁴ R. Horton: *COVID-19 is not a pandemic*, „The Lancet” Vol 396/2020.

⁵⁵ World Health Organization <<https://www.who.int/teams/one-health-initiative>> (dostęp 8.11.2022).

⁵⁶ Th. Lefrançois, D. Malvy, L. Atlani-Duault, i in.: *After 2 years of the COVID-19 pandemic, translating One Health into action is urgent*, „The Lancet”. Published online October 24, 2022 <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01840-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01840-2)>.

Kompleksowa analiza jakości ostatnich dni życia ludzi umierających na COVID-19 pod kątem rozumienia przez establishment zdrowotny, personel medyczny i opiekuńczy całego spektrum zagadnień związanych z pojęciem godnej śmierci i żałobą po odejściu osób bliskich, ze szczególnym uwzględnieniem przeżyć dzieci.

Wśród nasuwających się wielu pytań i problemów, w obliczu nieakceptowalnie wysokiej liczby „nadmiarowych zgonów”, za którą kryją się tragiczne losy wielu ludzi, jedna kwestia adresowana

do establishmentu zdrowotnego, władz państwowych i ogółu społeczeństwa wydaje się być kluczowa z humanistycznego punktu widzenia: jaki jest status ontologiczny człowieka zdrowego i pacjenta w rynkowym systemie zdrowotnym w Polsce i jaki jego status wypracujemy w nowym systemie zdrowotnym?

prof. dr hab. n. med. JANUSZ SZYMBORSKI
Rządowa Rada Ludnościowa,
Wszechnica Polska ANS w Warszawie

Słowa kluczowe: recesja zdrowotna, pandemia COVID-19, katastrofa zdrowotna, nadmierna umieralność, bankructwo rynkowego systemu zdrowotnego, filozofia zdrowia

Składam podziękowanie prof. dr hab. n. med. Witoldowi A. Zatońskiemu, prezesowi Fundacji „Promocja Zdrowia” oraz dyrektorowi Instytutu „Europejskie Obserwatorium Nierówności Zdrowotnych” Akademii Kaliskiej za udostępnienie wyników badań własnych.

Bibliografia:

1. Bourdieu P., Wacquant L.: *New Liberal Speak Notes on the new planetary vulgate*. *Radical Philosophy* nr 105/2001.
2. Cain R.: *How neoliberalism is damaging your mental health*, „The Conversation” nr 30/2018.
3. Cianciara D.: *Zdrowie publiczne w Polsce – problemy i wyzwania*. „*Studia BAS*” nr 4/2018.
4. Cordilha A. C.: *Public health systems in the age of financialization: lessons from the French case*, „*Review Of Social Economy*”.
5. Corlet Walker Ch., Druckman A., Jackson T.: *A critique of the marketisation of long-term residential and nursing home care*, „*Lancet Healthy Longev*” 2022.
6. Dercz M.: *Samorządowy model systemu ochrony zdrowia*, „*Instytut Spraw Publicznych, Analizy i Opinie*” nr 43/2005.
7. *Do we need a European Health Union?*, „*The Lancet*” Vol 7/2022.
8. Dzau V.J., Laitner M.H., Balatbat C. A.: *Has traditional medicine had its day? The need to redefine academic medicine*, „*The Lancet*” 400/2022.

9. Gańczak M., Miazgowski T., Kozybska M. i wsp: *Changes in disease burden in Poland between 1990-2017 in comparison with other Central European countries: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*, „PLoS One” 2020.
10. Garnham L. M.: *Public health implications of 4 decades of neoliberal policy: a qualitative case study from post-industrial west central Scotland*, „Journal of Public Health”, nr 4/2017.
11. Gawrychowski J., Skalski J., Gawrychowski S.: *Tradycje filozoficzne w polskiej medycynie*, „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska” nr 3(2)/2006.
12. Główny Urząd Statystyczny, *Umieralność w 2020 r. Zgony według przyczyn – dane wstępne*.
13. Główny Urząd Statystyczny, *Umieralność w 2021 r. Zgony według przyczyn – dane wstępne*.
14. *Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2019 r.* M. Korzeniewska-Koseła (red.), Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2020.
15. Green F.R.: *The Social Responsibilities of Modern Medicine*, „JAMA” nr 20/2021.
16. Horton R.: *COVID-19 is not a pandemic*, „The Lancet” Vol 396/2020.
17. Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. *How an outbreak became a pandemic. The defining moments of the COVID-19 pandemic*. 2021.
18. Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. *COVID-19: make it the last pandemic*. 2021.
19. Johnson-Sirleaf E., Clark H.: Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. *Losing time: End this pandemic and secure the future*. 2021.
20. *Karta Lekarza*, „Medycyna Praktyczna”, wydanie specjalne nr 4/2002.
21. *Kierunki niezbędnych reform w ochronie zdrowia. Co zmienia kryzys wywołany pandemią Covid-19?* S. Golinowska (red.), CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych – Fundacja Naukowa, Zeszyt mBank-CASE nr 169/2021.
22. Lefrançois Th., D. Malvy, L. Atlani-Duault i in.: *After 2 years of the COVID-19 pandemic, translating One Health into action is urgent*. Published online October 24, 2022.
23. McKee M.: *Never again. Health and sustainable development in the light of the pandemic. What went wrong?* „J Health Inequal” nr 7(2)/2021.
24. Nitsch-Osuch A., Lewtak K.: *Raport o zdrowiu Polaków. Diagnoza po pandemii COVID-19. Skutki, wyzwania i rekomendacje*. Rada Naukowa TUW Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych Warszawa, październik 2022.
25. OECD 2022 *First lessons from government evaluations of COVID-19 responses: A synthesis*.
26. *Pokolenia – solidarni w rozwoju*, A. Chłoń-Domińczak, J. Hausner (red.), Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, Kraków 2021.
27. *Poland: Country Health Profile 2021*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
28. *Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009 – BIAŁA KSIĘGA*. J. Szyborski (red.), „Biuletyn RPO – Źródła”, Warszawa 2009.
29. Rottenberg C.: *Neoliberalism has led to a crisis in care – and we urgently need to solve it*, „The Conversation” 2018.

30. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.
31. Szymborski J.: *Zdrowie publiczne i polityka senioralna* [w:] *Przemiany demograficzne w Polsce i ich społeczno-ekonomiczne konsekwencje*, B. Kłós i P. Russel (red.), Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2016.
32. Szymborski J., Zatoński W.: *The activities of the Government Population Council aimed at limiting health care inequalities*, „J Health Inequal” nr 1/2017.
33. Szymborski J.: *Janusz Korczak i aktualność jego filozoficzno-prawnego dzieła okresu Polski Niepodległej* [w:] *Dokonywanie kulturowe w Polsce Niepodległej*, K. Karaskiewicz (red.), Kresowa Agencja Wydawnicza 2020.
34. Szymborski J.: *Pedagogika zdrowia – współczesne cele* [w:] *Mistrzowie, Pedagodzy. Nauczyciele*, M. Szyszkowska (red.), Wszelchnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie, 2020.
35. Szymborski J.: *Poland's population policy during the COVID-19 pandemic*, „J Health Inequal” nr 1/2021.
36. Tatoń J.: *Filozofia w medycynie*, PZWL, Warszawa 2003.
37. Włodarczyk W. C., Juszczyk G.: *Zdrowie publiczne 3.0. Wnioski po pandemii Covid-19. Perspektywa globalna*, Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022.
38. *World Health Assembly charts course for COVID-19 response and global health priorities*, 5 November 2020.
39. Zatoński W. A., Janik-Koncewicz K., Zatoński M., Wojtyła A.: *Pogorszenie stanu zdrowia Polaków po 2002 r. Epidemia zgonów alkoholowych*, „Menedżer Zdrowia” nr 7-8/2020.
40. Zatoński W. A., Janik-Koncewicz K., Zatoński M.: *Life expectancy and alcohol use health burden in Poland after 2002*, „J Health Inequal” nr 8(1)/2022.

ABSTRACT

Health Crisis in Poland During the Pandemic – Conclusions

Before the pandemic COVID-19, the Polish population was in a state of health recession. The paper discusses the relationship between the dysfunction of the market health system implemented at the beginning of the 21st century and the stalling (since 2002), and then freezing (since 2015) of the increase in life expectancy in Poland. Public health marginalization, shortcomings in health promotion, disease prevention and health care led to an increase in morbidity and mortality from effectively preventable diseases before the pandemic, especially alcohol-related and infections-related diseases. The same conditions contributed to the exacerbation of the health disaster during the pandemic, as measured by a 2-year decline in life expectancy and excessive mortality. Both of these indicators were among the worst in the OECD countries, in contrast to the Scandinavian states. During the pandemic, serious doubts arose as to the functioning of national leadership in the field of public health. The work presents original, and thus subjective, proposals for urgent research and analysis as well

as topics for an open, interdisciplinary debate. According to the author, the following issues cannot be taboo in such a discussion: Does the neoliberal, dysfunctional health system undermine the health of the Polish population? Will the dramatic experiences of the pre-pandemic health recession and the current health disaster help shift the market-oriented health system to the service of the common good? How does neoliberal newspeak affect social awareness and actions taken in the field of health? The epidemiological situation observed in recent years in Poland and the unacceptably high excessive mortality rate during a pandemic should be a reason for immediate action in the field of public health and other public policies. Without this, further economic and social development of the country will be impossible. For example, the Government should ensure national leadership in the field of public health by establishing and locating the institution of the Government Plenipotentiary for Public Health, specifying the Plenipotentiary's tasks, including the administration of the Public Health Fund to prevent and deal with such destructive phenomena as the COVID-19 pandemic and epidemics of non-communicable diseases. Only as a result of an open, multifaceted discussion can we expect a reliable assessment of the health situation of Polish women and Poles in recent decades and the development of good solutions for the future. Efforts of state authorities, public institutions, the health establishment, scientific and professional communities, as well as the entire society, to reorganize the health system, should be accompanied by recollections, self-reflection and a sense of moral obligation towards the victims of recession and health disaster, as well as reflection on the a human being's ontological status in the health system.

Prof. Janusz Szymborski, MD, PhD, The Government Population Council, Wszechnica Polska University In Warsaw

Keywords: health recession, COVID-19 pandemic, health disaster, excessive mortality, bankruptcy of the market health system, health philosophy, need for action