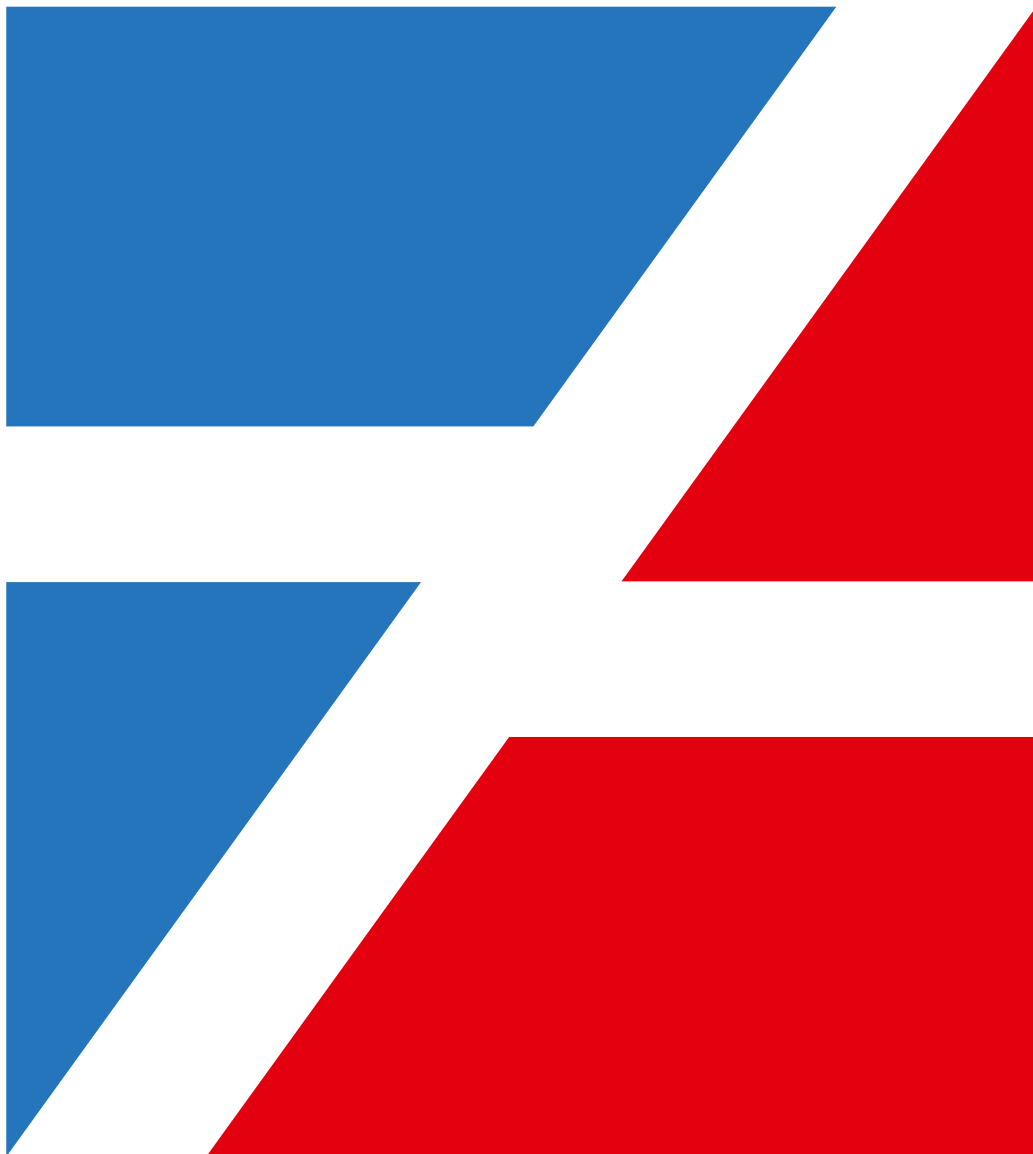


Antynomie systemu ochrony zdrowia

pod redakcją Krzysztofa Opolskiego, Zuzanny Opolskiej i Tomasza Zdrojewskiego



Antynomie systemu ochrony zdrowia

Antynomie systemu ochrony zdrowia

pod redakcją
Krzysztofa Opolskiego
Tomasza Zdrojewskiego
Zuzanny Opolskiej

Redakcja

Prof. dr hab. n. ekon. Krzysztof Opolski

Zuzanna Opolska

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski

Przygotowanie okładki

Tomasz Bogusławski

Opieka językowa i bibliograficzna

dr Bartłomiej Siek

Opieka organizacyjna

Iwona Włodarczyk, Monika Trochim

ISBN 978-83-66847-10-1

doi 10.24425/138873

Projekt graficzny, skład i łamanie

LogoScript Sp. z o.o.

Druk i oprawa

Agencja Wydawniczo-Poligraficzna Gimpo

Wydawca

Polska Akademia Nauk

© Polska Akademia Nauk

Warszawa 2021

Spis treści

KRZYSZTOF OPOLSKI, ZUZANNA OPOLSKA, TOMASZ ZDROJEWSKI Wprowadzenie.	7
JERZY LEPPERT, ZUZANNA OPOLSKA Kto jest odpowiedzialny za stan zdrowia obywatela – państwo czy jednostka?	9
CEZARY W. WŁODARCZYK Między rynkiem i publiczną odpowiedzialnością – meandry polskiej reformy zdrowotnej	21
ANDRZEJ ZIELIŃSKI Trudności opieki zdrowotnej, ale czy antynomie?	47
KRZYSZTOF OPOLSKI, MAREK ZUBER Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce.	53
TOMASZ ZDROJEWSKI, ZUZANNA OPOLSKA Czego nauczyliśmy się w ostatnich dwóch dekadach?	61
GRZEGORZ GIELERAK Nowa perspektywa rynku zdrowia w Polsce. Dokąd realnie podąża dziś system?	71
PIOTR RUTKOWSKI, SŁAWOMIR GADOMSKI, JOANNA DIDKOWSKA, PIOTR CZAUDERNA Antynomie w onkologii – analiza Narodowej Strategii Onkologicznej.	79
MARIUSZ GĄSIOR, LECH POŁOŃSKI Zawał mięśnia sercowego w Polsce – gdzie byliśmy, gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy?	91
GRZEGORZ OPOLSKI, TOMASZ ZDROJEWSKI Antynomie w zapobieganiu i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych.	103
ŁUKASZ BALWICKI, MAŁGORZATA BALWICKA-SZCZYRBA Antynomie opieki zdrowotnej – sukcesy i wyzwania w zakresie działań na rzecz ograniczenia konsumpcji tytoniu.	113
ROBERT GAŁĄZKOWSKI, PATRYK RZOŃCA Antynomie w ratownictwie medycznym	123

WIESŁAW TARNOWSKI, PAWEŁ JAWORSKI	
Opieka bariatryczna w Polsce	133
ANDRZEJ MARCINKIEWICZ, WOJCIECH HANKE	
Antynomie opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce	137
GRAŻYNA DYKOWSKA, KRZYSZTOF OPOLSKI	
Antynomia w zarządzaniu jakością w ochronie zdrowia.	147
JAKUB KRASZEWSKI	
Antynomie w budowaniu efektywnej opieki medycznej	159
KRZYSZTOF CHLEBUS	
Platynowe biodro, czyli jak spełnić oczekiwania dwóch pacjentów z problemami kardiologicznymi	167
PIOTR ZAPADKA	
Dokumentacja medyczna jako środek dowodowy w postępowaniu karnym – ujęcie praktyczne.	175
DOROTA GARDIAS	
Dialog – niesmaczne lekarstwo na problemy polskiego systemu ochrony zdrowia?	187
HENRYK SKARŻYŃSKI	
Dylematy sukcesu?	195
KRZYSZTOF OPOLSKI, AGATA GEMZIK-SALWACH, JOANNA PODGÓRSKA	
Finansjalizacja opieki zdrowotnej w dobie COVID-19	209
MARCIN J. JABŁOŃSKI, SŁAWOMIR MURAWIEC	
Antynomie w psychospołecznych kontekstach zdrowia w epoce pandemii SARS-CoV-2	217
PAWEŁ ZAGOŹDŻON	
Pandemia COVID-19, czyli zdrowie publiczne jako nie-nauka	229
JANUSZ T. OPOLSKI	
Nic nie będzie takie samo? Systemowe implikacje pandemii COVID-19 w wymiarze globalnym. Kilka uwag. W lutym'21.	239
RECENZJE/KOMENTARZE	
GRZEGORZ JUSZCZYK	
Antynomie systemu ochrony zdrowia. Między zdrowiem publicznym a medycyną naprawczą.	251
MICHAŁ KLEIBER	
Antynomie systemu ochrony zdrowia. Nauka, etyka, polityka.	257
BIOGRAMY AUTORÓW.	265

Wprowadzenie

Problematyka ochrony zdrowia zajmuje wiele miejsca w teorii i praktyce chyba wszystkich krajów świata. Wynika to z faktu, że człowiek jest obecny we wszystkich tzw. obszarach życia społeczno-gospodarczego jako obywatel – w polityce, konsument i producent – w gospodarce, twórca i reproduktor, podmiot i przedmiot oddziaływań i wpływów etc.

Stąd jego kondycja fizyczna i psychiczna, formowana w istotnej mierze przez instytucje medyczne, stanowi przedmiot zainteresowania, oddziaływania i wpływu szeregu instytucji i firm, służących i korzystających z roli człowieka czy jednostki w funkcjonowaniu państwa. W każdej teorii kapitału ludzkiego zdrowie człowieka stanowi jego istotny element i czynnik sukcesu ekonomicznego. A zatem, to zdrowie jest produktem, który, choć formowany jest w rodzinie, społeczeństwie, szkole, stanowi główny produkt ochrony zdrowia. Zwłaszcza w sytuacji deficytów zdrowotnych. Produkt ten niezmiernie heterogeniczny i skomplikowany realizowany jest w różnych warunkach, formach, przy różnych kosztach i efektach. Jednak mówienie o produkcji w kontekście usług zdrowotnych budzi sprzeciw wielu środowisk i instytucji, włącznie z autorami niniejszej publikacji.

Może odrzucanie perspektywy produktowej jest nie do końca w pełni słuszne. Przecież produkt, aby był atrakcyjny, musi być unowocześniany, dostosowywany do oczekiwań konsumenta, interesujący technologicznie, spełniający – w szerokim sensie – wymagania jakościowe, ciekawie promowany. Czy produkt/usługa zdrowotna zawsze spełnia te wymogi, czy nie jest niejednokrotnie nazbyt rutynowy, nazbyt tradycyjny, tworzony w oderwaniu od konsumenta. Czy za jej udostępnianiem i realizacją nie kryje się często indywidualna korzyść, wygoda, lekceważenie konsumenta (czytaj pacjenta), rutynowe podejście. Wszystkiego nie można zrzucić na brak pieniędzy, chociaż aspekty finansowe są głównym źródłem antynomii w sferze opieki zdrowotnej.

Niemniej jednak to nieco prowokacyjne podejście do produktu/usługi medycznego jest źródłem antynomii w opiece zdrowotnej. Powoduje równocześnie rozwój i atrofie pewnych obszarów zdrowotnych, stanowi źródło konfliktów, patologii czy wręcz przestępstw. Społeczne podejście do zdrowia wymaga zaspakajania potrzeb zdrowotnych u każdego obywatela. Podejście ekonomiczne nakazuje liczenie kosztów i opłacalności działań. Podejście zarządcze będzie akcentowało optymalizację, oszczędność środków i finansową kalkulację ryzyka. Efektywność kosztowa i alokacyjna zaczynają wchodzić w kolizję z wartością życia. Cena zaczyna być elementem decyzji i ograniczania dostępności do dobra (już nie produktu) o najwyższych priorytetach. Instytucja realizująca usługi medyczne – kreator zdrowia podlega kryteriom produktowym, czyli jego działalność wpisuje się w rynkowe reguły popytu i podaży.

Antynomie opieki zdrowotnej mają też wymiar bardzo indywidualistyczno-spersonalizowany. Kiedy deklaratywna troska o pacjenta zderza się z indywidualnymi aspiracjami konsumpcyjnymi personelu medycznego, wymagającymi wieloletowości czy ograniczania czasu poświęcanego danemu pacjentowi i kiedy rutyna zastępuje wymóg doskonalenia zawodowego. Personalne i kadrowe wymiary antynomii to konflikty

związane z często niewłaściwymi relacjami zawodowymi pomiędzy poszczególnymi grupami pracowników. To konflikty o dostęp do wiedzy i możliwości jej wykorzystania, to paradoksy rozwoju zawodowego zwłaszcza w kontekście paretąńskiej cyrkulacji elit.

Antynomie mogą stanowić impuls do zmiany i postępu, ale też mogą być źródłem olbrzymich konfliktów, zachowawczości, a wręcz wsteczności. Z tego powodu ich identyfikacja stanowi element doskonalenia systemu i przeciwdziałania jego patologii i narastającej entropii.

Szczególnie niepokojące jest to, że najwyższe dobro, jakim jest zdrowie, zyskuje wymiar politycznego sloganu. Powstaje zwiększająca się luka pomiędzy potrzebami i możliwościami, rodzi się frustracja pomiędzy obiema stronami gry – pacjentami i lekarzami. Dominacja podejścia optymalizacyjnego likwiduje możliwość reagowania w nieoczekiwanych sytuacjach, dopasowuje działalność do bieżących kryteriów kosztowych, jakże często sprzecznych z interesem pacjenta i pracownika służby zdrowia.

Istota problemu polega na tym, że z jednej strony traktuje się zdrowie i życie w kategoriach najwyższej wartości, wartości, dla której nie ma ceny i alternatywy, a z drugiej prezentuje się podejście do zdrowia w kategoriach prymitywnego rachunku ekonomicznego i efektywności kosztowej. Powoduje to dramatyczny rozdział pomiędzy potrzebami, wartościami a działaniami, między deklaracjami a ich realizacją. Dramat tych sprzeczności jest w zasadzie nierozwiązywalny, rosnące oczekiwania mijają się z możliwościami, a jednostka i jednostkowe życie ginie w pliku sprawozdań, limitach, zasadach refundacji. Jedynym przybliżeniem do rozwiązania tego dylematu – antynomii pomiędzy deklaracjami a możliwościami – jest etyka i wrażliwość zawodowa oraz wiara, że idea *humanum* w sferze zdrowia chociaż trochę zmniejszy prymitywny rachunek ekonomiczny, a może inaczej, połączy wiele ogniw gospodarki w jeden wspólny cel – zapewnienie zdrowia społeczeństwa. Tę sprzeczność rozwiązać można również poprzez kompleksowe myślenie ekonomiczne, w którym dominuje myślenie rzetelnie uwzględniające korzyści i straty społeczne w długookresowej perspektywie.

Ideą książki jest ukazanie dylematów dwóch światów – wartości i potrzeb, a także ich realizacji w praktyce medycznej. Kiedy rozpacz zaniechania w obliczu braku środków lub niezrozumienia wagi istoty zdrowia i życia budzi konflikt i dramat wszystkich uczestników opieki medycznej, rodzi frustrację i społeczną agresję. Może opisanie praktycznych przykładów sukcesów i niepowodzeń w opiece zdrowotnej przez autorów pochodzących z różnych środowisk z użyciem wybranych przez nich form przekazu doprowadzi jednak do pewnego ograniczenia zarysowanych antynomii. Oby tak się stało.

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Zdrojewski

Redaktor
Zuzanna Opolska

Prof. dr hab. n. ekon.
Krzysztof Opolski

JERZY LEPPERT
ZUZANNA OPOLSKA

Kto jest odpowiedzialny za stan zdrowia obywatela: państwo czy jednostka?

Definicja profilaktyki – jakim chorobom chcemy i jakim powinno się zapobiegać?

Choroby przewlekłe nazywane „przyjacielem” na całe życie, stanowią wiodącą przyczynę umieralności na całym świecie. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje NCD (*Non Communicable Diseases*) jako „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki”. To do nich należą: cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc) i nowotwory. Spośród nich do śmierci najczęściej doprowadzają choroby układu sercowo-naczyniowego. To z ich powodu rocznie umiera około 19 mln ludzi na świecie, co na tle liczby ofiar pandemii COVID-19 (1,4 mln) jest olbrzymią liczbą, która mimo wszystko nas nie przeraża!? Medialnie „choroby przewlekłe” są nudne – nie ma bohaterów, nie ma maseczek i pomarańczowych kombinezonów. Zdążyliśmy się do nich przyzwyczaić, nauczyliśmy się z nimi żyć i bagatelizować zagrożenie, a to przeraża jeszcze bardziej...

Tym, co łączy NCD, są modyfikowalne czynniki ryzyka: palenie papierosów, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, niska aktywność fizyczna, stres, nadwaga i otyłość. Badanie „Lags in behavioral change: A population based comparison of cardiovascular risk behavior in Poland and Sweden” opublikowane w 2006 r. pokazało, że Polacy już czternaście lat temu doskonale orientowali się, jakie prozdrowotne zachowania pozwalają zapobiec chorobom przewlekłym. Niestety, czas udowodnić, że przekazywanie wiedzy w świadome działania jest już dużym problemem. To pierwsza antynomia – pytanie: jakie strategie pozwolą nam osiągnąć lepsze wyniki? Druga antynomia jest już mniej oczywista – postęp medycyny i wydłużenie średniej długości życia sprawiły, że częstotliwość występowania chorób o charakterze przewlekłym narasta. W końcu to wiek jest jednym z podstawowych czynników zwiększających ryzyko pojawienia się chorób przewlekłych.

Na Polskę patrzę z perspektywy „latarnika”, bohatera noweli Henryka Sienkiewicza, który 50 lat temu wyemigrował do Szwecji. Każdego dnia obserwuję, jak odmienny od polskiego jest styl życia Skandynawów – zaczynając od tego, co jedzą na śniadanie, przez to, czym jadą do pracy, po to, jak spędzają czas wolny. Nie bez powodu Szwedzi na polu profilaktyki są o krok przed nami – teorię wcielają w życie. We Wrocławiu, moim rodzinnym mieście, naturalnym odruchem pozwalającym pokonać odległość z punktu A do punktu B jest wejście do samochodu lub autobusu. W Szwecji zamiast czterech kółek wybiera się dwa. Na parkingu przed rektoratem uczelni stoi rząd zaparkowanych rowerów, łącznie z rowerem rektora. To rowerami przyjeżdża się na Ceremonię Rozdania Nagród Nobla. Środek transportu o dwustuletniej tradycji cieszy się popularnością z dwóch powodów: po pierwsze jest przyjazny dla naszego zdrowia i środowiska, po drugie świetnie rozbudowana sieć ścieżek sprawia, że niezwykle łatwo się nim poruszać.

Do zasad zdrowego stylu życia stosuje się większość obywateli. Ambicją każdego Szweda, nie zawodowca, ale amatora jest wziąć udział w biegu Wazów (Vasaloppet), najstarszym biegu narciarskim na świecie, przepłynąć zatokę Vansbro (3 km), a także przejechać 315 km na rowerze wokół jeziora Vättern. Wszystko w ciągu jednego roku! Pamiętam, że kiedy przyjechałem do Uppsali, jeden z nauczycieli zaproponował mi udział w treningu szwedzkiej gimnastyki klasycznej. Zgodziłem się bez zastanowienia. Okazało się, że więcej niż 60% grupy stanowiły osoby po 50-tce, sam miałem wtedy 24. W pierwszej chwili przyszło mi na myśl, że nie przeżyją, ale po kwadransie nie mogłem dotrzymać im kroku... A byłem osobą regularnie chodzącą na basen i grającą w tenisa.

Czy próbuję powiedzieć, że Szwedzi opanowali „zdrowe życie” do perfekcji? Nie – skala nadwagi i otyłości dramatycznie wzrasta, a uzależnienie od alkoholu nadal jest nierozwiązany problem. Próbuję tylko powiedzieć, że o ile każdy z nas jest kowalem własnego losu, to w niektórych państwach łatwiej nim być. I niekoniecznie drogę do zdrowego społeczeństwa wyznaczają znaki zakazu czy nakazu, ale edukacja tych, którzy jej najbardziej potrzebują.

Rozwój profilaktyki w Szwecji i w Polsce od lat 30. XX w.

Przeszłość wiele nas uczy, a już starożytni doceniali kulturę fizyczną. W antycznej Grecji sport był elementem edukacji chłopców i pozytywnego kształtowania charakterów. Do dyscyplin cieszących się największym zainteresowaniem należały bieg pojedynczy i podwójny, biegi z tarczą lub w pełnej zbroi, skok w dal, rzut dyskiem i oszczepem, wyścigi jeźdźców i czterokonných rydwanów, zapasy, boks, a także połączenie dwóch ostatnich, czyli pankration. W starożytnym Rzymie aktywność fizyczna początkowo wiązała się przygotowaniem do służby wojskowej, jednak z czasem sport osiągnął wysoki stopień rozwoju i upowszechnienia – pływanie rozwijane było nie tylko w prowincjach nadmorskich, ale i w głębi kraju – w miastach budowano łaźnie i baseny pływackie. Dużą popularnością cieszyły się także: biegi, skoki, rzuty oszczepem i kulą. Paradoksalnie to klasa wyższa, która nadawała ton społeczeństwu, propagowała obżarstwo i ograniczoną aktywność fizyczną. Wszystko zaczęło się zmieniać wraz z powstaniem klasy średniej – sport stał się zjawiskiem rozpowszechnionym społecznie.

W Szwecji gimnastyka tak zwana masowa, zwracająca się do większości społeczeństwa, zaczęła się organizować na początku XIX w. Za ojca systemu uznawany jest Piotr Henryk Ling, nauczyciel szermierki na Uniwersytecie w Lund i wielki fan Johanna Christopa Friedricha GutsMuthsa, niemieckiego pioniera i autora ćwiczeń fizycznych w historii edukacji. To Ling stanął na czele Królewskiego Centralnego Instytutu Gimnastycznego w Sztokholmie, założonego w 1813 r. i sformułował zalecenia, które na stałe weszły do kanonu szwedzkiej gimnastyki. W nowo powstałej placówce kształcili się nie tylko nauczyciele wychowania fizycznego, ale także instruktorzy gimnastyki leczniczej, chętnie widziani w zakładach leczniczych także poza granicami kraju. Niewątpliwą zasługą Linga było wytyczenie drogi rozwoju gimnastyki leczniczej, wojskowej i wychowawczej, a przede wszystkim uświadomienie współczesnym potrzeby systematycznej dbałości o sprawność fizyczną. Po ukończeniu studiów pracę w Centralnym Instytucie Gimnastycznym podjął syn Henryka – Hjalmar. Kontynuując dzieło ojca, Hjalmar zaprojektował i szczegółowo opracował koncepcję sali gimnastycznej i jej wyposażenia. Również Wendla Dahl-Ling, córka Henryka, interesowała się gimnastyką wychowawczą. Z jej inicjatywy do programu Instytutu wprowadzono specjalne kursy gimnastyki dla kobiet. Co ciekawe, stworzona przez Lingów szwedzka gimnastyka szybko rozpowszechniła się w całej Europie i skutecznie rywalizowała z gimnastyką niemiecką.

W latach 30. XX w. zaczęto organizować gimnastykę dla gospodyń domowych – kobiety kilka razy w tygodniu mogły przyjść na zajęcia, a ich dzieci miały w tym czasie zapewnioną opiekę. Upowszechnienie sportu wśród kobiet przełożyło się na prozdrowotny styl życia, zwłaszcza odżywianie, a także sposób wychowania dzieci. Już w przedszkolu maluchy spędzają większość czasu na dworze, a lekcje wychowania fizycznego są ważnym elementem edukacji szkolnej. W całej Szwecji dużą popularnością cieszył się program „Morgongymnastik” nadawany od 1929 r. codziennie między 7.15 a 7.30. W 1948 r. został on zastąpiony przez gimnastykę dla kobiet i urzędników. Dzisiaj wielu obywateli nadal zaczyna dzień, ćwicząc razem z trenerami z małego ekranu.

Pod koniec lat 30. XX w. jeden z dziennikarzy szwedzkich, Ludwigo Nordström, którego można porównać do doktora Judyma, bohatera „Ludzi bezdomnych” Stefana Żeromskiego, odbył podróż po Szwecji i opisał warunki sanitarne w radiowych reportażach, a potem w książce, którą nazwał „Reportażem z brudnej Szwecji” (Lort-Sverige, 1938). Jej publikacja odbiła się szerokim echem w społeczeństwie i wywołała dyskusję wśród polityków. Wkrótce ministerstwo zdrowia postanowiło rozpocząć długofalową pracę nad higieną i stanem zdrowia ludności w Szwecji. Zajęto się także stanem sanitarnym mieszkań. Od tamtej pory profilaktyka zdrowia zajęła centralne miejsce w planowaniu systemu ochrony zdrowia. Mówimy więc o prawie stuletniej tradycji, która zostawiała trwałe ślady w świadomości kolejnych generacji.

Co ciekawe, polska tradycja wychowania fizycznego jest równie długa. Zdaniem niektórych historyków sięga ustaw Komisji Edukacji Narodowej powołanej w Rzeczypospolitej Obojga Narodów. Już w „Powinnościach nauczyciela” (1788 r.) Grzegorz Piramowicz pisał o konieczności ćwiczeń fizycznych w kontekście zdrowia i wychowania młodzieży. Zwracał też uwagę na potrzebę ćwiczeń fizycznych wśród kobiet. Niestety, większość zapisów ustaw nie znalazła odzwierciedlenia w praktyce głównie z braku infrastruktury szkolnej, nauczycieli i środków finansowych.

Do rozwiązań KEN-u nawiązano w odrodzonej Polsce. W programie oświatowym za niezbędne uznano budowanie obiektów szkolnych dla wszystkich rodzajów szkół z salami gimnastycznymi, kąpieliskami, boiskami i ogródkami szkolnymi. Proponowano codzienne półgodzinne ćwiczenia podczas nauki i przeznaczenie czasu na zabawy i gry ruchowe według szwedzkiego systemu. Wdrożenie nowatorskiego projektu oświatowego hamowały jednak problemy finansowe, a także spory związane z zarządzaniem państwem.

Od 1933 r. w programie wychowania fizycznego znalazły się cztery godziny ćwiczeń, zabaw i gier ruchowych w tygodniu, a ponadto 10 minut codziennej gimnastyki, prowadzonej pod opieką nauczyciela przed pierwszą lekcją. Po II wojnie światowej kultura fizyczna nadal odgrywała ważną rolę – obowiązkowym wychowaniem fizycznym objęto przedszkola, szkoły podstawowe i średnie wszystkich typów – zawodowe i ogólnokształcące oraz wyższe uczelnie. Utworzono licea pedagogiczne, uczelnie i szkoły wychowania fizycznego, zapewniające fachowców do zajęć wychowania fizycznego i szkolenia sportowego. Standardem stał się program obejmujący dwie godziny lekcyjne zajęć w tygodniu oraz zajęcia pozalekcyjne dla zainteresowanej sportem młodzieży. Prowadzono także zajęcia korekcyjne.

Wszystko zmieniło się wraz z nadejściem transformacji ustrojowej – kultura fizyczna mająca do 1989 r. wysoki status i bezpośredni wpływ na szkolne wychowanie, została zmarginalizowana jako przebrzmiały symbol poprzednich epok, co nie pozostało bez wpływu na postrzeganie wychowania fizycznego w odbiorze społecznym. W wielu polskich domach zagościły nowe standardy i priorytety: samorealizacja, zwłaszcza pod względem zawodowym, specyficzne podejście do nauki, w którym wychowanie fizyczne jest uważane za przedmiot drugorzędny i niewiele wnoszący w rozwój ucznia. Sprzyja to problemowi masowych zwolnień z WF-u sankcjonowanych przez nauczycieli i lekarzy, co z kolei prowadzi do nadmiernej masy ciała i wad postawy wśród uczniów.

Programy profilaktyki ochrony zdrowia w Szwecji i w Polsce w XXI w.

Program profilaktyki zdrowia w Szwecji jest redagowany i inicjowany centralnie przez Państwowy Instytut Zdrowia (Folkhälsomyndighet). Obecnie pracuje się nad programem na najbliższą dekadę „Agenda 2030”, w której zawarto strategię prewencji chorób przewlekłych. Główne cele obejmują szeroki zakres wyzwań: redukcję nadwagi i otyłości, a także zwiększenie aktywności fizycznej w czasie wolnym od pracy. Według obliczeń ekonomistów koszty nadwagi i otyłości w społeczeństwie wynoszą dzisiaj około 8 do 9 mld euro w skali rocznej. Stąd pojawiła się propozycja, żeby kierować zmianami centralnie, czyli to państwo ma przejąć kontrolę nad planowaniem, realizacją i częściowo finansowaniem programów mających na celu redukcję nadwagi i otyłości w społeczeństwie. Dyskutuje się nad wprowadzaniem podatku na słodczy, łącznie z cukrem. Z drugiej strony proponuje się obniżkę cen/subwencje na owoce, warzywa, ryby i przetwory rybne.

Restrykcje mają dotyczyć nawet konsumpcji soli i produktów zawierających sól. Po wprowadzeniu rekomendacji krajowych to komuny/województwa, powiaty, służba zdrowia na poziomie lokalnym powinny zadbać o ich realizację. *Myszę, że sprawdzanie wyników profilaktyki jest bardzo istotne. To jedna z rzeczy, których nie można zostawić własnemu biegowi. W tym procesie istotna jest ciągłość na przestrzeni dekad i zabezpieczenie przed zmianami wywołanymi przez różnego rodzaju przemiany polityczne. Do współpracy zostanie włączone także szkolnictwo od przedszkola aż do uniwersytetów. A proponowane zmiany mają iść w parze z wdrażaniem prozdrowotnych zwyczajów: ograniczeniem spożywania słodyczy przez dzieci do jednego dnia w tygodniu, a także wprowadzeniem wody jako preferowanego napoju do posiłku.*

Ważną częścią działań profilaktycznych pozostaje ograniczenie konsumpcji alkoholu i palenia papierosów. Historycznie alkohol zawsze był piętą Achilleśa Szwedów – na przełomie XIX i XX w. liczba dorosłych, którzy mieli problemy z alkoholem, była bardzo wysoka, a wielu pracodawców częściowo płaciło nim swoim pracownikom. To doprowadziło do tego, że w 1917 r. wprowadzono system racjonowania w formie książeczek (tzw. system Bratta) uprawniających do nabycia alkoholu. I tak dorośli mężczyźni byli uprawnieni do zakupu 4 litrów alkoholu miesięcznie, a dorosłe kobiety – pół litra. Biorąc pod uwagę, że państwo szwedzkie wprowadziło monopol handlu alkoholem, tzn. zarówno zakup, jak i sprzedaż przeszły w ręce władz, system mógł sprawnie funkcjonować. Wprowadzone ograniczenia z jednej strony miały pozytywny wpływ na zahamowanie alkoholizmu w społeczeństwie, z drugiej doprowadziły do wzrostu ilości nielegalnie sprzedawanego alkoholu: szmuglowanego i pędzonego bimbru. Rosnące w tym czasie w siłę ruchy socjalistyczne, wspomagane przez odrywające się od Kościoła państwowego sekty religijne, czyniły z abstynencji cnotę i domagały się wprowadzenia prohibicji. Przeprowadzone w tej sprawie referendum (27.08.1922r.) poparło 49% głosujących, 51% było przeciw.

Chociaż alkoholowe ograniczenia zniesiono w 1955 r., mocna antyalkoholowa kampania społeczna, wykorzystująca wiele środków masowego przekazu, doprowadziła do wprowadzenia ograniczeń, które funkcjonują do dzisiaj i są solą w oku Komisji Europejskiej. I tak w sklepach spożywczych Szwedzi mogą kupić tylko piwo o zawartości alkoholu nie wyższej niż 3,5%. Natomiast mocniejsze napoje alkoholowe w nieograniczonej ilości dostępne są w państwowych sklepach monopolowych z logo Systembolaget przez sześć dni tygodnia między 10 a 20 (w soboty do 16).

– W Västerås – mieście, w którym mieszkam na 170 tys. mieszkańców tylko cztery sklepy sprzedają alkohol. W tym wypadku utrudnienia okazały się pozytywne – brak dostępu w zasięgu ręki często wiąże się z rezygnacją. To jednak nie wszystkie ograniczenia – podawanie alkoholu w lokalach ogólnie dostępnych wymaga specjalnego pozwolenia od władz miejskich (prywatne uroczystości nie muszą mieć pozwolenia), a ceny alkoholi są zazwyczaj ponad dwukrotnie wyższe niż w Polsce.

Od 2002 r. Szwedzi mogą sprowadzać alkohol przez Internet, ale tylko korzystając z sieci i pośrednictwa monopolu. Mimo zdecydowanej polityki państwa alkoholizm w Szwecji jest nadal dużym problemem, zwłaszcza jeśli chodzi o koszty, jakie generuje: spadek produktywności z powodu przedwczesnej emerytury lub renty, leczenie szpitalne, pomoc społeczną i wypadki komunikacyjne związane z piciem alkoholu. Młódzież debiutuje wcześniej i ma tendencje do nadużywania alkoholu w weekendy (*binge drinking*). W ciągu ostatnich 20 lat liczba młodych kobiet, które nadużywają alkoholu

wzrosła procentowo bardziej niż młodych mężczyzn, co jest charakterystyczne dla społeczeństw krajów rozwiniętych. Tendencja odzwierciedla stopień liberalizacji norm społecznych, które nie potępiają już pijących kobiet tak jak w przeszłości. Można tutaj mówić o błędnej interpretacji równouprawnienia.

Szwedom udało się za to wygrać wojnę z papierosami. Kiedy zaczynałem pracę w latach 70. to w każdym gabinecie stała popielniczka, a lekarz palił, kiedy pacjent przychodził i wychodził, a czasami nawet w trakcie konsultacji. Liczba nałogowych palaczy przekraczała 50% wśród mężczyzn i 25% wśród kobiet. Dzisiaj zaledwie około 9% mężczyzn i kobiet zalicza się do nałogowych palaczy, przy czym statystkę zawyżają imigranci. Wyraźnemu spadkowi liczby palaczy towarzyszy jeden z najniższych w Europie odsetków śmierci z powodu raka płuca. Przyczyną sukcesu w ograniczeniu palenia była właściwa strategia – pracownicy ochrony zdrowia dali dobry przykład i jako pierwsi pożegnali się z nałogiem. Wkrótce potem zakaz palenia wprowadzono w placówkach medycznych. Pod koniec lat 70. powstała organizacja Non Smoking Generation (Niepalące Pokolenie), której najważniejszym celem jest powstrzymanie młodzieży przed paleniem. Antynikotynowe kampanie przez nią organizowane cieszyły się wsparciem prominentnych Szwedów, takich jak nieżyjąca już Astrid Lindgren, czy znanych sportowców, z narodową reprezentacją hokeja na lodzie na czele. Wzrosły także ceny papierosów o 200–300%, a dla osób chcących rzucić palenie zaczęto organizować bezpłatną pomoc terapeutyczną. Specyficzne dla Szwecji było także zastąpienie papierosów tzw. tabaką zażywana doustnie pod górną wargę lub język. Szacuje się, że tzw. „snus” konsumuje mniej lub bardziej regularnie około 15% dorosłych, głównie mężczyzn. Polityka przeciwdziałania uzależnieniom to przykład antynomii: państwo, które osiąga duże zyski ze sprzedaży alkoholu i papierosów, zdecydowanie zwalcza używki, dążąc do obniżenia kosztów służby zdrowia.

A jak jest w Polsce? Obecnie za politykę zdrowotną państwa odpowiada Minister Zdrowia, a głównym narzędziem realizacji jego zadań w tej dziedzinie jest Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2021–2025. Podstawą NPZ jest koncepcja promocji zdrowia zgodna z Kartą Ottawską Promocji Zdrowia (1986 r.). Mówimy więc o procesie umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu. Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, określiła co do zasady zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w ich realizacji oraz zasady finansowania zadań. Wprowadziła równocześnie regulacje pozwalające na koordynację działań profilaktycznych. Od stycznia 2017 r. Narodowy Fundusz Zdrowia może dofinansowywać programy profilaktyczne realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego pod warunkiem, że będą one zgodne z priorytetami polityki zdrowotnej w danym regionie, celami operacyjnymi NPZ i które uzyskają pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Z raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020” wynika, że mimo postępu medycyny i lepszych warunków bytowych trend wskazujący na rosnącą długość życia wyhamował. Według danych Eurostatu z 2020 r. średnia tzw. oczekiwana długość życia w Polsce jest o trzy lata krótsza niż w Unii Europejskiej. W minionym roku wyniosła ona 77,8 lat, podczas gdy średnia w UE to 80,9 lat. Przyczyn spadku długości życia dopatruje się złej diecie, braku aktywności fizycznej i nałogach, których

Polakom nadal nie udało się pokonać, czyli czynnikom ryzyka chorób układu krążenia i nowotworów. Chociaż natężenie umieralności z ich powodu od roku 1991 stopniowo się zmniejsza, to nadal stanowi najważniejszą przyczynę zgonów. Zgodnie z NCD Risk Factor Collaboration w 2016 r. w Polsce wśród osób w wieku 20 lat i więcej 53% kobiet i 68% mężczyzn miało nadwagę (BMI: 25-29,9), a 23% kobiet i 25% mężczyzn było otyłych (BMI \geq 30). W przypadku osób poniżej 20 roku życia nadwagę miało 20% dziewcząt i 31% chłopców, a 5% dziewcząt i 13% chłopców było otyłych. Przyczyn nadmiernej masy ciała dostarcza codzienne menu Polaka, a właściwie dane GUS dotyczące spożycia wybranych artykułów konsumpcyjnych. Mamy alkohol, czerwone mięso (średnie roczne spożycie 80 kg na osobę) i cukier (średnie roczne spożycie 44,5 kg na osobę) – ostatni poza czystą postacią przyjmujemy w formie wyrobów przetworzonych: w jogurtach, słodyczach, płatkach śniadaniowych, sokach czy napojach typu cola. Na talerzach Polaków brakuje natomiast warzyw i owoców, których co szokuje spożywamy najmniej w całej Europie. Złej diecie towarzyszy brak aktywności fizycznej – dorośli Polacy są zdecydowanie mniej aktywni niż większość obywateli UE. Rosną także odsetki osób w ogóle nieuprawiających sportu i niepraktykujących żadnych form rekreacji fizycznej. O tym, że decydenci są świadomi istniejących zagrożeń i potrzeby profilaktyki zdrowotnej, świadczą propozycje wprowadzenia podatku cukrowego, a także wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych chirurgii bariatrycznej.

Jeśli chodzi o nałogi, to Polacy nadal nie rzucili palenia, a ilość spożywanego alkoholu dramatycznie rośnie. Szacunkowe dane dotyczące palących tytoń umiejscawiają Polskę nieco ponad średnim poziomem europejskim. Niepokojące jest zahamowanie trendu spadkowego w odsetku osób palących widocznego na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Stosowanie wyrobów elektronicznych wcale nie okazało się zmianą na lepsze. Tylko w niewielkim stopniu zmniejsza rozpowszechnienie palenia tytoniu, a bardziej przyczynia się do zwiększenia się odsetka osób używających wyrobów nikotynowych. Czynniki związane z mniejszą częstością palenia tytoniu pozostają: płeć żeńska, młody i starszy wiek, lepsze wykształcenie.

