

POLSKIE ZDROWIE 2.0

Zasadnicze wzmocnienie zdrowia publicznego

Policy brief 11.1



**Rekomendacje strategiczne
na lata 2023-2027**

POLSKIE ZDROWIE 2.0

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027

ZASADNICZE WZMOCNIENIE ZDROWIA PUBLICZNEGO

Policy brief II.1

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):

Wojciech Hanke

Janusz Heitzman

Grzegorz Juszczak

Bolesław Samoliński

Cezary Włodarczyk (red.)

Bogdan Wojtyniak

Tomasz Zdrojewski

Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji projektu Komitetu Zdrowia Publicznego PAN pt. „Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”

POLSKA AKADEMIA NAUK
Wydział V Nauk Medycznych
Komitet Zdrowia Publicznego

Warszawa, marzec 2023 r.

ZDROWIE PUBLICZNE 3.0

POLICY BRIEF

Wydarzenia zdrowotne ostatnich lat, a zwłaszcza niewygasła jeszcze pandemia COVID-19, szczególnie jej ekonomiczne i społeczne następstwa, uświadomiły wszystkim, że ataki nieznanego wirusa są zagrożeniem realnym. Okazało się, że ani władze, ani gospodarki, ani systemy zdrowotne nie są w stanie odpowiednio reagować: pojawiła się groźba załamania się nie tylko aktywności ekonomicznej [1], ale nawet zaspokajania elementarnych potrzeb, w tym dostaw żywności [2]. Świat, pomimo licznych ostrzeżeń, na takie zdarzenie nie był przygotowany [3] i wszystkie kraje z największym trudem starały się sprostać nieoczekiwaniu dużym wyzwaniom [4].

W Polsce – gdzie w drugiej dekadzie XXI w. trwa kryzys zdrowotny, który zaczął się przed pandemią COVID-19, ale został przez nią pogłębiony – konieczne jest podjęcie zdecydowanych działań w celu budowy nowego silnego systemu zdrowia publicznego, który może konsekwentnie i skutecznie realizować prozdrowotną politykę państwa. Jest to niezbędne, aby możliwa była realizacja obowiązków wynikających z art. 68 Konstytucji RP. Dla zbliżenia się do tego nadrzędnego celu powinny być podjęte działania prowadzące do dwóch celów pośrednich:

- przygotowanie nowej ustawy o zdrowiu publicznym zapewniającej odpowiednie finansowanie i nową strukturę instytucji realizujących zadania państwa w tym zakresie,
- zbudowanie spójnego i sprawnego systemu informacji z regularnym i szybkim zbieraniem danych oraz wszechstronnym zapleczem analitycznym w zakresie zdrowia, medycyny, gospodarki, ekonomii i spraw społecznych.

Przed kolejną falą pandemii jest oczywiste, że heroiczne wysiłki i poświęcenie pracowników sektorów zdrowotnych nie są wystarczającą gwarancją na przyszłość [5], ale tym, co szczególnie niepokoi, jest stan gospodarek w bardzo wielu krajach, gdzie ogromne pieniądze wydawane na ratowanie miejsc pracy, wybuch zbrojnego konfliktu i wielomilionowe migracje, doprowadziły do kryzysu energetycznego, inflacji i stworzyły realną groźbę recesji. W tej sytuacji konieczne jest przedstawienie najważniejszych cech nowego spojrzenia na zasady zdrowia publicznego i prozdrowotnej polityki państwa, która powinna przejść przez fazę „zdrowie we wszystkich politykach”, co polega na szerokiej koordynacji działań służących zdrowiu we wszystkich resortach i sektorach publicznej aktywności, do prozdrowotnej polityki dla wszystkich (*Health for All Policies*) [6], w której troska o grupy najbardziej zagrożone jest nadrzędnym priorytetem w procesie podejmowania decyzji.

W odniesieniu do naszego kraju w nowym spojrzeniu powinny być uwzględnione punkty przedstawione w ramce.

ELEMENTY ZASADNICZEGO WZMOCNIENIENI ZDROWIA PUBLICZNEGO:

1.	Prowadzenie polityki zdrowotnej i prozdrowotnej państwa w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów , ze szczególnym uwzględnieniem reprezentatywnych danych epidemiologicznych i ekonomicznych, pozwalających na ocenę gospodarczych i społecznych konsekwencji utraty zdrowia i niepełnosprawności
2.	Odpowiednie do nowych potrzeb zintegrowanie medycyny naprawczej, zdrowia publicznego i polityki społecznej
3.	Stałe monitorowanie nierówności w zdrowiu, sytuacji zdrowotnej i społecznej grup szczególnie narażonych, w tym seniorów, oraz zagrożeń środowiskowych
4.	Traktowanie edukacji prozdrowotnej i zdrowia psychicznego jako priorytetu, szczególnie wśród dzieci, młodzieży i osób w wieku podeszłym
5.	Realizacja właściwej polityki informacyjnej i zbudowanie realnego przywództwa dla uzyskania zaufania społecznego niezbędnego do akceptacji polityki zdrowotnej państwa
6.	Zbudowanie nowoczesnego zaplecza eksperckiego dla badań naukowych oceniających efekty polityki zdrowotnej i przygotowujących usprawniające wdrożenia, a także zinstytucjonalizowanie środowisk eksperckich i ich spozycjonowanie w systemie doradztwa