W przypadku konsumpcji alkoholu od 2002 r. obserwujemy gwałtowny wzrost, co w głównej mierze wynika z decyzji rządu o obniżeniu akcyzy na napoje alkoholowe o 30% w sierpniu 2002 r. W latach 2003-2008 konsumpcja wódki podwoiła się z 1,7 l czystego alkoholu na mieszkańca do 3,4 l w roku 2008, wzrosło także roczne spożycie piwa z 30 l na mieszkańca w 1989 r. do 100 l w 2016 r. Dużym problemem pozostają małe butelki, czyli wódki o pojemności 100 ml lub 200 ml, zwykle aromatyzowane. W raporcie opublikowanym przez firmę badawczą Synergion w maju 2019 r. oszacowano, że każdego roku sprzedaje się ich ponad 1 miliard. Ponad połowa wszystkich Polaków pije „małpki” raz w miesiącu lub częściej, 54% z nich to kobiety, 46% mężczyźni. Najwięcej małych butelek jest sprzedawanych między 6 a 12 rano. W tym kontekście ogólne samozadowolenie ze stanu zdrowia Polaków, którzy oceniają swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, budzi niepokój. Zwłaszcza, że świadomość zagrożeń związanych z nieprawidłową dietą, małą aktywnością fizyczną, używkami czy przewlekłym stresem pozostaje niska u osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym.

W jaki sposób można temu zapobiec? Konieczne wydaje się podjęcie działań w celu zmniejszenia różnic pomiędzy poszczególnymi powiatami i województwami. Jednostki

samorządu terenowego (JST) wykorzystują głównie podejście typu *top-down* (szczępienia ochronne, badania diagnostyczne służące wczesnemu wykrywaniu chorób, interwencje medyczne), brakuje natomiast aktywnych form współpracy zmierzających do upodmiotowienia społeczności. Nakłady na profilaktykę, w największym stopniu determinujące stan zdrowia społeczeństwa, powinny być stale zwiększane.

Jakich strategii powinniśmy używać dla osiągnięcia najlepszych wyników?

W obrębie profilaktyki chorób i promocji zdrowia można wyróżnić różne strategie działania. Mamy podejście odgórne (*top-down*), oczekujące posłuszeństwa i odpowiedzialności, i podejście oddolne (*bottom-up*), zakładające znaczne upodmiotowienie społeczności i umożliwienie jej wyboru problemu. W praktyce zazwyczaj dochodzi do łączenia, a czasami konkurencji między wymienionymi podejściami.

– *Osobiście uważam, że zawsze warto zwracać się do jednostki obdarzonej wolną wolą i zagrać jej na ambicji. Stymulowanie zachowań prozdrowotnych poprzez inicjatywy sektora publicznego powinno odbywać się na zasadzie systemu zachęcających lub zniechęcających bodźców, a nie bezwarunkowego przymusu. Powód jest prosty – w obliczu restrykcji jednostki stawiają opór – ograniczenie sprzedaży alkoholu kończy się pędzeniem bimbru, a podnoszenie cen wyrobów tytoniowych szmuglem papierosów. Z tej perspektywy odpowiednia edukacja dostosowana do specjalnych potrzeb grupy odbiorców to o wiele lepsze rozwiązanie. Zwłaszcza, że nasze wcześniejsze badania „Intelligence level in late adolescence is inversely associated with BMI change during 22 years of follow-up: results from the WICTORY study”, pokazały, że im wyższe IQ, tym mniejsze BMI. Te dane budujemy na obserwacji 5 000 młodych mężczyzn na przestrzeni 22 lat. Odpowiednia edukacja to jedno, a drugie to zaangażowanie w strategię jednostek i grup. W Szwecji niemal od początku restrykcyjna polityka alkoholowa szła w parze z ruchami antyalkoholowymi. Już w latach 30. cześć Kościoła luterańskiego była bardzo zaangażowana w szerzenie abstynencji i jest tak do dzisiaj.*

Walka o trzeźwość należała także do tradycji polskiego Kościoła – zwłaszcza w XIX w. działacze trzeźwościowi powoływali specjalne stowarzyszenia, wydawali prasę, pisali liczne artykuły. W zaborze rosyjskim działał o. Honorat Koźmiński i ojcowie kapucyni, w Galicji ks. Bronisław Markiewicz, na Śląsku – ks. Jan Ficek i ks. Jan Kapica. Po wojnie do tradycji nawiązywał Prymas Tysiąclecia kard. Stefan Wyszyński, inicjator Tygodnia Modlitw o Trzeźwość, który twierdził, że *Polska albo będzie trzeźwa, albo jej nie będzie*. Myślę, że to mógłby być dobry kierunek dla współczesnego Kościoła. Warto poszukać w społeczeństwie autorytetów, które zmieniają sposób postrzegania alkoholu. Kościół jest jednym z nich, drugim mogliby być sportowcy – przykładowo Robert Lewandowski lub cała reprezentacja Polski.

Szwedów i Polaków różni też podejście do osób niepijących. W Szwecji po prostu się ich respektuje, nie ma słynnego: „to ze mną się nie napijesz?”. A nikt z niepijących nie musi uciekać się do wymówek w stylu „prowadzę samochód” czy „jestem na antybiotykach”. Niepicie alkoholu nie jest traktowane jak choroba, to wybór. Niestety, w Polsce

butelka nadal postrzegana jest jako sposób na spędzanie wolnego czasu, odstresowywacz i lek na ból istnienia.

Innym przykładem strategii oddolnej są „słodkie soboty” – „lördagsgodis”, zwyczaj polegający na spożywaniu słodyczy przez dzieci tylko raz w tygodniu. Genezą narodzin samej idei było szukanie sposobu na walkę z próchnicą. Ponad 50 lat stosowania „LÖRDAGSGODIS” skutkuje tym, że Szwecja stawiana jest jako wzór dbania o zęby, a odsetek dzieci z próchnicą jest dużo mniejszy niż w innych krajach zachodnich. Na statystykę ponownie negatywnie wpływa ludność napływowa – przede wszystkim imigranci z Bliskiego Wschodu, u których kultura dbania o zdrowie nie jest tak silna.

Kto zyskuje na profilaktyce? Najprostsza odpowiedź brzmi: wszyscy, ale nawiązując do tytułu monografii, należy sprawdzić, czy na pewno tak jest? W przypadku jednostki troska o zdrowie, regularny ruch oraz zdrowe odżywianie mogą przełożyć się na dodatkowe 10 lat życia. Dla państwa zapobieganie jest tańsze niż leczenie. Na inwestycji w zdrowie zyskuje także pracodawca, który redukuje koszty absencji chorobowej. Z tego powodu edukacja zdrowotna powinna zaczynać się już w przedszkolu, być kontynuowana w wieku szkolnym, a następnie na poziomie pracodawców i całego systemu ochrony zdrowia.

Wróćmy jednak do antynomii – czy profilaktyka ma skutki uboczne? Tak, wbrew nadziejom naukowców nie możemy żyć wiecznie. I chociaż cywilizacja dodała nam lat za sprawą podwyższenia standardów higieny, rozwoju medycyny i rozmaitych technologii, to ratowanie ludzi z najcięższych opresji ma swoją cenę. To gigantyczne obciążenie dla budżetu, dla systemu zdrowia i opieki społecznej. Wraz z wiekiem rosną długotrwałe problemy zdrowotne – wzrasta nie tylko odsetek osób ze schorzeniami przewlekłymi, ale ich liczba (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, cukrzyca, nowotwory, osteoporoza, alzheimery, choroba Parkinsona, choroby zwyrodnieniowe, depresja). Z tego powodu osoby starsze stanowią grupę szczególnej troski w zakresie ochrony zdrowia. Drugi skutek uboczny to miliardy strat – państwo walcząc z nałogami (uzależnieniem od cukru, tytoniu czy alkoholu), traci wpływy ze sprzedaży, które stanowią znaczną część dochodów budżetu. Kluczowe pytanie brzmi: czy chcemy chronić zdrowie obywateli, czy zarabiać na ich słabościach?

Między „lockdownem” a „odpowiedzialnością jednostek”

Nikt z nas nie przypuszczał, że wirus o średnicy 0,1 mikrometra zmieni życie milionów na całym świecie. Świat z dnia na dzień się zatrzyma, a nasze życie zamknie w czterech ścianach. Jednak po tym jak 11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię COVID-19, dla wielu z nas podobny scenariusz stał rzeczywistością. W obliczu zagrożenia większość krajów zdecydowała się na lockdown. Zamknięto szkoły (publiczne i niepubliczne), uniwersytety, część zakładów pracy, restauracje i placówki kulturowe. W Polsce w okresie największych restrykcji wprowadzono zakaz przemieszczania się poza określonymi sytuacjami, zakaz zgromadzeń powyżej dwóch osób, zamknięto parki, bulwary i plaże, a działalność salonów fryzjerskich i kosmetycznych została zawieszona.

– W tym samym czasie Szwecja szła pod prąd – zamiast „zamknięcia” zdecydowano się na minimalne ograniczenia: uniwersytety i gimnazja wprowadziły zdalne nauczanie,

zakazano organizowania zgromadzeń powyżej 50 osób i zaapelowano do starszych osób, żeby rozważyły pozostanie w domu. Poza tym pozwolono Szwedom żyć normalnie: szkoły dla najmłodszych dzieci pozostały otwarte, podobnie jak restauracje, kina, centra handlowe i granice z innymi państwami. Szwedzka strategia, której architektem jest naczelny epidemiolog Anders Tegnell, wychodzi z założenia, że pandemii nie da się zatrzymać, a restrykcyjne ograniczenia w życiu społecznym niekoniecznie przyniosą spodziewane rezultaty. Według oficjalnych komunikatów pozytywnie zdiagnozowane osoby to tylko „czubek góry lodowej” ogółu zarażonych. Premier Stefan Löfven pytany przez zagranicznych dziennikarzy o liberalny model walki z koronawirusem stwierdził, że opiera się ona na „odpowiedzialności jednostek”.

Już na początku strategia Tegnella podzieliła kraj na dwa obozy, a debata toczyła i toczy się na wielu poziomach: w czasopiśmie medycznych, gazetach codziennych, w radiu i telewizji. „Fanklub Tegnella uważa, że naczelny epidemiolog jest prawdziwym Wikingiem, a Wikingowie zawsze byli nieustraszeni i nie bali się chorób. Z kolei jego antagoniści nie utożsamiają się z przyjętym modelem walki i chcą zmian. Tajemnicą poliszynela pozostaje, że tym, co stoi za koncepcją naczelnego epidemiologa, jest przede wszystkim ekonomia, czyli poświęcamy pewną ilość ludzi, ale w dłuższej perspektywie ratujemy większość. To klasyczny „dylemat łodzi ratunkowej”: na tonącym statku jest 11 pasażerów, a w szalupie tylko 10 miejsc. Teraz należy podjąć decyzję, czy zostawiamy jedną osobę w tyle, czy bierzemy na pokład ryzykując, że utopią się wszyscy...

Czy zgadzam z przyjętym modelem postępowania? Szczerze mówiąc znajduję się w szizofrenicznej sytuacji – z jednej strony jest dużo dowodów naukowych pokazujących, że „droga szwedzka” nie jest właściwa. Z drugiej strony liczba zgonów na COVID-19 uległa zmniejszeniu. Teraz jest pytanie: czy to zasługa wirusa, który stał się mniej agresywny, czy strategii, która jest minimalna... Myślę, że już na początku popełniono kilka radykalnych błędów. Pierwszy, kiedy naczelny epidemiolog zlekceważył zagrożenie i stwierdził, że koronawirus z Wuhan to „choroba chińska”, która nie dotrze do Europy. Drugi, kiedy pozwolił rodakom na spędzenie ferii zimowych w północnych Włoszech i Austrii. Kurorty narciarskie pulsowały życiem, a lądującymi na lotnisku w Sztokholmie urlopowiczami nikt się nie interesował. Nie przeprowadzono żadnych testów, nie rejestrowano kontaktów. Prawie połowa wszystkich dotychczasowych zmarłych, którzy chorowali na COVID-19 w Szwecji, mieszkała w domach opieki, w których doszło do poważnych nieprawidłowości: brakowało środków ochrony osobistej, personel nie był testowany, zakaz odwiedzin wprowadzono dopiero w kwietniu.

Podsumowując, szwedzka droga pozwoliła uniknąć lockdownu, który nie tylko niesie ze sobą skutki społeczne w postaci wzrostu uzależnień, przemocy rodzinnej, depresji, ale wiąże się z recesją. Skala bankructw przedsiębiorstw, bezrobocia, biedy, załamania się produkcji i dystrybucji będzie prawdopodobnie większa niż podczas któregośkolwiek z dotychczasowych kryzysów ekonomicznych. Pandemii możemy porównać do tsunami – na razie jesteśmy w trakcie trzęsienia ziemi, ale za chwilę przyjdą wielkie fale, które zmyją wszystko. Wtedy poznamy rzeczywistą liczbę ofiar i rozmiar katastrofy. Kiedy piszę te słowa w listopadzie, istnieje ryzyko, że rozwój pandemii przyjmie nieoczekiwane proporcje, doprowadzając do dużego wzrostu zakażeń oraz gwałtownego przyrostu ofiar śmiertelnych. Sytuacja w Polsce jest dużo bardziej dramatyczna niż w Szwecji, mam wrażenie, że ostatnie słowo w rozwoju pandemii nie zostało powiedziane.

Wnioski albo *take home message*

Jakie wnioski możemy zabrać do swoich domów? Wczesna profilaktyka zyskuje rangę medycyny przyszłości, a warunkiem jej skuteczności jest skoordynowane działanie we wszystkich obszarach funkcjonowania. Inicjatywa należy do „góry”, ale bez zaangażowania „dołu” nie ma mowy o sukcesie. To obecność w społecznej świadomości zasad zdrowego stylu życia i czynników będących zagrożeniem dla zdrowia stanowi najtrwalsze podłoże dla poddawania się przez obywateli działaniom profilaktyki właściwej.

- Prewencja zdrowotna powinna rozpoczynać się jak najwcześniejszej – przestrzeń o dużym potencjale jest szkoła. Zwłaszcza że jest to instytucja powszechna, która nie uzależnia szans dzieci od stanu portfela czy świadomości zdrowotnej rodziców.
- Drugim miejscem promowania zdrowia i działań prozdrowotnych jest środowisko pracy. W tym wypadku można sięgnąć po szereg środków, zaczynając od elastycznego czasu pracy, przez wprowadzenie „zdrowej żywności w stołówkach”, po zagwarantowanie dostępu do obiektów sportowych.
- Inicjatywa powinna pochodzić z „góry”, ale w działania należy zaangażować także „dół”. Po wprowadzeniu rekomendacji krajowych to jednostki samorządu terytorialnego: województwa, powiaty, ochrona zdrowia powinny zadbać o ich realizację. Bardzo ważne jest sprawdzanie wyników profilaktyki.
- W strategię należy zaangażować grupy i jednostki – w tym przypadku warto poszukać w społeczeństwie autorytetów i zwrócić się do organizacji pozarządowych. Potencjalni kandydaci to Kościół i sportowcy (kluby i organizacje sportowe).
- Biorąc pod uwagę, że niższy status społeczno-ekonomiczny statystycznie wiąże się z gorszymi zachowaniami zdrowotnymi, potrzebne jest zbudowanie specyficznej strategii edukacji zdrowotnej dostosowanej do możliwości i potrzeb tej grupy.
- Środowiska propagujące zdrowy styl życia (pracownicy ochrony zdrowia, nauczyciele, politycy) powinny być jego „żywym przykładem”.
- Rolą państwa jest stworzenie warunków, żeby głównymi aktorami promocji zdrowia stali się sami ludzie, natomiast rolą każdego z nas jest wzięcie odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Bibliografia

- [1] *Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling* [dokument elektroniczny] <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/> [dostęp: 20.10.2020].
- [2] Andersson P., Sjöberg R. L., Krysa M., Sidorowicz W., Öhrvik J., Leppert J., *Lags in behavioral change: a population based comparison of cardiovascular risk behavior in Poland and Sweden*, Central European Journal of Public Health, 2006, vol. 14, nr 2, s. 82-85. doi:10.21101/cejph.a3366
- [3] Andersson P., Sjöberg R. L., Öhrvik J., Leppert J., *Knowledge about cardiovascular risk factors among obese individuals*, European Journal of Cardiovascular Nursing, 2006, vol. 5, nr 4, s. 275-279. doi:10.1016/j.ejcnur-se.2006.02.005
- [4] Rosenblad A., Nilsson G., Leppert J., *Intelligence level in late adolescence is inversely associated with BMI change during 22 years of follow-up: results from the WICTORY study*, European Journal of Epidemiology, 2012, vol. 27, nr 8, s. 647-655. doi:10.1007/s10654-012-9713-7

Między rynkiem i publiczną odpowiedzialnością – meandry polskiej reformy zdrowotnej

Systemy zdrowotne dzielą z organizmami żywymi tę ich cechę, że podlegają nieustannym zmianom. Z jednej strony tak instytucje, jak i pracujący w nich ludzie nieustannie próbują reagować na docierające do nich bodźce. Bodźce mają różnorodny charakter: mogą być efektem różnych zmian zachodzących w otoczeniu – jak pojawianie się nowych czynników chorobotwórczych, albo nadające się do wykorzystania innowacje technologiczne – ale mogą mieć postać intencjonalnie wprowadzanych zmian. Wszystkie współczesne rozwinięte państwa podejmują działania, które – przynajmniej w zamierzeniu – powinny prowadzić do większej efektywności ochrony zdrowia. Większa efektywność powinna polegać na osiągnięciu lepszego efektu zdrowotnego za możliwie małe wydatki, ale działania związane ze zdrowiem pełnią też rozmaite inne funkcje, od wzmacniania subiektywnie odczuwanego poczucia bezpieczeństwa, poprzez upiększające efekty medycyny estetycznej, aż po kreowanie przekonania, że władza z troską myśli o zdrowiu obywateli. Wzgląd na ten ostatni czynnik sprawia, że jedną z atrakcyjnych dla polityków form aktywności jest podejmowanie inicjatyw reformowania systemów. Ponieważ jest sprawą oczywistą, że żaden system nie funkcjonuje perfekcyjnie i każdy może kosztować mniej, praktycznie w każdej sytuacji zawsze jest coś do poprawienia.

Deklarowanie przez polityków, że chcą coś naprawić, zawsze jest witane nie tylko z nadzieją, ale i z uznaniem, jako widoczny dowód pozytywnie ukierunkowanej aktywności. Nie zawsze tak było i przez dużą część XX w. systemy były stabilne, po drugiej wojnie światowej wraz z rozwojem państw opiekuńczych zwiększano zakres osób uprawnionych do świadczeń, ale dopiero w latach osiemdziesiątych uznano, że reformowanie systemów jest oczywistym i naturalnym obowiązkiem polityków. Jednocześnie dla ogółu obywateli stało się oczywiste, że obowiązkiem władzy jest podejmowanie wysiłków, aby służba zdrowia funkcjonowała możliwie dobrze. Prawie wszędzie panuje opinia, że władzę można obciążać odpowiedzialnością za jakość funkcjonowania systemu zdrowotnego. Jednym z najważniejszych problemów, jakie próbowano rozstrzygnąć w ostatnich latach, była kwestia zakresu i głębokości stosowania mecha-

nizmów rynkowych. Reprezentanci skrajnych opcji opowiadali się, z jednej strony, za możliwie szerokim ich wykorzystywaniem, co w konsekwencji było równoznaczne z postulatem ograniczania roli państwa czy podmiotów publicznych, a z drugiej strony zalecano możliwie maksymalne ograniczanie wpływu rynku, wskazując całą listę dysfunkcji, do których rynek może doprowadzać (*market failures*), jeśli pochopnie dopuści się go do wpływu na relacje wewnątrz służby zdrowia.

W tym opracowaniu zamierzam przedstawić trzy doświadczenia polskiego procesu reformatorskiego z ostatnich lat, kiedy to przed decydentami stawał problem wykorzystywania lub niewykorzystywania mechanizmu rynkowego. Przedmiotem rozstrzygnięć była kwestia konkurencji, doboru podmiotów, które miały być do konkurencji dopuszczane, zasad wynagradzania zwycięzców, a także konsekwencji, jakie ponosili przegrani. Do rozważenia pozostaje pytanie, na ile konsekwentne były rozstrzygnięcia przyznające pierwszeństwo jednej ze wskazanych opcji albo w jakim stopniu próbowano doprowadzić do kompromisu między nimi. Opis analizowanych sytuacji poprzedzam skrótowym przedstawieniem dwóch skrajnych modeli na temat wykorzystywania rynku w sektorze zdrowotnym.

Rynek i odpowiedzialność publiczna

Charakterystyka skrajnych stanowisk określających miejsce rynku w ochronie zdrowia opiera się na dwóch dostępnych w Polsce książkach. Pierwsza to zbiór esejów noblisty z 1972 r., Kennetha Arrowa, z których jeden został poświęcony ubezpieczeniom zdrowotnym z punktu widzenia ekonomii dobrobytu [1]¹. Nie ma wątpliwości, że to jeden z przełomowych tekstów w tej dziedzinie. Druga książka, postulująca szerokie stosowanie rynkowych mechanizmów, została poprzedzona wstępem napisanym przez Milтона Friedmana, także noblisty, jednego z najwybitniejszych przedstawicieli neoliberalnej szkoły chicagowskiej [15]².

W stanowisku Arrowa istotne było twierdzenie, że świadczenia będące bezpośrednim efektem działań podejmowanych w służbie zdrowia są produktem nierynkowym i jako takie z największym trudem mogą stawać się przedmiotem obrotu rynkowego. Było to równoznaczne ze stwierdzeniem, że takie funkcje rynku jak prowadzące do zwiększania podaży przez ujawnianie wielkości popytu i umożliwiające korzystanie zdolność i gotowość do płacenia nie prowadzą do osiągnięcia optymalnej równowagi. Miała przesądzać o tym specyfika produktu – świadczenia zdrowotnego – który był wytwarzany jako środek prowadzący do uzyskania rzeczywistego celu: utrzymania czy przywrócenia zdrowia. Pierwszą, braną pod uwagę cechą była niepewność odnosząca się do dwóch aspektów sytuacji. Po pierwsze, wystąpienie niepożądanego zdarzenia w postaci uszczerbku na zdrowiu, a przynajmniej jego zagrożenia, było niepewne. Wprawdzie w dużych populacjach prognoza epidemiologiczna pozwalała na określenie wielkości prawdopodobieństwa zachorowania na określoną chorobę albo stania się ofiarą wypadku, ale w odniesieniu do określonej osoby stosowanie takiej metody było nieprzystdatne. Po drugie, chodziło o niepewność osiągnięcia pożądanego skutku w po-

¹ Esej 8: *Lecnictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu*.

² Ciekawostka wydawnicza: książka ukazała się przy wsparciu finansowym miasta Stalowa Wola.

staci poprawy stanu zdrowia. Skuteczność wszystkich procedur medycznych jest również szacowana z określonym prawdopodobieństwem i reakcja organizmu poddawanego leczeniu nigdy nie daje się z całą pewnością przewidzieć. Indywidualna podatność na stosowane bodźce, niedające się przewidzieć antagonistyczne reagowanie na stosowane procedury mogą łatwo zniweczyć podejmowane wysiłki. Drugą istotną cechą miała być asymetria informacji. Świadczeniodawca – lekarz dysponował fachową wiedzą na temat zdrowia i jego braku, wraz z bardzo szerokim zakresem informacji na temat symptomów, których występowanie w określonej konfiguracji przesądzało o postawionej diagnozie. Pacjent stanowił natomiast nieocenione źródło informacji na temat stanu własnego zdrowia na podstawie wywiadu, badania fizykalnego, a zwłaszcza badań obrazowych. Następnym procesem pozyskiwania informacji było rozpoznanie przypadku i podjęcie decyzji o sposobie terapeutycznego postępowania. Instancją rozstrzygającą była zawsze osoba lekarza, nawet wtedy, gdy głos pacjenta i jego oczekiwania i preferencje były poważnie brane pod uwagę w podejmowanych decyzjach. Wśród dwóch stron uczestniczących w relacji lekarz – pacjent obrazy sytuacji zdrowotnej są – na ogół – zasadniczo odmienne: po stronie lekarza precyzyjne ustalenie kliniczne – oczywiście nie zawsze, biorąc pod uwagę trudności rozpoznania, a po stronie pacjenta budzący niepokój ogólnie tylko określony problem zdrowotny. W rezultacie nierówno podzielonej wiedzy między lekarzem i pacjentem powstawała specyficzna relacja zaufania, jakim pacjent musiał obdarzać lekarza. Swoisty przymus nie musiał być dolegliwy, bowiem działający racjonalnie pacjent prawidłowo postrzegał swoją niezdolność do właściwego zdefiniowania swojego problemu zdrowotnego. Niezbędne zaufanie, z jakiego korzystał lekarz, miało prowadzić po jego swoistej moralnej obligacji zobowiązującej go do działania w imieniu i na rzecz pacjenta. A więc nie własna korzyść lekarza – a już z pewnością nie zysk – miały motywować lekarza, ale troska o dobro innych, tych gorzej poinformowanych, słabszych i zależnych. Wyidealizowany obraz sytuacji lekarza i pacjenta był długo traktowany jako opis rzeczywistości, zachęcając do wyłączenia sektorów zdrowotnych spod zewnętrznej kontroli, a w obliczu ujawnianych patologii, wyzwalając fale krytyki skierowanej przeciw medykom, którzy nie byli w stanie sprostać anhelicznym wyobrażeniom, na swój temat.

Przedstawiany w książce postulat szerokiego wykorzystywania mechanizmów rynkowych w sektorze zdrowotnym jest wywodzony z diagnozy o permanentnym kryzysie większości państwowych systemów ochrony zdrowia. Kryzys polega na nieprzerwanie rosnących kosztach, co jest często efektem decyzji szukających popularności polityków przy jednoczesnym braku możliwości zaspokojenia deklarowanych potrzeb. Zapotrzebowanie zwiększa się nie tylko w wyniku rosnącej świadomości i oczekiwań z nią powiązanych, co faktu nieistnienia finansowej bariery w momencie korzystania z publicznego/państwowego systemu. Tak to interwencja polityczna i podporządkowanie sektora zdrowotnego zewnętrznej kontroli, a więc wyeliminowanie oddziaływania sił rynkowych musi nieuchronnie prowadzić do drastycznego obniżania efektywności. Jest to sytuacja nie do uniknięcia, bo układ motywacji, czy raczej jej braku, nieodparcie nakłania poszczególne grupy decydentów do nieefektywnych wyborów. Z jednej strony, pacjent postrzegający świadczenie jako bezpłatne nie ma żadnych zachęt do unikania ryzyka zdrowotnego ani do ograniczania zgłaszalności, ani do szukania najbardziej skutecznych metod leczenia. Z drugiej strony, świadczeniodawcy nie zależy na szybkiej i precyzyjnej diagnozie prowadzącej do szybkiego wyleczenia, bo medyczna efektywność jego działań

– szybkie i możliwie tanie wyleczenie – nie jest brana pod uwagę przy jego ocenie i wynagrodzeniu. Przewlekłe i drogie leczenie nie jest zatem przedmiotem jego uwagi i troski. Monopolizacja uprawnień do organizowania procesu zaspokajania zdrowotnych potrzeb, której jednym z przejawów jest zasada jednego płatnika, została – zdaniem autorów – skompromitowana we wszystkich krajach, które próbowały ją stosować.

Efektom tak stawianej diagnozy, podkreśliły, że o uniwersalnym stosowaniu, jest prosta recepta na reformę polskiego systemu. We wprowadzeniu od Wydawcy znajduje się następujące stwierdzenie: „Dla Polaków najlepszym wyjściem jest uwolnienie służby zdrowia spod rządów państwa, wprowadzenie konkurencji na rynku usług medycznych, przywrócenie «archaicznego» systemu, w którym pacjent płaci temu, kto go leczy”. Wbrew temu, co twierdził powołany wcześniej Arrow i z czym zgadza się większość badaczy, w książce przyjmuje się, że „usługi medyczne są takim samym towarem, jak mleko, benzyna czy ziemniaki, są zatem takim samym, jak one, przedmiotem transakcji rynkowych”. Powiązanie usług zdrowotnych ze zdrowiem i życiem, dobrami, które – przynajmniej w deklaracjach – są lokowane na najwyższych piętrach ludzkich wartości, wydaje się nie mieć żadnego znaczenia. Skoro o nabyciu mleka, benzyny i ziemniaków decydujemy samodzielnie i jesteśmy gotowi do wniesienia stosowanej opłaty, to podobne decyzje powinny być zostawione potencjalnym pacjentom. Działający racjonalnie pacjent, dbając o własne zdrowie, będzie troszczył się o finansowe zadowolenie lekarza, wiedząc, że zadowolony lekarz lepiej zatroszczy się o zdrowie pacjenta. Z drugiej strony, lekarz myślący o swoich dochodach dbać będzie i o zdrowie, i o zadowolenie pacjenta. Zdrowy i zadowolony pacjent nie będzie miał oporów przed ponoszeniem stosownych wydatków. Pośrednicy – w postaci państwa – nie są potrzebni, a jedyną potrzebną instytucją jest prywatne ubezpieczenie.

Trzy sytuacje

Po 1989 r., po rozpoczęciu transformacji, w polskim systemie zdrowotnym wprowadzono bardzo wiele zmian. W tym tekście zajmę się tylko trzema spośród nich: próbami traktowania świadczeniodawców, zwłaszcza szpitali, jako przedsiębiorców, ograniczeniem swobody ubiegania się o umowę z narodowym płatnikiem – NFZ – poprzez zbudowanie sieci szpitali, koncepcją upublicznienia Państwowego Ratownictwa Medycznego. W każdym z tych przypadków najpierw przedstawiam działania rozszerzające stosowanie mechanizmu rynkowego, a następnie działania zmierzające do jego ograniczania.

Świadczeniodawca jako przedsiębiorca – w stronę rynku

Pierwsze inicjatywy szerszego wykorzystywania mechanizmów rynkowych w sektorze zdrowotnym były podejmowane stosunkowo wcześniej, co doprowadziło w 2008 r. do zainicjowania przez rząd PO-PSL prac nad nową wersją ustawy o zakładach opieki zdrowotnej [66]. W jej treści znalazła się idea traktowania ZOZ jako przedsiębiorstw w rozumieniu KC i organizowania ich w formie spółek z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółek akcyjnych. Ustawa ta została zawetowana przez prezydenta, związanego z partią opozycyjną. W uzasadnieniu weta znalazło się następujące stwierdzenie

[77]: „Spółki kapitałowe są, owszem, doskonałą formą, w której może być prowadzona działalność gospodarcza. Formuła spółki nie nadaje się jednak do każdej działalności. Gdyby świadczenie usług zdrowotnych miało się odbywać na zasadach w pełni komercyjnych, to ta forma byłaby właściwa. Ustawa nie dotyczy jednak lecznictwa komercyjnego, lecz dostępnego dla wszystkich, którego zorganizowanie jest konstytucyjnym obowiązkiem Państwa. To ono ma zapewnić opiekę zdrowotną. Można mieć wrażenie, że koncepcja spółek kapitałowych została przewidziana zamiast wprowadzenia działań koniecznych, by wywiązać się z tego obowiązku”.

W uzasadnieniu punktem wyjścia argumentacji zmiany było stwierdzenie, że polski system ochrony zdrowia od wielu lat przeżywa poważne trudności [38, s. 12]. Nie przedstawiono dowodów na istnienie takiego stanu rzeczy, co można uznać za zrozumiałe, ponieważ w uzasadnieniach aktów prawnych na ogół nie ma odwołania do empirycznych dowodów. Można też uznać, że autorzy uzasadnienia opierali się na wiedzy potocznej, jeśli, na przykład, badania opinii społecznej ujawniały wysoki poziom dyssatisfakcji pacjentów [21]³. Elementem diagnozy było także wskazanie głównych przyczyn mankamentów w funkcjonowaniu systemu:

- 1) ułomnej, nieefektywnej formy prawnej, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej,
- 2) niewystarczających kwalifikacji kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej,
- 3) ograniczonej odpowiedzialności podmiotów tworzących za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Pierwsze, radykalnie krytyczne stwierdzenie, mogłoby przemawiać za zmianą prawnej formy instytucji świadczącej usługi zdrowotne, ale jak pisze jedna z autorek „Nadaremnie jednak szukać w uzasadnieniu racjonalnego i rzeczowego wyjaśnienia stawianych tez [7, s. 30]. Projektodawcy nie dowodzą, na czym polega ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują SPZOZ”. W miejsce dowodów posłużono się frazą o „powszechnie znanych mankamentach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej” [38]. Również bez dowodu przedstawiana jest krytyka podejmowana przez badaczy, którzy orzekają na przykład o „niejasnej formie prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w aspekcie prowadzenia przez niego działalności gospodarczej i statusu przedsiębiorstwa” [18]. W próbie interpretowania treści argumentu o ułomnej formie prawnej SPZOZ wskazać można tę jej cechę, która polega na braku możliwości bankructwa. Ale traktowanie tego jako zarzut ma słabe podstawy. Jak stwierdził jeden z autorów: „brak zdolności upadłościowej został wprowadzony w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej właśnie po to, aby nie traktować ZOZ-ów jako przedsiębiorców, lecz jako odrębne jednostki organizacyjno-prawne świadczące usługi bardzo szczególnego rodzaju, polegające przede wszystkim na ratowaniu życia i zdrowia ludzkiego” [19]. Pogląd, zgodnie z którym zaspokajanie potrzeb zdrowotnych obywateli było podstawowym zadaniem SPZOZ jako instytucji ochrony zdrowia, był szeroko akceptowany w literaturze. Nacisk na efektywne wykorzystywanie zasobów miał być położony „jednocześnie” z realizacją zadania podstawowego, bezzasadne zatem byłoby jego priorytetowe traktowanie [76].

³ W badaniach CBOS z lutego 2010 roku 75% respondentów wyrażało opinie krytyczne, w tym 36% zdecydowanie krytyczne, 20% deklarowało zadowolenia, w tym 2% wysokie zadowolenie.

Nie było jednak tak, by autorzy uzasadnienia nie próbowali rozwinąć używanego przez siebie argumentu. Po pierwsze stwierdzili, że definicja wprowadzona w ustawie o ZOZ „odbiega od definicji przedsiębiorstwa określonej w art. 551 Kodeksu cywilnego poprzez niezrozumiałe z cywilistycznego punktu widzenia połączenie czynnika ludzkiego i substratu majątkowego” [38]. Odmienność podejścia w KC w stosunku do definicji ustawy o ZOZ była faktem, ale nie było powodu, by jako punkt odniesienia i kryterium poprawności wykorzystywać pojęcie przedsiębiorstwa. Przeciwnie, jak już wspomniano, twórcy ustawy o ZOZ byli jak najdalsi od postrzegania zakładów jako przedsiębiorstw. Po drugie, autorzy Uzasadnienia napisali, że występujący chaos definicyjny był potęgowany rozwiązaniem, zgodnie z którym zakład opieki zdrowotnej mógł być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej. Miało to w praktyce niejednokrotnie prowadzić do tworzenia zagmatwanych struktur zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących w ramach innych zakładów opieki zdrowotnej. Nie trudno zauważyć, że decyzje kształtujące struktury poszczególnych instytucji były dziełem polityków samorządowych, którzy uchwalali statuty ZOZ w postaci uznawanej przez siebie za najlepsze, a statuty te były następnie rejestrowane przez upoważnione do tego władze. Istniała więc realna możliwość uproszczenia struktur w każdej sytuacji, w której uznano by to za konieczne, a zatem nie wynikał z tego postulat likwidacji samej koncepcji ZOZ.

Kwestia słabych kompetencji kadry zarządzającej robi wrażenie bardziej pretekstu niż rzeczywistego problemu, który miałby być rozwiązywany przy pomocy zmian na poziomie ustawy. Łatwo zauważyć, że już sama diagnoza dotycząca jakości kadr zarządzających mogła być zakwestionowana, nie było bowiem dowodów na jej rzecz. Fakt zadłużania się szpitali mógł być powodowany – i był powodowany – wieloma innymi czynnikami, wśród których umiejętności menadżerskie nie były z pewnością najważniejsze. Po wtóre, dobór kadr jest efektem jednostkowych decyzji podejmowanych na niskim szczeblu, z dala od władzy centralnej – pomijając oczywiście naciski polityczne, które w tamtym czasie nie odgrywały raczej znaczącej roli. Jeśli zatem w praktyce wybierano kiepskich menadżerów, to odpowiedzialność winna być przypisana lokalnym decydom. Po trzecie, istniały podstawy by sądzić, że zasoby kadrowe, z których można było czerpać kandydatów na stanowiska kierownicze, ulegały w tamtych latach bardziej wzmocnieniu niż osłabieniu. Liczne kursy z zarządzania w opiece zdrowotnej, łącznie z MBA, liczni absolwenci studiów zdrowia publicznego tworzyli mocne zaplecze, z którego można było powoływać sprawnych zarządzających.

Ograniczona odpowiedzialność organów tworzących SPZOZ-y, a więc samorządów, była faktem, ale było to rezultatem sytuacji wynikającej ze sposobu usytuowania władzy samorządowej w strukturach państwa [43]⁴. Organy samorządowe miały ponosić finansową odpowiedzialność za zadłużone instytucje zdrowotne, nie mając w praktyce żadnego wpływu na ich działalność, bo instytucje zawsze stanowiły podmioty odrębne formalnie i funkcjonalnie od podmiotów tworzących. Było to o tyle naturalne, że sama koncepcja SPZOZ była wyprowadzana z zasady, że instytucja ta sama miała pokrywać z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty swojej działalności oraz z tego samego źródła miała regulować swoje zobowiązania. Zadłużenie szpitali było następstwem różnicy między wielkością pieniędzy przekazywanych przez NFZ a wielkością

⁴ Pod koniec 2011 roku organy centralne prowadziły 115 placówek, a władze samorządowe 1307.

wydatków poniesionych przez świadczeniodawców, dążących do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych zgłaszających się, uprawnionych pacjentów [27]⁵. Często odmowa udzielenia świadczenia nie była możliwa, co wynikało z obligacji wprowadzonej art. 7 ustawy o ZOZ [71]⁶. W jednym z oficjalnych dokumentów [22, s. 6], w którym analizowano problem zadłużania się szpitali, wskazano na szereg przyczyn prowadzących do niekorzystnego stanu rzeczy: niedoszacowanie kosztów wielu usług (stawały się deficytowe na skutek niedoszacowania rzeczywistych kosztów), stosowanie zasady samofinansowania ubezpieczenia zdrowotnego prowadzące do obniżania cen poszczególnych usług, obowiązek udzielania świadczeń osobom nieobjętym ubezpieczeniem w wypadku zagrożenia życia lub zdrowia, nieracjonalne rozmieszczenie zasobów, zwłaszcza łóżek szpitalnych, prowadzące do ich niepełnego wykorzystywania, naciski polityczne wynikające z ambicji posiadania własnych szpitali utrudniające racjonalizację ich lokalizacji. Postawiono tezę, że oddziaływanie tych czynników nieuchronnie prowadzi do niewydolności finansowej SPZOZ. Warto odnotować, że w świetle tej tezy argument o braku kompetencji kadry zarządzającej jest bezprzedmiotowy.