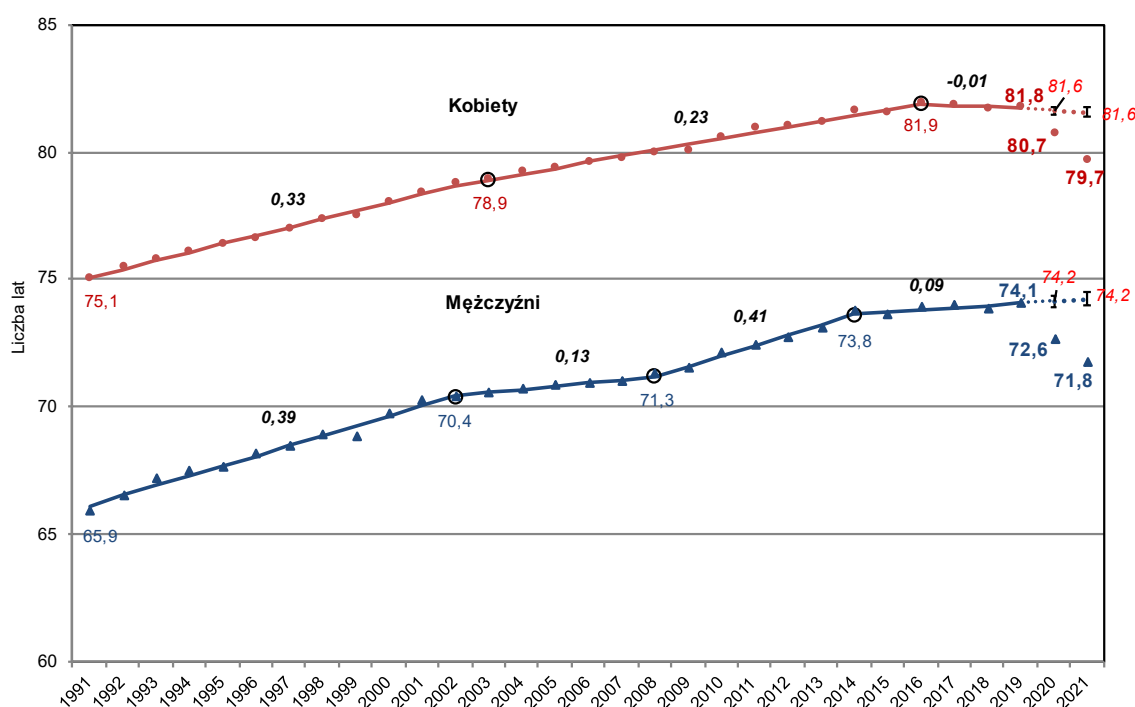
Przedstawione punkty to zarys proponowanego nowego spojrzenia na zdrowie publiczne i prozdrowotną politykę zdrowotną państwa w kształcie wykorzystującym międzynarodowe doświadczenia płynące z pandemii i powstałej po tym pełnej nowych zagrożeń sytuacji. W prognozie Banku Światowego z lipca 2022 r. napisano, że w nadchodzących miesiącach dla powstrzymania inflacji spodziewać się można gwałtownego zaostrzenia polityki pieniężnej w gospodarkach rozwiniętych, co doprowadzi do wzrostu kosztów finansowania zewnętrznego i prawdopodobnie doprowadzi do napięć finansowych na rynkach wschodzących i w gospodarkach rozwijających się [7]. Tak więc wysoce prawdopodobne są zagrożenia dotyczące trwającej i niemalejącej inflacji, możliwości braku surowców energetycznych i niekontrolowany wzrost ich cen, spadku popytu krajowego i zaburzeń współpracy gospodarczej oraz skutki w postaci spowolnienia gospodarczego i utraty miejsc pracy, co może prowadzić raczej do wzrostu niż słabnięcia politycznych napięć w polityce międzynarodowej [8]. Ich skumulowane działanie może tworzyć skrajnie niekorzystne warunki dla zdrowia publicznego i prozdrowotnej polityki państwa. Sytuacja ta powinna być traktowana jako zachęta i wyzwanie, a nie jako przeszkoda dla decyzji o podejmowaniu wysiłków naprawczych.

Nasze propozycje przedstawiają najważniejsze aktywności, jakie powinny być podjęte dla spowodowania radykalnych pozytywnych zmian w polskim zdrowiu publicznym i prozdrowotnej polityce państwa. Przed przystąpieniem jednak do omówienia poszczególnych punktów konieczne jest naszkicowanie sytuacji zdrowotnej, która jest punktem odniesienia wszystkich usprawniających inicjatyw.

Sytuacja zdrowotna Polaków

Najważniejszą syntetyczną miarą stanu zdrowia ludności jest oczekiwana długość życia. Z tej perspektywy zmiany, jakie miały miejsce w Polsce w drugiej dekadzie XXI w., jeszcze przed pandemią oraz podczas pandemii, należy uznać za zdecydowanie niekorzystne, a nawet alarmujące.

Stały wzrost oczekiwanej długości życia w Polsce obserwowany od roku 1991 uległ w połowie ubiegłej dekady zahamowaniu. W latach 1999-2014 oczekiwana długość życia mężczyzn wzrosła z 69,8 lat do 73,8 lat, zaś kobiet z 77,5 lat do 81,6 lat. Niestety od 2014 do 2019 r. wzrost długości życia mężczyzn uległ zatrzymaniu, zaś w przypadku kobiet od 2015 r. po raz pierwszy od trzech dekad ujawnił się trend spadkowy.



Wykres 1. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 0 lat w latach 1991-2021 oraz jego trendy i średnioroczne tempo zmian w latach 1991-2019; dla lat 2020 i 2021 wartości rzeczywiste oraz oczekiwane na podstawie wcześniejszego trendu (dane GUS i obliczenia NIZP PZH – PIB)

W ostatnim roku przed pandemią, czyli w 2019 r., trwanie życia mężczyzn w Polsce było aż o 7,0 lat krótsze niż w Holandii, a kobiet o 4,6 lat – niż w Hiszpanii. Tak duże różnice pokazują, jak wielki dystans mamy do nadrobienia pod względem długości życia mieszkańców Polski do liderów w UE. Równocześnie dane wskazały, że największy wpływ na redukcję trwania życia w naszym kraju mają choroby układu krążenia.

Z punktu widzenia zdrowia publicznego i medycyny naprawczej kluczowe znaczenie ma odpowiedź na pytanie, czy zahamowanie dalszego wzrostu długości życia w Polsce kilka lat przed pandemią COVID-19 wynikało z umieralności z powodu chorób, którym można skutecznie zapobiegać. Analizy NIZP PZH – PIB [9] potwierdziły, że w Polsce sytuacja taka ma miejsce również w odniesieniu do chorób, którym można skutecznie zapobiegać. Niestety, korzystny proces z lat 2008-2014 w następnym okresie uległ zatrzymaniu.

Okres pandemii 2020-2021 przyniósł dramatyczne pogłębienie obserwowanych już wcześniej niekorzystnych zmian stanu zdrowia ludności Polski. W tym czasie długość życia mężczyzn zmniejszyła się o 2,3 lat, a kobiet o 2,1 lat. Ta strata jest większa niż przeciętna w krajach UE, co spowodowało, że niekorzystna dla mieszkańców Polski różnica w długości życia w stosunku do ogółu mieszkańców UE zwiększyła się dla mężczyzn z 4,4 lat w 2019 r. do 5,5 lat w 2021 r., a dla kobiet z 2,1 lat do 3,1 lat. Szczególnie niepokojący jest fakt, że podobne tendencje wystąpiły w przypadku umieralności osób w okresie aktywności zawodowej, tzn. w wieku od 25 do 64 lat.

Zahamowanie wydłużania życia w Polsce od połowy ubiegłej dekady oraz rekordowo duże straty w okresie pandemii (największa od II wojny światowej redukcja długości życia w Polsce) wskazują na fiasko polityki prozdrowotnej państwa co najmniej od drugiej dekady XXI w. Te alarmujące fakty wymagają w pierwszym rzędzie szybkich i pogłębionych analiz co do ich przyczyn. Niestety w Polsce brakuje regularnych badań stanu zdrowia społeczeństwa oraz sprawnego systemu informacji. Skutkiem tego nie ma pogłębionych analiz wyjaśniających przyczyny zjawisk obserwowanych od 2014 r. Najpewniej za ten nieoczekiwany i dramatyczny stan rzeczy odpowiada niedostateczna kontrola głównych czynników ryzyka, tj. palenia, złej diety, alkoholu i braku aktywności fizycznej. Rządowa Rada Ludnościowa już w 2015 r. wskazała na potrzebę pilnej interwencji państwa w zakresie prewencji, tak by zdecydowanie ograniczyć liczbę zachorowań na choroby niezakaźne. Niestety, do tej pory nie podjęto działań adekwatnych do potrzeb.

Niezbędnym uzupełnieniem opisu sytuacji zdrowotnej narzucanym przez zmienioną sytuację polityczną jest gwałtowny wzrost liczby ludzi, których bezpieczeństwo zdrowotne krajowy system zdrowia publicznego musi zagwarantować. Dla Polski problemem są migrujący obywatele z ogarniętej wojną Ukrainy. Między 24 lutego a 31 lipca 2022 r. do Polski wjechało 5,179 mln osób, a wyjechało 3,279 mln osób [10], co oznacza, że blisko 2 mln zostały w Polsce, a ok. 1 mln jest zarejestrowanych w systemie PESEL.

1. Prowadzenie polityki zdrowotnej i prozdrowotnej państwa w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów, ze szczególnym uwzględnieniem reprezentatywnych danych epidemiologicznych i ekonomicznych, pozwalających na ocenę gospodarczych i społecznych konsekwencji utraty zdrowia i niepełnosprawności

Obecność słowa „nauka” (*science*) w definicji zdrowia publicznego zawiera zasadę wykorzystywania ustaleń naukowych jako coś oczywistego, lecz postulaty racjonalnego postępowania z dużym trudem znajdowały zastosowanie w praktyce [11]. To samo da się powiedzieć o opartej na dowodach polityce zdrowotnej [12]. Okazywało się, że to nie naukowe podstawy, ale wpływ kryzysów, bieżących i nagłych problemów oraz obaw żywionych przez zorganizowane grupy interesu i konkurencja między nimi kształtują decyzje podejmowane w zdrowiu publicznym.

Pandemia ujawniła, że zbiór zgromadzonych do czasu jej wybuchu dowodów był zbyt ubogi, by pozwalał na budowanie rzetelnych strategii reagowania na atak nieznanego wirusa i zabezpieczenia się na podobne zagrożenia w przyszłości [13].

W zdrowiu publicznym i w polityce prozdrowotnej wykorzystywany może być dorobek bardzo szerokiego zakresu dyscyplin. Z jednej strony są to wszystkie dziedziny nauk podstawowych i przyrodniczych, a z drugiej są to elementy całego zestawu nauk społecznych, bez których nie byłoby możliwe opisanie i zinterpretowanie zachowań zdrowotnych ludzi i polityki zdrowotnej. Możliwość korzystania z istniejącego i tworzonego dorobku wymaga organizowania skutecznie funkcjonującej sieci współpracy, także poprzez system grantów.

2. Odpowiednie do nowych potrzeb integrowanie medycyny naprawczej, zdrowia publicznego i polityki społecznej

Pandemia ujawniła bardzo słabą integrację systemów zdrowotnych tak między zdrowiem publicznym i medycyną naprawczą, jak i wewnątrz tej ostatniej [14]. Wiele systemów było zmuszonych do ograniczania dostępności i opóźniania czasu podjęcia leczenia [15]. W bardzo trudnej sytuacji znaleźli się pacjenci onkologiczni [16], pacjenci z chorobami układu krążenia [17], pacjenci dializowani [18]. W szczególnie złej sytuacji znalazły się osoby mające problemy ze zdrowiem psychicznym, i to zarówno w zakresie opieki psychiatrycznej [19], jak i psychologicznej [20].

W Raporcie Banku Światowego z 2021 r. sformułowany był postulat ścisłego integrowania podstawowej opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego pod nazwą *public-health-enabled PHC*, a wprowadzenie mechanizmu finansowania tej struktury potraktowano jako jeden

z priorytetów przyszłej reformy [21]. Uzasadnieniem jej głębokiej potrzeby była bardzo krytyczna ocena działań systemów zdrowotnych w większości krajów.