Jednoznacznie negatywna ocena ZOZ prowadziła logicznie do wniosku o konieczności jego eliminowania z systemu. Miało to następować stopniowo, już to w postaci likwidacji koniecznej w razie niemożliwego do spłacenia zadłużenia, już to przez przyjęcie zasady, że nowotworzony świadczeniodawca nie może być organizowany w formie ZOZ. Postulowano, by w przyszłości podmioty wykonujące działalność leczniczą miały status przedsiębiorcy w rozumieniu art. 43¹ Kodeksu cywilnego i mogły przybierać postać albo podmiotu leczniczego albo praktyki zawodowej. Podmioty lecznicze miały działać jak przedsiębiorstwa, ale z ograniczeniami, takimi jak zakaz reklamowania usług lub zakaz wykonywania przez podmiot leczniczy działalności polegającej na świadczeniu usług pogrzebowych oraz ich reklamie. Podmiot publiczny, administracja centralna lub samorządowa, odtąd miał mieć możliwość powołania do życia nowej instytucji – podmiotu leczniczego – w formie spółki kapitałowej, działającej według regulacji zawartych w Kodeksie spółek handlowych lub jednostki budżetowej. Także uczelnie medyczne miały tworzyć podmioty lecznicze w formie spółek, ale – w tym wypadku – miały obowiązywać ograniczenia zbywania akcji podmiotom niepublicznym. Biorąc pod uwagę, że w zastanej sytuacji większość szpitali była zorganizowana jako SPZOZ oczywista stała się potrzeba uregulowania ich funkcjonowania w nowych warunkach. Dla rozwiązania – przejściowego – tego problemu zaproponowano wzmocnienie nadzoru właścicielskiego podmiotu tworzącego (samorządu) oraz zwiększenie jego odpowiedzialności za sytuację finansową SPZOZ.

Mimo zdecydowanie krytycznej opinii na temat SPZOZ nie postulowano ich likwidacji, ale wszczynanie postępowań restrukturyzacyjnych pozwalających na ich przekształcenie w spółkę kapitałową, a więc zmianę formy prawnej bez konieczności ich uprzedniej likwidacji. SPZOZ miał być zastępowany przez spółkę, gdyż ta forma „sprzyja [...] efektywnemu zarządzaniu, otwiera nowe możliwości uzyskiwania przychodów, racjonalizuje gospodarowanie. Spółka powstała w wyniku przekształcenia

⁵ Zadłużenie szpitali na koniec 2011 r. wynosiło 10,06 mld zł.

⁶ Art. 7. Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

będzie następcą prawnym zakładu, wstępując w jego prawa i obowiązki” [38]⁷. Aby zachęcać władze samorządowe do tego rodzaju przekształceń, autorzy projektu ustawy zaproponowali mechanizm wsparcia dla zadłużonych SPZOZ. Miało je to uchronić przed groźbą bankructwa, bowiem jedną z cech spółki jako preferowanej struktury organizowania świadczeniodawców była możliwość jej upadłości (w przeciwieństwie bowiem do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej spółka kapitałowa miała mieć zdolność upadłościową). Perspektywa czy wręcz zagrożenie było bodźcem skłaniającym menadżerów do unikania nowego zadłużania się.

Zmiany wprowadzane przez projekt ustawy były dla systemu bardzo poważne. Wszystkie publiczne zakłady działające na podstawie dotychczasowych przepisów miały stać się podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami i w ciągu roku dostosować swoją działalność, statuty i regulaminy do nowych przepisów. Natomiast zakłady niepubliczne z dniem wejścia w życie ustawy miały stać się przedsiębiorcami podmiotów leczniczych. Znoszono zatem na przyszłość jedną z ważnych cech opisujących świadczeniodawców – ich zróżnicowanie na instytucje publiczne i niepubliczne. Podmiotami leczniczymi mieli być bowiem przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, a więc spółki, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje, stowarzyszenia, a także kościoły lub związki wyznaniowe [4, s. 64]⁸.

Wskazać należy, że autorzy diagnozy i działań naprawczych nie przedstawili dowodów potwierdzających ich stanowisko. Ani ustalenie przyczyn nie było poprzedzone empirycznym rozpoznaniem sytuacji, ani wybór proponowanych mechanizmów – stosowanie mechanizmu rynkowego i uznanie spółki za obiecującą formę organizacyjną – nie było wsparte argumentami potwierdzającymi ich skuteczność w zastanej sytuacji. Uzasadnieniem był zespół poglądów, zgodnie z którymi mechanizm rynkowy jest dobrym rozwiązaniem w każdej sytuacji, a zatem rozpoznanie szczegółowych uwarunkowań nie jest potrzebne dla podjęcia skutecznych działań naprawczych.

W toku procesu legislacyjnego przedstawiony projekt ustawy był poddany wielostronnej krytyce, także w czasie publicznego wysłuchania, jakie odbyło się w Komisji Zdrowia [20]. Przewodnicząca Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” stwierdziła, że wprowadzanie systemowych zmian w ochronie zdrowia powinny zawsze poprzedzać szczegółowe analizy sytuacji bieżącej, a także wytyczenie perspektywy na przyszłość. Treść propozycji pozwala sądzić, że intencją ustawodawcy nie jest rozwiązanie problemu zadłużenia ochrony zdrowia w Polsce, powszechna eliminacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z kręgu podmiotów udzielających świadczenia. Proponowaną metodą rozwiązywania problemów miałyby być poprzedzona komercjalizacją prywatyzacja. Do krytycznych opinii przyłączyła się Przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej OPZZ, która negatywnie oceniła perspektywę dominacji w ochronie zdrowia mechanizmów rynkowych poprzez traktowanie zakładów opieki zdrowotnej jako podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które mają być przedsiębiorstwami. Oznacza to wprost, że ostatecznie celem zmian systemowych jest efekt ekonomiczny, a nie zdrowotny, czyli

⁷ Uzasadnienie... s. 13.

⁸ Pogląd, że ustawa zniesie ten podział, nie był powszechny i niektórzy komentatorzy twierdzili, że „jedną z najistotniejszych unormowanych (w ustawie) kwestii jest dokonanie podziału na publiczne i niepubliczne”.

dąży się do wprowadzenia przewagi rynku i ekonomii ponad misję publicznej natury ochrony zdrowia. Szczególnie krytycznie oceniono preferowane dążenie do komercjalizacji szpitali klinicznych, a także regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, zdaniem OPZZ te dwa obszary szczególnie wymagają nadzoru państwa, a nie wolnego rynku. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej stwierdził, że dla lekarzy i lekarzy dentyistów nie do zaakceptowania jest widoczne w projekcie ustawy uznanie działalności leczniczej za jeden z rodzajów działalności gospodarczej poddanych prawom wolnego rynku. Rozwiązanie takie może zagrozić dostępności obywateli do świadczeń zdrowotnych, narażając na szwank ich bezpieczeństwo zdrowotne. Uznał także za fikcję dobrowolność przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej, gdyż zaproponowano wprowadzenie w życie mechanizmów bardzo silnie zachęcających do restrukturyzowania SPZOZ i większość decydentów tym zachętom ulegnie. Prezes jednej z Okręgowych Izb Lekarskich zgodził się z autorami projektu ustawy w tym, że nie można dłużej tolerować sytuacji zapaści finansowej wielu szpitali i trzeba podjąć zdecydowane działania przeciwdziałające temu zjawisku. Ale przedstawiony projekt proponuje inicjowanie procesów komercjalizacji i przekształceń w spółki prawa handlowego, a nie ma zapisów mówiących o zapewnieniu pacjentowi dostępu do świadczeń. Przypomnieć zatem należy, że zysk spółki nie jest głównym celem szpitali. A przy przekształcaniu szpitala może być podjęta decyzja o pozostawieniu oddziałów przynoszących dochód i likwidowaniu oddziałów przynoszących straty, bez troski o skutki dla pacjentów. Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wskazała krytycznie, że ustawa zmierza do pełnej komercjalizacji podmiotów działających w sektorze ochrony zdrowia, pomijając całkowicie publiczną misję tych jednostek. W efekcie wejścia w życie ustawy w zaproponowanym kształcie zagubienie publicznej misji podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest wysoce prawdopodobne.

Ekspert Pracodawców RP sprzeciwiając się głosom krytycznym, powołał się na przykład działania ponad 100 szpitali samorządowych przekształconych w spółki prawa handlowego, w których żaden oddział nie został zamknięty, nikt nie kazał pacjentom płacić za świadczenia i żaden pacjent nie został odesłany do szpitala zwanego publicznym. Zakwestionował przy tym rozróżnienie na szpitale publiczne i niepubliczne, twierdząc, że w obydwu rodzajach szpitali realizowana jest funkcja publiczna, kiedy świadczenia są udzielane w ramach kontraktów z publicznym płatnikiem, jakim jest NFZ. Prezes Zarządu Spółki Pro-Medica, powołując się na własne doświadczenia prowadzonej w jednym z miast spółki samorządowej stwierdził, że – wbrew obawom – spółka prawa handlowego jest sprawdzoną formułą organizacyjno-prawną, która w żaden sposób nie grozi pacjentom, nie powoduje drenowania prywatnych kieszeni, a zdecydowanie rozwija swoją działalność i w dalszym ciągu chce mieć coraz lepsze warunki do swojej działalności. Idee zawarte w przedstawionym projekcie ustawy opisał jako „nieocenioną rzecz”, dającą wsparcie racjonalnym zmianom i możliwość równoprawnego traktowania podmiotów.

Reprezentujący sejmową lewicę posłowie [2]⁹ przedstawili kilkanaście propozycji mających zagwarantować nowo powołanym lub powstającym z przekształcenia spół-

⁹ Warto przypomnieć, że jeden z wnioskujących posłów, Marek Balicki, został odwołany z funkcji wiceprzewodniczącego Komisji Zdrowia, co było niekiedy interpretowane jako element sankcji podjętych przez większość parlamentarną, wywołanych przez jego krytykę projektu ustawy o działalności leczniczej. W obronie Balickiego wystąpili posłowie PiS.

kom publiczny charakter [49]. W kolejnych fazach postępowania legislacyjnego komisja rekomendowała sejmowi odrzucenie zmierzających w tym kierunku poprawek [5]. Jeszcze w dniu głosowania, na chwilę przed jego przeprowadzeniem, podniesiono problem ograniczenia możliwości zbywania akcji podmiotom niepublicznym. Wnieśiona w tej sprawie poprawka została odrzucona [54].

W czasie dyskusji parlamentarnej powtórzono wiele spośród przedstawionych wyżej argumentów [53]. Poseł sprawozdawca w imieniu większości rządowej podkreślił spodziewane korzyści, których osiągnięcie będzie możliwe dzięki wprowadzeniu w życie projektu. Reprezentant koalicyjnego PSL zapowiedział głosowanie za ustawą, ale nie powstrzymał się od uwagi, że „[...] po wejściu w życie ustawy szpital już nie będzie zakładem opieki zdrowotnej, ale przedsiębiorstwem”. Przedstawiciel klubu PiS zapowiedział sprzeciw, protestując przeciw zmianom, które „z pacjenta chciały uczynić najślabsze ogniwo systemu” i zaproponował zorganizowanie referendum pytające obywateli, „czy są za powszechną komercjalizacją otwierającą szeroką drogę do masowej prywatyzacji polskich szpitali”. Przedstawiciel klubu SLD zarzucił projektowi dążenie do pozbawienia świadczeniodawców charakteru instytucji użyteczności publicznej, przez zastosowanie procedury restrukturyzacji. Świadczyłoby to o tym, że celem przekształconych przedsiębiorstw ma stać się wynik finansowy, czyli maksymalizacja zysku, a nie to, co jest istotą funkcjonowania przedsiębiorstw użyteczności publicznej, czyli bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb obywateli poprzez świadczenie powszechnych usług, jakimi są usługi zdrowotne. W projekcie nie zaproponowano żadnych zabezpieczeń, które uniemożliwiłyby przekazanie większości udziałów w ręce prywatnych udziałowców przez dopuszczenie do niekontrolowanych upadłości. W ten sposób powstało realne zagrożenie, że władze publiczne utracą wpływ na infrastrukturę szpitalną, która ma zapewnić korzystanie ze świadczeń osobom potrzebującym.

Sejm przyjął ustawę 251 głosami, przeciw było 173 posłów (PiS – 134, lewica – 38) [14]. Senat zaproponował wprowadzenie jedynie kosmetycznych poprawek – wnioski mniejszości nie miały szans dalszego procedowania [51]. Ustawa wróciła do Sejmu, gdzie na posiedzeniu 15 kwietnia, poprawki zostały częściowo przyjęte, co było równoznaczne z jej uchwaleniem [55].

Świadczeniodawca jako przedsiębiorca – od rynku

Dokumentem, w którym przedstawione były strategiczne dążenia PiS, partii, która zwyciężyła w wyborach 2015 r., był programowy dokument z roku 2014 [80]. Sprawy zdrowia były jedną z trzech części zamierzeń obejmujących także pracę i rodzinę. Z uwagi na polityczny charakter tekstu nie stroniono w nim od politycznych polemik, omawiając ochronę zdrowia jako „szczególnie zaniedbaną sferę «zaplanowanego kryzysu i bałaganu»”. Skrytykowano zmuszanie szpitali do komercjalizacji, co zostało potraktowane jako droga do ich prywatyzacji. Poza naturalnymi deklaracjami dążeń do poprawy sytuacji, zwiększenia dostępności zapowiedziano odwrócenie działań komercjalizacyjnych i budżetowe funkcjonowanie szpitali, których – co potwierdzono – nie zamierzano zamykać.

Rządowe zamierzenia skonkretyzowano w strategicznym dokumencie Ministerstwa Zdrowia [30]. Zrezygnowano z polemicznej retoryki, natomiast w próbie diagno-

zy jednoznacznie wskazano stosowanie mechanizmów rynkowych jako siłę sprawczą bardzo złej sytuacji w sektorze zdrowotnym. Napisano mianowicie: „Ustawienie akcentów polityki zdrowotnej na konkurencję i komercjalizację oparte o rynek pojedynczych świadczeń lub nawet procedur medycznych, przy jednoczesnym radykalnym niedofinansowaniu systemu, spowodowało znaczące nierówności w dostępie do różnych typów świadczeń i spowodowało długie kolejki w wielu obszarach”. Stwierdzono wręcz, że w wyniku zmian z 2011 r. „dotychczasowi właściciele podmiotów leczniczych (podatnicy, za pośrednictwem administracji centralnej i samorządowej) utracili narzędzia nadzoru nad swoją własnością, a część publicznych podmiotów leczniczych skupiła się na działalności komercyjnej”. Wskazano też dalekosiężne konsekwencje w sferze ustrojowej – rezygnacja ze strony państwa jego konstytucyjnej odpowiedzialności za zabezpieczenie zdrowotne obywateli.

W uzasadnieniu ustawy mającej zmienić rozwiązania przyjęte w 2011 r. kierunek przekształceń rozpisany na 15 zadań szczegółowych można streścić sformułowaniem zawartym w jednym z nich: zastąpienie określenia „przedsiębiorstwo”, określeniem „zakład leczniczy” [74]. Oczywiście, w istocie autorzy nowelizacji nie zamierzali ograniczać się do zmiany terminologicznej, ale chodziło o odstąpienie od rynkowej koncepcji przedsiębiorstwa wraz ze wzmocnieniem, a niekiedy przywróceniem publicznych organów władzy – państwowej i samorządowej – nad instytucjami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Miało to polegać, między innymi, na wzmocnieniu narzędzi nadzoru podmiotu tworzącego nad „swoim” samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, wprowadzeniu zakazu zbywania akcji albo udziałów w spółkach Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, jeśli w wyniku zbycia podmioty te utraciłyby większościowy pakiet akcji albo udziałów, czy wprowadzeniu zasady niewypłacania dywidendy w spółkach kapitałowych, w których Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna posiadają ponad 51% akcji albo udziałów.

Przedstawiając propozycję zmian ich autorzy nie przedstawili mocnych dowodów na ich poparcie, poza jedyną zawartą w Uzasadnieniu twardą informacją, że poziom zobowiązań ogółem w 2015 r. wyniósł blisko 11 mld zł. Autorzy mieli możliwość wykorzystania w tym celu wyników kontroli przeprowadzonych przez NIK. W raporcie pierwszej z nich, opublikowanej w 2011 r. napisano, że „Najważniejsze cele komercjalizacji: powstrzymanie generowania strat i zmniejszenie kolejek pacjentów oczekujących na zabiegi – w większości skontrolowanych szpitali – nie zostały osiągnięte. Nie poprawiła się również dostępność świadczeń zdrowotnych, gwarantowanych w ramach ubezpieczenia” [29]. Wnioski kolejnej kontroli były bardziej rozbudowane [28]. W raporcie z 2014 r. stwierdzono, że szacunki MZ dotyczące liczby podmiotów zainteresowanych przekształceniem SPZOZ-ów w spółki okazały się znacznie zawyżone. W latach 2011-2014 zaledwie 34 jednostki samorządu terytorialnego podjęły działania na podstawie ustawy z 2011 r. o działalności leczniczej, przekształcając 45 SPZOZ z przewidywanych 500. W tym okresie wykorzystano mniej niż 1/4 środków rezerwy budżetowej przeznaczonej na ten cel. W Ministerstwie nie analizowano przyczyn niskiego zainteresowania środkami z dotacji i corocznie planowano na ten cel zawyżone kwoty, co NIK oceniła negatywnie. Ustalenia kontroli wskazały, że niewielkie wykorzystanie rezerwy było konsekwencją struktury zobowiązań SPZOZ-ów i ograniczeń ustawowych, dotyczących wykorzystania tych środków na spłatę zobowiązań. W 38 SPZOZ przekształconych w spółki kapitałowe, jednostki samorządu terytorialnego zbyły po-

siadane akcje lub udziały. Zaobserwowano także, że w badanym okresie zaszły mało korzystne zmiany: liczba szpitali nieznacznie się zwiększyła, a liczba łóżek szpitalnych tylko minimalnie się zmniejszyła.

W czasie dyskusji prowadzonej w Komisji Zdrowia jeden z posłów opozycyjnych poinformował, że „żaden z podmiotów, który konsultował tę ustawę, nie wypowiedział się pozytywnie w żadnym punkcie odnośnie do tej ustawy. Wszystkie oceny są negatywne” [56]. Przedstawicielka koalicji rządowej skomentowała natomiast przedstawione propozycje jako dotyczące jednego tylko słowa: „Słowo «przedsiębiorstwo» zamieniamy na wyrazy «zakład leczniczy». To wszystko [...]. Naprawdę nie trzeba tego długo wyjaśniać, ponieważ żaden zakład leczniczy, żadna instytucja lecznicza nie jest fabryką. Wprawdzie niektórzy nazywają to fabrykami zdrowia, ale nie jest to fabryka” [57]. Komentarz ten był drastycznym zawężeniem, zniekształcającym treść rozważanych zmian¹⁰.

Ustawa została przyjęta przez Sejm w dniu 10 czerwca 2016 r., 226 głosów za i 190 przeciw [13].

Sieć szpitali – do rynku

Jednym z najważniejszych rynkowych mechanizmów, jakie wykorzystywać można w organizowaniu pracy sektora zdrowotnego, jest tworzenie ram konkurencji między świadczeniodawcami ubiegającymi się o tę samą pulę publicznych pieniędzy przeznaczonych na zaspokojenie zdrowotnych potrzeb ludzi. Idea taka jest stosunkowo nowa, bowiem przez wiele lat panowało przekonanie, że finansowe bodźce działające w konkurencji nie są właściwym narzędziem motywowania medycznych profesjonalistów. Przekonanie takie wynikało z poważnego traktowania koncepcji profesjonalizmu medycznego, zgodnie z którą dla lekarzy bodźcem miało być poczucie misji i posłannictwa, a nie dążenie do zysku. Doświadczenia wielu krajów wykazały fałszywość tego rodzaju nadziei, doprowadzając niekiedy do stanu określanego jako kryzys zaufania do medycyny. Od końca lat osiemdziesiątych inspirowana przez Alaina Enthovena koncepcja wewnętrznego rynku [8] była bardzo szeroko stosowana i jej wykorzystanie stało się standardem kolejnych propozycji reformowania opieki zdrowotnej [10]. Warunkiem podejmowania działań konkurencyjnych było oddzielenie funkcji świadczeniodawcy od funkcji płatnika. Warunek ten, całkowicie naturalny w systemach ubezpieczeniowych, wcale nie był oczywisty w systemach wewnętrznie zintegrowanych, takich jak brytyjska NHS lub służba zdrowia w krajach realnego socjalizmu [25].

W polskim procesie reformatorskim idea rozłączenia tych dwóch funkcji pojawiła się w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, kiedy stwierdzono, że kasy chorych zawierają umowy o udzielanie świadczeń ze świadczeniodawcami, umowy te są jawne [67]¹¹. W ustawie nie było jednak przepisów regulujących kształt powiązań między procedurą zawierania umów a mechanizmami rynkowymi, takimi jak konkurencja.

¹⁰ Można wyrazić zdziwienie, że argumenty wskazane w raportach NIK nie zostały wykorzystane przez zwolenników proponowanych zmian. Same raporty zostały natomiast wspomniane – ale bez prezentacji ich treści – w debacie prowadzonej w Komisji Zdrowia;

¹¹ Art. 53.1.

Kilka lat później, kiedy przygotowywano ustawę, która ostatecznie doprowadziła do utworzenia Narodowego Funduszu Zdrowia, sytuacja uległa zmianie. W uzasadnieniu projektu tej ustawy napisano, że „Fundusz jest obowiązany traktować jednakowo wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji” [73]¹². W kolejnych przepisach postulat przestrzegania zasad uczciwej konkurencji skierowano do ministra, mającego przygotować przepisy wykonawcze oraz do komisji konkursowych, które nie powinny tak opisywać przedmiotu zamówienia, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję.

Naczelna Rada Lekarska nie odniosła się wprost do zasady uczciwej konkurencji, ale skrytykowała podstawową formułę zawierania umów, wskazując nierównoprawną pozycję płatnika i świadczeniodawcy [63]. Dominująca rola płatnika uniemożliwiała negocjacje warunków kontraktów, tworząc dyktat jednej strony. Z innych spraw postulowano podjęcie prac prowadzących do zdefiniowania pozytywnego koszyka świadczeń tak, by możliwe było wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń, umożliwiających korzystanie z pozostałych świadczeń. Analogicznie, w opinii Federacji ZZPOZ problem uczciwej konkurencji nie został podjęty, podjęto natomiast – nieoczekiwanie, biorąc pod uwagę temat opinii – kwestię niedostatecznego finansowania opieki zdrowotnej i przypomniano postulat podniesienia wysokości składki do poziomu 11% wynagrodzenia [62]. Sejmowa Komisja Zdrowia na kolejnych posiedzeniach najpierw przyjęła omawiany artykuł bez komentarza [48], a następnie powtórzyła aprobującą frazę o „równym traktowaniu świadczeniodawców oraz uczciwej konkurencji” [50].

Ostatecznie zasada równego traktowania i uczciwej konkurencji została przyjęta jako artykuł 134 w uchwalonej ustawie [70]. Należy odnotować, że przepis ten, stał się punktem wyjścia do opracowania swoistej, znanej tylko w omawianej ustawie, procedury zawierania umowy w sprawie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Postępowanie to zostało mocno sformalizowane przez włączenie do niego wymagań dotyczących trybu jego przeprowadzenia. Zostały one przedstawione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w postaci szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej [45]. Odnotować także należy, że ustawowy przepis w niezmienionej postaci, w czasie pisania tego tekstu, formalnie nadal obowiązuje, niezależnie od zmian systemowych dotyczących konkursów ofert, o których będzie dalej mowa.

Nie rozporządzam systematyczną analizą i oceną praktyki stosowania powołanego przepisu i wywodzonej zeń procedury. Z ułamkowych informacji można jednak sformułować wnioski, że podmioty przegrywające konkursy, z reguły uważając, że stało się to w wyniku ich nierównego, czyli gorszego traktowania, próbowały korzystać ze środków odwoławczych. W toku postępowania odwoławczego prowadzonego przez organy NFZ odwołania były zwykle oddalane [por. np. 3]. Jeśli duża częstotliwość tego rodzaju praktyk byłaby potwierdzona, to można byłoby formułować tezę o niechęci struktury administracyjnej, jaką jest NFZ, do uczestniczenia w aktywnościach typu rynkowego. Sytuacja ulegała jednak zmianie, jeśli uważający się za pokrzywdzony podmiot decydował się na wejście na drogę sądową. Ilustracją może być wyrok jednego z wojewódzkich sądów administracyjnych, który uwzględnił odwołanie niepublicznego podmiotu, który przegrał

¹² Art. 139,1.

konkurs i stracił możliwość podpisania umowy o świadczenie usług [79]. Sąd stwierdził naruszenie postanowień opisywanego przepisu polegające na zawyżeniu oceny oferty złożonej przez SPZOZ, zaniechaniu przez komisję konkursową rzetelnej weryfikacji złożonej oferty oraz wyborze tej oferty do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Zdaniem sądu doszło do naruszenia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a interes prawny skarżącej niepublicznej spółki doznał uszczerbku w wyniku tego naruszenia, co oznacza, że naruszenie zasad postępowania przez NFZ spowodowało, że niepubliczny świadczeniodawca został pozbawiony możliwości zawarcia umowy.

Sieć szpitali – od rynku

Jedną z metod ograniczania siły wpływu mechanizmu rynkowego w sektorze zdrowotnym jest stosowanie metod planowania infrastruktury, takich jak budowanie „sieci szpitali” [por. np. 36]. Badacze potwierdzają, że w polskich reformach punktem wyjścia lansowania koncepcji sieci szpitali była analiza zastanego stanu rzeczy [23]. Chodziło o przygotowane w Państwowym Zakładzie Higieny opracowanie przedstawiające uwarunkowane demograficznie i epidemiologicznie potrzeby hospitalizacji, z uwzględnieniem struktury zachorowań [78]. Było to przeniesienie na polski grunt rozwijanej w świecie i wspieranej przez WHO koncepcji planowania zasobów szpitalnych i budowania ich sieci [9; 26].

Inicjatywę podjął Zbigniew Religa, w 2006 r., minister w rządzie koalicji pod przewodnictwem PiS. W różnych wersjach uzasadnienia wskazano czynniki zdrowotne – starzenie się społeczeństw, zmiany epidemiologiczne, czynniki organizacyjne – duże nasycenie łóżkami ostrymi w porównaniu z innymi rozwiniętymi krajami, ich bardzo małe wykorzystanie – ale nie ukrywano także względów politycznych, odwołując się do priorytetów programowych Klubu Prawa i Sprawiedliwości [72]. Zestaw przedstawionych argumentów pozwalał sądzić, że efektem tworzenia sieci będzie zmniejszenie liczby dostępnych łóżek, ale w tekście była mowa jedynie o przekształceniu około 7 200 łóżek w skali kraju. Niezależnie od merytorycznej zawartości projektu sytuacja polityczna nie sprzyjała dyskusjom o proponowanych rozwiązaniach [16]. Upadek rządu w 2007 r. spowodował zarzucenie dalszych prac, choć nie przedstawiono uzasadnienia braku ich kontynuacji.

Zapowiedziana w strategicznym dokumencie z 2016 r. idea sieci szpitali została na nowo podjęta na początku następnego roku i stosowny projekt został skierowany do sejmiku [75]. Już w pierwszym zdaniu Uzasadnienia autorzy odnieśli się krytycznie do regulacji, zgodnie z którą powstała „niemal nieograniczona możliwość ubiegania się świadczeniodawców o zawarcie umów realizacji świadczeń zdrowotnych”. Było to możliwe, gdyż do okresowych postępowań byli dopuszczani wszyscy świadczeniodawcy spełniający warunki określone w ustawie i rozporządzeniach wykonawczych. Krytyczna opinia została przedstawiona jako konsekwentna kontynuacja negatywnych ocen formułowanych już wcześniej przez pokonanych w wyborach politycznych przeciwników, którzy nowelizacją z 2013 r. ograniczyli stosowanie otwartych konkursów, zwracając także uwagę na niedostateczne akcentowanie wymogu przestrzegania zasady ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych, a także lekceważenie możliwości wykorzystywania poradni przyszpitalnej jako miejsca realizacji świadczeń ambulatoryjnych.

Negatywną diagnozę rozwinięto w kilku punktach:

- Zachwiana została zasada udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy i ciągły, a powtarzające się postępowania konkursowe promowały fragmentację procesu udzielania świadczeń. W rozliczaniu umów brano pod uwagę tylko jeden z elementów procesu leczenia, zniechęcając do udzielania świadczeń w sposób skoordynowany, obejmujący nie poszczególne procedury, ale cały cykl leczenia.
- Stosowany w konkursach system ocen zachęcał do kształtowania struktur organizacyjnych szpitali w sposób sprzyjający oferowaniu atrakcyjnych dla płatnika „produktów konkursowo/rozliczeniowych”, z pomijaniem potrzeb zdrowotnych. Tworzenie nowych elementów infrastruktury mogło służyć pozyskiwaniu bardziej intratnych umów niezależnie od rzeczywistego zapotrzebowania na udzielane tam świadczenia.
- Zmieniające się z konkursu na konkurs wymogi stawiane świadczeniodawcom utrudniały możliwości racjonalnego inwestowania i długofalową politykę kadrową, przyczyniając się także do marnotrawstwa zasobów.

Jako remedium na stwierdzone braki systemowe autorzy zaproponowali powołanie do życia nowej instytucji prawnej w postaci systemu „podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej” (PSZ), która to instytucja miała być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń szpitalnej opieki zdrowotnej. Zakres świadczeń udzielanych przez PSZ miał być szeroki i obejmować: świadczenia wysokospecjalistyczne, rehabilitację leczniczą, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, realizowaną w przychodniach przyszpitalnych, programy lekowe wraz z chemioterapią, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Warunkiem zaliczenia szpitala do PSZ było spełnienie opisanych w przepisach warunków dotyczących zakresu i poziomu medycznych kompetencji i wynikających z tego rodzajów i zakresów oferowanych świadczeń zdrowotnych – im wyższe kompetencje definiowane specjalizacjami medycznymi (lista wymaganych specjalności została zdefiniowana), tym wyższy poziom przyznawany w ramach PSZ. Brano także pod uwagę czas funkcjonowania oraz wskazane cechy organizacyjne i związane z systemem zarządzania.

Istotną zmianą w stosunku do dotychczasowego systemu otwartych konkursów miało być ryczałtowe finansowanie szpitali zaliczonych do PSZ, pokrywające wydatki na wszystkie profile, rodzaje i zakresy świadczeń udzielanych w PSZ gwarancje finansowania miały obejmować okres czteroletni. Zgodnie z oficjalną deklaracją Ministerstwa Zdrowia na finansowanie szpitali należących do PSZ miano przeznaczyć 91% środków przeznaczanych dotychczas na działalność szpitali [47]¹³. Dodać należy, że pozostałe 9% miało być rozdysponowane zgodnie ze stosowanymi dotychczas zasadami prowadzenia konkursów. Wprowadzając ryczałtową formę finansowania, miano przekazywać szpitalom jedną kwotę należną za całość opieki udzielanej pacjentom, odstępując od finansowania pojedynczych przypadków i procedur. Szpitale zakwalifikowane do PSZ, co następowało z przypisaniem do jednego z poziomów specjalistycznych, miały mieć zagwarantowane zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia bez konieczności przechodzenia przez procedurę konkursową. Szczegółowy zakres umów zawieranych między płatnikiem i szpitalami należącymi do PSZ miał być każ-

¹³ Ocena Skutków Regulacji, dołączona do Uzasadnienia. Na oficjalnej stronie Ministerstwa Zdrowia podano wielkość 93%, w dyskusjach w Komisji Zdrowia posługiwano się wielkością 91%.

dorazowo uzależniony od kompetencji medycznych uwidocznionych przypisaniem do określonego poziomu systemu zabezpieczenia świadczeń.

Do uzasadnienia dołączono zestawienie 325 uwag i propozycji zgłoszonych w czasie konsultacji z 49 podmiotami. Zdecydowana większość propozycji została uznana za bezzasadne i autorzy zgodzili się na uwzględnienie tylko kilku z nich, na przykład na włączenie do systemu PSZ szpitali o profilu rehabilitacyjnym lub włączenie zapisu zapewniającego bezlimitowe finansowanie diagnostyki onkologicznej. W trakcie dyskusji wewnątrz rządu doszło prawdopodobnie do kontrowersji między ministrem zdrowia i jednym z wicepremierów, co jednak nie wpłynęło na zmiany proponowanych treści [44].

W opiniach Biura Legislacyjnego [34] wskazano krytycznie, że w projekcie wprowadzono zasadę, że do PSZ zakwalifikowane mogą być wyłącznie podmioty spełniające określone kryteria – zdolność do udzielania szerokiego katalogu świadczeń oraz konieczność udzielania świadczeń na podstawie umowy przez co najmniej 2 ostatnie lata. W konsekwencji nowe podmioty, jak i podmioty prywatne oferujące jeden tylko rodzaj świadczeń zostałyby wykluczone, co mogłoby być interpretowane jako złamanie konstytucyjnej zasady ochrony zaufania obywateli do państwa. Ze sceptycyzmem przyjęto sytuację, w której oczekiwany jest wzrost puli świadczeń, a nie towarzyszy temu zwiększenie nakładów na opiekę szpitalną. Zwrócono też uwagę na pośpiech prowadzonych prac i bardzo krótkie *vacatio legis*, co może uniemożliwić przystosowanie się do nowych warunków.

W dyskusji prowadzonej w Komisji Zdrowia [59] wiele miejsca zajmowała politycznie motywowana krytyka, krążąca wokół zarzutu o powrót do rozwiązań nawiązujących wprost do epoki socjalizmu („i największy powrót do czasów PRL”). Ze spraw merytorycznych wykazywano znaczne pogorszenie sytuacji szpitali przystępujących do konkursów, jeśli do ich dyspozycji pozostawiano jedynie 9% dostępnych dotychczas środków. Zdecydowanie krytykowano wyłączenie z sieci opieki kardiologicznej – szpitale monospecjalistyczne i często prywatne – oraz opieki geriatrycznej. Jako błąd oceniono praktyczne likwidowanie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pomysł jej zastąpienia przez SORy. Jak stwierdzono barwnie: „W SOR-ach będą dzieci z biegunką, z grypą, pacjenci z udarem, z zawałem i z wypadku. Wszyscy w jednym miejscu”. Jeden z posłów PiS przypomniał, że profesor Religa, przygotowując wdrożenie sieci szpitali, planował zamykanie szpitali. Ustawa została przyjęta przez Sejm 230 głosami, przeciwko 209 (PO – 122, Kukiz-15 – 33, N – 30, PSL – 14, UED – 4, Republikanie – 3, niezależni – 2). Ustawa została przegłosowana głosami PiS, wspartymi 2 głosami WiS oraz jednym głosem posła niezależnego.

Państwowe Ratownictwo Medyczne – ku rynkowi

W projekcie ustawy, a następnie w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym przyjęto, że jednostkami należącymi do systemu są instytucje, z którymi „zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych” [46; 68]¹⁴. W trakcie prowadzenia procesu legisla-

¹⁴ Art. 32 projektu ustawy i ustawy.

cyjnego problem konkursów ofert tylko raz stał się przedmiotem dyskusji na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Przedstawiciel rządu powoływał się na doświadczenia z zakupem świadczeń szpitalnych, kiedy to propozycja przedstawiona przez posiadającego pieniądze płatnika spotkała się z żywą reakcją ze strony świadczeniodawców: „Powiedz, że jeżeli są pieniądze w NFZ i jest potrzeba zakupów, to gwarantuję, że rynek natychmiast na to odpowie przedłożeniem oferty” [58]. Ustawa została uchwalona 253 głosami koalicji rządowej (PiS, Samoobrona, LPR), sprzeciwiło się dwoje posłów, reszta wstrzymała się od głosu [11].

Otwartość, a więc dostępność dla wszystkich zainteresowanych, konkursów ofert dotyczących świadczeń ratownictwa medycznego została oficjalnie potwierdzona w imieniu ministra zdrowia [31]. Jego przedstawiciel, odpowiadając na interpelację poselską, przypomniał, że w polskim systemie już od reformy z 1999 r. finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się na podstawie umów zawieranych ze świadczeniodawcami po przeprowadzeniu konkursów, dawniej przez kasy chorych, a obecnie przez NFZ. Zakresy świadczeń i zobowiązań nakładanych na mocy tych umów na niepubliczne i publiczne podmioty lecznicze są takie same. Status podmiotu leczniczego nie ma wpływu na jakość i dostęp do świadczeń ratowniczych. Wiceminister wypowiedział się także przeciw ograniczeniu możliwości realizacji świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego jedynie do publicznych podmiotów, a tym bardziej powołaniu publicznej służby ratownictwa medycznego.

Zauważyć warto, że przekonania o pozytywnym wpływie konkurencji na jakość i dostępność świadczeń ratownictwa medycznego były podzielane z nadzieją przez wiele środowisk, także tych związanych profesjonalnie ze świadczeniodawcami [42]¹⁵.

Państwowe Ratownictwo Medyczne – od rynku

Nie było jednak tak, by idea i praktyka otwartych konkursów na udzielanie świadczeń ratunkowych, czyli funkcjonowania pogotowia, cieszyła się powszechnym i bezwyjątkowym poparciem. Protestowali politycy obozu rządzącego: 32 senatorów Platformy Obywatelskiej oraz jeden senator niezrzeszony podpisali apel do premiera, by ratownictwo medyczne było służbą państwową [17]. Protestowali samorządowcy. Jeden z Konwentów Powiatowych zdecydowanie sprzeciwił się rozpisywaniu w kolejnym roku konkursu na świadczenia usług ratownictwa medycznego [41]. Tego rodzaju stanowisko było następstwem przegrywania przez państwowe instytucje konkursów, co niejednokrotnie miało miejsce [64]. Sytuacje takie – niekiedy – zmuszały publicznych świadczeniodawców do zwrotu pozyskanych z UE pieniędzy na zakup sprzętu [6].

Nie mam podstaw do ustalenia, w jakim stopniu krytyczne opinie na temat systemu konkursów wpłynęły na stanowisko władz, a w jakim stopniu było ono efektem przekonań o konieczności wzmocnienia roli państwa w różnych dziedzinach aktywności, ale pod koniec 2017 r. stosowna propozycja została przedstawiona sejmowi [40].

¹⁵ Por. wypowiedź prof. Andrzeja Zawadzkiego, konsultanta krajowego ds. medycyny ratunkowej: „Z punktu widzenia pacjenta nie jest istotne, czy świadczeniodawca w zakresie medycyny ratunkowej jest podmiotem państwowym czy prywatnym. Przede wszystkim liczy się wysoka jakość usług, a to dyktuje konkurencja na rynku”.