Jedną z korzystnych zmian wynikających z pandemii jest powszechna aprobata wykorzystywania technicznych rozwiązań telemedycyny [22], która znalazła zastosowanie nie tylko w POZ [23], ale także w innych specjalnościach medycznych [24]. Są podstawy, by sądzić, że rozwiązania te będą wykorzystywane w przyszłości [25], aczkolwiek wobec pokusy jej nadużywania należy zachowywać daleko posuniętą ostrożność w jej stosowaniu.

W rekomendacjach przygotowanych w 2020 r. przez UE jako wnioski płynące z pandemii, zdefiniowane przez panel europejskich ekspertów, zwrócono uwagę na kwestię odporności systemów na zagrożenia [26]. Stwierdzono słusznie, że nie można dopuścić do powtórzenia się sytuacji, w której jedno zagrożenie paraliżuje funkcjonowanie całego systemu. Odporność systemu została uznana za jego najważniejszą cechę także w opracowaniu OECD z kwietnia 2020 r. [27]. Jako miarą braku odporności posłużono się wskaźnikiem nadmiarowych zgonów w latach 2020-2021 i stwierdzono, że najmniej odporny był system w Meksyku, który zajmował miejsce przed Kolumbią i Polską, która zajęła trzecią pozycję [28].

Zauważmy jednak, że w wielu systemach, także w Polsce, barierą w integrowaniu systemów mogą być mechanizmy finansowania. Jeśli w mechanizmie takim różne procedury zdrowia publicznego i różne procedury medyczne są finansowane i rozliczane odrębnie, bez uwzględniania efektu końcowego, realizowanie postulatu integracji jest bardzo utrudnione, także niezależnie od deklaracji władzy i dążeń osób zainteresowanych.

Szczególnym zadaniem stojącym przed polskim systemem zdrowotnym jest konieczność zapewnienia świadczeń osobom przybyłym po wybuchu wojny w Ukrainie. Jak wynika z danych przedstawionych przez WHO [29], w Ukrainie wskaźniki szczepień dla wszystkich chorób były niskie – 81,9% dla odry (druga dawka szczepionek zawierających odrę lub MCV) i 84,2% dla polio. Szacowano, że wskaźnik szczepień przeciwko COVID-19 jedną dawką wynosił 36%. Niski odsetek zaszczepionych, wynoszący mniej niż 50% w regionach wschodniej Ukrainy, wraz z zakłóceniami w testowaniu i leczeniu zwiększyły ryzyko ciężkiej choroby i śmierci wszystkich, w tym także uchodźców. Niski poziom zaszczepienia może zwiększać zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. Należy przy tym brać pod uwagę specyfikę demograficzną grupy naszych gości, składającej się głównie z kobiet i dzieci. Wydaje się, że jednym ze sposobów przydatnych w rozwiązywaniu problemu byłoby zaangażowanie pochodzących z Ukrainy lekarzy i pielęgniarek. Ich praca zwiększałaby dostępne zasoby, a jednocześnie znosiłaby barierę komunikacyjną i pozwoliłaby na minimalizowanie ewentualnego konfliktu między pacjentami polskimi i ukraińskimi.

3. Stałe monitorowanie nierówności w zdrowiu, sytuacji zdrowotnej i społecznej grup szczególnie narażonych, w tym seniorów, oraz zagrożeń środowiskowych

Nierówności w zdrowiu, a zwłaszcza dziedziczony z pokolenia na pokolenie zły stan zdrowia ludzi biednych i niewykształconych, są zagadnieniami rozpoznanymi od dawna. Z czasem jednak świadomość znaczenia czynników społecznych w ich kształtowaniu schodziła na plan dalszy. W 2008 r. opublikowano raport, w którym postulowano działania zmierzające do redukcji nierówności zdrowotnych w skali globu i przedstawiono dwie grupy czynników przyczyniające się do powstawania nierówności [30]. Pierwsza była związana z warunkami codziennego życia, a druga dotyczyła polityki, władzy i gospodarki, gdzie niekorzystne decyzje pogłębiały nierówności. Społeczne determinanty zdrowia wyznaczające pozycję społeczną ludzi, a zwłaszcza dochody, wykształcenie i warunki bytu i pracy, uznano za siły sprawcze, które należy opanować dla przeciwdziałania nierównościom [31-32]. Postulat redukcji nierówności w zdrowiu został uznany jako jeden z najważniejszych celów polityki zdrowotnej [33].

Kiedy pojawiła się pandemia COVID-19, od początku było bezsporne, że problem nierówności będzie jednym z najtrudniejszych [34]. W jednym z oficjalnych dokumentów zwrócono uwagę na następujące czynniki: wiek, płeć, położenie geograficzne, parametry upośledzenia społecznego, przynależność do grupy etnicznej, treść pracy i rodzaj zatrudnienia, wielochorobowość [35]. Kumulowane informacje pozwalały sądzić, że pandemia najmocniej dotknęła grupy, które już wcześniej doświadczały dyskryminacji, a złe warunki pracy i życia zwiększyły ryzyko dla zdrowia i pogłębiły niesprawiedliwy udział w dochodach [36]. Zatrważający obraz niewspółmiernie dużych szkód poniesionych przez przedstawicieli grup społecznie upośledzonych został przedstawiony w przygotowanym przez WHO raporcie [37].

Grupą szczególnie narażoną, już w czasie przedpandemicznym, byli seniorzy. Przy zanikaniu gwarantujących opiekę rodzin wielopokoleniowych konieczne stawało się rozwinięcie instytucji służących nie tylko medycznemu podtrzymywaniu zdrowia, ale także codziennej opiece [38]. Doświadczenie życia z trwającą i niedającą się wyleczyć chorobą stało się powszechnym zjawiskiem mimo intensywnych wysiłków podejmowanych w ramach programów określanych jako „aktywne i zdrowe starzenie się” (*active healthy ageing*) [39]. Na długo przed pandemią w wielu krajach, także w Polsce, występował problem samotności, wynikający z różnic w oczekiwanej długości życia między kobietami i mężczyznami, a także z zanikania wielopokoleniowych rodzin, który zwiększał poczucie stresu związanego nie tylko z uświadamianą sobie przez ludzi starszych bezradnością w obliczu możliwości zaspokajania codziennych potrzeb, ale z sytuacjami zagrożenia życia na skutek zainfekowania wirusem [40]. Dodatkowym elementem było coraz wyraźniejsze e-wykluczenie, prowadzące generalnie do wykluczenia społecznego w związku z dynamicznie rozwijającymi się innowacjami technicznymi wpływającymi na sprawność osób starszych w załatwianiu codziennych spraw i ich

funkcjonowanie [41]. W okresie wychodzenia z pandemii seniorzy pozostają grupą szczególnie narażoną.

W rozwiązywaniu problemów życiowych i zdrowotnych omawianych tu grup znaczącą rolę odegrać mogą organizacje pozarządowe. Dla swojej aktywności wymagają jednak wsparcia i zasobów, których pozyskiwanie osobom zainteresowanym nie przychodzi łatwo. Stąd postulat wspierania organizacji pozarządowych, organizacji pacjentów, organizacji wspomagających osoby przewlekle chore, organizacji dających wsparcie społeczne z celowanych środków publicznych. Obecnie są one finansowane przez firmy farmaceutyczne i składki, co może prowadzić do nieoczekiwanych skutków patologicznych i utraty możliwości reprezentowania interesów osób stowarzyszonych.

4. Traktowanie zdrowia psychicznego jako priorytetu, szczególnie wśród dzieci, młodzieży i osób w wieku podeszłym

Już przed pandemią zaobserwowano spadek odporności psychicznej, zwiększoną podatność na psychofizyczne obciążenia oraz ujawniający się negatywny wpływ zagrożeń psychospołecznych na wzrost zapadalności na choroby układu krążenia, układu oddechowego i nowotwory. Nowe obciążenia psychiczne wywierają również swój negatywny wpływ na możliwości zdrowienia i rehabilitacji. Nasiloną wszechobecność stresorów psychospołecznych ma znaczące konsekwencje dla grup najłabszych, wymagających szczególnego wsparcia i ochrony: dzieci i młodzieży oraz osób w wieku podeszłym.

Deficyty w obszarze zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży stwarzają poważne ryzyko zagrożenia opóźnieniem edukacyjnym, co w konsekwencji może pogarszać w przyszłości możliwości rozwoju emocjonalnego, społeczno-zawodowego i ekonomicznego.

Przy tak zwiększonym negatywnym wpływie nowych zagrożeń dla ogólnej kondycji psychicznej populacji poza szukaniem rozwiązań w naprawie niewydolnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej konieczne jest uruchomienie programów powszechnej psychoedukacji, profilaktyki i chronienia grup najłabszych. Współczesne zdrowie publiczne wymaga zwiększonej integracji z psychologicznymi czynnikami ochronnymi i wzmacniającymi.

W pandemii od początku pojawiały się dowody o zagrożeniu sfery psychicznej ludzi [42], przybierającym niekiedy postać koronafobii, swoistej jednostki chorobowej [43]. WHO już w marcu 2020 r. przygotowała specjalny materiał, w którym zwracano uwagę na konieczność bardzo poważnego traktowania problemów zdrowia psychicznego [44]. Badania prowadzone w wielu krajach wykazywały niespotykany wcześniej wzrost zachorowań oraz nasilanie się występujących wcześniej objawów [45-48]. Dług zdrowotny związany z niewystarczającym leczeniem w czasie pandemii chorób przewlekłych pozostaje dramatycznym wyzwaniem stojącym przed systemem zdrowotnym w schyłkowym okresie pandemii [49]. Negatywne skutki pandemii COVID-19, zagrożone poczucie bezpieczeństwa w związku z działaniami wojennymi

w kraju sąsiednim, poczucie zagrożenia ekonomicznego (wzrost cen i inflacja), braku bezpieczeństwa energetycznego, rozedrgania politycznego i związanej z tym niepewności, skutkują wzrostem, szacowanym na ok. 30%, wystąpienia zaburzeń lękowych, depresyjnych, zespołów przewlekłego zmęczenia, zaburzeń snu, uzależnień, w tym behawioralnych (m.in. cyfrowych) oraz w grupie dzieci i młodzieży: zaburzeń zachowania, podejmowanych prób samobójczych czy zaburzeń w komunikacji rówieśniczej i międzypokoleniowej [50,51].

Należy wyrazić nadzieję, że zdecentralizowane finansowanie umożliwione przez przekazanie pieniędzy do gmin, z preferencją dla grup słabszych i zaniedbanych, oraz dysponowanie funduszami przez Centra Zdrowia Psychicznego pomagające najstarszym, przyczynią się do sprawniejszego zaspokajania potrzeb osób zagrożonych.

5. Realizacja właściwej polityki informacyjnej i zbudowanie realnego przywództwa dla uzyskania zaufania społecznego niezbędnego do akceptacji polityki zdrowotnej państwa

Przekazywanie informacji od zawsze było traktowane jako elementarna funkcja zdrowia publicznego, przy czym jako oczywiste przyjmowano, że ma to być informacja rzetelna [52]. Powinna zawierać elementy wiedzy o problemach zdrowotnych, o zalecanych zachowaniach, a także nakazy i zakazy wprowadzane przez upoważnione władze. W czasie pandemii aktywność taka powinna być prowadzona ze znaczącą intensywnością, która nie może być obniżona w czasie wychodzenia z pandemii.

W czasie pandemii w przestrzeni publicznej równoległe z oficjalnymi przekazami powtarzano, pojawiające się już wcześniej, niepotwierdzone naukowo i bałamutne tezy dotyczące problematyki zdrowia publicznego. Natężenie procesu generowania i rozpowszechniania fałszywych informacji było tak duże, że nadano mu nazwę infodemii (*infodemics*) [53]. „Walczymy nie tylko z pandemią, walczymy także z infodemią” – powiedział Dyrektor Generalny WHO [54]. Na stronie WHO poświęconej temu zagadnieniu sprecyzowano, że infodemia to sytuacja, do której powstania dochodzi podczas epidemii, polegająca na wypełnieniu środowiska cyfrowego i fizycznego wieloma informacjami, w tym fałszywymi lub wprowadzającymi w błąd [55]. Efektem było zamieszanie w postrzeganiu przyczyn i skutków infekcji oraz ryzykowne zachowania mogące szkodzić zdrowiu.