Posłużono się tam pojęciem „upublicznienia” systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. W uzasadnieniu projektu ustawowych zmian napisano, że „upublicznienie jest wprowadzane z uwagi na ważny interes społeczny, jakim jest zapewnienie pomocy medycznej w obliczu zagrożenia, niezależnie od koniunktury panującej na rynku usługodawców świadczeń zdrowotnych”. Wskazano, że prócz tradycyjnie występujących ryzyk, jak zachorowania, urazy, zatrucia, wypadki komunikacyjne, wypadki przy pracy czy przestępstwa, pojawiło się nowe zagrożenie w postaci terroryzmu, a także możliwość wystąpienia działań zbrojnych. Mimo używania neutralnej nazwy „upublicznienie” nie ukrywano, że powodem propozycji była bardzo krytyczna ocena „samej istoty i charakteru działalności podmiotów niepublicznych”, na które władze publiczne miały tylko ograniczony wpływ. Prywatne podmioty zainteresowane podpisywaniem intratnych kontraktów mogły uciekać się do szantażu, odmawiając podpisania umów, co, biorąc pod uwagę charakter świadczeń ratowniczych, mogło tworzyć zagrożenie dla zdrowia ludzi. Napisano wprost, że „zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli [...] nie może być związane z ewentualnością braku zabezpieczenia świadczeń, jakie niesie ze sobą mechanizm zawierania umów z podmiotami prywatnymi”. Brak zaufania do podmiotów niepublicznych skłaniał do zaproponowania na przyszłość – od 2021 r. – wyłączności uprawnień publicznych instytucji do świadczenia usług ratownictwa medycznego. W uzasadnieniu wskazano także, że „upublicznienie” zwiększy poczucie bezpieczeństwa podmiotów publicznych do uzyskania środków publicznych na realizację działań ratowniczych, co można potraktować jako odpowiedź na fakt niekorzystnych dla publicznych podmiotów rozstrzygnięć konkursowych. W dokumencie OSR, dołączonym do projektu ustawy oceniano, że w chwili zgłaszania projektu ponad 90% zasobów należało do sektora publicznego, więc efektami upublicznienia miało być dotkniętych nie więcej niż 10% świadczeniodawców [39].

W opinii BSA wskazano dwie okoliczności ważne dla prawnej oceny propozycji „upublicznienia” PRM [32]. Po pierwsze, propozycja ta została wniesiona przez Ministra Zdrowia jako autopoprawka w końcowej fazie procesu legislacyjnego i w związku z tym nie była przedmiotem społecznych konsultacji [37]¹⁶. Po drugie, wyrażono obawę – czy ostrzeżenie – że wyeliminowanie z polskiego systemu zagranicznych świadczeniodawców może narazić kraj na międzynarodowy arbitraż. Wskazano także jako nadmiernie optymistyczne przekonanie wyrażone w OSR, że proponowane zmiany nie będą miały wpływu na rynek pracy. W kolejnej opinii [33], odnoszącej się do wyniku prac Komisji Sejmowej zajmującej się projektem ustawy, podtrzymano negatywną ocenę propozycji eliminowania zagranicznych podmiotów, konkretyzując zagrożenie konfliktu z Królestwem Danii – kiedy przygotowywano opinię prowadzona była prawna procedura o zmianie i zakończeniu obowiązywania Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Królestwa Danii w sprawie popierania i wzajemnej ochrony inwestycji, podpisanej w Kopenhadze dnia 1 maja 1990.

W czasie obrad w Komisji Zdrowia [60] poinformowano, że w wyniku „upublicznienia” z systemu wypadnie 135 podmiotów na 1543 działające wcześniej, czyli 8,94%. W dalszej dyskusji wyjaśniono, że jest to liczba karetek, a obsługiwana przez nie populacja to około 2 milionów. Ekspert Konfederacji Lewiatan przekazał informację, że próby nacjonalizacji PRM doprowadzą do trwającego i nierozwiązanego konfliktu

¹⁶ Faktycznie autopoprawka została wniesiona do Rady Ministrów w dniu 28 listopada 2017.

z Danią, co – między innymi – będzie skutkowało koniecznością poniesienia przez Polskę kosztów odtworzenia zlikwidowanych karettek. W odpowiedzi przedstawiciel MZ potraktował jej autora jako przedstawiciela firmy Falck (głównego prywatnego podmiotu zagrożonego wyeliminowaniem z rynku), zaprotestował przeciw nazywaniu proponowanych zmian nacjonalizacją oraz skomentował wcześniejsze zachowania firmy Falck jako całkowicie pozbawione empatii w obliczu przegrywanych przez publiczne podmioty konkursów. Inny przedstawiciel Konfederacji Lewiatan wskazał bezprzedmiotowość „upublicznienia” PRM, gdyż w sytuacji rzeczywistego zagrożenia państwo zawsze ma możliwość przejścia i kontroli wszystkich działających służb.

W trakcie kolejnego posiedzenia Komisji [61], kiedy poseł PO przypomniał wniosek o wykreślenie z projektu propozycji eliminowania z PRM podmiotów publicznych, okazało się, że nie ma stanowiska rządu w tej sprawie, ale zadeklarowano sprzeciw Ministra Zdrowia. Przedstawiciel MZ zapewnił także, że nie zachodzi zagrożenie, że pracownicy likwidowanych podmiotów utracą zatrudnienie, bo zostaną przejęci przez podmioty publiczne.

Równoległe z pracami legislacyjnymi przedstawiane były stanowiska środowisk zainteresowanych pośrednio lub bezpośrednio proponowanymi zmianami. Rada Główna Nauki i Szkolnictwa Wyższego, rzadko zabierająca głos w tego rodzaju sprawach, w specjalnie podjętej uchwale [65] stwierdziła, że „ustawa powinna przynajmniej dopuszczać możliwość innej formuły ratownictwa medycznego na zasadach lub ogólnych warunkach określonych ustawowo i za zgodą ministra właściwego ds. zdrowia”. Autorzy uchwały mieli na myśli możliwość realizacji umów na wykonywanie zadań ratownictwa medycznego przez podmioty niepubliczne. Zagrożona eliminacją z rynku firma Falck wskazała, że realizacja przedstawionych propozycji oznacza likwidację 71 podmiotów niepublicznych zatrudniających ponad 3 500 osób [35]. Przypomniała fakt trwającej ponad 12 lat lojalnej współpracy. Z nieskrywanym żalem autorzy napisali: „Nigdy w całej historii obecności na polskim rynku Falck nie odmówił podpisania proponowanej umowy. Co więcej, 4 razy pomagaliśmy Państwu Polskiemu wykonując prace wykraczające poza nasze umowne zobowiązania. W czasie strajków naszych kolegów z jednostek publicznych nasze załogi gwarantowały bezpieczeństwo pacjentów”. Po czym zadali kłopotliwe dla wnioskodawcy pytanie o to, kto w przyszłości będzie mógł zastąpić strajkujących pracowników podmiotów publicznych, jeśli podmioty niepubliczne zostaną zlikwidowane. Konfederacja Pracodawców Lewiatan zwróciła się do premiera z wnioskiem o rezygnację z przedstawionych propozycji [24]. Wskazano, że w systemie zdrowotnym jest miejsce zarówno dla podmiotów publicznych, jak i prywatnych, które dzięki współpracy są w stanie zapewnić lepszą jakość i wyższy poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i zaapelowano o wykreślenie z projektu likwidacji otwartych konkursów w ratownictwie medycznym.

Na plenarnym posiedzeniu sejmu [52] wskazano, że koszt decyzji o odtworzeniu stanu posiadania PRM po wyeliminowaniu zeń podmiotów prywatnych to ok. 67 mln zł. Zapytano, jakie było *ratio legis* odchodzenia w PRM od systemu prywatnego na rzecz systemu państwowego, co skomentowano okrzykiem „komuna wraca”. Przedstawiciel MZ stwierdził, że potencjał, jaki w tej chwili mają publiczne podmioty, jest wystarczający, by zabezpieczyć funkcjonowanie ratownictwa medycznego na terenie całego kraju, co jest potwierdzone deklaracją Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego. Dodał ponadto, że gdyby do pierwszego postępowania konkursowego nie zgło-

siły się publiczne podmioty, które chciałyby na danym obszarze zabezpieczyć świadczenia, zaistnieje możliwość udziału również podmiotów prywatnych. W sytuacji takiej podmioty prywatne będą mogły udzielać świadczeń przez okres 2 lat.

Ustawa została uchwalona 258 głosami (w tym jeden głos posła PO), przeciwko głosowało 154 posłów [12] i ostatecznie przegłosowana po poprawkach Senatu [69].

Zakończenie

Przyjmując normatywny standard uprawiania polityki zdrowotnej, gdzie na pierwszym miejscu jest umieszczana diagnoza zastanej sytuacji, jako niezbędny warunek zgłaszania jakichkolwiek propozycji reformatorskich, nie jest trudno zauważyć, że w omówionych zmianach był on całkowicie pominięty. Żaden spośród aktywnych zespołów reformatorskich nie przedstawił argumentów wystarczająco mocno wspartych empirycznym rozeznaniem sytuacji, by wykazać jasno przyczyny skłaniające do zainicjowania przebudowy systemu. Brak informacji o sytuacji wyjściowej z konieczności ograniczał możliwości bardziej sprecyzowanego sformułowania celów, a więc pożądane – i deklarowane – efekty zmian nie mogły być przedstawione jedynie w postaci dobrze brzmiących ogólników o poprawie sytuacji. Na marginesie zauważyć można, że brak precyzyjnych diagnoz i ogólnikowość celów występuje wśród reformatorów powszechnie i w żadnej mierze nie powinny być traktowane jako szczególnie znacząca dla wydarzeń zachodzących w polskim systemie zdrowotnym.

Niedostatek informacji opisującej sytuację systemu musiał być uzupełniany inspiracją ideologiczną, czerpaną z dominujących w danym czasie przekonań na temat roli rynku w ochronie zdrowia. Zmienność tych opinii, widoczna w ewoluujących paradygmatach reformowania systemów zdrowotnych, została już jakiś czas temu dostrzeżona przez badaczy. O ile po okresie radykalnego odrzucania rynku, na poziomie mainstreamowych poglądów, pod koniec lat osiemdziesiątych zapanowało powszechne przekonanie o bardzo dużej przydatności mechanizmów rynkowych – poprawa jakości świadczeń, lepsza dystrybucja zasobów – o tyle wraz z upływem lat zaufanie do rynku malało i coraz większą rolę zaczęto przypisywać narzędziom publicznej kontroli. Nie zrezygnowano wprawdzie z rynku *en bloc*, ale uznano, że należy wykorzystywać go w ograniczonym zakresie, pod możliwie ścisłą kontrolą. W opisywanych w tym tekście przypadkach bardzo wyraźnie można było dostrzec prorynkową orientację w zmianach wprowadzanych wcześniej przez rządy PO-PSL i wyraźne odchodzenie od rynku przez rząd PiS po roku 2015. Nie ma wątpliwości, że w polskich warunkach o takim ukierunkowaniu zmian przesądzał nie tylko zmieniający się paradygmat polityki zdrowotnej, ale ideologiczny fundament dominujących środowisk politycznych. O ile o PO można ogólnie stwierdzić, że jest liberalna i prorynkowa, niezależnie od zauważalnej ewolucji w tej kwestii, o tyle PiS jest nieporównanie bardziej etatystyczna, posuwając się niekiedy do dezawuowania rynku jako przydatnego mechanizmu regulowania społecznych stosunków.

Na zakończenie uwaga dotycząca głoszonego niekiedy postulatu kontynuowania w sektorze zdrowotnym zamierzeń wcielanych w życie przez politycznych poprzedników. Postulat taki jest wywodzony z przekonania o ponadpolitycznym charakterze tego sektora, w którym nadrzędna wartość – zdrowie – jest równie cenna dla wszystkich, niezależnie od politycznych przekonań. O ile można zgodzić się, przynajmniej na

wysokim szczeblu ogólności, że zdrowie jest ważne powszechnie, to już mechanizmy działania w jego utrzymywaniu i przywracaniu są tak ściśle powiązane z ideą sprawiedliwości, że jego lokowanie poza sporem politycznym nie jest możliwe. Mówiąc inaczej, co do sposobu budowania dobrego, czyli i sprawiedliwego, i efektywnego systemu zdrowotnego, trzeba się porozumieć. W funkcjonującym systemie demokratycznym jest to możliwe. Jednak biorąc pod uwagę zmiany społecznych przekonań, a więc i poglądów na temat sprawiedliwości, proces porozumiewania musi trwać i być wielokrotnie powtarzany. Nie można raz na zawsze umówić się na „dobry” system i trwać przez wieki przy jego ustalonym kształcie. Trwająca ewolucja wszystkich systemów zdrowotnych przekonuje o tym dowodnie i nie ma żadnego powodu, by w Polsce było inaczej. Byłoby jednak dobrze, gdyby zmiany były poprzedzane diagnozą i ustalaniem tego, co ma być rezultatem kolejnej reformy.

Tekst ten został napisany wcześniej, niż pandemia COVID-19 zaatakowała wszystkie społeczeństwa świata. W Polsce jej konsekwencje ujawniły przynajmniej dwa fakty związane z podjętymi tu problemami. Po pierwsze, okazało się, że prywatni organizatorzy domów pomocy społecznej tylko częściowo poradzi sobie z przygotowaniem prowadzonych przez siebie placówek do radzenia sobie z trudnymi warunkami wywołanymi pandemią. Dali dowód na to, że kierowanie się dążeniem do zysku nieodłącznie współwystępujące z orientacją rynkową może łączyć się z lekceważeniem celów zdrowotnych. Po drugie, w ferworze kampanii wyborczej niektórzy jej uczestnicy nie wahali się powołać na prywatyzację szpitali jako zagrożenie dla gwarantowanego dostępu pacjentów do leczenia. Było to o tyle zaskakujące, że w toku kampanii żadna z sił politycznych biorących udział w wyborach o takim punkcie programu nigdy nie wspominała. Uznano jednak widocznie, że użycie takiego argumentu jako zagrożenia może okazać się skuteczne. Po dekadach zastanawiania się, co robić z prywatyzacją w sektorze zdrowotnym, nie jest to wniosek specjalnie optymistyczny.

Bibliografia

- [1] Arrow K. J., *Eseje z teorii ryzyka*, Warszawa 1979.
- [2] *Balicki odwołany z Komisji Zdrowia*, [dokument elektroniczny] fakty.interia.polska, 10 lipca 2008, <https://fakty.interia.pl/polska/news-balicki-odwolany-z-komisji-zdrowia,nId,842874> [dostęp: 12.01.2020].
- [3] *Decyzja nr 31 /2017/ZRP Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia*, Łódź, dnia 21 czerwca 2017, [dokument elektroniczny] http://ftp.nfz-lodz.pl/Inne/Decyzje_administracyjne/2017/Decyzja%20nr%2031_2017_ZRP%20z%20dnia%202021-06-2017.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [4] Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- [5] *Dodatkowe sprawozdanie komisji zdrowia o rządowym projekcie ustawy o działalności leczniczej*, 13 marca 2011, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/065FABA4895B-D2A1C12578570028044E/\\$file/3921-A.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/065FABA4895B-D2A1C12578570028044E/$file/3921-A.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [6] Dragon M., *Olesno. Szpital musi oddać dotację*, [dokument elektroniczny] Nowa Trybuna Opolska, 29.03.2012, <https://nto.pl/olesno-szpital-musi-oddac-dotacje/ar/10213852> [dostęp: 12.01.2020].
- [7] Drozdowska U., Sikorski S., Zemke-Górecka A., *Determinanty prawne i socjologiczne funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce – relacja z konferencji [w:] Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, pod red. T. Mróz, Białystok 2011, s. 11-31.
- [8] Enthoven A. C., *Internal Market Reform of the British National Health Service*, Health Affairs, 1991, vol. 10, nr 3, s. 60-70. doi:10.1377/hlthaff.10.3.60

- [9] Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N., *Policy Brief: Capacity planning in health care*, Brussels 2008. [dokument elektroniczny] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/108966/E91193.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [10] *European health care reform. Analysis of current strategies*, ed. by R. B. Saltman and J. Figueras, Copenhagen 1997. [dokument elektroniczny] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/136670/e55787.pdf?ua=1 [dostęp: 12.01.2020].
- [11] *Głosowanie nr 55 – posiedzenie nr 24 dnia 08-09-2006*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/SQL.nsf/glosowania?OpenAgent&5&24&55> [dostęp: 12.01.2020].
- [12] *Głosowanie nr 77 na 61. posiedzeniu Sejmu dnia 13-04-2018*, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/agent.xsp?symbol=glosowania&nrkadencji=8&nrrposiedzenia=61&nrglosowania=77> [dostęp: 12.01.2020].
- [13] *Głosowanie nr 114 na 20. posiedzeniu Sejmu dnia 10-06-2016*, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/agent.xsp?symbol=glosowania&nrkadencji=8&nrrposiedzenia=20&nrglosowania=114> [dostęp: 12.01.2020].
- [14] *Głosowanie nr 125 – posiedzenie nr 87 dnia 18-03-2011: Głosowanie nad przyjęciem w całości projektu ustawy o działalności leczniczej, w brzmieniu proponowanym przez Komisję Zdrowia, wraz z przyjętymi poprawkami*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/SQL.nsf/glosowania?OpenAgent&6&87&125> [dostęp: 12.01.2020].
- [15] Goodman J. C., Musgrave G. L., Herrick D. M., *Jak uzdrowić służbę zdrowia*, słowo wstępne M. Friedman, Warszawa 2008.
- [16] *Informacja o konferencji uzgodnieniowej dot. projektu ustawy o sieci szpitali oraz konferencji prasowej Ministra Zdrowia*, 2 lutego 2007, [dokument elektroniczny] http://www.szpital.com.pl/dane/2007/aktualnosci/konferencja_ministra.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [17] Kaczmarek A., *Ratownictwo medyczne: są „państwowi”, są „prywatni”, tylko zgody nie ma*, [dokument elektroniczny] Rynek Zdrowia, 2 kwietnia 2010, <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Ratownictwo-medyczne-sa-panstwowi-sa-prywatni-tylko-zgody-nie-ma,16921,8.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [18] Karniej P., *System opieki zdrowotnej – instytucje – zawody medyczne – szpitale i organizacje opiekuńcze – determinanty wzrostu kosztów i wydatków*, Wrocław 2014. [dokument elektroniczny] <http://www.medicahome.pl/pub/Makroekonomia1.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [19] Kołodziejczyk R., *Glosa do postanowienia SN z dnia 26 kwietnia 2002 r, IV CKN J 667/00*, Prawo Spółek, 2003, nr 7-8.
- [20] *Komisja Zdrowia /nr 194/ – wysłuchanie publiczne dotyczące rządowego projektu ustawy o działalności leczniczej, 10-12-2010*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/0/9D4969A7E3A1EC9AC125780200340919?OpenDocument> [dostęp: 12.01.2020].
- [21] *Komunikat z Badań CBOS BS/24/2010, Opinie o opiece zdrowotnej*, [dokument elektroniczny] http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_024_10.PDF [dostęp: 12.01.2020].
- [22] Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych. Komisja Analiz Budżetowych, *Zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i wynikające z nich zagrożenia dla sytuacji finansowej jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2006.
- [23] Kuszewski K., Krysińska M., Różycka A., *Planowanie sieci szpitali : historia pewnej inicjatywy*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2014, t. 12, nr 2, s. 129-133.
- [24] *Lewiatan chce by premier zatrzymał upaństwowienie ratownictwa medycznego*, ISB Zdrowie, 9 kwietnia 2018, [dokument elektroniczny] <http://www.isbzdrowie.pl/2018/04/lewiatan-chce-by-premier-zatrzymal-upanstwowienie-ratownictwa-medycznego/> [dostęp: 12.01.2020].
- [25] Light D. W., *Is NHS purchasing serious? An American perspective*, BMJ, 1998, vol. 316, nr 7126, s. 217-220. doi: 10.1136/bmj.316.7126.217
- [26] Llewelyn-Davies R., Macaulay H. M. C., *Hospital planning and administration*, Geneva 1966. [dokument elektroniczny] <http://www.who.int/iris/handle/10665/41781> [dostęp: 12.01.2020].
- [27] Mączyński G., Pawłowski P., *Przekształcanie SPZOZ i innych podmiotów leczniczych. Szanse i zagrożenia dla spółek powstałych w wyniku przekształcenia SPZOZ*, Warszawa, 12-13 kwietnia 2012, [dokument elektroniczny] <https://docplayer.pl/3731584-Przekształcanie-spzoz-i-innych-podmiotow-leczniczych-szansy-i-zagrozenia-dla-spolek-powstalych-w-wyniku-przekształcenia-spzoz.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [28] Najwyższa Izba Kontroli, *Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe*, 2 marca 2015, [dokument elektroniczny] <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8411,vp,10488.pdf> [dostęp: 12.01.2020].

- [29] Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006-2010*, [dokument elektroniczny] <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3393,vp,4298.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [30] Narodowa Służba zdrowia. *Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce w Polsce na lata 2016-2018*, [dokument elektroniczny] <http://i.rynekseniora.pl/i/00/27/73/002773.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [31] *Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 12998 w sprawie zmian aktów prawnych regulujących organizację ratownictwa medycznego*, 22 stycznia 2013, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=19F836D1> [dostęp: 12.01.2020].
- [32] *Opinia merytoryczna do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw*, 8 stycznia 2018, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/opinieBAS.xsp?nr=2137> [dostęp: 12.01.2020].
- [33] *Opinia merytoryczna do sprawozdania Komisji Zdrowia o rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw*, Warszawa, 23 lutego 2018, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/opinieBAS.xsp?nr=2137> [dostęp: 12.01.2020].
- [34] *Opinie Biura Analiz Sejmowych Druk nr 1322* [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/opinieBAS.xsp?nr=1322> [dostęp: 12.01.2020].
- [35] *Oświadczenie Zarządu FALCK Medycyna po posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia*, [dokument elektroniczny] Medexpress 7 lutego 2018, <http://www.medexpress.pl/oswiadczenie-zarzadu-falck-medycyna-po-posiedzeniu-sejmowej-komisji-zdrowia/69469> [dostęp: 12.01.2020].
- [36] Pershing Yoakley & Associates, *Hospital Network Alliances: Independence Through Interdependence*, 2014, [dokument elektroniczny] <http://info.pyapc.com/hubfs/White-Papers/Hospital-Network-Alliances-White-Paper-PYA.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [37] Pismo Katarzyny Głowackiej z dnia 28 listopada 2017 roku, upoważnionej przez Ministra Zdrowia, w sprawie autopoprawki, [dokument elektroniczny] <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12290955/12384420/12384421/dokument319478.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [38] *Projekt ustawy o działalności leczniczej*, 15 października 2010, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/\\$file/3489.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/430F945C6F0937D1C12577C200267BC8/$file/3489.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [39] *Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Część I*, 11 grudnia 2017, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/A8FF9CAA1DD5E0EEC12581F7003AADEB/%24File/2137-cz.I.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [40] *Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Część II*, 11 grudnia 2017, Część II, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/A8FF9CAA1DD5E0EEC12581F7003AADEB/%24File/2137-cz.II.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [41] Przybylski C., *Ratownictwo medyczne powinno pozostać służbą publiczną*, [dokument elektroniczny] Rynek Zdrowia, 31 lipca 2012, <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Ratownictwo-medyczne-powinno-pozostac-sluzba-publiczna,121900,8.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [42] PW, *Prywatna konkurencja wymusi konsolidację publicznego pogotowia?* [dokument elektroniczny], Rynek Zdrowia, 10 września 2012, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Prywatna-konkurencja-wymusi-konsolidacje-publicznego-pogotowia-Dala-przyklad-Wielkopolska,122951,1.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [43] Rabiej E., *Formy organizacyjne podmiotów leczniczych – uwarunkowania prawne i ekonomiczne*, Przedsiębiorstwo i Region, 2013, nr 5, s. 100-109.
- [44] *Reforma zdrowia i wprowadzenie sieci szpitali. Nawet politycy PiS krytykują rządowy pomysł. Dlaczego?* [dokument elektroniczny] Newsweek, 21 lutego 2017, <https://www.newsweek.pl/polska/spoleczenstwo/ustawa-o-szpitalach-i-sieci-szpitali-nawet-gowin-jest-przeciwno/zkzywvb> [dostęp: 12.01.2020].
- [45] *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Dziennik Ustaw, 2016, poz. 1372.
- [46] *Rządowy projekt ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, 12 lipca 2006, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Druki5ka.nsf/wgdruku/853> [dostęp: 12.01.2020].
- [47] *Sieć Szpitali*: Oficjalna strona rządowego projektu sieci szpitali, [dokument elektroniczny] <http://siecszpitali.mz.gov.pl/> [dostęp: 12.01.2020].

- [48] *Sprawozdanie Komisji Zdrowia /nr 208/ 16 lipca 2004*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgsknrn/ZDR-208> [dostęp: 12.01.2020].
- [49] *Sprawozdanie Komisji Zdrowia o rządowym projekcie ustawy o działalności leczniczej*, 3 marca 2011, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/0/081673053EC0436FC1257850003-77515/\\$file/3921.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/0/081673053EC0436FC1257850003-77515/$file/3921.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [50] *Sprawozdanie Komisji Zdrowia o rządowym projekcie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, 23 lipca 2004, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/\(\\$vAllByUnid\)/77074DB82F9EFCBDC1256EDA00330727/\\$file/31118.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/($vAllByUnid)/77074DB82F9EFCBDC1256EDA00330727/$file/31118.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [51] *Sprawozdanie Komisji Zdrowia o uchwalonej przez Sejm w dniu 18 marca 2011 r. ustawie o działalności leczniczej*, 31 marca 2011, [dokument elektroniczny] <http://ww2.senat.pl/k7/dok/dr/1150/1150z.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [52] *Sprawozdanie stenograficzne z 61. posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 13 kwietnia 2018 r.*, [dokument elektroniczny] http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter8.nsf/0/E2FD549FC42E96EE-C125826E00633D32/%24file/61_c_ksiazka_bis.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [53] *Sprawozdanie Stenograficzne z 87 posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 17 marca 2011 r.*, [dokument elektroniczny] [http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/21F1B9CEf3401AD5-C1257857004E7FC9/\\$file/87_b_ksiazka.pdf](http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/21F1B9CEf3401AD5-C1257857004E7FC9/$file/87_b_ksiazka.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [54] *Sprawozdanie Stenograficzne z 87. posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 18 marca 2011 r.*, [dokument elektroniczny] [http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/6564DC3D1F681CAD-C125786100428A9D/\\$file/87_c_ksiazka.pdf](http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/6564DC3D1F681CAD-C125786100428A9D/$file/87_c_ksiazka.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [55] *Sprawozdanie Stenograficzne z 90. posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 15 kwietnia 2011 r.*, [dokument elektroniczny] [http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/8C81652732545C05C1257873005CC49D/\\$file/90_c_ksiazka.pdf](http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter6.nsf/0/8C81652732545C05C1257873005CC49D/$file/90_c_ksiazka.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [56] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 27/*, 9 czerwca 2016, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy8.nsf/wgsknrn/ZDR-27> [dostęp: 12.01.2020].
- [57] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 28/*, 10 czerwca 2016, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy8.nsf/wgsknrn/ZDR-28> [dostęp: 12.01.2020].
- [58] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 53/*, 6 września 2006, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgsknrn5/ZDR-53> [dostęp: 12.01.2020].
- [59] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 66/*, 8 marca 2017, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy8.nsf/wgsknrn/ZDR-66> [dostęp: 12.01.2020].
- [60] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 113/*, 6 lutego 2018, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy8.nsf/wgsknrn/ZDR-113> [dostęp: 12.01.2020].
- [61] *Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia /nr 122/*, 10 kwietnia 2018, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy8.nsf/wgsknrn/ZDR-122> [dostęp: 12.01.2020].
- [62] *Stanowisko Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia w sprawie rządowego projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/opinie4.nsf/0/CC1C3205FFBFDE2FC1256ED60032830F/\\$file/op_2976_21.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie4.nsf/0/CC1C3205FFBFDE2FC1256ED60032830F/$file/op_2976_21.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [63] *Stanowisko nr 59/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 czerwca 2004 r. w sprawie projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/opinie4.nsf/0/B72DD02D47A31E1FC1256EC8004D92AA/\\$file/op_2976_10.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie4.nsf/0/B72DD02D47A31E1FC1256EC8004D92AA/$file/op_2976_10.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [64] *Szamotuly: ponowna konkursowa przegrana pogotowia ratunkowego*, [dokument elektroniczny] Rynek Zdrowia, 24 czerwca 2009, <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Szamotuly-ponowna-konkursowa-przegrana-pogotowia-ratunkowego,8312,8.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [65] *Uchwała nr 5/2018 Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 lutego 2018 r. w sprawie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/68C2A5F9061D9595C1258239004812F4/%24file/2137-003.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [66] *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej* [dokument elektroniczny] http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/284_u.htm [dostęp: 12.01.2020].
- [67] *Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, Dziennik Ustaw, 1997, poz. 153.

- [68] *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Dziennik Ustaw, 2006, poz. 1410.
- [69] *Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw*, Dziennik Ustaw, 2018, poz. 1115.
- [70] *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dziennik Ustaw, 2004, poz. 2135.
- [71] *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*, Dziennik Ustaw, 1991, poz. 408.
- [72] *Uzasadnienie projektu ustawy o sieci szpitali*, wersja z 5 marca 2007, wersja dla Rady legislacyjnej, [dokument elektroniczny] http://orka.sejm.gov.pl/proc5.nsf/projekty/2029_p.htm#_edn1; https://rada-legislacyjna.gov.pl/sites/default/files/dokumenty/projekt_ustawy_48.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [73] *Uzasadnienie projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, 11 czerwca 2004, [dokument elektroniczny] [http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/wgdruku/2976/\\$file/2976.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/wgdruku/2976/$file/2976.pdf) [dostęp: 12.01.2020].
- [74] *Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw*, 3 czerwca 2016, [dokument elektroniczny] <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/68FA0504C9-B6E805C1257FCA0038A76B/%24File/562.pdf> [dostęp: 12.01.2020].
- [75] *Uzasadnienie projektu ustawy – o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, 21 lutego 2017, [dokument elektroniczny] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1322> [dostęp: 12.01.2020].
- [76] Wawrowski R., *Specyfika polityki rachunkowości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, *Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe*, 2014, nr 201, s. 393-403.
- [77] *Weto do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, 27 listopada 2008, [dokument elektroniczny] <http://www.prezydent.pl/archiwum-lecha-kaczynskiego/ustawy/ustawy-zawetowane/art,10,weto-do-ustawy-o-zakladach-opieki-zdrowotnej.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [78] Wojtyniak B., Goryński P., Kuszewski K., *Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności*, Warszawa 2006. [dokument elektroniczny] http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pzh_pop_19122006.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [79] *Wyrok WSA w Gdańsku – III SA/Gd 1052/17*, 26 kwietnia 2018, [dokument elektroniczny] <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/35A2767249> [dostęp: 12.01.2020].
- [80] *Zdrowie. Praca. Rodzina. Program Prawa i Sprawiedliwości 2014*, [dokument elektroniczny] <http://pis.org.pl/dokumenty> [dostęp: 12.01.2020].

Trudności opieki zdrowotnej, ale czy antynomie?

Gdy czytam lub słyszę słowo „antynomia”, czuję powiew pesymizmu. Dla logików to sprzeczność dwóch sądów, niedająca się rozwiązać na gruncie języka, w którym zostały sformułowane. Jednak w życiu społecznym „nierozwiązywalne problemy” nie mają charakteru absolutnego. Są uwarunkowane okolicznościami, które zwykle można zidentyfikować, a niekiedy usunąć i złą sytuację poprawić.

Wśród trudności opieki zdrowotnej można wyróżnić czynniki obiektywne, takie jak braki kadrowe, niedostatek środków finansowych w budżetach instytucji medycznych lub/i błędna dystrybucja tych środków oraz błędy strukturalne i organizacyjne w systemie opieki zdrowotnej. Te czynniki mogą być i na ogół są korygowane w warunkach pokoju i rozwoju społecznego.

Poważniejsze trudności w sprawnym funkcjonowaniu systemów opieki zdrowotnej stwarzają czynniki subiektywne, wynikające z postaw ideologicznych (np. politycznych lub religijnych) o silnym podłożu emocjonalnym. Właśnie ta polaryzacja emocjonalna często wyklucza rozsądny dialog i uzgodnienie kierunków działania. Silne emocje towarzyszą też ekonomicznym interesom poszczególnych osób albo grup społecznych.

Jednak z moich własnych obserwacji wynika, że bardzo silnym hamulcem dla inicjatyw mających na celu usprawnienia merytoryczne lub organizacyjne może być swego rodzaju inercja, niechęć do zmian, które wymagają dodatkowego wysiłku bez szybkiej gratyfikacji – potrzeba spokoju i brak potrzeby, żeby było lepiej, o ile to „lepiej” nie oznacza lepiej dla mnie.

Problem kształcenia personelu medycznego

Dzięki rozwojowi nauk podstawowych, technologii medycznych i metod epidemiologii analitycznej medycyna w okresie po drugiej wojnie światowej dokonała olbrzymiego postępu. Analityczne badania epidemiologiczne umożliwiły sprawdzanie skuteczności i ocenę bezpieczeństwa leków oraz innych procedur terapeutycznych, a także weryfikację związków przyczynowych między narażeniem a chorobą, tworząc w ten sposób podstawy EBM (*evidence based medicine*) – medycyny opartej na przesłankach naukowych. Związany z tym szybki przyrost zasobów wiedzy klinicznej, a przynajmniej

jego elementy trzeba było upchać w programach studiów medycznych. Odbywało się to najczęściej kosztem, słabiej reprezentowanej w radach wydziałów i senatach uczelni, nauki o zdrowiu publicznym oraz epidemiologii. Doprowadziło to do sytuacji, w której te dziedziny stanowiące podstawy nauczanej wiedzy były zupełnie lub niemal zupełnie pomijane w programach studiów. Ucząc na kursach specjalizacyjnych wstępu do epidemiologii, regularnie zadawałem pytanie o jej przedmiot i nieodmiennie dostawałem odpowiedzi, że jest to nauka o raportowaniu chorób. Brak świadomości, że istnieje epidemiologia analityczna zajmująca się badaniem związków między czynnikami ekspozycji a ich efektami zdrowotnymi, był powszechny. Wiele razy przekonałem się także, że ignorancja w zakresie metodologii badań epidemiologicznych nie stanowi przeszkody w uzyskiwaniu tytułów profesorskich w dziedzinie medycyny.

Nie ma nadziei, żeby w obecnej strukturze studiów medycznych znaleźć miejsce na poważne włączenie metodologicznych podstaw wiedzy medycznej oraz znaczącego zakresu nauki o zdrowiu publicznym do programów studiów lekarskich. Jeśli chcemy kształcić lekarzy przygotowanych do uprawiania medycyny rozumiejącej, to znaczy świadomych metod oceny zaleceń terapeutycznych i diagnostycznych oraz programów zdrowia publicznego, potrzebne są głębokie zmiany w systemie ich kształcenia¹.

Obecny niedobór kadr medycznych, a szczególnie pielęgniarek i lekarzy oraz perspektywa dalszego pogłębiania się tego problemu z powodu migracji powoduje dość paniczne próby zwiększenia liczby kształconych lekarzy i pielęgniarek. Jest to realizowane m.in. przez tworzenie nowych wydziałów na uczelniach niemających tradycji nauczania akademickiego medycyny klinicznej, a szczególnie jej nauk podstawowych. Obecnie atrakcyjność pracy badawczej w naukach podstawowych dla medycyny nie jest wysoka i niedostatek kadr wykształconych na współczesnym poziomie tych nauk jest, w mojej opinii, jeszcze bardziej dotkliwy niż niedobór lekarzy praktyków.

Problem kształcenia lekarzy i pielęgniarek właściwie przygotowanych do wykonywania zawodu według wymagań współczesnych, ale też przygotowanych do nadążania za nieuniknionym dalszym postępem medycyny, jest problemem ogólnościowym. Podejmowane są w tym zakresie liczne próby, niektóre imponująco nowatorskie², inne raczej paliatywne. Te najbardziej nowatorskie pomysły na kształcenie lekarzy na pewno nie nadają się na ogólnokrajową reformę z racji kosztów, wymagań technologicznych i kadrowych oraz z tego prostego powodu, że wymagają sprawdzenia ich skuteczności w zakresie relacji pacjent – lekarz. Zachodzi bowiem obawa technologicznego odczłowieczenia tych relacji. Zarysowana niżej propozycja reformy kształcenia personelu

¹ Aby nie ograniczyć się do ogólników, zastanówmy się nad popularnością wśród lekarzy homeopatii i innych typów tzw. medycyny alternatywnej. Wśród lekarzy zdarzają się również zwolennicy ruchów antyszczepionkowych. Są zatem w tej grupie zawodowej dość liczne osoby, które nie potrzebują, aby wnioskowania o skuteczności ich działań były oparte na badaniach naukowych. Wystarczy im obserwacja pojedynczych zdarzeń lub czyjaś nieweryfikowana opinia.

² Przykładem takiego programu może być Kaiser Permanente Bernard J. Tyson School of Medicine, uczelnia w Pasadenie CA powiązana z wielką firmą ubezpieczeniową. Jej nowatorski program łączy wczesny kontakt z pacjentami z oszalałymi technologią i intensywnym instruktorem w małych grupach studenckich. Inny przykład to opracowane w siedmiu uczelniach szwedzkich programy „zintegrowane wokół układów narządów lub procesów fizjologicznych i pato-fizjologicznych lub zorganizowane wokół podstawowej wiedzy medycznej w połączeniu ze specjalnościami klinicznymi”. Jeśli chodzi o eksperyment szwedzki, to próbowałem sobie wyobrazić kadry przygotowane do prowadzenia zajęć w ramach takiego programu, ale brakło mi wyobraźni.

medycznego pozostaje w ramach zaleceń Unii Europejskiej³ i ma elementy sprawdzone w systemie amerykańskim, a mianowicie:

- przeniesienie dominującej części materiału nauk podstawowych do pewnej formy *premedical college*, który w naszym przypadku byłby trzyletnim studium licencjackim zgodnym z obowiązującym w UE systemem bolońskim,
- w następnym etapie, już na studiach lekarskich lub pielęgniarskich, miałyby nastąpić koncentracja na bezpośrednim kontakcie z pacjentami i w tych ramach wydzielenie istotnej części zadań na wykonywanie rzeczywistych usług pielęgnacyjnych, a stopniowo również diagnostycznych i leczniczych pod ścisłym nadzorem lekarza lub pielęgniarki.

Taka propozycja przedmedycznych studiów licencjackich wychodzi też naprzeciw problemowi edukacji w zakresie nauk podstawowych dla medycyny (anatomii i histologii, fizjologii, biochemii, histopatologii i in.), ale także epidemiologii analitycznej i elementów zdrowia publicznego w nowo powstających wydziałach lekarskich powiązanych z uczelniami niemającymi zaplecza laboratoryjnego ani kadrowego dopasowanego do współczesnych wymogów nauczania w tych dziedzinach. Oddzielenie strukturalne studiów przedmedycznych od medycznych pozwoliłoby na prowadzenie przedmedycznych licencjatów w uczelniach mających warunki do prowadzenia nauczania nauk podstawowych na poziomie spełniającym wymogi współczesnego stanu tych nauk. Tak mogłaby powstać pula kandydatów do studiów medycznych także dla ośrodków niemających możliwości kształcenia podstawowego.

Zastosowanie systemu punktowanych kredytów za odbycie określonych kursów tematycznych i określenie rygorozum – kursów koniecznie wymaganych przy przyjęciu na różne rodzaje studiów policencjackich: lekarskich, pielęgniarskich czy zdrowia publicznego pozwoliłoby na kształcenie w takich szkołach grona studentów o bogatym wachlarzu zainteresowań i różnych planach przyszłej kariery zawodowej.