Sugerujemy, że w polskich warunkach powinno dojść do wskazania stanowiska dla osoby odpowiedzialnej za przekazywanie w imieniu władzy oficjalnych komunikatów dotyczących problemów zdrowotnych. Ludzie i opinia publiczna mają prawo oczekiwać jednoznacznych komunikatów w tych sprawach, co ma znaczenie nie tylko w warunkach pandemii.

Wykorzystywanie rzetelnej informacji ma fundamentalne znaczenie dla budowania przywództwa politycznego korzystającego z powszechnego, a przynajmniej bardzo szerokiego zaufania. O znaczeniu silnego państwa z silnymi instytucjami wspominał Francis Fukuyama

posługując się terminem *state capacity* [56]. W jego obrazie państwo takie musiało mieć wszystkie atrybuty ustroju demokratycznego, przepojonego społecznym zaufaniem tak między obywatelami, jak i między władzą i rządem. W tytule jednego z opracowań OECD użyto terminów „zaufanie” i „rola rządu”, a motto brzmiało: „najważniejszym składnikiem wszystkich szczepionek jest zaufanie” [57]. Także w dokumentach Rady Europy wskazano, że odpowiedzialne przywództwo jest niezbędne dla radzenia sobie z kryzysem zdrowotnym [58]. Wiele wskazuje na to, że oparte na zaufaniu rządy odegrały znaczącą rolę w skutecznych działaniach przeciwpandemicznych [59].

Drogę wprowadzania ostrych restrykcji jako skuteczną metodę ograniczania rozprzestrzeniania się pandemii wybrała zdecydowana większość krajów poza nielicznymi wyjątkami, jak Szwecja i Tajwan [60], gdzie utrzymano swobodne funkcjonowanie społeczeństwa i gospodarki, co uznano za cenniejsze niż wartość ewentualnych strat zdrowotnych, co w warunkach społecznego zaufania pozwalało na rezygnację z przymusowych ograniczeń [61].

Doświadczenia pandemii potwierdziły, że dla jakości relacji społecznych korzystne jest, aby komunikat i decyzja przedstawiana przez reprezentanta władzy, zwłaszcza postrzegana przez ludzi jako niekorzystna, miała merytoryczne uzasadnienie wspierane przez eksperta [62]. Jednak powierzenie ekspertom skoncentrowanej odpowiedzialności za definiowanie polityki antykowidowej [63] nie przyniosło jednoznacznie pozytywnych rezultatów i nie ma podstaw jej rekomendowania [64].

6. Zbudowanie nowoczesnego zinstytucjonalizowanego zaplecza eksperckiego dla badań naukowych, obejmującego placówki akademickie, instytuty branżowe, a także *think tanki* i instytucje prywatne, oceniające efekty zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej państwa oraz przygotowujących wdrożenia

W „normalnych” warunkach rola ekspertów rozwijających naukowe podstawy zdrowia publicznego jest oczywista, jednak w pandemii nowe informacje pojawiały się tak szybko, że możliwości naukowych instytucji okazywały się zbyt małe, by je weryfikować i syntetyzować [65]. W efekcie wiele decyzji było podejmowanych na podstawie intuicji, a nie dowodów [66]. W ramach międzynarodowej współpracy dopiero wiosną 2021 r. powołano międzynarodowy i wielodyscyplinarny zespół, który rekomendował procedury, stosując metodologiczne kryteria [67], a wkrótce potem przedstawiona została kolejna propozycja opartych na dowodach rekomendacji [68]. Sytuacja ta uświadomiła boleśnie, jak ważne jest stałe gromadzenie danych i weryfikacja proponowanych dowodów.

W pracy ekspertów ważna jest forma jej instytucjonalizacji, co podnosi prestiż, zwiększa efektywność i pozwala wpływać na decydentów. Przykład takiej instytucji to Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut badawczy (NIZP PZH –

PIB) wraz z Państwową Inspekcją Sanitarną, a jej odpowiedniki funkcjonują w wielu krajach: w USA to Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*), Instytut Roberta Kocha w Niemczech (*The Robert Koch Institute – RKI*), w krajach Zjednoczonego Królestwa (*Public Health England*). Silne instytucjonalne zaplecze daje szansę zachowania przez ekspertów niezbędnej niezależności wobec możliwych usiłowań polityków wpływania na treść merytorycznych opinii [69].

Współpraca ekspertów z wielu dyscyplin ma szczególne znaczenie, kiedy dochodzi do szacowania korzyści i strat z obszarów tak niewspółmiernych jak ekonomia i zdrowie, a także strat społeczne i psychiczne. Chociaż jest oczywiste, że to nie eksperci mają podejmować ostateczne decyzje, jednak to od nich oczekuje się przynajmniej przybliżenia problemów, które z taką decyzją mogą się wiązać. Ramowe pytanie o wzajemny wpływ zdrowia i gospodarki musi w niektórych sytuacjach doczekać się bardzo konkretnej odpowiedzi, pozwalającej na szacowanie zysków i strat ponoszonych w różnych obszarach funkcjonowania społeczeństwa i gospodarki.

Elementem instytucjonalizacji zaplecza badawczego powinno być zobowiązanie decydentów do stawiania autoryzowanym placówkom pytań, na których odpowiedź wymaga fachowej wiedzy, co jest decyzją polityczną. Przedstawiciele władzy powinni mieć także obowiązek udzielania odpowiedzi na pytania stawiane przez takie instytucje. Elementem tego procesu powinno być ustawowe zdefiniowanie nowej roli Rady ds. Zdrowia Publicznego tak, aby zagwarantować w niej właściwe miejsce dla przedstawicieli środowisk eksperckich, w tym przede wszystkim NIZP PZH – PIB. Decyzyjna swoboda polityków powinna być ograniczona zakresem propozycji przedstawianych przez ekspertów.