Sytuacja ekonomiczna personelu medycznego

Polscy lekarze i pielęgniarki pracują ciężko, ale są znacznie słabiej wynagradzani niż lekarze i pielęgniarki wielu innych krajów nie tylko UE. Reagują na to różnie. Jedni słabe zarobki próbują uzupełniać dodatkową, często wyczerpującą pracą. Inni próbują osiągnąć wyższe zarobki przez strajki nagłaśniane i wspierane przez polityków aktualnej w danym okresie opozycji, jeszcze inni przez wyjazdy za granicę, a są tacy, i to dość liczni, dla których rozwiązaniem są działania korupcyjne⁴. Przyczyn i form korupcji jest w opiece zdrowotnej zapewne wiele. Jest jednak pewien powtarzający się schemat, o którym słyzy się najczęściej. Jest to, bezpośrednio lub kamuflowane zbożnymi celami, wymuszanie od pacjentów dodatkowych świadczeń finansowych za zabiegi wykonywane pacjentom w ramach usług finansowanych przez NFZ. Sam słyzałem od wiarygodnych ludzi o kilku takich przypadkach, które dotknęły ich samych. Wszystkie dotyczyły zabiegów wykonywanych przez specjalistów o wysokiej renomie.

³ DIRECTIVE 2005/36/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL

⁴ Używane tu określenie „inni” może być mylące, wszak żadna z wymienionej wyżej opcji poprawy stanu dochodów nie wyklucza żadnej innej.

Co ciekawe, wymuszenia te były przyjmowane raczej ze zrozumieniem i bez oburzenia. Rozumowanie tych pacjentów było proste: „Jeśli chcę, żeby operował mnie sam dr XYZ, muszę za to płacić. I tak jest to lepsza sytuacja niż w prywatnej służbie zdrowia, gdzie musiałbym płacić nie tylko za zabieg, ale pokryć wszystkie koszty z nim związane i w sumie wyniosłoby to wielokrotnie więcej”. Przytaczam to dlatego, żeby pokazać, że nie tylko korupcja jest u nas mocno zakorzeniona, ale również jej akceptacja społeczna bywa widoczna szczególnie wśród osób dobrze sytuowanych, które dzięki korupcji uzyskują przywileje.

W sposób oczywisty tego rodzaju korupcja jest poważnym źródłem nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej według poziomu zamożności pacjentów. Może być też czynnikiem mocno hamującym działanie usprawniające organizację opieki zdrowotnej z tej racji, że ma ona swe podstawowe źródło w niedoborach i w błędach organizacyjnych, których utrzymanie jest w interesie osób skorumpowanych.

Jednak powinniśmy mieć świadomość, że istniejące w polskim systemie opieki zdrowotnej niedobory, błędy organizacyjne i wyrosłe z nich patologie nie dominują obrazu medycyny w Polsce. Ostatnie dekady przyniosły kolosalny postęp w zakresie wprowadzania i dostępności nowych technologii, poprawiając znacznie skuteczność i dostępność pomocy lekarskiej. W mojej opinii szczególnie widoczny postęp nastąpił w zakresie kardiologii, nefrologii oraz technik diagnostycznych w postaci różnych rodzajów fiberoskopii, ultrasonografii i radiologicznych technik wizualizacyjnych, a także w dziedzinie chemoterapii nowotworów.

Mam świadomość, że postęp ten, szczególnie w kardiologii i nefrologii (dializy), przyczynił się do wyrównania dostępności w tych kluczowych dziedzinach usług zdrowotnych i w zasadniczym stopniu uwolnił je od obciążeń korupcyjnych. Często spotykałem się z przekonaniem, że wzrost liczebności i dobre przygotowanie kadr lekarskich i pielęgniarskich oraz odpowiednie wyposażenie zakładów medycznych i właściwa wycena usług wyznaczają główny trakt dla poprawy dostępności i uwolnienia polskiej medycyny od korupcji. Myślę, że banalność takich stwierdzeń jest miarą ich słuszności.

Jednak to, co bywa oczywiste na poziomie stwierdzeń ogólnych, jest nieraz bardzo trudne do zrealizowania na poziomie konkretnych decyzji. Mam pełną świadomość własnej bezradności w kwestii wysokości zarobków personelu medycznego i źródeł jego dochodów. Wydatki na opiekę zdrowotną rosną w szybkim tempie i prócz zarobków personelu składają się na nie: ceny leków, koszty badań diagnostycznych, które obejmują zakupy coraz bardziej wyrafinowanej aparatury diagnostycznej, oraz odczynników, a także ceny aparatury, narzędzi i środków używanych do zabiegów. Niemale są też koszty „hotelowej” obsługi pacjentów w szpitalach i utrzymania reżymu sanitarnego instytucji medycznych.

Wyważenie proporcji w rozdziale dostępnych środków jest zadaniem bardzo trudnym i wymaga zarówno wiedzy medycznej, jak i wnikliwości ekonomicznej, żeby unikać wydatków, które nie podnoszą jakości usług. Porównanie procedur biurokratycznych i liczby wizyt lekarskich wymaganych do wykonania niektórych testów diagnostycznych lub zabiegów chirurgicznych w Polsce i w krajach Europy Zachodniej stwarza wrażenie działań celowych, obliczonych na podniesienie kosztów usług medycznych. Dotyczy to również hospitalizacji, które są wymagane dla zabiegów, jakie mogą być i za granicą są wykonywane ambulatoryjnie.

W kwestii planowania konkretnych wydatków w systemie opieki zdrowotnej i miejsca, w tym zarobków personelu medycznego, problemem jest sytuacja ekonomiczna i prawna, w której nie posiadam kompetencji. Nie jestem w stanie w sposób odpowiedzialny zaproponować żadnych konkretnych dróg dojścia do pożądanej sytuacji, w której dostęp do opieki zdrowotnej będzie łatwy, równy i powszechny, a personel medyczny będzie zarabiał godziwie i korupcja zniknie. Może jednak dobrze byłoby zacząć od eliminacji wielu oczywistych nonsensów.

Może też nie wszystko w planowaniu poprawy opieki zdrowotnej trzeba wtlaczać w ramy ideologiczne: społeczna czy prywatna. Jest wiele sposobów organizacji i finansowania usług medycznych, które w różnych krajach mają za sobą lata sprawdzania ich skuteczności i efektywności. Są wśród nich systemy ubezpieczeń, wsparcie rządowe, czyli podatkowe, i pieniądze samych pacjentów. Jest więc z czego wybierać i ocenić, co z tego bezpośrednio lub po modyfikacji miałooby sensowne zastosowanie u nas. Obawiam się tylko, że nie sposoby finansowania usług medycznych stwarzają najwięcej problemów, a raczej ich nakładanie się na siebie w działalności niektórych osób. W ekonomicznej analizie systemu opieki zdrowotnej nie można pomijać kosztów kształcenia i zobowiązań osób odbywających studia wobec płatnika, jakim jest społeczeństwo je finansujące. Wiele się o tym mówi w aspekcie migracji lekarzy do innych krajów, ale tylko mówi.

Problem podziału ról między ekspertami i administratorami w podejmowaniu decyzji w zakresie zdrowia publicznego

W dużym uproszczeniu, dalekim od głębi książek z teorii decyzji, sprawa zaczyna się od zauważenia i zdefiniowania problemu. Ocena zagrożeń może opierać się na prostych obserwacjach albo na odpowiednio przeprowadzonych badaniach. Kolejnym problemem jest to, żeby sprawa została przedstawiona decydom posiadającym władzę administracyjną w sposób dla nich zrozumiały, tak by byli świadomi przewidywanych konsekwencji swoich decyzji. Ale sprawy najważniejszych działań zdrowia publicznego rozgrywane są nie tylko na płaszczyźnie porozumienia między ekspertami i decydentami. Zakres swobody w podejmowaniu decyzji może mieć poważne ograniczenia spowodowane niską dyscypliną społeczną, złą sytuacją finansową i niedostatecznym poziomem przygotowania kadr wykonawczych.

Te relacje dają się dobrze zilustrować w bliskiej mi dziedzinie zwalczania chorób zakaźnych, a szczególnie we wprowadzaniu i modyfikacjach programu szczepień ochronnych. Paradoksalnie w niedemokratycznym okresie PRL, w warunkach głębokich niedoborów finansowych został uzyskany największy postęp w zwalczaniu chorób zakaźnych u dzieci przez wprowadzenie finansowanych przez państwo szczepień obowiązkowych. Wynikał on z mocnego powiązania wiedzy eksperckiej i władzy wykonawczej w osobie profesora Jana Karola Kostrzewskiego, który kierował Zakładem Epidemiologii PZH, a jednocześnie sprawował funkcję wiceministra zdrowia odpowiedzialnego za koordynację zwalczania chorób zakaźnych. Później już się nie powtórzyło tak mocne zestawienie wysokich standardów etycznych, wiedzy, woli działania i możliwości administracyjnych u jednej osoby. Niestety *cum duo faciunt idem, non est idem*.

Po latach sukces programu szczepień obowiązkowych zmniejszył znacznie zagrożenie ze strony chorób zakaźnych, a tym samym lęki rodziców, co stworzyło podatny grunt do aktywności ruchów antyszczepionkowych. Co gorsza, pomijając nazwiska i przykłady, po 1989 r. nie u wszystkich polityków zajmujących wysokie stanowiska w administracji zdrowia dało się zauważyć przygotowanie merytoryczne potrzebne do zrozumienia istoty zagrożeń ze strony chorób zakaźnych i zdolność do stworzenia strategii ich zwalczania.

W obecnym czasie przed ekspertami i pracownikami administracji stoi jedno z największych zadań, jakie były związane z chorobami zakaźnymi w ostatnim stuleciu. Pandemia COVID-19 już spowodowała w wielu krajach dramatyczne skutki zdrowotne i ekonomiczne. SARS-CoV-2 jest przenoszony przez kontakt bezpośredni lub pośredni, a najczęściej przenosi się na drodze kropelkowej. Jest wysoce zaraźliwy, a choroba powiązana jest z wysoką śmiertelnością⁵. Ponieważ próg odporności zbiorowskiej w tej chorobie jest szacowany na 60-70% osób uodpornionych w populacji, trudno oczekiwać naturalnego wygaśnięcia tej epidemii w dającej się przewidzieć przyszłości.

Strategia Ministerstwa Zdrowia, polegająca na wczesnym, ostrym wprowadzeniu restrykcji w zakresie higieny rąk, zakazu grupowania się ludzi i zachowania dystansu w kontaktach między ludźmi, nie była obliczona na przerwanie epidemii, ale na ograniczenie zapadalności w jej wczesnym okresie. Było to uzasadnione potrzebą przygotowania bazy kadrowej, szpitalnej, sprzętowej i materiałowej w zakresie koniecznym, by przyrost nowych przypadków nie przekroczył pułapu dostępności pomocy medycznej. Przykład niektórych krajów z południa Europy pokazał, że była to strategia właściwa. Wiązała się jednak ze znacznymi kosztami i poważnym spowolnieniem gospodarki, co na dłuższą metę prowadziłyby do poważnego kryzysu ekonomicznego. Dobrze jest pamiętać, że ciężkie kryzysy gospodarcze mogą pozostawić głęboki ślad na stanie zdrowia populacji.

W chwili obecnej zasadniczym problemem jest wybranie rozsądnej drogi balansowania między rozluźnianiem restrykcji, szczególnie w zakresie funkcjonowania sektorów produkcji i usług, a ponownym pogorszeniem się sytuacji epidemiologicznej. Na tym etapie zasadniczą rolę powinna odegrać dyscyplina społeczna – przestrzeganie reguł bezpieczeństwa, które są powszechnie znane, a ich środki wspomagające: maseczki, rękawiczki i płyny dezynfekcyjne dostępne. Dobrze by było, gdyby ludzie decydujący o wprowadzeniu szczepień przeciw COVID-19 rozumieli, że wszelkie programy szczepień nieobowiązkowych, przy aktualnej aktywności ruchów antyszczepionkowych mogą, co najwyżej, zamienić epidemię na endemię. Dopiero dobrze opracowany program szczepień ochronnych prowadzonych na masową skalę będzie w stanie doprowadzić odsetek osób uodpornionych w populacji do progu odporności zbiorowskiej i przy odpowiedniej kontynuacji tego programu doprowadzić do eliminacji COVID-19 (przynajmniej w niektórych krajach).

¹ Odsetek zgonów wśród osób zakażonych SARS-CoV-2 jest szacowany w skali globalnej na około 4,3%. Ale w zależności od kraju i okresu epidemii waha się w szerokich granicach. Przyczyny tych różnic są wielorakie i nie do końca poznane. Może mieć tu wpływ sposób definiowania zakażenia występującego w mianowniku wskaźnika śmiertelności, czułość nadzoru, rozkład wiekowy osób chorych, ogólny stan zdrowia populacji oraz dostęp do opieki medycznej i jej jakość. Należy tu dodać, że w okresie występowania nowych zachorowań wskaźnik śmiertelności może zawierać błąd wynikający z tego, że do mianownika wliczane są osoby aktualnie chore, o których nie można orzec, czy wyzdrowieją, czy umrą.

KRZYSZTOF OPOLSKI
MAREK ZUBER

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce

Całkowite wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce finansowane są ze źródeł publicznych oraz ze źródeł prywatnych. Źródła publiczne stanowią podstawę funkcjonowania systemu zabezpieczenia zdrowia w Polsce. Wynika to z przyjętego modelu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, głównie z zasady solidaryzmu, która zawarta jest w art. 68 konstytucji. Co do zasady płacimy za ochronę zdrowia według naszej zdolności do płacenia, korzystamy z niej według aktualnych potrzeb. Taki model charakterystyczny jest dla państw wysokorozwiniętych, do których zalicza się Polska.

Źródła publiczne to przede wszystkim Narodowy Fundusz Zdrowia, którego budżet stanowią składki zdrowotne. Ich wysokość wynosi 9 proc. podstawy wymiaru. Budżet NFZ uzależniony jest zatem wprost od wysokości podstawy wymiaru, czyli w uproszczeniu od wysokości wynagrodzeń oraz od ilości pracujących i otrzymujących wynagrodzenia w takiej formie, która stanowi podstawę wymiaru. Obok NFZ finansowanie ze źródeł publicznych wynika ze środków przekazywanych bezpośrednio przez budżet państwa, jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty wchodzące w skład sektora finansów publicznych. W sumie to źródło stanowiło w ostatnich latach mniej niż 15% wszystkich środków. Do źródeł prywatnych z kolei należy zaliczyć bezpośrednio gospodarstwa domowe, pracodawców, prywatne firmy ubezpieczeniowe oraz inne podmioty niewchodzące w skład sektora finansów publicznych.

W dyskusji publicznej na temat finansowania ochrony zdrowia szeroko podnoszony jest temat niewystarczającej ilości środków dla zapewnienia podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Chodzi tu zarówno o dostępność procedur medycznych, jak i ich jakość. Generalnie panuje przekonanie, że wydatki na ochronę zdrowia powinny wyraźnie rosnąć. Biorąc pod uwagę konstrukcję polskiego systemu i ogólny sprzeciw wobec zmiany struktury źródła finansowania, utrzymuje się przekonanie, że podstawę, tak jak dotychczas, powinny stanowić źródła publiczne. To z kolei oznacza konieczność wzrostu wydatków publicznych. Podstawowym wskaźnikiem opisującym wielkość wydatków na ochronę zdrowia jest wielkość tych wydatków odniesiona do wielkości gospodarki, czyli do wartości PKB. W ostatnich latach, w przypadku wydatków publicznych, wskaźnik ten wyraźnie wzrósł w Polsce z 4,44% w 2014 r. do 4,86% w 2019 r. Rok 2020 jest trudny do jednoznacznej oceny z uwagi na pandemię i zmianę priorytetów z jednoczesnym ograniczeniem wykonywania części usług medycznych, bezpośrednio z nią niezwiązanych. W dyskusji publicznej od wielu lat podnosi się postulat

wzrostu wydatków do poziomu 6% PKB. Widać wyraźnie, że pomimo odczuwalnego wzrostu w ostatnich latach wydatki publiczne wciąż są wyraźnie niższe od tej wielkości. W 2018 r. rząd zdecydował o ustawowym zobowiązaniu do zwiększenia wydatków publicznych na ochronę zdrowia do poziomu 6% PKB do 2024 r. Jeśli chodzi o prywatne finansowanie ochrony zdrowia, to w tym przypadku po okresie wzrostu wydatków odnotowano ich spadek w 2018 r. Wiarygodne i pełne dane za 2019 r. w chwili pisania tych słów nie są jeszcze dostępne.

W 2014 r. prywatne wydatki na ochronę zdrowia sięgnęły kwoty 31,5 mld zł, co stanowiło około 1,83% PKB. W kolejnych latach obserwowaliśmy wzrost wydatków, do nieco ponad 40 mld zł w 2017 r., 2,02% PKB, jednak w 2018 r. nastąpił spadek do poziomu 38,3 mld zł, 1,8% PKB. Warto w tym miejscu nadmienić, że w przypadku leczenia szpitalnego udział środków prywatnych w wydatkach wynosi jedynie około 2%. Największy jest w kategorii „sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych”, przy czym około 65% pochodzi bezpośrednio z gospodarstw domowych. Widać zatem wyraźnie, że środki prywatne są kierowane przede wszystkim na relatywnie tańsze procedury. Z kolei prywatne podmioty realizujące usługi medyczne działając, co oczywiste, w oparciu o rachunek ekonomiczny, koncentrują się przede wszystkim na osiągnięciu zysku, a zatem na procedurach wysokomarżowych. Dotyczy to nie tylko tych procedur, które kupowane są przez prywatnych konsumentów, ale także tych kupowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub przez inne podmioty wchodzące w skład sektora finansów publicznych.

Źródła wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w latach 2014-2019

W przestrzeni medialnej w kontekście analizy sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce często bierze się pod uwagę okres rządów Zjednoczonej Prawicy. Wynika to z tego, że dyskusja związana z funkcjonowaniem ochrony zdrowia stanowi ważny element życia społecznego, wpływa zatem na dyskusję polityczną. Wydaje się jednak celowe przeanalizowanie okresu o rok dłuższego, można bowiem przyjąć, że w 2014 r. zaczyna się cykl wzrostu w cyklu koniunkturalnym, który dotyczy nie tylko polskiej gospodarki, ale całej gospodarki europejskiej, w szczególności regionu Europy Środkowo-Wschodniej. Faza wzrostu gospodarki wiąże się z poprawą zdecydowanej większości wskaźników makroekonomicznych. Oznacza także, co do zasady, na przykład wzrost zatrudnienia, spadek bezrobocia, wzrost przeciętnego wynagrodzenia i poprawę dochodów budżetowych.

W okresie od 2014 do 2019 r. PKB w Polsce wzrosło w cenach bieżących z 1 711 244 mln zł do 2 323 850 mln zł, czyli o 34%. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie nominalne brutto wzrosło w tym okresie z poziomu 3 805,28 zł do poziomu 5 604,25 zł, czyli o 47%. Jednocześnie obserwowaliśmy wzrost zatrudnienia. W pierwszym kwartale 2014 r. pracowało 15,573 mln osób. W czwartym kwartale 2019 r. było to już 16,953 mln osób. Wyraźnie wyższy wzrost przeciętnego wynagrodzenia w stosunku do wzrostu PKB musiał oznaczać wzrost zsumowanej wartości składek zdrowotnych w stosunku do PKB. Jeśli dodamy do tego wzrost zatrudnienia to proces ten

był jeszcze bardziej widoczny. To właśnie ten efekt, a nie reformatorskie działania państwa, doprowadził do wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w stosunku do PKB, o którym wspomniano wcześniej. Jak wiemy, rząd zobowiązał się do zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia do poziomu 6% PKB. Ostatnie lata rzeczywiście przynosiły wzrost tego wskaźnika. Rodzi się jednak pytanie, czy jest możliwe osiągnięcie takiego poziomu tylko w związku z poprawą relacji wielkości wpłat ze składki zdrowotnej do PKB, jak to miało miejsce w ostatnich latach? Czyli – czy wzrost wynagrodzeń i/lub wzrost ilości pracujących będzie szybszy niż wzrost PKB?

W pierwszej kolejności należy przeanalizować podstawowe czynniki, które doprowadziły do zwiększenia wpływów ze składki zdrowotnej. Wzrost wynagrodzeń oraz wzrost liczby pracujących wiązał się z ogólnie panującą koniunkturą. Jak już wspomniano, obserwowano ją nie tylko w Polsce. Pierwotną przyczyną poprawy sytuacji makroekonomicznej był eksport. Sprzedaż za granicę była i jest najważniejszym motorem polskiej gospodarki. Eksport wzrósł w okresie 2014-2019 ze 165 773,6 mld euro do 238 147,5 mld euro, czyli o ponad 43%. Głównym odbiorcą towarów i usług wytwarzanych w Polsce pozostają kraje strefy euro. Trafia do nich wartościowo ponad 80% polskiego eksportu. Wzrost sprzedaży za granicę oznacza wzrost przychodów po stronie eksporterów. To z kolei prowadzi do zwiększenia popytu na pracę. Powstają nowe miejsca pracy, rośnie zatem zatrudnienie. Eksporterzy zwiększają także zamówienia w firmach kooperujących, co prowadzi do wzrostu przychodów i w konsekwencji także popytu na pracę w firmach współpracujących z eksporterami. Wszystko to powoduje wzrost zatrudnienia i spadek bezrobocia. W styczniu 2014 r. stopa bezrobocia rejestrowanego wynosiła w Polsce 13,9%. W styczniu 2019 r. 5,5%. Warto odnotować, że w okresie letnio-jesiennym w 2019 r. odnotowano najniższy poziom bezrobocia od momentu rozpoczęcia zmian ustrojowych w Polsce. W październiku spadło ono bowiem do 5%. Piszący te słowa szacują, że poziom bezrobocia strukturalnego wynosi w Polsce około 4,0-4,5%. Bezrobocie rejestrowane było zatem tylko nieznacznie wyższe. To kolei oznacza silny nacisk na wzrost wynagrodzeń z uwagi na powszechny brak pracowników. A to powodowało silny wzrost zsumowanej wartości ściąganej składki zdrowotnej.

Wzrost wynagrodzeń wynikał także ze wzrostu minimalnego wynagrodzenia. Jego wielkość jest w Polsce ustalana ogólnie. Wzrost minimalnego wynagrodzenia wymusza wzrost istotnej części całej siatki płac. Warto odnotować, że w 2019 r. zdecydowano o wprowadzeniu planu większego wzrostu minimalnego wynagrodzenia, który miał doprowadzić do osiągnięcia poziomu 4000 zł w 2024 r. Program ten jest już nieaktualny, oficjalnie w związku z pandemią i załamaniem gospodarki z tym związanym. Głównym argumentem wprowadzenia tego programu było wymuszenie inwestycji prywatnych realizowanych przez firmy, zwłaszcza przez firmy małe i średnie. Jedynie w ten sposób, zdaniem pomysłodawców, mogłoby dojść do wzrostu wydajności pracy, który skutkowałby możliwością wyraźnego podniesienia minimalnego wynagrodzenia. Wzrost minimalnego wynagrodzenia wpływa także na wzrost innych wynagrodzeń, przede wszystkim oczywiście tych, które są tylko nieznacznie wyższe od minimalnego.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na duże zróżnicowanie polskiej gospodarki pod względem wydajności pracy. W przypadku znacznej części efektów inwestycji zagranicznych osiągnęte poziomy należą do najwyższych na świecie. Wystarczy wspomnieć o branży automotive, która stanowi istotną część, wyraźnie powyżej 10%, pol-

skiego eksportu. Można tu obserwować powstawanie supernowoczesnych fabryk o najwyższej osiąganym dzisiaj na świecie wydajności. Z drugiej strony znaczna część szczególnie małych i średnich firm wciąż bazuje na relatywnie niskich kosztach pracy i ma niski poziom zabezpieczenia technicznego pracy. Lub zabezpieczenie to wyraźnie odbiega od najwyższych osiągniętych w danej branży w krajach rozwiniętych standardów. Wyraźny wzrost jest możliwy tylko po dokonaniu często kosztownych inwestycji. Na tym polu jest jednak wiele problemów, szczególnie było to widoczne w 2016 r., kiedy doszło do załamania poziomu inwestycji prywatnych. Naszym zdaniem wymuszenie istotnego wzrostu inwestycji przez wzrost wynagrodzeń jest polityką ryzykowną, która może prowadzić do wzrostu szarej strefy lub ograniczenia tworzenia nowych miejsc pracy z redukcją już istniejących. Dla zintensyfikowania wzrostu inwestycji prywatnych należy podjąć działania mające na celu likwidację czynników, które je ograniczają.

6% wydatków na ochronę zdrowia w kontekście perspektyw makroekonomicznych

Naturalne osiągnięcie poziomu 6% wydatków na ochronę zdrowia do 2024 r. w naszej opinii jest niemożliwe. Naturalne, to znaczy wynikające ze wzrostu wynagrodzeń i/lub wzrostu liczby pracujących z uwzględnieniem proporcji dodatkowego finansowania ze źródeł publicznych poza NFZ, jakie obserwowaliśmy w latach 2014-2019. Nie ma zresztą żadnej gwarancji, że wspomniana wielkość w ogóle będzie większa. Załamanie gospodarcze 2020 r., szczególnie drugiego kwartału, nie wynika z cyklu koniunkturalnego. Jednak już wcześniej w 2019 r. można było zauważyć hamowanie polskiej gospodarki. Po raz pierwszy od 2014 r. gospodarka netto przestała tworzyć nowe miejsca pracy. Wyhamowała także dynamika wzrostu wynagrodzeń.

Obecnie obserwujemy działania niestandardowe, gdyż kryzys, który dotknął świat jest niestandardowy. Niespotykane w swoich rozmiarach i szybkości wejścia w życie programy wsparcia gospodarki zaburzą realny obraz procesów w niej zachodzących. Podobną sytuację mamy w Polsce. Relatywna stabilizacja stopy bezrobocia w okresie recesji wynika ze specyfiki programów „Tarczy finansowych”, wymuszających sztuczne utrzymanie zatrudnienia. Także w kwestii wysokości wynagrodzeń dane są zaburzone. Jednak, jeśli trend wzrostu wydatków na publiczną ochronę zdrowia obserwowany w latach 2014-2019 utrzymałby się do 2024 r., to i tak nie udało by się osiągnąć 6% PKB wydatków na ten cel. Tymczasem wątpliwe jest nawet to, czy ten trend uda się utrzymać.

Po zapaści gospodarczej drugiego kwartału 2020 r. odbudowa polskiej gospodarki nie zaczęła postępować w tempie zakładanym przez część ośrodków w połowie 2020 r. To przede wszystkim efekt drugiej i trzeciej fali pandemii COVID-19. W efekcie znowu zaczęło dochodzić do mrożenia polskiej gospodarki. Podobnie było w zdecydowanej większości innych krajów europejskich. Dynamika konsumpcji nie wróciła do poziomów sprzed pandemii. Widać to było wyraźnie choćby po danych o sprzedaży detalicznej. Dopiero pod koniec pierwszego kwartału 2021 r. sytuacja zaczęła się poprawiać. Prognozy na kolejne miesiące 2021 r. są lepsze, ale należy brać pod uwagę przynajmniej dwa ryzyka. Pierwsze to ewentualne uderzenie czwartej fali pandemii COVID-19.

Wydaje się, że nie powinno ono być aż tak dotkliwe, choćby ze względu na rosnącą liczbę zaszczepionych i tych, którzy uzyskali odporność po przebytej chorobie. Nie wiemy jednak, czy nie pojawi się np. mutacja odporna na obecnie stosowane szczepionki. Nie jest to bazowy wariant prognostyczny, jednak nie należy go lekceważyć.

Druga kwestia to ewentualne pogorszenie sytuacji na rynku pracy. Sukcesywne rozliczanie Tarczy Finansowej 1.0 może oznaczać zwiększone zwolnienia. Oczywiście ogólna sytuacja jest lepsza niż w apogeum załamania gospodarki, czyli w drugim kwartale 2020 r., ale wciąż daleka od stabilizacji. Rosnący poziom bezrobocia może hamować konsumpcję, także na poziomie psychologicznym, związanym z samym ryzykiem utraty pracy. Wyrażna realna, niewynikająca z efektu bazy, poprawa konsumpcji jest bardziej prawdopodobna dopiero w 2022 r.

Sukcesywna poprawa sytuacji gospodarczej, którą obserwujemy po drugim kwartale 2020 r., związana jest z eksportem. Wyraźny wzrost sprzedaży za granicę przekładała się przede wszystkim na dobre wyniki przemysłu. Dynamika produkcji przemysłowej wróciła do poziomu sprzed pandemii, na początku 2021 r. nawet ją przekroczyła. Spodziewamy się utrzymania dobrych wyników także w kolejnych kwartałach i latach. Eksport pozostanie głównym motorem polskiej gospodarki. W 2016 r. doszło w Polsce do załamania inwestycji. Ich udział w PKB spadł do poziomu 18%, a potem wzrósł tylko nieznacznie. W 2019 r. odnotowaliśmy 18,5%, następnie w 2020 r. doszło do kolejnego spadku, tym razem z powodu COVID-19. Udział inwestycji w PKB obniżył się do 17%, najniższego poziomu od połowy lat 90. XX w. Warto w tym miejscu nadmienić, że w ogłoszonej w 2016 r. Strategii Na Rzecz Stabilnego Rozwoju zakładano osiągnięcie poziomu 25% w 2020 r. Założenia te okazały się nierealne, przedpandemiczne prognozy na 2020 r. zakładały osiągnięcie poziomu co najwyżej 19%.

Inwestycje stanowią największe wyzwanie na najbliższe lata. Podstawowym czynnikiem oddziałującym negatywnie na przedsiębiorców w tym zakresie jest brak stabilności otoczenia gospodarczego. Wynika to z wszystkich badań przeprowadzonych na reprezentatywnych próbach przedsiębiorców. Drugim problemem jest brak ludzi do pracy. Biorąc pod uwagę te dwa elementy, trudno jest oczekiwać realnego wyraźnego wzrostu poziomu inwestycji w stosunku do PKB i to nawet uwzględniając realizację Krajowego Planu Odbudowy, choć z pewnością będzie on istotnym czynnikiem wsparcia. Trzeba jednak pamiętać o obserwowanych w ostatnich latach ograniczeniach. Co prawda rządzący zakładają poprawę w tym zakresie, jednak biorąc pod uwagę efektywność zapowiedzi z ostatnich lat, w tym zawartych w Strategii na Rzecz Stabilnego Rozwoju, trudno zakładać przełom w tym zakresie. Inwestycje rządowe będą z kolei ograniczone wzrostem zadłużenia, który nastąpił w związku z pandemią oraz wprowadzonymi w ostatnich latach programami socjalnymi, takimi jak program 500+, trzynasta emerytura czy obniżenie wieku emerytalnego. Oczywiście trzeba pamiętać o kolejnej perspektywie budżetowej UE na lata 2021-2027 i o wspomnianym Krajowym Planie Odbudowy. Wyraźny wzrost inwestycji publicznych nastąpi w 2021 r., pamiętać należy o efekcie bazy, ale boomu nie będzie. Naszym zdaniem w najbliższych latach polska gospodarka jest w stanie rozwijać w tempie od 3 do 4% średniorocznie. Lata 2021 i 2022 mogą być lepsze z uwagi na relatywnie niską bazę. Nie widzimy jednak możliwości utrzymania tak wyraźnego wzrostu wynagrodzeń i zatrudnienia, jak to obserwowano w latach 2014-2019. Jak już wspomnieliśmy, utrzymanie programu wy-

rażnego wzrostu minimalnego wynagrodzenia może ograniczyć zatrudnienie. Tego typu tezy stawiane są także między innymi przez organizacje przedsiębiorców. Dla części przedsiębiorców, choćby inwestorów zagranicznych działających w przemyśle, nie będzie to stanowiło przeszkody w dalszej działalności, przynajmniej do pewnego momentu wzrostu kosztów pracy. Dla małych i średnich polskich firm odwrotnie, a gwałtowny wzrost inwestycji przy zachowaniu czynników hamujących je w ostatnich latach jest naszym zdaniem mało prawdopodobny.

Wzrost ilości środków z budżetu centralnego na ochronę zdrowia

Wzrost sztywnych wydatków budżetu w latach 2016-2019 takich jak Program 500+ czy obniżenie wieku emerytalnego oraz załamanie gospodarki i konieczność jej wsparcia w związku z pandemią doprowadziły do wyraźnego wzrostu deficytu sektora finansów publicznych i w konsekwencji długu publicznego. W pesymistycznym scenariuszu może on w najbliższym czasie przekroczyć 1,5 biliona zł i 65% PKB. Najbliższy okres będzie oznaczał poszukiwanie dodatkowych źródeł finansowania w postaci podwyższenia podatków i paropodatków, nakładanie nowych czy poszerzenie bazy podatkowej. Rząd w 2018 r. zobowiązując się do osiągnięcia 6% wydatków publicznych na ochronę zdrowia w stosunku do PKB zakładał w razie potrzeby dodatkowe transfery z budżetu centralnego. Naszym zdaniem jednak będzie to wątpliwe przy braku zmian źródeł finansowania w budżecie centralnym.

Co przed nami?

Naszym zdaniem trwałe osiągnięcie 6% wydatków publicznych na ochronę zdrowia jest możliwe jedynie w sytuacji wskazania stabilnych dodatkowych źródeł finansowania. Jak już wspomniano, zmiany ustawowe z 2018 r. zapewniają dofinansowanie z budżetu centralnego do poziomu 6% PKB w sytuacji, w której nie uda się osiągnąć takiego poziomu uwzględniając inne źródła, czyli *de facto* Narodowy Fundusz Zdrowia. Widać wyraźnie, że rządzący próbują intensyfikować dochody budżetowe. Naszej oceny nie zmieniają decyzje dotyczące na przykład obniżenia stawki PIT do 17%, gdyż z drugiej strony wprowadza się wiele dodatkowych opłat lub podwyższa istniejące. Zwiększony fiskalizm będzie charakterystyczny dla polityki najbliższych kilku lat. W innej sytuacji trudno będzie realnie wyraźnie ograniczyć narastanie długu. Wydaje się zatem, że chcąc doprowadzić do trwałego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w stosunku do PKB, trzeba będzie zmienić zasady finansowania z już istniejących źródeł lub wskazać nowe. Może to być podwyższenie składki zdrowotnej, zwiększenie bazy jej pobierania lub nowy podatek/paropodatek. Przykładem tego ostatniego jest opłata cukrowa, która prawie w całości zasilać ma *de facto* budżet NFZ.

Odrębnym zagadnieniem jest poprawa efektywności organizacyjnej funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej oparta na mądrze stosowanym rachunku ekonomicznym wykorzystującym w szerszym zakresie metodę ABC. Należy dążyć do systematycznego stosowania nowoczesnych technik zarządzania pozwalających na skuteczne

budowanie systemów logistycznych, tworzenia sprawnych połączeń poziomych, stosowania nowoczesnych metod zarządzania ryzykiem, konsekwentnego stosowania systemu zapewnienia jakości takich jak normy ISO czy systemy certyfikacji. W poprawie efektywności organizacyjnej tkwią niedoszacowane źródła kosztów, których ograniczenie może w pewnej mierze pomóc w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej w ramach ograniczonych środków finansowych. Należy jednak to dobrze rozumieć. Zapowiedzi poprawy „efektywności” składane przez rządzących w ostatnich dwudziestu latach wiązały się w znacznej mierze z oszczędnościami narzucanymi na jednostki realizujące zadania w zakresie publicznej ochrony zdrowia. Piszącym te słowa nie chodzi o odgórną ograniczenie środków przekazywanych poszczególnym podmiotom ani o odgórną redukcję np. liczby łóżek szpitalnych. Chodzi o powszechne wykorzystanie dostępnych metod, także naukowych, służących poprawie szeroko rozumianej efektywności działania. Oczywiście z pełnym uwzględnieniem wielu specyfików wiążących się z funkcjonowaniem opieki zdrowotnej.

Warto jeszcze wspomnieć, że 6% wydatków publicznych na ochronę zdrowia nie wydaje się już założeniem ambitnym. Nie mamy tu na myśli tylko tego, że poziom 6% PKB to poziom wyraźnie poniżej średniej unijnej, która przekracza obecnie 7% PKB. Wzrost kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia związany jest przede wszystkim ze wzrostem kosztów pracy, wzrostem kosztów energii i innych kosztów ogólnych, na które podmioty ochrony zdrowia mają ograniczony wpływ. A to oznacza, że osiągnięcie 6% PKB wydatków publicznych na ochronę zdrowia nie będzie prowadziło do wyraźnie odczuwalnej poprawy jakości i dostępności usług medycznych w Polsce. Dość powiedzieć, że w ciągu ostatnich lat wzrost kosztów usług medycznych należał do najwyższych.

Na koniec chcielibyśmy jeszcze raz podkreślić, że nie ma w tej chwili zgody społecznej na wyraźną zmianę struktury finansowania ochrony zdrowia. Chodzi nam o istotny wzrost wydatków prywatnych, także w kontekście dyskusji na temat systemu prywatnych ubezpieczeń medycznych. Obok kwestii społecznych ważna jest także interpretacja zapisów konstytucji, która gwarantuje równy dostęp do podstawowej opieki medycznej. Piszący te słowa zwracają uwagę na jeszcze jedno wyzwanie, które pojawiło się w związku z pandemią. Z jednej strony stanowiła ona bezpośredni koszt dla systemu, szacowany przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia na znacznie powyżej 10 mld zł w okresie marzec 2020 – marzec 2021. Z drugiej strony nie realizowano wielu procedur medycznych. Cześć z nich była zakazana decyzjami Ministerstwa. W najbliższym czasie będziemy zatem obserwowali nakładanie się dwóch procesów: realizowania zaległych procedur i realizowania na bieżąco nowych. Będzie to z jednej strony kosztowne, z drugiej trudne organizacyjnie.

Podstawowa antynomia, na którą chcielibyśmy zwrócić uwagę, wiąże się z brakiem zależności między oczekiwaniami społecznymi a gotowością do ponoszenia kosztów związanych z tymi oczekiwaniami w ramach zaspokajania potrzeb w zakresie usług medycznych, czy też szerzej – zdrowia. Społeczeństwo chce zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia, nie godzi się jednak na dodatkowe obciążenie budżetów domowych kosztami związanymi ze wzrostem tych wydatków. Tymczasem innej opcji nie ma. Pytaniem otwartym pozostaje jedynie to, w jaki sposób technicznie uzyska się dodatkowe środki. Czyli w jaki sposób i czy każde gospodarstwo domowe będzie w tym procesie uczestniczyć.

Osobną kwestią jest sytuacja personelu medycznego. Z jednej strony jego zmęczenie, z drugiej rozbudzone wyższymi stawkami „covidowymi” oczekiwania płacowe. Może to prowadzić albo do pogłębienia się problemów kadrowych, albo to powstania znacznie wyższych kosztów osobowych w systemie. Musimy potencjalnie wskazać na ten problem, choć mamy nadzieję, że będzie on marginalny. Pamiętać bowiem należy, że zawody medyczne są zawodami dużej wrażliwości społecznej. Wykonujący te zawody muszą uwzględniać wyjątkowe wyzwania etyczne i nie mogą opierać się tylko na czystej motywacji materialnej i korzystać z nadarzających się okazji do intensyfikacji żądań płacowych. Tym bardziej, że koszty studiów medycznych są wyjątkowo wysokie i nie są one ponoszone przez studentów lub ich udział jest relatywnie niewielki, a ich efektem ma być zbudowanie potencjału do zaspokojenia wyjątkowych, co do swojej zasady, potrzeb społecznych. Tu rodzi się obszar antynomii, sprzeczności między powołaniem a realizacją osobistych aspiracji materialnych.

TOMASZ ZDROJEWSKI
ZUZANNA OPOLSKA

Czego nauczyliśmy się w ostatnich dwóch dekadach?

Ocena zmian, jakie zaszły w polskim systemie ochrony zdrowia w XXI w., a precyzyjniej od reformy w 1999 r., z kilku powodów jest bardzo trudna. Chcąc zrobić to dobrze, kolejne posunięcia należałoby komentować na tle ówczesnych uwarunkowań społecznych, ekonomicznych i politycznych. Cel tego rozdziału jest jednak dużo węższy.

Odnosząc się do zdarzeń, które pamiętamy, chcielibyśmy unaocznic czytelnikowi, jak wnikliwie i starannie należy przygotowywać, a następnie wprowadzać zmiany w ochronie zdrowia, by dobrze rozwiązywać często sprzeczne interesy różnych beneficjentów i interesariuszy, a także redukować typowe dla systemu ochrony zdrowia antynomie. Tym bardziej że reformowanie systemu ochrony zdrowia znacząco utrudniał fakt, że politycy bardzo łatwo ulegali pokusie łatwego wkraczania w kampanie wyborcze ze swoimi często bardzo fragmentarycznymi i nierzadko demagogicznymi postulatami. Racjonalny dialog był również w tym okresie znacznie utrudniony z uwagi na media nastawione na promowanie i wzmacnianie informacji negatywnych. W rezultacie w badaniach projektu „Diagnozy społecznej” prof. Janusza Czapińskiego zdecydowana większość Polaków uważała, że system ochrony zdrowia działa w Polsce źle, ale jednocześnie prawie 80% respondentów wskazywało na pozytywne efekty swojego ostatniego bezpośredniego kontaktu z ochroną zdrowia.

Media i politycy wypromowali też wśród Polaków oczekiwanie na szybką naprawę systemu ochrony zdrowia przy pomocy magicznych decyzji. Takie proste działania w istocie nie istnieją i dobrze ilustruje to na licznych przykładach niniejsza monografia.

Za niskie nakłady na „podstawową wartość”

Za podstawową antynomię można uznać to, że Polacy we wszelkich sondażach jednoznacznie wskazują dobre zdrowie jako podstawową wartość w życiu. W ostatnich dekadach (np. w badaniu CBOS w 2005 r.) dobre zdrowie, obok szczęścia rodzinnego, w zgodnej opinii dorosłych Polaków stanowi niezmiennie najcenniejszy element w naszym życiu, który wartościujemy dwa razy wyżej od udanej pracy zawodowej. Tym-

czasem od samego początku transformacji ustrojowej w latach 90. ubiegłego wieku klasa polityczna zdecydowała o względnie bardzo niskich nakładach na system ochrony zdrowia w porównaniu do innych państw Europy Zachodniej.

Niektórzy eksperci z krajów zachodnich i USA uważają wręcz, że jak na tak niskie finansowanie świadczeń zdrowotnych polski system cechuje wysoka efektywność. Niektórzy eksperci makroekonomiczni odpowiedzialni za ten stan rzeczy mówią *off the record*, że nieduże nakłady na ochronę zdrowia to racjonalna polityka. Przede wszystkim dlatego, że system ochrony zdrowia nieumiejętnie zarządzany potrafi wydatkować wszelkie przekazane na jego rzecz środki. W tym miejscu trzeba przyznać, że szczególnie w pierwszej dekadzie transformacji trudno było mówić o dobrym zarządzaniu i dostatecznej kontroli systemu. Poza tym, jak wskazują niektórzy eksperci, nakłady na inne obszary, m.in. inwestycje w edukację, przynoszą więcej korzyści, a w dłuższej perspektywie w skali całego państwa są po prostu bardziej rentowne. Pokazało to doświadczenie wielu państw – im wyższy jest poziom edukacji społeczeństwa, tym nakłady na medycynę naprawczą stają się relatywnie mniejsze.

Kolejna sprzeczność to brak dobrych i rzetelnych danych do analiz porównawczych, co wynika z niedostatecznego monitorowania spraw dotyczących zdrowia w Polsce. Nie jest to tylko paradoks charakterystyczny dla naszego kraju – Światowa Organizacja Zdrowia w swoich opracowaniach podkreśla, że kraje o niskim i średnim poziomie dochodu narodowego w dużo mniejszym stopniu niż państwa bogate prowadzą analizy dotyczące efektywności kosztowej. Prawda jest taka, że w Polsce nie dysponowaliśmy, w stopniu wystarczającym, narzędziami statystycznymi i modelami, które pozwoliłyby przekonać ministra finansów i premiera do racjonalnych decyzji w pracach nad budżetem państwa w zakresie ochrony zdrowia. Jeden z pierwszych obszarów w zakresie monitorowania i analiz, w którym taki model wypracowano i to jeszcze pod koniec lat 90. ubiegłego wieku, dotyczył refundacji leków. Bardzo ważne dla poprawy sytuacji, chociaż opóźnione w stosunku do potrzeb, było utworzenie Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz specjalistycznych zespołów analitycznych w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia.

Minister zdrowia za „słabym graczem”

Celowo powyżej napisaliśmy, że to minister finansów i premier podejmują kluczowe decyzje w zdrowiu, bo to przecież oni decydują o strukturze finansowania ochrony zdrowia. Warto w tym miejscu wskazać na kolejną sprzeczność wynikającą z faktu, że w kolejnych rządach minister zdrowia był słabym „graczem”, jeśli chodzi o decyzje najważniejsze, czyli wielkość nakładów i ich strukturę. Tymczasem pandemia bardzo szybko pokazała wszystkim, jak wiele różnych obszarów musi on objąć w swoich działaniach i odpowiedzialności w tym: zdrowie publiczne, opiekę zdrowotną, społeczną, bezpieczeństwo obywateli i państwa, edukację i komunikację społeczną, system informacji czy innowacje. Może politycy dojdą w końcu do wniosku, że minister zdrowia realizując i realnie wpływając na działy edukacji, rodziny i opieki społecznej, kultury fizycznej i sportu, komunikacji społecznej, powinien sprawować swój urząd w randze wicepremiera rządu. Z pewnością uzyska dzięki temu większe szanse na dialog i przekonanie ministra finansów do nowych rozwiązań budżetowych.

Klasycznym przykładem zbyt małej roli ministra zdrowia jest opóźnienie przyjęcia przez Polskę dyrektywy Unii Europejskiej z 2014 r. dotyczącej zakazu sprzedaży papierosów mentolowych i z kapsułką smakową. Działania i poglądy kierownictwa resortu zdrowia stały w ostrej opozycji do przedstawicieli ministerstwa rolnictwa, a najpewniej też finansów, biorąc pod uwagę, że Polska była jednym z głównych producentów tych papierosów w Europie. Skarga polskiego rządu wniesiona w 2015 r. na tę dyrektywę wpisywała się niewątpliwie w szereg sporów, które przez lata powstawały w odniesieniu do różnych regulacji stanowiących na szczeblu Unii w przedmiocie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych oraz powiązanych wyrobów na europejskim rynku wewnętrznym. Z jednej strony była ona związana z poważnymi interesami gospodarczymi Polski. Z drugiej miała związek z codziennym życiem milionów obywateli Unii. Za tym wszystkim stało jednak pytanie, a w zasadzie kolejna antynomia systemowa. Jaki zakres działania powinien mieć ustawodawca unijny, by produkty mogły być w obrocie na jednolitych warunkach w całej UE bez pominięcia fundamentalnego celu wysokiego poziomu ochrony zdrowia? W tej konkretnej skardze wniesionej przez Rzeczpospolitą Polską przedstawiliśmy trzy argumenty. Po pierwsze, zdaniem Polski papierosy mentolowe stanowią produkt „tradycyjny”, który jest dla młodych osób mniej atrakcyjny od innych aromatyzowanych wyrobów tytoniowych. Po drugie, nie zostało w sposób obiektywny wykazane, że zakaz papierosów mentolowych prowadzi do tego, że mniej młodych osób skłania się do palenia papierosów. Po trzecie, dyrektywa spowoduje rozkwit czarnego rynku papierosów mentolowych w Europie. Wszystkie wymienione tezy zostały uznane za niewystarczające lub błędne. Ostatecznie zakaz sprzedaży papierosów mentolowych w państwach członkowskich UE wszedł w życie już w 2016 r., ale do 2020 r. obowiązywał okres przejściowy. Dopiero 20 maja 2020 r. papierosy smakowe, w tym papierosy mentolowe i z mentolową kapsułką, a także tytoń smakowy do samodzielnego skręcania papierosów zniknęły ze sprzedaży.

Komisja Europejska stała na słusznym stanowisku, że papierosy powinny mieć smak wyłącznie tytoniu, gdyż dodatkowy, przyjemny smak skłania większą ilość osób, szczególnie młodych, do palenia. Tymczasem według Polskiej Izby Handlu w naszym kraju ze sprzedaży papierosów do budżetu państwa wpływało wtedy rocznie ok. 26 mld zł., z czego 7-9 mld zł stanowiły przychody ze sprzedaży papierosów mentolowych. Cała historia bardzo dobrze ilustruje, jak trudne i złożone z powodu silnych uwarunkowań ekonomicznych są twarde decyzje prozdrowotne, a także dlaczego minister zdrowia z bardzo dobrym warsztatem analitycznym w zakresie zdrowia, spraw społecznych i ekonomicznych powinien być silniejszym niż dotąd partnerem w rządzie RP.

W Polsce od kilku już lat eksperci zdrowia publicznego starają się wskazać, do jakiej katastrofy zdrowotnej prowadzi prawie największy w świecie wzrost spożycia alkoholu rozpoczęty redukcją podatku akcyzowego o 30% w 2003 r. Zanotowano wtedy wzrost spożycia wyrobów spirytusowych o 42% z 2,4 l per capita w 2003 r. do 3,4 l per capita w 2008 r. Wobec obecnego rekordowego spożycia alkoholu w Polsce oraz olbrzymich szkód powodowanych przez alkoholizm niewątpliwie jako eksperci zdrowotni musimy się przygotować na długi proces „dialogu” z ministrem finansów i premierem. Bardzo potrzebne są twarde, mądre i jednocześnie pragmatyczne decyzje dotyczące akcyzy szczególnie na napoje spirytusowe i piwo. Celowo napisaliśmy „pragmatyczne”, bo należy pamiętać o tak podstawowych faktach jak założenia krzywej

Laffera, odnoszącej się do rynku napojów alkoholowych, gdzie coraz większy fiskalizm przyczynia się do powiększenia skali i aktywności szarej strefy. Ekspertsi ekonomiczni od razu podkreślają, że przemysł alkoholowy ma duże znaczenie dla gospodarki państwa, a jego rola w kontekście zasilania budżetu państwa poprzez wpływy z tytułu podatków pośrednich, akcyzy, VAT, opłat koncesyjnych oraz tworzenia miejsc pracy jest nieocenioma. Zapominają jednak, że ze względu na specyfikę produktu nadmierne spożycie alkoholu prowadzi do znacznego wzrostu kosztów społecznych. Nadmierna konsumpcja napojów alkoholowych, ze względu na ich uzależniający charakter, ma obecnie wielkie negatywne skutki, a państwo ponosi odpowiedzialność i koszty walki z uzależnieniami, chorobami, wypadkami i innymi następstwami spożywania alkoholu.

Wyżej przytoczone przykłady konkretnych spraw dotyczące akcyzy, sprzedaży i handlu alkoholem i papierosami w Polsce bardzo dobrze ilustrują różnice w podejściu do tych problemów różnych ministrów w rządzie i tak potrzebnej większej roli niż dotąd ministra zdrowia.

Praca ponad podziałami a realia

Wracając do sprawy zbyt niskich nakładów na zdrowie w Polsce trzeba przyznać, że dialog w tej sprawie pomiędzy ekspertami medycznymi, politykami a społeczeństwem niewątpliwie w ostatniej dekadzie rozwinął się pozytywnie. Aktualnie najbardziej popularna narracja w mediach jest następująca. Dobre zdrowie Polaków, w zgodnej opinii polskich polityków, jest podstawowym elementem naszej racji stanu. W kontraście do tego jednolitego poglądu elit politycznych i społeczeństwa pozostaje niskie finansowanie i niedostateczny stan systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. W statystykach zdrowotnych w Unii Europejskiej zaliczamy się do grupy krajów o prawie najgorszych wskaźnikach:

- zdrowotnych,
- dostępności do świadczeń wysokospecjalistycznych,
- stanu aparatury i infrastruktury.

Chociaż eksperci zewnętrzni podkreślają, że polski system wyróżnia się w krajach UE wysoką efektywnością w relacji nakłady/wskaźniki zdrowotne to wydaje się, że społeczne, zdrowotne, ekonomiczne i polityczne rezerwy dalszego trwania tej sytuacji ulegają wyczerpaniu. Szybkie starzenie się społeczeństwa oraz wzrost kosztów nowych technologii medycznych, a także niezadowolenie relatywnie nisko wynagradzanych pracowników medycznych mogą prowadzić do nieprzewidywanego w skutkach kryzysu. Bardzo dobrym unaocznieniem tego, że poważne zmiany w ochronie zdrowia to prawie zawsze procesy wielowątkowe i wielosektorowe wymagające dobrej komunikacji społecznej oraz wykraczające poza rutynowy okres czteroletniej kadencji rządu, była ambitna reforma z 1999 r. Duże oczekiwania społeczne wyzwolone przez polityków i media z jednej strony, oraz zbyt ambitne, szybko przygotowywane i wprowadzane przez nową kadrę kierowniczą zmiany stały się łakomym i łatwym kąskiem politycznym dla ówczesnej opozycji. W rezultacie krytyki reformy z 1999 r. doszło w 2003 r. do zmiany władzy i „kontreformy” z utworzeniem jednolitego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tutaj nasuwa się bardzo zasadniczy wniosek i wyłania kolejna antynomia. System ochrony zdrowia z uwagi na jego złożoność by był naprawdę efektywny, powinien opierać się na pracach ponad podziałami politycznymi i nie mieć ścisłego związku

z cyklem parlamentarnym i rządowym. Wydaje się jednak, że nie ma co na taki proces liczyć. Politycy wiedząc, jak ważne dla społeczeństwa są problemy zdrowotne, bardzo łatwo ulegają pokusie walki politycznej i atakowania przeciwników w obszarze ochrony zdrowia.

Warto podkreślić, że najbardziej poszkodowani w każdym nieudanym procesie naprawy systemu ochrony zdrowia są zwykle najsłabsi, czyli ludzie najubożsi i chorzy wymagający opieki długoterminowej. A to zwiększa nierówności w zdrowiu, które z kolei są nie tylko niekorzystne społecznie, ale także utrudniają utrzymanie solidaryzmu społecznego w podstawowym ubezpieczeniu zdrowotnym. W niedofinansowanym i niesprawnym systemie pacjenci formalnie i nieformalnie dopłacają w razie zachorowania dużo więcej, niż miałyby to miejsce przy systemie dobrze zorganizowanym i odpowiednio finansowanym. Co więcej, obywatele biedniejsi lub mniej sprawni w poruszaniu się po krętych drogach systemu, pomimo wniesionych opłat, często uzyskują gorszą jakość lub mniejszy zakres świadczenia. Utrudnia to w praktyce stosowanie solidaryzmu jako bardzo ważnej cechy systemu w cywilizowanym świecie.

Proste recepty a antynomie

Każdy, kto chce podjąć działania dla poprawy systemu ochrony zdrowia, musi zdawać sobie sprawę z szeregu antynomii, które napotka. Wynika to m.in. z konieczności połączenia analiz ekonomicznych z normami etycznymi i czynnikami społecznymi oraz z szybko postępujących postępów w technologiach medycznych. Dodatkowym problemem, nierzadko lekceważonym przez polskich polityków o nastawieniu bardziej liberalnym, jest też znaczna asymetria wiedzy pomiędzy świadczeniodawcą a pacjentem. Postulat by w prosty sposób wprowadzić rynkowe rozwiązania i możliwość wyboru, jak w handlu innymi dobrami, jest w tym kontekście, także z powodu możliwych manipulacji i nadużyć po prostu nie do przyjęcia. Asymetria informacji pomiędzy pacjentem i świadczeniodawcą w systemie opieki zdrowotnej jest w sposób oczywisty nieporównanie większa niż na rynku motoryzacyjnym, spożywczym czy obuwniczym. Doświadczenia najbardziej rozwiniętych krajów, o najwyższej kulturze zarządzania systemem ochrony zdrowia i najwyższej kulturze zdrowotnej pacjentów, takich jak Kanada i kraje skandynawskie, pokazują, że nawet w tamtych warunkach, pacjenci nie mają wystarczających kompetencji do dokonywania w pełni samodzielnych wyborów. Dlatego doktrynalne stosowanie zbyt prostych recept takich jak np. hasło „wolny rynek” oznacza realne zagrożenie, a nie możliwość poprawy sytuacji. W sektorze zdrowia pozytywne efekty konkurencyjności usługodawców mogą być wyzwolone tylko w przypadku odpowiedniego systemu regulacji z precyzyjnym standaryzowaniem i obiektywnym wartościowaniem jakości usługodawców.

Zwróciliśmy już uwagę na zasadniczą sprzeczność pomiędzy dużymi oczekiwaniami społeczeństwa, notabene rozbudzonymi przez media, a realnymi możliwościami rządzących i klasy politycznej w ogóle. Tymczasem w procesie poprawy działania systemu ochrony zdrowia nie ma prostych i łatwych rozwiązań. Propagowany przez niektóre środowiska pogląd, że proste liberalne otwarcie rynku usług medycznych spowoduje w pełni samoczynne uregulowanie systemu i jego racjonalne kosztowo funkcjonowanie, jest nie tylko błędnym, ale i niebezpiecznym stereotypem. W Polsce wytworzył się w latach 90. ubiegłego wieku mit „pozytywnego amerykańskiego syste-

mu”, o czym głównie zdecydował najwyższy w świecie potencjał technologiczny części świadczeniodawców w USA. Trzeba jednak pamiętać, że osiągnięto to za pomocą, jak na standardy europejskie, rekordowo wysokich kosztów, nie zapewniając przy tym efektywnego wykorzystania środków. Umożliwienie wolnego wyboru i utworzenie wolnego rynku świadczeniodawców czy ubezpieczycieli, bez odpowiednich regulacji, może wywołać efekty odwrotne do zamierzonych: większe marnotrawstwo środków, gorszą efektywność i pogorszenie zdrowia populacji.

Aktualne problemy w systemach ochrony zdrowia, występujące również w niejednym wysoko rozwiniętym państwie niezależnie od stosowanych rozwiązań, jednoznacznie potwierdzają tezę, że nie ma prostych, takich samych recept na naprawę systemu. Działania naprawcze zgodnie z obowiązującą wiedzą powinny zawierać:

- prawidłową analizę teoretyczną problemu,
- kompleksową ocenę trudności i zagrożeń ekonomicznych, społecznych i politycznych,
- precyzyjny i długofalowy plan wdrażania, stałego monitorowania i reagowania podczas tego procesu.

Żadna grupa polityków, którzy w ostatnich 30 latach kreowali reformy w naszym kraju, nie może wykazać się w zadowalającym zakresie tego rodzaju opracowaniami. Z pewnością najbliższą ich był resort zdrowia kierowany przez prof. Zbigniewa Religę.

Wracając do uwarunkowań ekonomicznych w działaniu systemu ochrony zdrowia, z pewnością nieracjonalne jest utrzymywanie instytucji charakteryzujących się znacznym deficytem odpowiedzialności właścicielskiej i nadzorczej oraz niewydolnych w zakresie powierzonych im zadań. Na pewno rację mają ci eksperci, którzy postulują przestrzeganie zasad ekonomicznych i efektywne wykorzystanie środków, co w rezultacie służy dobru chorych. Jednak, gdy podejmowano takie działania w poprzednich latach, niejednokrotnie byliśmy świadkami utrudnień i kontrakcji silnych graczy na rynku usług medycznych w imię partykularnych interesów różnych grup lub modułów całego systemu.

Uprawnione, także w warunkach polskich, wydaje się twierdzenie, że wprowadzanie konkurencji na rynku usług medycznych jako narzędzia do naprawy systemu może przynieść istotne korzyści, ale warunkiem są dobre regulacje prawne i administracyjne, jak i ich dobre monitorowanie. Dużą redukcję antynomii może przynieść wprowadzenie precyzyjnego systemu klasyfikacji świadczeniodawców i stworzenie im równych szans poprzez referencyjność oraz standaryzowanie, także ocenę zakresu oraz jakości usług. Efektem dodanym będzie wtedy konkurencja przede wszystkim w niemedyce części usług np. hotelowej, biurowej czy poziomie empatii pracowników.

Problemem o podobnym negatywnym znaczeniu jak proste doktrynalne rzucanie hasła o wolnym wyborze w ochronie zdrowia jest obrona przez środowisko lekarskie tradycyjnego pojmowania zawodu lekarza jako zawodu zupełnie „wolnego”. Dla dobra ogółu chorych działania diagnostyczne i terapeutyczne muszą z jednej strony spełniać standardy oparte na nowoczesnych analizach technologii medycznych, a z drugiej strony mieścić się w uwarunkowaniach ekonomicznych systemu.

Reformowanie a komunikacja społeczna

Pisząc o funkcjonowaniu i reformowaniu systemu ochrony zdrowia, warto podkreślić olbrzymie zadania komunikacji społecznej, w tym edukacji społeczeństwa i elit politycznych. Jak pokazały najnowsze doświadczenia pandemii, komunikacja społeczna jest jednym z bardziej zaniedbanych, a z drugiej strony niezwykle potrzebnych modułów systemu. Jednocześnie jest ona nieodzownym warunkiem uzyskania poparcia partii politycznych, ekspertów, społeczeństwa, pracowników systemu ochrony zdrowia i środków masowego przekazu dla naprawy systemu. Niestety, kolejne rządy niekoniecznie wyciągnęły odpowiednie wnioski z doświadczeń z lat 1999-2003. Jak napisaliśmy już wyżej, niektórym błędom reformy z 1999 r., ale także dużym zaniedbaniom w komunikacji społecznej, towarzyszyła nadmiernie krytyczna ocena przez opozycję, a następnie jej upolitycznienie przez „kontrreformę” kolejnego rządu w 2003 r.

Niezadowolone społeczeństwa i pracowników systemu stale wzmacniają jest sposobem relacjonowania zagadnień zdrowotnych przez środki masowego przekazu, które ze swej natury koncentrują się na zjawiskach negatywnych, często jednostkowych i incydentalnych. Elementem redukującym ten proces może być tylko dobrze przygotowana publiczna debata, spełniająca cele edukacyjne i operacyjne w przygotowaniu oraz realizacji procesu naprawy. Niezwykle cenne, jak pokazały przykłady z innych krajów, może być prowadzenie projektów typu *foresight*. Niestety, w ostatnich 15 latach podjęte trzykrotnie przez prof. Michała Kleibera i nasz zespół próby realizacji tego typu projektów w Polsce spełzły na niczym.

Na koniec warto podjąć temat przesłanek ideowych w procesie naprawiania systemu w ubiegłych dekadach w Polsce, gdzie także można napotkać na różne sprzeczności. Wykazaliśmy już, że dużymi błędami w dotychczasowych próbach naprawy systemu było ich nadmierne upolitycznienie. Taki instrumentalny i podporządkowany *de facto* interesom politycznym proces uniemożliwiał na samym początku współpracę ponadpartyjną i budował walkę polityczną zamiast szukania zgody. W konsekwencji zamiast pogłębionych analiz debatę wypełniały chwytliwe hasła. Ciągła i narastająca spirala sporów politycznych w dziedzinie zdrowia pomiędzy rządzącymi a opozycją, zwykle ograniczająca się do haseł kreowanych przez polityków liczących na własne sukcesy polityczne lub niezręcznie wspierana przez różne grupy interesu, w praktyce uniemożliwiała współpracę. Wydaje się, że duża część obecnych kłopotów w funkcjonowaniu systemu wynika z braku pogłębionych analiz teoretycznych wielu ważnych problemów systemu, które można było naprawić właśnie „ponad podziałami”.

Tymczasem, co prawda nieliczne, ale dobre wzory innych krajów pokazują, że tylko mądre „przekierowanie” sporów elit politycznych i polityków zdrowotnych na rozwój umożliwi nam skuteczną rywalizację z innymi krajami, do których w ostatniej dekadzie w zakresie chorób zakaźnych i czynników ryzyka tych chorób wcale nie zmniejszyliśmy dzielącego nas dystansu. Poza tym głębsza analiza obecnej wiedzy, doświadczeń i doktryn zdrowotnych na świecie wyraźnie pokazuje, że pole manewru w konstruowaniu nowoczesnego systemu ochrony zdrowia między solidarnym a liberalnym podejściem uległo dużemu zawężeniu.

Obecnie za nowoczesny system przyjmuje się ten, który tam, gdzie to potrzebne, funkcjonuje „solidarnie” (np. powszechność ubezpieczenia) oraz tam, gdzie to możliwe, „liberalnie” (np. konkurencja na dobrze uregulowanym rynku usług). W obecnych

doktrynach zdrowotnych zarówno w krajach Unii Europejskiej, jak i Stanów Zjednoczonych przeważa opinia o potrzebie powszechności opieki i solidaryzmie w zbieraniu środków. Z drugiej strony zamierzona i dobrze kontrolowana komercjalizacja, a nawet prywatyzacja podmiotów świadczących usługi, ale działających w modelu *non profit*, oraz wprowadzanie ubezpieczeń dodatkowych i alternatywnych mogą wyzwolić w niektórych sektorach systemu szybszą poprawę niż podmioty *stricte* publiczne, pod warunkiem dobrej regulacji konkurencji na rynku. Nowoczesny kapitalizm w ochronie zdrowia mógłby polegać więc na zaplanowanym uruchomieniu dobrze regulowanych mechanizmów rynkowych w celu optymalizacji wydatków i poziomu usług z zachowaniem priorytetu, jakim jest powszechność ubezpieczenia, solidaryzm oraz wynikające stąd bezpieczeństwo zdrowotne i społeczne obywateli.

Aktualnie pierwszorzędnym zadaniem będzie dla rządzących w Polsce przekonanie społeczeństwa, że nie opłaca się płacić zbyt mało na zdrowie, gdyż w końcowym efekcie, w niewydolnym systemie w razie zachorowań swoich i bliskich indywidualne koszty mogą wzrosnąć w dwójnasób. Być może czeka nas przed nadchodzącymi wyborami tradycyjna szermierka na proste populistyczne hasła. Niemniej na obecnym etapie rozwoju systemu ochrony zdrowia nie można wykluczyć rzetelnej dyskusji, czy warto się od tego ubezpieczyć lub zapłacić odpowiednio wyższą składkę lub podatek. Z pewnością trzeba w tym dialogu zapewnić społeczeństwu poczucie adekwatności ponoszonych nakładów i uzyskiwanych korzyści.

Podstawową trudność dla takich odważnych dyskusji stanowią mogą niestety sami obywatele Rzeczypospolitej. Są oni dzisiaj znacznie lepiej wykształceni, ale jednocześnie przywykli do uprzedniej nadmiernie egalitarnej socjalnej polityki i zbyt małej osobistej odpowiedzialności za zdrowie. W tym ostatnim aspekcie zbliżamy się do wyeksponowania jeszcze jednej bardzo ważnej antynomii typowej dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Naturalnym efektem bardzo niskich nakładów na zdrowie publiczne, niedostatecznej edukacji zdrowotnej społeczeństwa i generalnie braku nowoczesnej strategii państwa w celu redukcji liczby zachorowań jest niepotrzebne wydatkowanie wielkich środków na medycynę naprawczą. Polska zalicza się do rekordzistów w Unii Europejskiej, jeśli chodzi o zachorowania i zgony, których można uniknąć. Jak słusznie podkreśliła Rządowa Rada Ludnościowa 6 lat temu antynomia w kompletnie nierównym podejściu do prewencji i medycyny naprawczej trwa w Polsce od początku okresu transformacji i wymaga stanowczej zmiany paradygmatu. Zdecydowanym celem i priorytetem polityki zdrowotnej powinna stać się redukcja liczby zachorowań na choroby układu krążenia i nowotwory.

Z pewnością niewydolny system z np. dużo większą liczbą zachorowań na zawały serca i udary mózgu niż w krajach skandynawskich przyczynia się do znacznej utraty produktywności wśród czynnych zawodowo osób, obciążając tym samym system ubezpieczeń społecznych. Taka utrata zdrowia przez obywateli hamuje rozwój gospodarczy. W tym kontekście minister zdrowia w negocjacjach z ministrem finansów powinien przedstawiać system ochrony zdrowia nie tylko jako beneficjenta, ale także jako współtwórcę dobrobytu państwa.

Podsumowanie

Jedyną drogą do naprawy systemu jest dobre monitorowanie jego działania, uwzględnienie wielu uwarunkowań w tym politycznych, dobra komunikacja społeczna, a przede wszystkim wykorzystanie współczesnej wiedzy i dobrych praktyk w tym zakresie. Tylko taka, być może dla polityków niezbyt atrakcyjna, organiczna praca ma szansę przynieść znaczącą redukcję istniejących antynomii lub zapobiec pojawieniu się nowych. Analiza rozwiązań stosowanych w nowoczesnych państwach Europy i świata, a także doświadczenia polskie ostatnich dekad pokazują, że modelem wartym rekomendowania i spełniającym oczekiwania skuteczności i bezpieczeństwa, a także powszechności i solidarności jest model łączący w sobie cechy systemu budżetowego i ubezpieczeniowego. Dlatego niezbędne jest zapewnienie takich środków na proces naprawy, które będą adekwatne do rangi problemu. W ostatnich latach brakowało, prócz nielicznych, dobrych kompleksowych opracowań w tym zakresie. Wynikało to między innymi z prawie całkowicie społecznego charakteru pracy ekspertów lub stymulowania i wynagradzania ich prac przez konkretne grupy interesu. Niezbędne jest przygotowanie dla zespołów ekspertów profesjonalnych warunków pracy, odpowiedniego zaplecza organizacyjnego i konsultanckiego oraz szybkiego dostępu do danych źródłowych o systemie. Wymienione warunki powinny być konkurencyjne wobec tych proponowanych przez instytucje niepubliczne, gwarantując pozyskanie najlepszych ekspertów i najwyższą jakość proponowanych działań.

Nowa perspektywa rynku zdrowia w Polsce. Dokąd realnie podąża dziś system?

Intensywne reformowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce to proces trwający nieprzerwanie od ponad 20 lat. Skala i zakres podejmowanych w tym czasie inicjatyw jest niezwykle szeroka – obejmuje zagadnienia dotyczące sposobu i warunków finansowania systemu, jego organizacji czy też szkolenia i doskonalenia umiejętności kadr medycznych. Wszystkie te elementy umiejscowione w konkretnym miejscu i czasie decydują o terażniejszości, ale także bliższej i dalszej przyszłości systemu, tego, w jaki sposób zostaną w nim zabezpieczone jakość i bezpieczeństwo usług medycznych, ale również pozostałe korzyści szerokiej grupy jego interesariuszy.

Dziedziny, jakich dotyczą prowadzone dziś reformy rynku zdrowia w Polsce, składają do poważnej refleksji nie tylko nad ich jakością, ale także skutkami dla przyszłości tego, w jaki sposób obecne decyzje będą określać, w tym także limitować, kierunki przyszłych zmian. System ochrony zdrowia, o czym warto pamiętać, również podlega obowiązującej w biznesie regule stanowiącej, że aktualnie nim zarządzający muszą wykupywać się z decyzji swoich poprzedników. Oznacza to ni mniej, ni więcej, że nic z tego, co dziś podjęte w trybie działań usprawniających funkcjonowanie systemu, nie pozostanie bez znaczenia dla kierunków i skali przyszłych decyzji go reformujących. Każde niemal rozstrzygnięcie pociąga bowiem za sobą skutki organizacyjne i finansowe, te z kolei bezpośrednio oddziałują na ład panujący na rynku zdrowia definiowany m.in. poprzez skalę udziału w nim podmiotów konkurujących o dostępne zasoby.

Aktualne zróżnicowanie rynku zdrowia w Polsce, widoczne choćby przez pryzmat struktury właścicielskiej podmiotów leczniczych, determinuje nie tylko ich cele i sposób prowadzenia biznesu, ale także możliwości państwa w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Środki finansowe, które w ostatnich dwóch latach dodatkowo zasiły krajowy system ochrony zdrowia, zwiększyły możliwości decydentów w kreowaniu rzeczywistości rynku, a przy okazji siłę ich oddziaływania na jego przyszłość. Co warto podkreślić, zjawisko to zostanie podtrzymane jeszcze przez co najmniej pięć lat w związku z zapisami ustawy zwiększającej nakłady na ochronę zdrowia do 6% PKB. Stąd nie powinna umknąć publicznej uwadze informacja nt. zachodzących obecnie zmian organizacji i struktury rynku zdrowia w Polsce. Tym bardziej, że formułujący się na naszych oczach nowy ład może istotnie zmienić ukształtowane przez ostatnie dziesięciolecie reguły określające sposób i warunki zabezpieczenia potrzeb większości interesariuszy systemu.

W poszukiwaniu panaceum na przewlekłą niewydolność system ochrony zdrowia

Mysząc o systemie ochrony zdrowia (SOZ), sposobach jego organizacji i zarządzania, odpowiedzialnie można stwierdzić, że nie ma jednej, uniwersalnej recepty, za pomocą której można poprawić skuteczność i efektywność jego funkcjonowania. Złożoność materii powodowana wielkością możliwości finansowych państwa, oczekiwaniami obywateli, dostępnością do zasobów naukowych i technologicznych, poziomem kompetencji zawodowych kadry medycznej i zarządzającej, których wiedza i doświadczenie są w możliwie najlepszy sposób wykorzystywane, to tylko niektóre czynniki decydujące o skali wyzwania. Nie bez znaczenia są także nasze – narodowe uwarunkowania społeczne i kulturowe kształtowane choćby powszechną od kilku pokoleń dostępnością do SOZ finansowanego z danin pobieranych przez państwo w ramach umowy zbiorowej solidarności społecznej.

Z uniwersalną, do tego sprawdzającą się w skali globalnej receptą na sprawnie działający SOZ jest jak z jednolitą teorią pola w fizyce. Wszelkie próby jej opracowania, znalezienia wspólnego mianownika dla wielkiej liczby zmiennych i procesów są póki co skazane na niepowodzenie. Podobnie, każda zmiana w SOZ, o ile oczekujemy jej dobrych, trwałych efektów, powinna obejmować plan rozłożonych w czasie, często wykraczających poza powszechnie rozumiane kompetencje resortu ochrony zdrowia, reform. Z kolei dekada, jak pokazują doświadczenia państw skandynawskich, to najbardziej realny czas na przeprowadzenie zmian, które zarówno w odbiorze społecznym, jak i potrzeb państwa gwarantują uznanie oraz pojawienie się wymiernych korzyści społecznych i gospodarczych. Przywołane fakty pokazują dobitnie, że tryb oraz zakres reform koniecznych do wprowadzenia w ramach kompletnej przebudowy SOZ wymaga wyjęcia spraw z nią związanych z obszaru sporu politycznego, osiągnięcia porozumienia ponad podziałami, uznania wreszcie, że obszar zdrowia – fundament bezpieczeństwa każdego Polaka – powinien być uwolniony od kalkulacji politycznych, w tym także wynikających ze skutków działania wyborczego wahadła demokracji.

Laureat nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii Milton Friedman twierdził: „tylko kryzys może przyczynić się do prawdziwej zmiany”, a „podejmowane działania uzależnione są od idei, do których w danym momencie można sięgnąć”. Wydaje się, że nic tak trafnie i precyzyjnie jak przytoczona teza nie opisuje istoty refleksji, jaka dziś powinna być udziałem gremiów uczestniczących w reformowaniu SOZ w Polsce. Zgodnie z danymi zamieszczonymi w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia OECD z 2018 r. Polska znajduje się na 25. miejscu spośród 28 notowanych w rankingu krajów. Już choćby ten przykład pokazuje, że coś, czego najbardziej aktualnie potrzebujemy, to precyzyjnie określona strategia zawierająca spójny zespół celów służących jej realizacji, definiowana z punktu widzenia podmiotu, którym są obywatele, nakierowana jednocześnie na zaspokajanie ich potrzeb jako tych, którzy mają największy wkład w budowę społeczeństwa i państwa. W każdym innym przypadku pozbawiamy się szans na osiągnięcie radykalnej poprawy innowacyjności i dostępności do SOZ, a także jakości i bezpieczeństwa udzielanych w nim usług – świadczeń.

Niestety, żadna z dotychczasowych inicjatyw podążających w stronę zmiany rzeczywistości rynku zdrowia w Polsce nie wychodziła od tak kompleksowego ujęcia

wizji, celów i zamierzeń. Dążenia kolejnych twórców reform osiągały poziom kompleksowości odpowiadający co najwyżej programowi naprawczemu w miejsce oczekiwanej ambitnej zmiany mającej zdolność wpływania na wiele obszarów życia społecznego, dostarczającej państwu i gospodarce efektów o charakterze mnożnikowym. Uwagę poświęcano m.in. ograniczaniu kosztów działalności szpitali w drodze ich restrukturyzacji czy też poszukiwaniu sposobów uzyskania przez podmioty lecznicze dodatkowych przychodów ze sprzedaży usług zdrowotnych na wolnym rynku. Zapomiano przy tym o fundamentalnej prawdzie, że ochrona zdrowia nie jest wyłącznie kosztem, ale także kołem zamachowym gospodarki. Do tego, żeby efektywnie wykorzystać jej potencjał, należy uporządkować aktywa, procesy i umiejętności w zrozumiałych łańcuchach wartości SOZ – przypisać jego poszczególnym ogniwom odpowiednie miejsce i priorytety. Budować model zintegrowany zarówno wstecz, jak i do przodu – zabezpieczający potrzeby medyczne lokalnego rynku, minimalizujący zakłócenia i niepewność, a także pozwalający zachować wszystkie marże.