Podsumowanie

Wszystkie przedstawione powyżej sytuacje i zagrożenia winny być przedmiotem badań naukowych, eksperckich analiz i rekomendacji, prowadzących do zmiany standardów organizacji pracy w wielu dziedzinach, w tym nie tylko w organizacji i finansowaniu systemu zdrowotnego, zwłaszcza zdrowia publicznego w sytuacjach epidemii chorób zakaźnych, ale także w organizacji szkolnictwa, działalności wytwórczej i usługowej oraz w kanałach komunikowania się między władzą, ekspertami i społeczeństwem. We wszystkich tych zakresach zmiana podejścia do zdrowia publicznego i prozdrowotnej polityki państwa ma kluczowe znaczenie. Pandemia, jej następstwa, a także międzynarodowy kryzys polityczny i militarny, wraz z ich skutkami w postaci wielomilionowych migracji, pokazały rzeczywiste oblicze wpływu zdrowia na funkcjonowanie społeczeństw i gospodarek. Na całym świecie, w tym również w Polsce, zdrowie zostało wyniesione na poczesne miejsce wśród wartości będących podstawą strategii równowagi, bezpieczeństwa i rozwoju krajów i regionów, także tych mających systemy zdrowotne cieszące się opinią wyżej rozwiniętych. Rola polityków w jej ustanowieniu i implementacji jest nie do przecenienia.



Rekomendacje strategiczne w ramach projektu Polskie Zdrowie 2.0 zostały zrealizowane przy wsparciu finansowym Stowarzyszenia Przedstawicieli Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA oraz ze środków Polskiej Akademii Nauk.

Bibliografia

1. World Bank. *Global economic prospects, June 2020*. Washington, DC: World Bank, 2020.
2. United Nations. *Policy Brief: the impact of COVID-19 on food security and nutrition, JUNE 2020*. [Online] 16.09.2022. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-06/SG-Policy-Brief-on-COVID-Impact-on-Food-Security.pdf>
3. Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. *Second report on progress prepared by the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response for the WHO Executive Board, January 2021*. [Online] 16.09.2022. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/01/Independent-Panel_Second-Report-on-Progress_Final-15-Jan-2021.pdf
4. Mueller Michael i inni. The health impact of COVID-19. [w:] OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD, 2021.
5. Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. *COVID-19: make it the last pandemic*. May 2021. [Online] 16.09.2022. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf
6. Greer Scott L i inni. From Health in All Policies to Health for All Policies. *Lancet Public Health*. 2022, t. 7, nr 8, s. e718-e720.
7. World Bank. *Global economic prospects, June 2022*. Washington, DC: World Bank, 2022.
8. The French Embassy in Washington. Situation in Ukraine, 22.08.2022. <https://franceintheus.org/spip.php?article10690>.
9. Wojtyniak Bogdan i Goryński Paweł, [red.]. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, 2020.
10. Straż Graniczna. Pomagamy (Tweet), 01.08.2022. https://twitter.com/Straż_Graniczna/status/1553982393568165888?s=20&t=5XE54hK1gi2LODC5bJ-7hg.
11. Institute of Medicine. *The future of public health*. Washington, DC: National Academies Press (US), 1988.
12. Murray C J i Lopez A D. Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*. 1996, t. 274, nr 5288, s. 740-743.
13. OECD. *First lessons from government evaluations of COVID-19 responses: a synthesis. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), 21 January 2022*. [Online] 16.09.2022. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1125_1125436-7j5hea8nk4&title=First-lessons-from-government-evaluations-of-COVID-19-responses
14. La Forgia Jerry, Correa Kiran i Lambert Madeleine. Business as unusual or back-to-the-future: COVID-19 and healthcare system integration. *The Joint Learning Network for Universal Health Coverage (JLN)*. [Online] Joint Learning Network 2021. <https://www.jointlearningnetwork.org/news/business-as-unusual-or-back-to-the-future-covid-19-and-healthcare-system-integration/>.
15. Minderhout Rosa Naomi i inni. Effect of COVID-19 on health system integration in the Netherlands: a mixed-methods study. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2021, t. 2, nr 3, e12433.

16. Ürün Yüksel i inni. Survey of the impact of COVID-19 on oncologists' decision making in cancer. *JCO Glob Oncol*. 2020, t. 6, s. 1248-1257.
17. Cohen I Glenn, Crespo Andrew M i White Douglas B. Potential legal liability for withdrawing or withholding ventilators during COVID-19: assessing the risks and identifying needed reforms. *JAMA*. 2020, t. 323, nr 19, s. 1901-1902.
18. El Karoui Khalil i De Vriese An S. COVID-19 in dialysis: clinical impact, immune response, prevention, and treatment. *Kidney Int*. 2022, t. 101, nr 5, s. 883-894.
19. Öngür Dost, Perlis Roy i Goff Donald. Psychiatry and COVID-19. *JAMA*. 2020, t. 324, nr 12, s. 1149-1150.
20. WHO. *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: WHO, 2022.
21. Barış Enis i inni. *Walking the talk: reimagining primary health care after COVID-19*. Washington, DC: World Bank, 2021.
22. Arora Prachi, Mehta Darshan i Ha Jane. Impact of telehealth on health care resource utilization during the COVID-19 pandemic. *J Comp Eff Res*. 2022, t. 11, nr 5, s. 301-309.
23. Silva Cícera Renata Diniz Vieira i inni. Telemedicine in primary healthcare for the quality of care in times of COVID-19: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2021, t. 11, nr 7, e046227.
24. EL Naamani Kareem i inni. Telemedicine during and post-COVID 19: the insights of neurosurgery patients and physicians. *J Clin Neurosci*. 2022, t. 99, s. 204-211.
25. Anderson Janna, Rainie Lee i Vogels Emily A. *Experts say the 'New Normal' in 2025 will be far more tech-driven, presenting more big challenges*. Pew Research Center, 2021.
26. European Commission. *The organisation of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic. Opinion of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020.
27. OECD. *A systemic resilience approach to dealing with Covid-19 and future shocks. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), 28 April 2020*. [Online] 16.09.2022. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=131_131917-kpfefrdfnx&title=A-Systemic-Resilience-Approach-to-dealing-with-Covid-19-and-future-shocks
28. OECD. *Health Systems Resilience*. [Online] 16.09.2022. <https://www.oecd.org/health/health-systems-resilience.htm>.
29. WHO. *Ukraine crisis strategic response plan for June – December 2022*. Copenhagen: WHO Regional Office, 2022.
30. WHO i Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO, 2008.
31. Irwin A i Scali E. *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Social Determinants of Health Discussion Paper 1 (Debates)*. Geneva: WHO, 2010.
32. Solar O i Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO, 2010.
33. WHO. *Reducing inequities in health across the life-course: early years, childhood and adolescence*. [red.] Pearce Anna i inni. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020.
34. Cox Carole. Older adults and Covid 19: social justice, disparities, and social work practice. *J Gerontol Soc Work*. 2020, t. 63, nr 6/7, s. 611-624.
35. Public Health England. *Disparities in the risk and outcomes of COVID-19*. London: Public Health England, 2020.
36. Paremoer Lauren i inni. Covid-19 pandemic and the social determinants of health. *BMJ*. 2021, t. 372, n129.
37. WHO. *COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief*. Geneva: WHO, 2021.
38. United Nations i Department of Economic and Social Affairs. *World population ageing 2019: highlights*. New York: UN, 2019.
39. What is the UN Decade of Healthy Ageing? <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.