Każda systemowa zmiana wymaga konsekwencji w działaniu. Zatrzymanie się oznacza regres

Zmiana struktury właścicielskiej szpitali to jeden z pierwszych, najdłużej stosowany w praktyce sposób poprawy efektywności i skuteczności funkcjonowania SOZ w Polsce. Na podstawie przepisów ustaw z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz z 2011 r. o działalności leczniczej dokonano przekształcenia w spółki prawa handlowego 183 szpitali. Efekty tych działań były wielokrotnie podsumowywane, a najbardziej kompletnej oceny dokonała w 2014 r. Najwyższa Izba Kontroli (NIK)¹. Z ustaleń kontrolerów Izby wynikało, że rezultaty przeprowadzonych zmian „stabilizujących SOZ” daleko odbiegały od oczekiwań ich twórców, zwolenników i samych realizatorów. Brak wpływu zmiany struktury właścicielskiej na ilość udzielanych świadczeń, niedostatki w dziedzinie kontroli kosztów, mało znaczące zmiany struktury przychodów czy wreszcie ograniczony zakres udzielanych świadczeń komercyjnych oraz uchybienia w obszarze kontroli epidemiologicznej szpitali to najpoważniejsze w opinii autorów raportu nieprawidłowości wysuwane pod adresem placówek funkcjonujących w formie spółek kapitałowych prawa handlowego. Nie powinien więc budzić zdziwienia fakt, że jedno z zaleceń raportu NIK skierowane do Ministra Zdrowia dotyczyło prowadzenia dalszej przebudowy systemu i stworzenia mechanizmów realnej konkurencji pomiędzy spółkami o środki publiczne w oparciu o jakość i efekty świadczonych usług.

Adekwatną odpowiedzią na uwagi wyrażone we wnioskach i zaleceniach NIK była uchwalona w 2017 r. ustawa o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli tzw. sieci szpitali. Wprowadzone nią regulacje były pierwszymi, które w sposób systemowy porządkowały rynek ochrony zdrowia, zwłaszcza w części odpowiedzialnej za jego dotychczasową nadmierną fragmentaryzację i decentralizację świadczeniodawców. Jedną z przesłanek budowy systemu sieci było

¹ Najwyższa Izba Kontroli, *Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe*, 2 marca 2015, [dokument elektroniczny] <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8411,vp,10488.pdf> [dostęp: 12.01.2020].

ograniczenie coraz bardziej wyniszczającego świadczeniodawców zjawiska konkurowania o zasoby. Twórcy ustawy wyszli ze słusznego poniekąd założenia, że fundamentem naprawy SOZ powinno być zapewnienie ciągłości i dostępności leczenia przez podmioty lecznicze dysponujące odpowiednimi zasobami oraz zdolnościami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zdefiniowanego standardu niezbędności i jakości. Wprowadzenie nowego podziału umów płatnika ze szpitalami, uelastycznienie sposobów realizacji i rozliczania świadczeń poprzez nadanie większych uprawnień dyrektorom podmiotów leczniczych pozwoliło placówkom bezkosztowo zracjonalizować wykorzystanie posiadanych aktywów poprawiając w rezultacie ich dostępność świadczeniobiorcom. Dodatkowo, ustanowione siedem poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń po raz pierwszy wprowadziło formalnie określoną strukturę referencyjną szpitali definiującą miejsce placówek w systemie poprzez m.in. stawiane im wymagania kompetencyjne, kierunki rozwoju, a co za tym idzie wprost – zdefiniowany zakres odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów.

Przeprowadzone na początku 2018 r. zmiany personalne w Ministerstwie Zdrowia doprowadziły do odejścia z resortu kluczowych osób odpowiedzialnych za projekt sieci szpitali. W rezultacie zamiast wzmocnić i rozwijać rozwiązania, które zostały zasygnalizowane w przepisach ustawy, sieć uśpiono na etapie pierwszego kwartału jej funkcjonowania. W miejsce sieciowych rozwiązań systemowych została wdrożona nowa praktyka – następujących po sobie zmian legislacyjnych, których efektem był pozaplanowy wzrost wydatków podmiotów leczniczych. Wzrost wynagrodzenia zasadniczego czy też płac personelu medycznego, choć zasadny, nie szedł w parze ze wzrostem wyceny świadczeń przez NFZ. Spowodowane tym pogorszenie płynności finansowej szpitali w powszechnym odbiorze było niestety kojarzone jako skutek wprowadzonych ustawą siecią rozwiązań, które tak naprawdę, nie mając dostatecznego uznania nowego kierownictwa resortu, stosowano w bardzo ograniczonym zakresie. W rzeczywistości bowiem regulacje PSZ miały na celu wyznaczenie kierunków, ram reformy SOZ, stąd ocena potencjału ustawy nie miała znaczenia dla sprawności prowadzenia w nim procesów naprawczych. Wiązanie jej bezpośrednio z odpowiedzialnością za skutki doraźnych działań operacyjnych było i jest w rzeczywistości sposobem ucieczki organów założycielskich przed wzięciem odpowiedzialności za reformę systemu, która co nieuniknione będzie się także wiązała z niepopularnymi decyzjami reorganizacyjnymi dotyczącymi samych lecznic – nie tylko zakresu ich działalności, ale również przyszłości co do istnienia.

Obowiązujące prawo a praktyka działania, czyli awers i rewers rzeczywistości krajowego rynku zdrowia

Narastające od kilkunastu lat problemy związane z organizacją rynku zdrowia w Polsce sukcesywnie budowały w społeczeństwie świadomość konieczności dokonania radykalnych zmian poprawiających skuteczność i efektywność jego funkcjonowania. Co niezwykle ważne i znamienne z punktu widzenia poziomu dojrzałości debaty publicznej osią narracji od kilku lat nie jest już tylko wielkość nakładów na ochronę zdrowia, ale także sposoby racjonalnego, tak w ujęciu ekonomicznym, jak i potrzeb społecznych, nimi zarządzania. Powszechnie uznanym stał się kontekst opracowania i konsekwentnej realizacji strategii rozwoju SOZ obejmującej politykę społeczną, zdrowie publiczne,

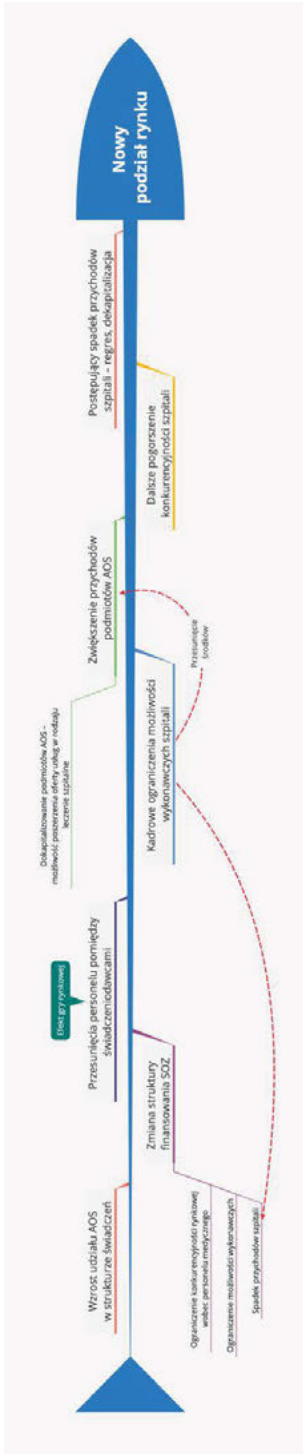
a także postęp i rozwój technologiczny. Wagę i znaczenie determinacji w przeprowadzeniu obecnej zmiany doskonale obrazuje sposób podejścia do poprawy efektywności zarządzania podmiotami leczniczymi. Koncentracja geograficzna i funkcjonalna placówek, optymalne wykorzystanie kadry medycznej, przeprofilowanie działalności usługowej w drodze przesunięcia świadczeń z opieki szpitalnej do ambulatoryjnej czy też zmiany obejmujące strukturę właścicielską podmiotów to tylko niektóre z najczęściej podnoszonych kierunków reform.

Rzeczywistość społeczno-polityczna nie znosi jednak próżni, stąd „uśpione” systemowe reformy sieciowe zastąpiły działania z gruntu doraźne, w większości przypadków będące bezpośrednią odpowiedzią resortu zdrowia na bieżące problemy rynku. W rezultacie, w drodze ręcznego sterowania doszliśmy do etapu serii następujących po sobie zmian – tymczasowych regulacji, których większość pomimo doraźnego charakteru w różnym stopniu definiowała, wręcz wymuszała przyszłość kierunków reform systemu. Przyjęta metodyka regulacji płac w ochronie zdrowia tak w kontekście jej wielkości, struktury, jak i źródeł pochodzenia środków finansowych, czy też przeniesienie kolejnych świadczeń do zakresów nielimitowanych są przykładami decyzji poważnie naruszających równowagę systemu za cenę pozornej poprawy jego dostępności. Większa liczba badań i konsultacji bez połączenia wolumenu ich wykonania z rozwiązaniami kompleksowymi (koordynowanymi w ramach zakresów świadczeń i/lub rodzajów umów) nie jest w stanie zagwarantować poziomu korzyści zdrowotnych adekwatnych do wielkości i kosztu zaangażowanych zasobów. Doskonale widać to na przykładzie skutków ww. zmian, jakimi w pierwszej kolejności był ożywiony popyt na specjalistów, a w konsekwencji skokowy wzrost kosztów osobowych tak w cenie procedur, jak i całościowego funkcjonowania systemu.

Podobnie rzecz się ma z systemem wynagradzania pracowników ochrony zdrowia, który po zastosowaniu w trybie arbitralnym ministerialnych regulacji przestał tak naprawdę funkcjonować w ustrukturalizowanej formie. W aktualnie narzuconych pracodawcom rozwiązaniach skutecznie pomieszano obszary kompetencji i odpowiedzialności kluczowych uczestników – interesariuszy systemu. Zarówno sposób finansowania wynagrodzeń – bezpośrednio z funduszy przeznaczonych na zakup świadczeń opieki zdrowotnej, jak i wybiórcze, w miejsce systemowego – dedykowane pojedynczym grupom zawodowym – kształtowanie siatki płac pracowników ochrony zdrowia trwale zmieniły ich relacje i obieg pieniądza w systemie, wyzwalając przy okazji inne związane z tym aberracje. W tym kontekście na szczególną uwagę zasługują ograniczenie wpływu dyrektorów podmiotów leczniczych na prowadzenie skutecznej polityki wynagrodzeń oraz separacja wysokości ponoszonych kosztów osobowych od wartości realizowanych przez szpitale świadczeń zdrowotnych. Obie okoliczności w praktyce zredukowały możliwości stosowania standardów dobrego zarządzania, podkopały fundamenty efektywności i konkurencyjności funkcjonujących w tak ukształtowanych warunkach placówek medycznych.

Pojawiła się też nowa, do tej pory nieznaną, przynajmniej z punktu widzenia skali zjawiska, sytuacja. Uprzywilejowana pozycja pracowników ochrony zdrowia w relacjach z pracodawcami, spowodowana z jednej strony ograniczoną dostępnością, a przez to zwiększonym popytem na ich usługi, z drugiej natomiast otwartością publicznego i niepublicznego rynku pracy na korzystanie i opłacenie tych usług. Wyzwolona w tych warunkach konkurencyjność pomiędzy podmiotami sytuuje pracowników w komfor-

Rycina 1. Przepływy finansowe oraz zmiany właścicielskie na rynku ochrony zdrowia w Polsce. Prognoza przepływu kapitału oraz wizja kierunków formowania nowego ładu.



towej centralnej pozycji negocjacyjnej, pozwalającej im zabiegać o coraz wyższe stawki wynagrodzenia u rywalizujących o personel świadczeniodawców instytucjonalnych. Skutkiem wskazanych uwarunkowań jest zanegowanie zdolności rynku do samoregulacji płac oraz ich niekontrolowany wzrost będący wypadkową oczekiwań finansowych pracowników, a także słabości negocjacyjnej konkurujących ze sobą pracodawców.

To jedno z wielu przykładów inżynierii finansowej poważnych rozmiarów, jaka na przestrzeni ostatnich dwóch lat miała miejsce w SOZ, a która w przyszłości może mieć poważne reperkusje dla sposobu i warunków jego funkcjonowania. Co więcej, spodziewane skutki jej stosowania znacząco odbiegają od publicznych deklaracji dotyczących kierunków zmian właścicielskich runku zdrowia w Polsce.

Osią, wokół której może dojść do zawiązania się nowego ładu w SOZ, są funkcjonujące dziś na rynku obszary opieki medycznej zdominowane przez podmioty niepubliczne, których udział w wolumenie sprzedaży świadczeń wynosi odpowiednio: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – 78%, podstawowa opieka zdrowotna – 96%, medycyna pracy – 80%. Jednak żeby do tego doszło, musi za tym pójść odpowiednie wsparcie finansowe. I tak też się stało. Wprowadzenie nie-limitowanych zakresów świadczeń – najpierw w diagnostyce radiologicznej, później w popularnych dziedzinach AOS (ortopedia, kardiologia, neurologia, endokrynologia), podobnie jak uruchomienie programu badań profilaktycznych „Profilaktyka Plus”, którego zasadniczym miejscem realizacji mają być placówki zdominowane przez sektor niepubliczny, są na tyle poważną zmianą w strukturze przepływów finansowych usług medycznych – ok. 3,5 mld złotych rocznie, że nietrudno sobie wyobrazić, jakie mogą być tego dalsze skutki (ryc. 1).

Tym bardziej, że cała operacja została zaplanowana i przeprowadzona w warunkach ograniczonego użycia narzędzi osłonowych dostępnych w zapisach ustawy sieciowej, jakie można, a wręcz należało zastosować wobec podmiotów publicznych. Wolny rynek, otwarta konkurencja w ochro-

nie zdrowia z perspektywy interesów państwa i obywateli nie zawsze gwarantują osiągnięcie najlepszych rezultatów. Zadaniem regulatora systemu jest dochowanie dbałości, by struktura rynku i wynikające z niej przepływ finansowe pozwoliły rządzącym realizować fundamentalne cele związane z zapewnieniem trwałego, wolnego od zakłóceń bytu i rozwoju narodowego. Pandemia koronawirusa dowiodła, że oparcie rynku zdrowia na segmentach publicznym i niepublicznym obliuguje do wdrożenia dodatkowych regulacji, dzięki którym systemy te będą się wspierać i uzupełniać, a nie, jak ma to miejsce dziś, głównie ze sobą konkurować. Obecny kryzys pokazał, z jak wielkim ryzykiem wiąże się ograniczenie kontroli państwa nad działalnością poszczególnych segmentów rynku zdrowia. Zawęża nie tylko wachlarz możliwych do zastosowania scenariuszy strategii walki z kryzysem, ale także odpowiada za szereg błędów natury organizacyjnej rzutujących na dostępność i jakość opieki medycznej. Utworzenie szpitali jednoimiennych jako elementu scentralizowanego modelu przeciwdziałania koronakryzysowi doskonale definiuje sytuację wymuszonego wyboru, przed jakim został postawiony polski rząd, dysponując ograniczonymi możliwościami zapewnienia chorym podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki medycznej. W rezultacie zarzucono wdrożenie rozproszonego modelu opieki, którego wartością dodaną było daleko bardziej racjonalne i efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych SOZ, elastyczność w reagowaniu na pojawiające się w przebiegu pandemii potrzeby medyczne oraz zachowanie dostępności do większości zakresów świadczeń opieki zdrowotnej. Przykład ten skłania więc do refleksji, na ile racjonalne i bezpieczne z punktu widzenia interesów państwa jest tolerowanie dzisiejszego dualizmu rzeczywistości rynku zdrowia z jego dwoma bytami – aktywnym publicznym oraz cichym i wycofanym, przynajmniej w warunkach kryzysu i zagrożenia, systemem placówek prywatnych.

Stąd otwartym i na dziś kluczowym pozostaje pytanie: na ile uświadomionymi są odległe skutki dzisiejszych decyzji organizacyjnych i finansowych zachodzących na krajowym rynku ochrony zdrowia. Czy mamy do czynienia z przypadkową koincydencją zdarzeń, czy może na naszych oczach dokonuje się powolna przebudowa systemu, która w nieodległej przyszłości, w procesie polityki faktów dokonanych, stanie się filarem dla jego ostatecznej formy? Ta z kolei, jak pokazuje zaprezentowana analiza, niekoniecznie musi odpowiadać dzisiejszym wyobrażeniom i oczekiwaniom większości interesariuszy systemu opartego m.in. na fundamencie powszechności i daleko posuniętego egalitaryzmu.

Czas więc powrócić do zapisów ustawy o sieci szpitali, przywołać jej ducha będącego podstawą systemowych zmian w ochronie zdrowia. Odrzucić pokusę ręcznego sterowania systemem jako rutynowego sposobu odpowiedzi na doraźnie pojawiające się w nim problemy. A w jego miejsce wprowadzić właściwy parytet w sposobie finansowania głównych pozycji kosztów planu finansowego NFZ, odtworzyć warunki do stosowania jasnych i czytelnych reguł zarządzania w podmiotach leczniczych oraz uporządkować rynek pracy, odbudowując zakłócone dziś relacje pomiędzy pracownikami medycznymi a pracodawcami.

PIOTR RUTKOWSKI
SŁAWOMIR GADOMSKI
JOANNA DIDKOWSKA
PIOTR CZAUDERNA

Antynomie w onkologii – analiza Narodowej Strategii Onkologicznej

Antynomia 1 – zachorowalność na nowotwory w Polsce wzrasta, ale maleje umieralność

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny i ekonomiczny w polskim społeczeństwie. Polska ze względu na intensywny przebieg przemian społeczno-gospodarczych doświadcza z jednej strony korzyści wynikających z rozwoju cywilizacyjnego, do których niewątpliwie możemy zaliczyć wydłużenie życia, ale z drugiej strony obserwujemy wzrost zachorowań na niektóre choroby, w tym cukrzycę, otyłość oraz nowotwory. Planując strategiczne cele systemu ochrony zdrowia, należy uwzględnić powyższe tendencje. Wynikają one zarówno ze starzenia się ludności Polski (70% zachorowań na nowotwory u mężczyzn i 60% u kobiet występuje po 60. r. ż.), jak i z nasilonego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, w tym związane ze stylem życia Polaków (palenie papierosów, spożywanie alkoholu, nieodpowiednia dieta, brak ruchu). Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w ciągu ostatnich trzech dekad wzrosła ponad dwukrotnie, a prognozy wskazują, że w ciągu najbliższych 5 lat liczba pacjentów onkologicznych może wzrosnąć o kolejne 15%, zaś w perspektywie 10 lat o 28% [4]. Według prognoz Krajowego Rejestru Nowotworów w 2026 r. należy spodziewać się około 190 tys. zachorowań rocznie.

Nowotwory są w Polsce drugą najczęstszą przyczyną zgonów po chorobach układu krążenia, powodując 27% zgonów mężczyzn oraz 24% zgonów u kobiet. Standaryzowana (ważona) zachorowalność na nowotwory złośliwe u kobiet i mężczyzn rośnie w Polsce od rozpoczęcia jej systematycznej rejestracji. Z kolei standaryzowana umieralność na nowotwory złośliwe jest obecnie u obu płci niższa niż w latach 90. oraz w pierwszej dekadzie obecnego wieku, co nadal nie jest informacją przyswojoną przez ogół społeczeństwa. Z drugiej strony choroby nowotworowe znajdują się na pierwszym miejscu w rankingu obciążenia społeczeństwa chorobami w Polsce, a ich realne koszty społeczne są około 2,5 razy większe niż bezpośrednie koszty opieki zdrowotnej [7].

Straty gospodarcze (koszty pośrednie) są nawet 4-krotnie większe niż wydatki bezpośrednio Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i sięgają 0,6% PKB. Według danych z 2016 r. standaryzowany współczynnik zgonów dla Polski, pozwalający na porównanie z innymi krajami bez względu na różnice w strukturze wieku populacji tych krajów, wyniósł 193,8/100 tys., podczas gdy średnia dla 27 krajów Unii Europejskiej, wynosiła 164,6/100 tys. [9]. Skalę problemu chorób nowotworowych w polskim społeczeństwie określają: liczba nowych zachorowań na nowotwory, liczba zgonów wywołanych tymi chorobami, a także liczba osób żyjących z chorobą nowotworową. W 2017 r. zarejestrowano w Polsce 164 875 przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe, w tym 82 450 zachorowań wśród mężczyzn oraz 82 425 zachorowań wśród kobiet [3]. Na te liczby nakłada się populacja około 1 mln polskich obywateli żyjących z chorobą nowotworową lub trwale z niej wyleczonych.

Antynomia 2 – wskaźniki przeżyć w Polsce są wyższe niż wynikałoby to z nakładów na onkologię

Niestety, nadal niezadowalające są wskaźniki przeżyć 5-letnich ogółem – wartości osiągnięte w Polsce dzieli znaczny dystans od wyników europejskich (42,7 pp. dla obu płci w Polsce wobec 54,6 pp. średnia dla Europy) [2]. Dla polskich pacjentów wskaźniki przeżyć 5-letnich w przypadku niektórych nowotworów są średnio niższe o 10-25 pp. (np. w przypadku raka piersi czy gruczołu krokowego). Skuteczność leczenia chorych na nowotwory w Polsce mierzona wskaźnikiem przeżyć netto¹ wskazuje również na istotne zróżnicowanie regionalne. Dla przykładu, w okresie 2010-2014 współczynnik 5-letnich przeżyć netto chorych na nowotwory złośliwe piersi wahał się od 70% w województwie podkarpackim do 80% w województwie mazowieckim, zaś na nowotwory złośliwe odbytnicy od 43% w województwie opolskim do 54% w województwie mazowieckim. Nierówności zdrowotne determinują: płeć, miejsce zamieszkania (województwo oraz wielkości miejscowości zamieszkania), a także poziom wykształcenia i wiek [1].

Koszty leczenia onkologicznego należą do największych i najszybciej rosnących kategorii wydatków zdrowotnych. Wydatki na onkologię stanowią zaledwie 6% wszystkich wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia w Polsce, podczas gdy w innych krajach unijnych sięgają 8%; niezbędne wydaje się więc, przynajmniej odsetkowe, zrównanie wydatków na onkologię w Polsce ze średnią Unii Europejskiej. Powyższe dane nie odzwierciedlają jednak nakładów finansowych na polską onkologię, gdyż te mierzone w liczbach bezwzględnych generują jeszcze większą dysproporcję wydatków i kolejne źródło antynomii. Uwzględniając dodatkowo poziom PKB i kwotę wydatków na onkologię w Polsce, nasz kraj plasuje się bardzo nisko w rankingu – dla przykładu jeszcze w 2011 r. wydatki per capita w euro na onkologię w Polsce wynosiły 42 euro rocznie, zaś w Czechach – 85 euro, a we Francji – 156 euro. W naszej opinii jest to geneza pierwszej antynomii w opiece onkologicznej w Polsce. Ostatnie działania rządu

¹ Standaryzowany wskaźnik względnych przeżyć netto reprezentuje skumulowane prawdopodobieństwo przeżycia 5 lub więcej lat przy założeniu, że jedyną przyczyną zgonu będzie choroba nowotworowa.

RP idą w kierunku poprawy ww. sytuacji, zgodnie z celami wytyczonymi w Narodowej Strategii Onkologicznej, i wskutek tego nakłady na onkologię ulegają bardzo istotnemu zwiększeniu. Jednak, nawet przy przeznaczeniu na onkologię 10-12% budżetu NFZ, nie osiągnęłyby one poziomu odpowiadającego stopniowi, w jakim choroby nowotworowe są odpowiedzialne za zgony w polskiej populacji (25% zgonów), tak więc dysproporcja nakładów w stosunku do szkód społecznych i zdrowotnych pozostaje olbrzymia. Biorąc pod uwagę generalnie niedostateczne nakłady na opiekę onkologiczną ponoszone przez państwo w relacji do PKB, można wysnuć paradoksalną tezę, iż wskaźniki 5-letnich przeżyć w nowotworach są w Polsce wyższe niż można byłoby się spodziewać. Niestety, tak długo, jak długo nie zostaną podniesione nakłady na onkologię, nie należy oczekiwać poprawy wyników leczenia w okresie krótko- i długoterminowym. Prowadzona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia nowa taryfikacja świadczeń w onkologii jest niewątpliwie krokiem we właściwym kierunku. Wycena świadczeń, szczególnie zabiegowych w chirurgii onkologicznej, w Polsce jest 5-10-razy niższa niż stawki wypłacane za tę samą procedurę nie tylko w Niemczech, ale nawet w Czechach, co jaskrawie ujawniło się po wejściu w życie zapisów Dyrektywy UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Analiza prowadzona przez AOTMiT obejmuje najistotniejsze obszary świadczeń onkologicznych, wymagające pilnej rewizji i ponownej wyceny, w tym z zakresu: diagnostyki onkologicznej – pakietu onkologicznej diagnostyki ambulatoryjnej, kosztów leczenia chirurgicznego i radioterapii oraz wyceny hospitalizacji do chemioterapii i radioterapii, a także świadczeń towarzyszących leczeniu pacjentów z chorobą nowotworową, w tym związanych z leczeniem powikłań. Zaproponowano również nowatorski model finansowania diagnostyki patomorfologicznej nowotworów, promujący jakość i nowoczesność diagnostyki oraz umożliwiający pokrycie wyższych kosztów z nią związanych.

Antynomia 3 – mimo starzenia się kadry brak jest zainteresowania onkologią

Problemem, który jest niewystarczająco wyartykułowany, jest znaczący niedobór kadr w onkologii, tym bardziej iż dotychczasowe zwiększenie liczby specjalistów jak dotąd nie rekompensuje rosnącej liczby pacjentów onkologicznych. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL), na koniec czerwca 2018 r., w Polsce zarejestrowanych było 842 chirurgów onkologów, z czego 826 wykonywało zawód. W bazie NIL zarejestrowanych było ponadto: 909 onkologów klinicznych, 254 ginekologów onkologicznych, 208 specjalistów w dziedzinie onkologia i hematologia dziecięca oraz 632 patomorfologów. Z 657 zarejestrowanych radioterapeutów onkologicznych zawód wykonywało 612 lekarzy. Wysoka średnia wieku pracowników medycznych stwarza dodatkowe problemy. Niestety, pomimo niezmiernych potrzeb zdrowotnych oraz uznania specjalizacji onkologicznych za specjalizacje priorytetowe, nie wzbudzają one istotnego zainteresowania przyszłych rezydentów przy wyborze etatów. Być może wynika to z braku właściwej prezentacji dziedzin onkologicznych podczas studiów medycznych.

Antynomia 4 – Wypieranie przez społeczeństwo rzeczywistych przyczyn zachorowań na nowotwory i przypisywanie roli sprawczej jedynie genetyce

Kolejną antynomią w onkologii w Polsce jest utrzymująca się niska świadomość społeczna dotycząca przyczyn zachorowań na nowotwory złośliwe. Według danych WHO około 50% zgonów z powodu nowotworów można zapobiec. Obserwacje skutków migracji grup społecznych lub grup etnicznych różniących się stylem życia wskazują, że ponad 80% zachorowań na nowotwory złośliwe w krajach zachodnich można przypisać szeroko pojętym czynnikom środowiskowym. Należą do nich przede wszystkim związki rakotwórcze zawarte w dymie tytoniowym (aktywne palenie), ale także: nawyki żywieniowe, styl życia, jak i inne zachowania społeczno-kulturowe. Wprawdzie nie określono jeszcze wszystkich możliwych do uniknięcia przyczyn nowotworów, to jednak już obecnie dla około połowy zachorowań można wskazać czynniki ryzyka. Profilaktyka pierwotna nowotworów złośliwych opiera się więc na identyfikacji takich czynników ryzyka choroby nowotworowej, co do których rola w etiologii tej choroby została dostatecznie udokumentowana badaniami epidemiologicznymi, a jednocześnie możliwa jest modyfikacja zachowań społecznych w ich zakresie. Wyeliminowanie tych czynników lub zmniejszenie narażenia na nie powinno zatem skutkować spadkiem zachorowalności na nowotwory. W Polsce działania związane z profilaktyką pierwotną nowotworów powinny uwzględniać najważniejsze zagrożenia dla naszej populacji oraz pogłębiać świadomość zdrowotną, zarówno w całym społeczeństwie, jak i wśród grup społecznych lub zawodowych pełniących w nim szczególne role, tj. liderów opinii, nauczycieli, lekarzy, dziennikarzy oraz polityków. Powszechne jest bagatelizowanie, również przez osoby opiniotwórcze, ryzyka związanego ze stylem życia. Z kolei wyolbrzymianie roli czynników genetycznych, na które nie można mieć wpływu, powoduje traktowanie choroby nowotworowej jako nieuniknione fatum i usprawiedliwienie dla lekceważenia zaleceń prewencji pierwotnej i wtórnej. Działania o charakterze interwencyjnym, zmniejszającym występowanie i wpływ znanych czynników ryzyka zachorowania na nowotwory, powinny być wspierane przez edukację zdrowotną społeczeństwa, zarówno systemową (szkolnictwo), jak i ogólną (kampanie społeczne).

Czynniki ryzyka rozwoju nowotworów, których niekorzystne działanie można ograniczyć lub zredukować obejmują:

- palenie tytoniu,
- spożywanie alkoholu,
- niewłaściwe nawyki żywieniowe,
- małą aktywność fizyczną,
- nadwagę i otyłość,
- narażenie na środowiskowe i zawodowe czynniki rakotwórcze (bierne palenie tytoniu, czynniki chemiczne i fizyczne),
- narażenie na biologiczne czynniki rakotwórcze (zakażenia wirusowe HBV i HPV),
- narażenie na ultrafioletowe promieniowanie słoneczne (UV),
- zanieczyszczenie powietrza.

Znaczna część tych czynników sprzyja również rozwojowi innych chorób cywilizacyjnych, a więc ich ograniczenie lub wyeliminowanie wywrze korzystny wpływ na ogólny stan zdrowia populacji, nie tylko w zakresie schorzeń onkologicznych.

Szacuje się, że w Europie odsetek nowotworów wątroby związanych z wirusowym zakażeniem wątroby typu B (HBV) wynosi 20% [5]. Na świecie szczepionka przeciw HBV została wprowadzona niemal 40 lat temu (Tajwan, 1984). W Polsce szczepienie przeciw HBV zostało wprowadzone jako obowiązkowe do kalendarza szczepień w 1994 r.

W wielu krajach zaleca się i finansuje ze środków publicznych szczepienia młodych dziewcząt i chłopców przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w celu przeciwdziałania zakażeniom tym wirusem i w konsekwencji zmniejszenia ryzyka powstawania zmian przedrakowych i raka szyjki macicy oraz innych nowotworów związanych z zakażeniem HPV (w Europie około 37% wszystkich ww. nowotworów związanych jest z czynnikami zakaźnymi). Niezbędne wydaje się więc wprowadzenie finansowania ze środków publicznych szczepienia przeciwko HPV młodych dziewcząt i chłopców (9-15 lat szczepienia), co w perspektywie 20-30 lat doprowadzi do istotnego zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów z powodu raka szyjki macicy w Polsce. Wprowadzenie ww. szczepień poprzedzone winno być działaniami poprawiającymi społeczną akceptację szczepionki oraz zwiększającymi świadomość społeczeństwa (a w szczególności kobiet i lekarzy) na temat ryzyka i skutków zakażenia wirusem HPV.

Obecnie w ramach działań edukacyjnych na poziomie ogólnopolskim rozpoczęto następujące działania:

- wprowadzenie ogólnopolskich medialnych kampanii społecznych, np. „Planuję długie życie”,
- opracowanie we współpracy Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Narodowej spójnego i jednolitego programu edukacyjnego dotyczącego czynników ryzyka nowotworów,
- promowanie zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.

Niezbędne jest również zasadnicze zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (w kierunku raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego) oraz zmniejszenie nierówności występujących w tym zakresie w Polsce. Konieczny jest stały pomiar efektywności działań w zakresie promocji, przebiegu i realizacji badań przesiewowych. Niestety, w Polsce działania w zakresie profilaktyki pierwotnej, jak i wtórnej oraz wczesnego wykrywania nowotworów przerywane są głównie na specjalności onkologiczne. Tymczasem niezbędne jest wdrożenie kształcenia i rutynowych działań lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki wstępnej i profilaktyki nowotworów złośliwych.

Tabela 1. Niezbędne zmiany w zakresie profilaktyki onkologicznej

Społeczeństwo	
<ul style="list-style-type: none"> - Utrzymywanie prawidłowej masy ciała dzięki zdrowemu odżywianiu i aktywności fizycznej. - Uczestnictwo w badaniach w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów. - Nieużywanie tytoniu i współdziałanie na rzecz szkół, zakładów pracy, miejsc publicznych wolnych od dymu nikotynowego. - Ograniczenie konsumpcji alkoholu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wystrzeżenie się działania substancji rakotwórczych i przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. - Unikanie nadmiernej ekspozycji na promieniowanie słoneczne i stosowanie środków ochronnych na skórę. Niekorzystanie z solarium. - Uczestnictwo w badaniach medycznych i wolontariacie na rzecz osób chorych na nowotwory.
Samorząd lokalny	Pracodawcy i zrzeszenia pracowników
<ul style="list-style-type: none"> - Eliminacja barier w prewencji nowotworów i wczesnym wykrywaniu nowotworów. - Szerzenie informacji nt. pierwotnej i wtórnej prewencji nowotworów. - Współdziałanie na rzecz systemu ochrony zdrowia. - Edukacja mieszkańców zamieszkałych na obszarach o podwyższonym stężeniu radonu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wsparcie pracowników chorych na nowotwory i tworzenie dla nich warunków umożliwiających kontynuację pracy zawodowej. - Umożliwianie pracownikom uczestnictwa w programach wczesnego wykrywania nowotworów.
Polityka zdrowotna	System ochrony zdrowia
<ul style="list-style-type: none"> - Zapewnianie nieodpłatnej możliwości uczestnictwa w programach w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów i w programach szczepień ochronnych. - Promowanie zdrowego stylu życia, w tym zwiększanie znajomości i przestrzegania zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. - Zmniejszanie różnic zdrowotnych w społeczeństwie. - Udział lekarzy rodzinnych i medycyny pracy w działaniach na rzecz profilaktyki pierwotnej i wtórnej obywateli. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oferowanie pacjentom zintegrowanej strategii w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów i leczenia, w tym również wsparcia psychoonkologicznego. - Motywowanie do prewencji pierwotnej nowotworów, ze szczególnym uwzględnieniem zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. - Wykorzystanie danych rejestrowych w celu monitorowania pacjentów, w tym zachęcania do uczestnictwa w badaniach profilaktycznych oraz w celu prowadzenia badań na podstawie zintegrowanych baz danych historii choroby.

Antynomia 5 – niski dostęp do nowych leków i innowacyjnych terapii onkologicznych a jednocześnie mały udział pacjentów w badaniach klinicznych

Dostęp w Polsce do nowoczesnych leków i innowacyjnych terapii onkologicznych jest niewystarczający [8]. W Polsce nie ma jak dotąd specjalnej, dedykowanej ścieżki dostępu do jednocześnie nierefundowanych oraz innowacyjnych technologii lekowych.

Jest kilka opcji, dzięki którym pacjent może uzyskać dostęp do innowacyjnego leczenia, ale dotyczą one ogólnie nier refundowanych technologii lekowych, które niekoniecznie są nowo zarejestrowane [8]. Raporty opracowane przez organizacje pacjentów, np. Onkoindeks przygotowany przez Fundację Alivia (choć jego metodologia budzi wątpliwości), wskazują na braki w dostępie do innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce.

Terapie lekowe wprowadzane na listy refundacyjne mają charakter najbardziej innowacyjnych programów lekowych i zbliżają zakres dostępnych w Polsce terapii onkologicznych do poziomu europejskiego (szczególnie w ostatnim czasie), w szczególności dla następujących nowotworów: piersi, nerek, płuca, gruczołu krokowego, dla chłoniaków, nowotworów hematologicznych oraz nowotworów głowy i szyi, to jednak następuje to zbyt powoli i w niewystarczającym stopniu. Dlatego sam kształt programów lekowych i tempo wprowadzania nowych terapii wymagają usprawnienia.

Tam, gdzie system ochrony zdrowia nie zaspakaja potrzeb pacjentów onkologicznych i hematoonkologicznych, w sytuacji zagrożenia życia lub bardzo poważnego zagrożenia zdrowia, pojawiają się różne mechanizmy pozasystemowe, których celem jest udostępnienie, choćby z ograniczeniami, nowoczesnego leczenia. Jedną z możliwych dróg jest udział w badaniu klinicznym nowego leku; oczywiście dotyczy to przede wszystkim leków jeszcze niezarejestrowanych (szczególnie badania kliniczne III fazy). Obecny rozwój nauki i badań klinicznych w zakresie onkologii wyraźnie wskazuje, że znacząca część pacjentów onkologicznych powinna być poddana procesom terapeutycznym w ramach prowadzonych badań klinicznych. W Polsce jednak bardzo niewielki odsetek chorych onkologicznych (2-3%) uczestniczy w badaniach klinicznych, gdyż brakuje łatwo dostępnych źródeł informacji na ten temat dla ogółu lekarzy i pacjentów, a w wielu ośrodkach istnieją problemy organizacyjno-infrastrukturalne, np. brak odpowiedniej obsługi prawnej czy wsparcia administracyjnego. Co więcej, badania kliniczne w Polsce prawie w całości są organizowane przez sponsorów komercyjnych i dopiero pierwsze konkursy Agencji Badań Medycznych mogą wpłynąć na zmianę tego stanu rzeczy istotnie zwiększając udział badań niekomercyjnych (akademickich), których celem jest optymalizacja leczenia i prowadzenie badań naukowych służących dobru publicznemu.

Antynomia 6 – nadmierna centralizacja vs. rozproszenie leczenia onkologicznego

Rozległym problemem jest również organizacja opieki onkologicznej, która jest rozproszona tam, gdzie powinna być centralizowana (np. procedury wysokiej jakości w chirurgii onkologicznej nie są realizowane głównie w wyspecjalizowanych ośrodkach wielospecjalistycznych) i scentralizowana tam, gdzie powinna być dostępna dla pacjenta blisko miejsca zamieszkania (np. leczenie systemowe o założeniu paliatywnym). Co więcej, brakuje systemu monitorowania dokładnej sytuacji epidemiologicznej i statusu opieki zdrowotnej w zakresie chorób nowotworowych w czasie rzeczywistym, czyli nie mamy wystarczającego i bieżącego dostępu do danych. Utrudnia to, a często wręcz uniemożliwia, ocenę istotnych wskaźników i mierników służących racjonalizacji wy-

datków na onkologię oraz podejmowaniu decyzji „gdzie się leczyć” przez pacjenta. Standaryzacja postępowania przeciwnowotworowego (tworzenie i wprowadzanie wytycznych wykorzystujących odpowiednie uzasadnienia naukowe oraz określenie warunków udzielania świadczeń i nadzorowanie jakości ich realizacji) zapewnia dostęp do optymalnych metod rozpoznawania i leczenia dla wszystkich chorych, także tych chorujących na nowotwory rzadkie. Jednocześnie standaryzacja ułatwia podejmowanie właściwych decyzji refundacyjnych. Dodatkowo, wytyczne postępowania mają wartość dydaktyczną. Określenie standardów organizacyjnych i systemu nadzorowania jakości postępowania przeciwnowotworowego warunkuje uzyskanie lepszych wyników (skuteczność i bezpieczeństwo), wyrównanie regionalnych różnic w zakresie dostępności (zmniejszenie nierówności w diagnostyce i terapii), jak i ograniczenie nadmiernego rozproszenia pod względem udzielania świadczeń (szczególnie w zakresie leczenia chirurgicznego). Niestety, obecny sposób funkcjonowania onkologii w Polsce nie gwarantuje właściwego wykorzystania zwiększonego jej finansowania.