40. Somes Joan. The loneliness of aging. *J Emerg Nurs*. 2021, t. 47, nr 3, s. 469-475.
41. Seifert Alexander, Cotten Shelia R i Xie Bo. A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021, t. 76, nr 3, s. e99-e103.
42. Fiorillo Andrea i Gorwood Philip. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2020, t. 63, nr 1, e32.
43. Arora Alisha i inni. Understanding coronaphobia. *Asian J Psychiatr*. 2020, t. 54, 102384.
44. WHO. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak (18 March 2020)*. [Online] 16.09.2022. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
45. Ettman Catherine K i inni. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020, t. 3, nr 9, e2019686.
46. Centers for Disease Control and Prevention. *Coping with stress*. [Online] 11.12.2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>.
47. Feter N i inni. Sharp increase in depression and anxiety among Brazilian adults during the COVID-19 pandemic: findings from the PAMPA cohort. *Public Health*. 2021, t. 190, s. 101-107.
48. Stolz Erwin, Mayerl Hannes i Freidl Wolfgang. The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. *Eur J Public Health*. 2021, t. 31, nr 1, s. 44-49.
49. Ruth Liz, Alongi Jeanne i Robitscher John. Confronting the health debt: the impact of COVID-19 on chronic disease prevention and management. *Health Affairs Blog*. [Online] 17.08.2021. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20210914.220940/>.
50. Rogers Jonathan P i inni. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020, t. 7, nr 7, s. 611-627.
51. WHO. *Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact – Scientific brief (2 March 2022)*. WHO, 2022.
52. Merchant Raina M, South Eugenia C i Lurie Nicole. Public health messaging in an era of social media. *JAMA*. 2021, t. 325, nr 3, s. 223-224.
53. Managing the COVID-19 infodemic: promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation. Joint statement by WHO, UN, UNICEF, UNDP, UNESCO, UNAIDS, ITU, UN Global Pulse, and IFRC. [Online] 23.09.2020. <https://www.who.int/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>.
54. Zarocostas John. How to fight an infodemic. *Lancet*. 2020, t. 395, nr 10225, s. 676.
55. WHO. Infodemic. https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1.
56. Fukuyama Francis. The pandemic and political order: it takes a state. *Foreign Affairs*. 2020, t. 99, 4.
57. OECD. *Enhancing public trust in COVID-19 vaccination: The role of governments, 10 May 2021*. OECD, 2021.
58. Council of Europe. *Report on democratic governance and Covid-19*. Strasbourg: Council of Europe, 2020.
59. Han Emeline i inni. Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. *Lancet*. 2020, t. 396, nr 10261, s. 1525-1534.
60. Summers Jennifer i inni. Potential lessons from the Taiwan and New Zealand health responses to the COVID-19 pandemic. *Lancet Reg Health West Pac*. 2020, t. 4, 100044.
61. Khorram-Manesh Amir, Arvidson Niclas i Robinson Yohan. Management of COVID-19 pandemic – the Swedish perspective. *HealthManagement.org – The Journal*. 2020, t. 20, nr 7, s. 516-519.
62. Easton Marleen i inni. Embedding expertise for policy responses to COVID-19: comparing decision-making structures in two federal democracies. *Public Organiz Rev*. 2022, t. 22, s. 309-326.
63. Brusselaers Nele i inni. Evaluation of science advice during the COVID-19 pandemic in Sweden. *Humanit Soc Sci Commun*. 2022, t. 9, 91.
64. Diderichsen Finn. How did Sweden fail the pandemic? *Int J Health Serv*. 2021, t. 51, nr 4, s. 417-422.
65. Vijayvargiya Prakhar i inni. Treatment considerations for COVID-19: a critical review of the evidence (or lack thereof). *Mayo Clin Proc*. 2020, t. 95, nr 7, s. 1454-1466.

66. Kodadek Lisa M, Berger Jonathan C i Haut Elliott R. Guidance vs. guidelines: the role of evidence-based medicine in the COVID-19 pandemic. *J Patient Saf Risk Manag.* 2020, t. 25, nr 6, s. 216-218.
67. Pramesh CS i inni. Choosing wisely for COVID-19: ten evidence-based recommendations for patients and physicians. *Nat Med.* 2021, t. 27, nr 8, s. 1324-1327.
68. Halperin Daniel T i inni. Revisiting COVID-19 policies: 10 evidence-based recommendations for where to go from here. *BMC Public Health.* 2021, t. 21, nr 1, art. 2084.
69. Hodges Ron i inni. The Role of Scientific Expertise in COVID-19 policy-making: evidence from four European countries. *Public Organiz Rev.* 2022, t. 22, nr 2, s. 249-267.