Antynomia 7 – wyleczenie vs. wydłużenie życia z chorobą

Postępy w dziedzinie leczenia nowotworów złośliwych spowodowały istotną zmianę w określeniu jego celów. Obecnie obejmują one nie tylko skuteczność samej terapii, ale także zapewnienie odpowiedniego bezpieczeństwa, komfortu i jakości życia chorych. Wzrasta liczba nowotworów, które można skutecznie wyleczyć lub utrzymywać przez wiele lat w przewlekłej, poddającej się kontroli fazie choroby. W efekcie w kategoriach zdrowia publicznego nowotwory postrzegane są coraz częściej jako choroby przewlekłe, niekoniecznie śmiertelne, a coraz więcej pacjentów onkologicznych umiera na skutek innych chorób cywilizacyjnych. Dążenie do jak najdłuższego trwania życia pacjentów w trakcie i po leczeniu onkologicznym, a także do zapewnienia im możliwie najlepszej jakości życia wymaga uwzględnienia wielu problemów natury psychicznej i fizycznej, które towarzyszą różnym etapom choroby. Wszechstronna i jak najwcześniej wdrożona opieka pozwala skrócić okres powrotu chorych do pełnej sprawności zdrowotnej oraz pełnienia dotychczasowych ról społecznych. Dostęp do rehabilitacji onkologicznej, pomocy psychologicznej oraz chirurgii rekonstrukcyjnej jest obecnie w Polsce ograniczony. Żywność medyczna również nie jest powszechnie obowiązującym standardem, który, jak wskazują wyniki badań, może mieć duże znaczenie dla przebiegu choroby nowotworowej.

Antynomie w onkologii – podsumowanie oraz ich przezwyciężenie

Podejmując powyższe wyzwania i dążąc do likwidacji istniejących sprzeczności w opiece zdrowotnej w onkologii, opracowano Narodową Strategię Onkologiczną (NSO) [6]. Ten najważniejszy i długo wyczekiwany dokument będzie kształtował podstawowe działania w zakresie onkologii w naszym kraju w ciągu najbliższej dekady. Zgodnie z ustawą główne zadania NSO obejmują:

1. Obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia;
2. Poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych;
3. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin;
4. Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
5. Opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii;
6. Rozwój działalności szkoleniowej i edukacji oraz kształcenia kadr medycznych w obszarze onkologii;
7. Rozwój badań naukowych mających na celu poprawę i wzrost efektywności oraz innowacyjności leczenia chorób nowotworowych.

Podstawowym zamierzeniem NSO jest zmniejszenie umieralności w zakresie tych najczęstszych nowotworów, w których interwencje populacyjne mogą przynieść efekty w stosunkowo krótkim (10-letnim) terminie.

Strategia stanowi kontynuację zapoczątkowanej reformy polskiej onkologii. Działania mają objąć pięć obszarów kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych w Polsce. Wybrano takie działania, które są najistotniejsze z punktu widzenia populacyjnego i zdrowia publicznego oraz działania nakierowane na pacjenta (jak np. rehabilitacja onkologiczna, czyli działania okołoterapeutyczne umożliwiające powrót do pełnej aktywności społecznej i zawodowej chorych na nowotwory) postulowane od wielu lat przez organizacje pacjentów, w zakresie których istniały największe niedociągnięcia w polskiej ochronie zdrowia. Realizacja zadań planowana jest na lata 2020-2030, przy czym ustawodawca usankcjonował konieczność tworzenia rocznych harmonogramów realizacji Strategii.

Wobec tak zdefiniowanych potrzeb Narodowa Strategia Onkologiczna proponuje prowadzenie działań w pięciu obszarach, które obejmują 99 zadań z jasno zdefiniowaną odpowiedzialnością wykonawczą, terminami i miernikami oraz założeniami finansowymi:

1. Inwestycje w kadry, których celem jest poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie onkologii. Działania mają na celu zwiększenie liczby lekarzy onkologów i lekarzy pokrewnych specjalności, włączenie kształcenia z zakresu profilaktyki nowotworów do programu kształcenia przeddyplomowego lekarzy i pielęgniarek. Planowana jest również organizacja kursów z profilaktyki nowotworów w trakcie kształcenia lekarzy innych specjalności oraz pielęgniarek.
2. Inwestycje w edukację, prewencja pierwotna i styl życia, których celem jest ograniczenie zachorowalności na nowotwory poprzez redukcję ryzyka w zakresie profilaktyki pierwotnej nowotworów. Działania mają na celu realizację zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem ze szczególnym uwzględnieniem ograniczenia palenia tytoniu i zasad prawidłowego żywienia (opłata od

- napojów z dodatkiem substancji o właściwościach słodzących, a także włączenie lekarzy, w tym lekarzy POZ i medycyny pracy w działania prewencji pierwotnej). Nowością jest wprowadzenie refundacji szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) od 2021 r. dla dziewczynek, a od 2026 r. dla chłopców w wieku dojrzewania.
3. Inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna, której celem jest zwiększenie poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa jakości tych badań. Wskazane działania służą podniesieniu skuteczności badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego, piersi, szyjki macicy, płuca. Do końca 2024 r. zapewniony zostanie obowiązek stosowania mammografów cyfrowych w wykonywaniu badań przesiewowych (oraz ich certyfikacja i kontrola jakości dla wyrównania różnic w jakości badań pomiędzy różnymi regionami Polski), dodatkowo wprowadzony zostanie Fecal Immunochemical Test – FIT jako alternatywny w profilaktyce raka jelita grubego. Proponowane jest włączenie do działań prewencji wtórnej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i medycyny pracy. Zintensyfikowane zostanie wykorzystanie alternatywnych form komunikacji z pacjentem – kontakt bezpośredni za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Internetowe Konto Pacjenta, media społecznościowe, profilaktyczne call-centers, itd.
 4. Inwestycje w naukę i innowacje, których celem jest zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w Polsce w celu umożliwienia pacjentom korzystania z najskuteczniejszych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych. Celem wskazanych działań jest zwiększenie udziału pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych (m.in. poprzez utworzenie do 2022 r. e-platformy dla pacjentów i badaczy o prowadzonych badaniach klinicznych w dziedzinie onkologii), rozwój badań klinicznych niekomercyjnych w dziedzinie onkologii, stworzenie sieci biobanków onkologicznych oraz poszerzenie analizy danych w rejestrach medycznych. Dodatkowo planowane jest, by do końca 2030 r. osiągnąć poziom przynajmniej 90% dostępnych innowacyjnych terapii onkologicznych wśród wszystkich refundowanych na terenie Unii Europejskiej.
 5. Inwestycje w system opieki onkologicznej, których celem jest poprawa organizacji systemu opieki onkologicznej poprzez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”. Zaproponowane działania mają na celu wyrównanie poziomu opieki onkologicznej na poziomie regionalnym, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta. W ramach obszaru proponowane jest wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), ośrodków kompetencji w zakresie leczenia raka płuca, raka jelita grubego, nowotworów ginekologicznych, nowotworów urologicznych, nowotworów wieku dziecięcego oraz nowotworów rzadkich, a także wprowadzenie standardów diagnostyczno-terapeutycznych. Rozwój kompleksowej opieki onkologicznej obejmować ma rozwój opieki rehabilitacyjnej, psychologicznej, paliatywnej i hospicyjnej. Ważnym obszarem będzie kompleksowa analiza danych i dostępność informacji dla pacjentów i lekarzy na jednym zintegrowanym portalu (Narodowy Portal Onkologiczny). Ponadto inwestycje w system opieki onkologicznej obejmują

działania na rzecz poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych w trakcie i po zakończeniu leczenia, jak np. powołanie doradcy społecznego dla pacjentów.

Wprowadzenie kompleksowej i wieloletniej strategii ze zdefiniowanym finansowaniem jest warunkiem zapewnienia polskim pacjentom takich samych możliwości wyleczenia z choroby nowotworowej, jakie mają obywatele innych krajów Unii Europejskiej. Doprowadzi ono także do zlikwidowania podstawowych antynomii w polskiej onkologii. Poprawę tej sytuacji można uzyskać jedynie poprzez edukację społeczeństwa, uruchomienie systematycznych badań prewencyjnych i przesiewowych oraz systemowe zmiany w opiece onkologicznej z uwzględnieniem mierników efektywności i jakości terapii, czyli wdrożenie skoordynowanej, kompleksowej opieki onkologicznej. Jednak bez wzrostu nakładów na onkologię w Polsce, nie będzie możliwe skuteczniejsze i bardziej efektywne leczenie onkologiczne.

Bibliografia

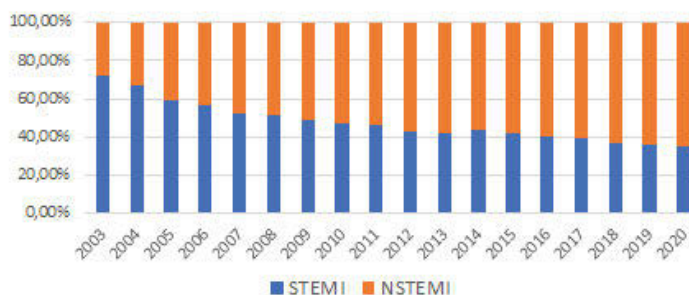
- [1] Allemani C., Matsuda T., Di Carlo V., Harewood R., Matz M., Nikšić M., Bonaventure A., Valkov M., Johnson C. J., Estève J., Ogundiyi O. J., Azevedo E Silva G., Chen W. Q., Eser S., Engholm G., Stiller C. A., Monnereau A., Woods R. R., Visser O., Lim G. H., Aitken J., Weir H. K., Coleman M. P., *Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries*, *Lancet*, 2018, vol. 391, nr 10125, s. 1023-1075. doi:10.1016/S0140-6736(17)33326-3
- [2] De Angelis R., Minicozzi P., Sant M., Dal Maso L., Brewster D. H., Osca-Gelis G., Visser O., Maynadié M., Marcos-Gragera R., Troussard X., Agius D., Roazzi P., Meneghini E., Monnereau A., *Survival variations by country and age for lymphoid and myeloid malignancies in Europe 2000-2007: results of EURO CARE-5 population-based study*, *European Journal of Cancer*, 2015, vol. 51, nr 15, s. 2254-2268. doi: 10.1016/j.ejca.2015.08.003
- [3] Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K., Olasek P., Ciuba A., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku*. Warszawa 2019. [dokument elektroniczny] http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2017.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [4] Kalbarczyk W. P., Brzozowski S., *Stan dostępności do leczniczych świadczeń onkologicznych w Polsce – analiza i rekomendacje*. Raport przygotowany dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, maj 2015, [dokument elektroniczny] <http://docplayer.pl/5007454-Stan-dostepnosci-do-leczniczych-swadczen-onkologicznych-w-polsce-analiza-i-rekomendacje.html> [dostęp: 12.01.2020].
- [5] Maucort-Boulch D., de Martel C., Franceschi S., Plummer M., *Fraction and incidence of liver cancer attributable to hepatitis B and C viruses worldwide*, *International Journal of Cancer*, 2018, vol. 142, nr 12, s. 2471-2477. doi:10.1002/ijc.31280
- [6] Ministerstwo Zdrowia, *Program wieloletni pn. Narodowa strategia onkologiczna na lata 2020-2030*, [dokument elektroniczny] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna> [dostęp: 12.01.2020].
- [7] *Poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej – rekomendacje dla Polski*. Raport Inicjatywy All Can, marzec 2017 [dokument elektroniczny] <http://all-can.pl/#raport> [dostęp: 12.01.2020].
- [8] *Propozycja nowego mechanizmu wczesnego i warunkowego dostępu do przeciwnowotworowych oraz innowacyjnych technologii lekowych (WDTL+)*, red. nauk. M. Gałązka-Sobotka, Warszawa 2020. [dokument elektroniczny] https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_koszty_01.07.21.pdf [dostęp: 12.01.2020].
- [9] *Straty ekonomiczne i koszty leczenia wybranych ośmiu nowotworów w województwie dolnośląskim w latach 2014-2016 – wnioski dla polityki zdrowotnej*, red. nauk. E. Nojszewska, Warszawa 2018. [dokument elektroniczny] <https://pto.med.pl/sites/default/files/page-2020/Straty%20ekonomiczne%20i%20koszty%20leczenia%20WEB-2.pdf> [dostęp: 12.01.2020].

MARIUSZ GĄSIOR
LECH POŁOŃSKI

Zawał mięśnia sercowego w Polsce – gdzie byliśmy, gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy?

Choroby układu sercowo-naczyniowego pozostają główną przyczyną umieralności w większości krajów europejskich. W Polsce sytuacja jest szczególnie zła. W 2018 r. standaryzowany na wiek współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia (CHUK) w krajach starej Unii wynosił od 100 do 200 zgonów na 100 tys. mieszkańców, a w Polsce 300 zgonów na 100 tys. mieszkańców. Dominuje choroba niedokrwienna serca, w tym zawał mięśnia sercowego. Rocznie hospitalizujemy w Polsce ok. 90 tys. chorych z zawałami serca – z uniesieniem odcinka ST (STEMI) (ok. 1/3) i bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) (ok. 2/3), z ciągle rosnącą przewagą NSTEMI. Pacjenci z zawałem są coraz starsi, szczególnie wśród chorujących na zawał bez uniesienia odcinka ST (ryc. 1, 2).

Odsetek STEMI vs. NSTEMI



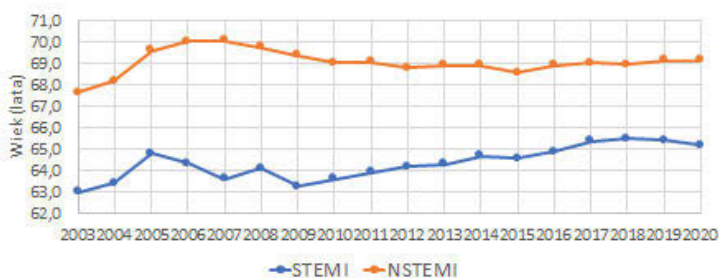
ŚLĄSKIE CENTRUM
CHOROŃ SERCA W ZABRZU

PL-ACS Ogólnopolskiego Rejestru Ostrejch Zespołów
Wierciwyczych



Rycina. 1.

Mediana wieku pacjentów z zawałem serca



ŚLĄSKIE CENTRUM
CHOROBY SERCA W ZABRZU

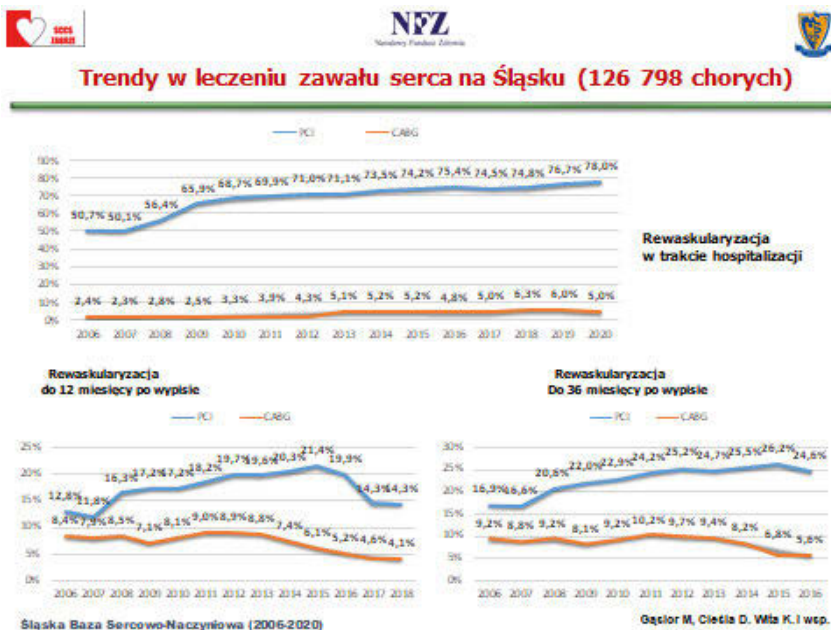
PL-ACS Ogólnopolskiego Rejestru Ostrej Zespołów
Wieżnicowych



Rycina 2.

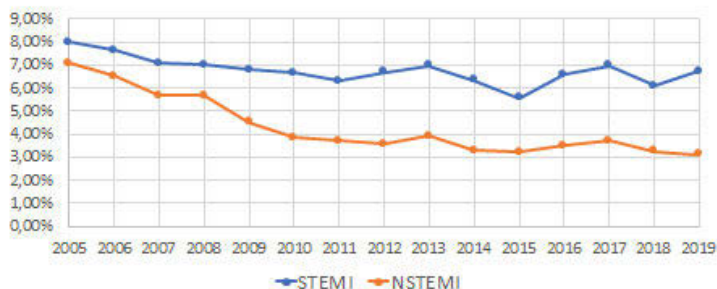
W podręczniku kardiologii z 1968 r. (Paul de Wood *Diseases of the heart and circulation*), śmiertelność wewnątrzszpitalna w zawałe serca określona jest na 25-30%, a jako główne przyczyny zgonów wymienione są zaburzenia rytmu serca i wstrząs kardiogeny. Wprowadzenie sal intensywnego nadzoru, a potem zastosowanie leczenia fibrynolitycznego doprowadziło do redukcji zgonów w okresie 30 dni do poziomu około 11%. Znaczną, dalszą poprawę rokowania uzyskano, wprowadzając do powszechnego stosowania leczenie inwazyjne zawału. Od połowy lat 80. XX w. wprowadzono tę nową metodę leczenia w Polsce najpierw w Zabrze, a od 2003 r. stopniowo w całej Polsce. W 2020 r. u 83 % chorych z zawałem serca w województwie śląskim wykonano w okresie wewnątrzszpitalnym rewaskularyzację (pPCI 78% i CABG 5%), po roku rewaskularyzację wykonano u kolejnych 20% (łącznie PCI 14,3%, CABG 4,1%, dane z 2018 r.), a po trzech latach (dane z 2016 r.) u prawie 30% (PCI 24,6% i CABG 5,6%) (ryc. 3). Te liczby dowodzą, że po ostrym zespole wieńcowym chorzy pozostają w ścisłej, specjalistycznej kontroli i są intensywnie leczeni.

Podobne wyniki raportują ośrodki z całej Polski. Opierając się na danych z rejestru PL-ACS, uzyskano redukcję śmiertelności wewnątrzszpitalnej w STEMI z nieco ponad 8% w 2005 r. do ok. 7% w ostatnich trzech latach i odpowiednio w NSTEMI z 7% do 3%, a śmiertelność roczna uległa obniżeniu odpowiednio z 21% do 17% (ryc. 4). Ten korzystny efekt jest obserwowany, pomimo że zawał mięśnia sercowego występuje u coraz starszych chorych. Mediana wieku pacjentów z NSTEMI w 2003 r. wynosiła nieco poniżej 68 lat, ze STEMI – 63 i odpowiednio w 2020 r. 69 i 65 lat. Z racji wieku chorzy mieli większą liczbę chorób współistniejących. STEMI w Polsce występuje u osób młodszych niż w Szwecji (65 lat vs. 71 lat). Rokowania zarówno wewnątrzszpitalne, jak i jednoroczne są natomiast porównywalne. Standaryzowany wg wieku współczynnik zgonów z powodu zawału serca w Polsce w 1999 r. wynosił 108,8 i był jednym z najwyższych w Europie, w 2011 r. uległ obniżeniu do 38,2 lokując Polskę na podobnym poziomie, co Niemcy i Czechy (ryc. 5).



Rycina 3.

Śmiertelność wewnętrzshpitalna



ŚLĄSKIE CENTRUM
CHOROBY SERCA W ZABRZU

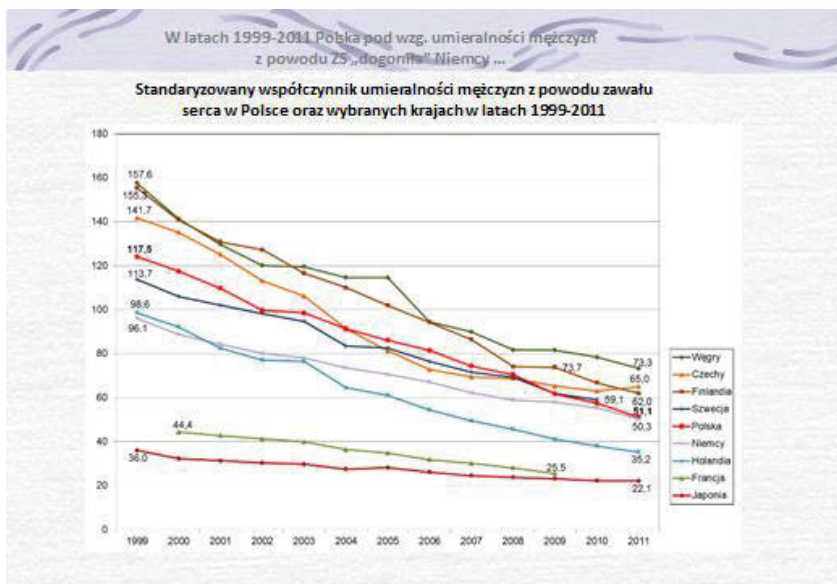
PL-ACS
Wieliczkowych

Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu

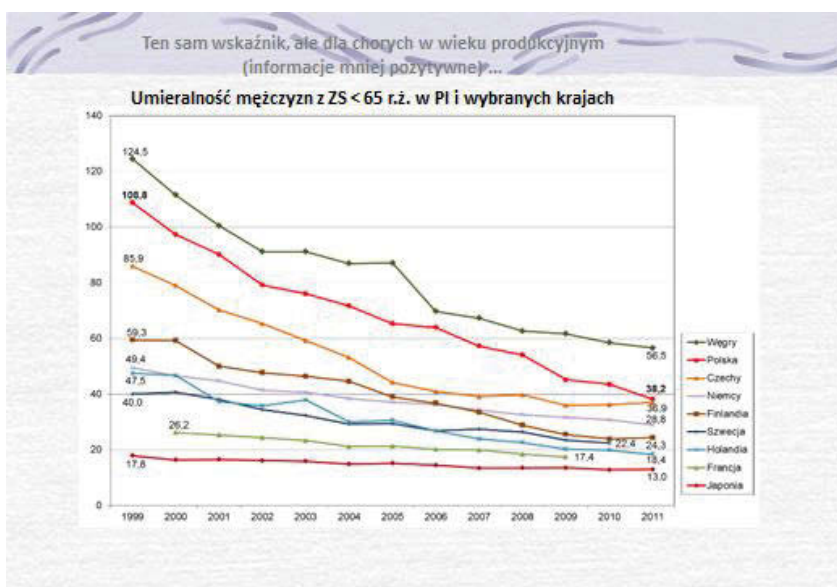


Rycina 4.

Od około 20 lat wysiłki kardiologów koncentrowały się na optymalnym leczeniu chorego w okresie wewnętrzshpitalnym. Uzyskano w tym zakresie bardzo dobre wyniki. Niedostateczne zaangażowanie w profilaktykę pierwotną spowodowało, że liczba chorych w Polsce z zawałem serca nie maleje, co więcej, zawał zbyt często występuje wśród osób w wieku produkcyjnym. W tym aspekcie wyraźnie odstawiamy od krajów starej Unii Europejskiej (ryc. 6).



Rycina 5.



Rycina 6.

W 2010 r. zapadalność na zawał serca w Polsce wynosiła 288 mężczyzn na 100 tys. mieszkańców i 113 kobiet na 100 tys. mieszkańców, a w tym samym okresie w Anglii było to odpowiednio 174/100 tys. mężczyzn i 74 kobiety/100 tys. Z rozpoznaniem zawału serca hospitalizowaliśmy 254 mężczyzn i 152 kobiety, podczas gdy w Danii było to 187 mężczyzn i 116 kobiet na 100 tys. mieszkańców. Nie ma wątpliwości, że po

okresie dużego i realizowanego z dobrym efektem zaangażowania systemu w poprawę leczenia w okresie wewnątrzszpitalnym, najwyższy czas zająć się prewencją pierwotną i prewencją wtórną, obszarami pozostającymi daleko w tyle za poziomem leczenia wewnątrzszpitalnego. Tylko zachowanie właściwej równowagi między prewencją pierwotną, leczeniem wewnątrzszpitalnym i prewencją wtórną zagwarantuje pełny sukces w zapobieganiu i leczeniu zawału serca.

Prewencja pierwotna

Duże rozpowszechnienie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, a równocześnie mała ich wykrywalność i niski odsetek pacjentów, u których udaje się je skutecznie modyfikować, to zasadnicze przyczyny obecnej, złej sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego. Obszarami szczególnie narażonymi w tym zakresie są małe miasta i wsie. Wiedza o rozpowszechnieniu czynników ryzyka chorób układu krążenia w Polsce pochodzi z badań WOBASZ I i WOBASZ II. Najbardziej rozpowszechnionymi są w Polsce hipercholesterolemia (ok. 60% populacji), mała aktywność fizyczna (ponad 50% populacji), nadciśnienie tętnicze (ok. 35% populacji), palenie tytoniu (ok. 31%) oraz otyłość (ok. 21%). Oryginalnym wynikiem badania WOBASZ jest udokumentowanie występowania depresji. Wśród kobiet ten już uznany czynnik ryzyka występuje u ok. 35%, a wśród mężczyzn u ok. 25%. Co więcej, w ciągu ostatnich 10 lat obserwuje się niekorzystne zmiany wielu wymienionych czynników ryzyka. To efekt zaniedbań w zakresie promocji zdrowia. Intensywne działania w tym obszarze w początkowym okresie realizacji Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD w latach 2003-2006 skutkowały wyraźną redukcją czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Zakończenie tego programu spowodowało ponownie ich pogorszenie. To tylko pokazuje, że dla skutecznej promocji zdrowia konieczne są działania systematyczne, a nie akcyjne. Nie ma wątpliwości, że ryzyko sercowo-naczyniowe zależy od liczby czynników ryzyka. Ich modyfikacja skutkuje spadkiem częstości występowania ostrych incydentów sercowo-naczyniowych. Wyniki badań w USA dowodzą, że takie działania prowadzone w sposób długofalowy i systematyczny są skuteczne. Intensywne działania profilaktyczne w USA spowodowały w latach 2015-2016 w stosunku do lat 1999-2000 redukcję liczby palaczy tytoniu, obniżeniu uległ poziom cholesterolu, zmniejszyła się liczba osób z podwyższonym ciśnieniem tętniczym, wzrosła aktywność fizyczna. Nie zdołano uzyskać redukcji indeksu masy ciała (BMI) oraz częstości występowania cukrzycy.

Z badań W. Drygasa i T. Zdrojewskiego wynika, że w Polsce w okresie 10 lat dzielących badanie WOBASZ I (2003-2005) i WOBASZ II (2013-2014) zwiększyła się częstość występowania klasycznych czynników ryzyka. Przede wszystkim stwierdzono wzrost częstości występowania otyłości zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn oraz wzrost częstości występowania nadciśnienia tętniczego i cukrzycy. Zwiększył się także odsetek osób o małej aktywności fizycznej. Pozytywną obserwacją jest zmniejszenie częstości palenia tytoniu u kobiet i u mężczyzn oraz niższy poziom cholesterolu. W badaniu WOBASZ I dwa i więcej czynników ryzyka stwierdzono u 66,5% badanej populacji, w badaniu WOBASZ II przeprowadzonym po 10 latach ten odsetek wyniósł

67,3%. Można więc uznać, że analizowany okres nie został wykorzystany dla skutecznej promocji zdrowia. To najpewniej jeden z ważnych powodów zahamowania od 2014 r. przyrostu długości życia Polaków, parametru służącego do oceny zdrowia populacji, który wcześniej systematycznie przyrastał.

Eksperti ESC, opierając się na analizie standaryzowanego współczynnika umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, zaliczyli Polskę, obok m.in. Czech, Słowacji i Węgier do grupy krajów z tzw. wysokim ryzykiem. Do krajów o niskim ryzyku sercowo-naczyniowym zaliczono m.in. Niemcy, Słowenię, Austrię, Szwecję.

Czas więc podjąć intensywne działania mające na celu poprawę sytuacji zdrowotnej Polaków. Eksperti zwracają uwagę, że za mało inwestujemy w zdrowie publiczne, w tym w promowanie zdrowego stylu życia. Przed wielu laty Unia Europejska podjęła ten temat w opracowaniu „Konkluzje Rady Unii Europejskiej na temat chorób sercowo-naczyniowych we Wspólnocie Europejskiej”. W 2002 r. Parlament Europejski oraz Rada Unii Europejskiej opublikowały kolejny dokument „Program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2003-2008”, w którym sformułowano cel główny: „skoordynowane przeciwdziałanie zagrożeniom dla zdrowia, promocja zdrowego stylu życia oraz ustalenie wyznaczników zdrowia”. Aktualnie obowiązuje Trzeci Program Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia na okres 2014-2020. Jako priorytetowe uznano w nim działania w zakresie ogólnej promocji zdrowia, profilaktyki chorób i tworzenia środowisk sprzyjających prowadzeniu zdrowego stylu życia.

Wychodząc ze słusznego założenia, że edukację prozdrowotną należy zaczynać wcześniej, w programach nauczania dla szkół podstawowych i średnich w Polsce znalazły się tematy poświęcone zdrowemu stylowi życia, profilaktyki i zachowań prozdrowotnych. Mamy więc podstawy prawne do realizacji edukacji, którą trzeba teraz konsekwentnie wdrażać. W ramach profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego należy realizować strategię populacyjną, która polega na zwalczaniu czynników ryzyka wynikających ze stylu życia poprzez oddziaływanie na świadomość społeczną i tworzenie warunków sprzyjających aktywności fizycznej, niepaleniu papierosów i zdrowemu odżywianiu się. Profesor T. Zdrojewski apeluje i przestrzega, że postępujący szybko proces starzenia się Polaków łącznie z brakiem zmian w stylu życia będzie skutkować podwójnie szybkim wzrostem liczby osób chorych.

W opinii prof. Zdrojewskiego wskaźniki zdrowotne Polaków pokazują, że znajdujemy się w obliczu kryzysu, a jego zażegnanie będzie możliwe tylko wtedy, gdy zostaną podjęte zdecydowane działania wzmacniające zdrowie publiczne. To pilne zadanie dla polityków. Trzeba pamiętać, że 50-70% naszego stanu zdrowia zależy od stylu życia.

Doświadczenie uczy, że akcja promująca prozdrowotne zachowania będzie skuteczna tylko wtedy, gdy:

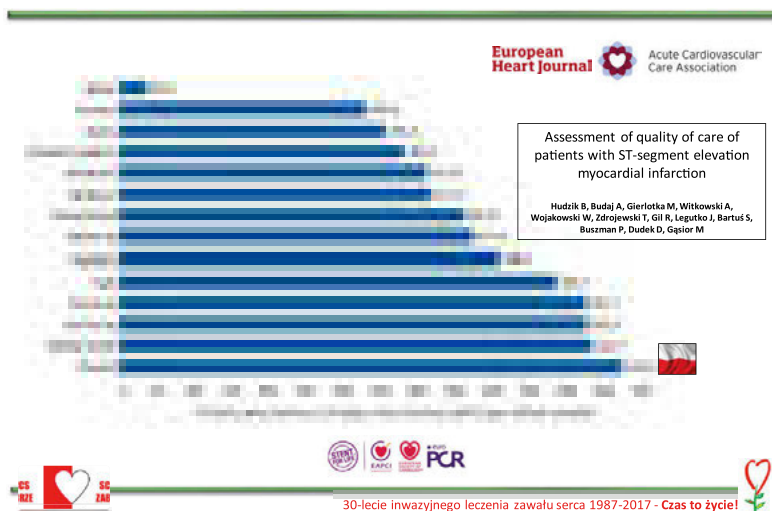
- trafi do dużej części społeczeństwa, a najlepiej do całej społeczności (szczególną troską powinny być objęte społeczności małych miast i wsi),
- będzie prowadzona przewlekłe – działania akcyjne są nieskuteczne,
- efekty działań prozdrowotnych powinny być profesjonalnie monitorowane i z góry należy założyć, że będą mierzalne najwcześniej po kilku, a nawet kilkunastu latach,
- w akcję powinni się zaangażować politycy przy współudziale lekarzy.

Okres wewnątrzszpitalny zawału serca

Wprowadzenie angioplastyki wieńcowej wspomaganą założeniem stentu radykalnie poprawiło rokowanie w zawał mięśnia sercowego. W 1987 r. uruchomiono w Zabrze 24-godzinny, stacjonarny dyżur inwazyjnego leczenia zawału serca. Doświadczenia zdobyte podczas realizacji tego programu przekazano dyrektorom kas chorych z terenu całej Polski oraz liderom ośrodków kardiologicznych w czasie spotkania w Zabrze w 2001 r. Spotkanie z inicjatywy prof. Lecha Polońskiego zorganizowali: zespół III Katedry i Kliniki Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, Dyrekcja Śląskiego Centrum Chorób Serca oraz Dyrektor Śląskiej Kasy Chorych. Po tym spotkaniu szybko powstawały w Polsce kolejne ośrodki leczące zawał serca pierwotną angioplastyką. Sprzyjało temu przekonanie środowiska kardiologicznego o skuteczności tej metody, a także dobra wycena tej procedury. Uzyskano też wsparcie z ministerialnego programu POLKARD. Zorganizowanie sprawnie działającego systemu 24 godzinnych dyżurów „zawałowych” na terenie całego kraju, opartego na około 150 ośrodkach kardiologii inwazyjnej spowodowało, że w Polsce wykorzystanie pierwotnej angioplastyki do leczenia zawału serca jest największe w Europie (ryc. 7).

Efektywność pierwotnej angioplastyki zależy wyraźnie od czasu, jaki upływa od początku bólu zawałowego do udrożnienia tętnicy dozawałowej. Im interwencja jest wcześniejsza, tym obszar uratowanego miokardium jest większy i lepsze rokowanie chorego. W piśmiennictwie kardiologicznym funkcjonuje określenie: „czas to mięsień”. Głównym „winowajcą” opóźnień są sami chorzy, zwłaszcza osoby starsze. Wynika to z jednej strony z często nietypowych objawów zawału w tej grupie, z drugiej z trudności w komunikowaniu się z Pomocą Doraźną. U osób młodszych często zdarza się lekceważenie objawów. Przez długi czas opóźnienie wynikało też z faktu, że pogotowie przewoziło chorych do najbliższego SOR-u, a nie do oddziału z kardiologią inwazyjną.

Poziom pierwotnej angioplastyki na milion mieszkańców w Europie

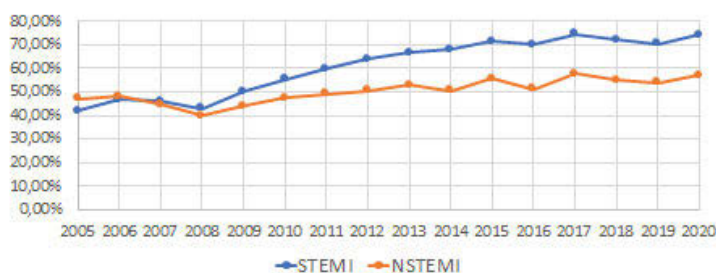


Rycina 7.

Rzutowało to na rokowanie krótko- i długoterminowe chorych. Ten organizacyjny błąd powodował opóźnienie udrożnienia tętnicy o ok. 60 minut. Podejmowane są działania administracyjne, dotyczące bezpośredniego transportu chorych z zawałem do ośrodków specjalistycznych, starające się rozwiązać ten problem (ryc. 8).

Mediana opóźnienia ze strony chorego wynosi na Śląsku ok. 140 minut i stanowi największą składową czasu od początku bólu do udrożnienia tętnicy (ryc. 9). Mając

Odsetek pacjentów przyjmowanych bezpośrednio do szpitala z pracownią hemodynamiki



ŚLĄSKIE CENTRUM
CHOROŃ SERCA W ZABRZU

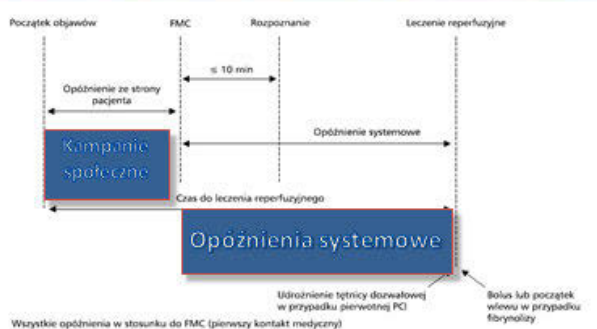
PL-ACS Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu
Wierciwych



Rycina 8.

PL-ACS

Opóźnienia przedszpitalne u chorych z zawałem serca



Opóźnienia na Śląsku (mediana) ścieżka chorego bez transferu pośredniego

142 minut	48 minut	40 minut
Pacjent	Pogotowie	Szpital - PCI



Kampania społeczna „Zawał serca - czas to żyć!”



Rycina 9.

świadomość znaczenia tego faktu, zespół kliniki z inicjatywy prof. Mariusza Gąsiora organizował ogólnopolską kampanię „Zawał serca – czas to życia”. Honorowy patronat nad akcją objęła żona Prezydenta RP Pani Agata Kornhauser-Duda.

Powyższe działania spowodowały skrócenie czasu do interwencji do (mediana) 260 minut. To ciągle znacząco dłużej niż w Szwecji (166 min) czy Holandii (148 min) Przed nami więc ciągle wiele pracy. O sprawności oddziałów prowadzących leczenie zawału może świadczyć krótki czas, jaki upływa od chwili zgłoszenia się chorego na oddział do wykonania angioplastyki. To od wielu lat ok. 40 minut.

W celu prowadzenia optymalnej polityki zdrowotnej niezbędne jest systematyczne monitorowanie epidemiologii i terapii zawału serca. Mając dużą wiedzę o funkcjonowaniu systemu, można zredukować niektóre grupy kosztów i przeznaczyć zaoszczędzone środki na dalszy rozwój i innowacje w zakresie opieki kardiologicznej. Mając powyższe na względzie, w 2003 r. z inicjatywy prof. Lecha Polońskiego zespół III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii SUM przy dużej pomocy prof. Grzegorza Opolskiego i prof. Tomasza Zdrojewskiego podjął się prowadzenia Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych (PL-ACS). Z tego opracowania pochodzi większość informacji o stosowanych w Polsce metodach leczenia ostrych zespołów wieńcowych, przebiegu wewnątrzszpitalnym oraz rokowaniu chorych. Baza ponad 700 tys. chorych jest jedną z największych na świecie. Rejestr jest aktualnie finansowany przez Ministerstwo Zdrowia, a w początkowym okresie był finansowany z ministerialnego programu POLKARD. Poniżej przedstawiono informacje o wykorzystaniu danych z rejestru oraz AMI-PL stworzonego z inicjatywy prof. Tomasza Zdrojewskiego i prof. Bogdana Wojtyniaka

Zawał serca w Polsce w ostatniej dekadzie - rejestry PL-ACS i AMI-PL

M Gąsior, M Gierlotka, L Poloński, T Zdrojewski, B Wojtyniak i wsp.

PL-ACS vs AMI-PL

PL-ACS

Rejestr danych klinicznych

- **Dokładne i szczegółowe informacje o charakterystyce klinicznej, sposobie leczenia i zdarzeniach podczas hospitalizacji**
- Nie wszystkie szpitale, oddziały i pacjenci
- Brak reprezentatywności dla populacji
- Brak informacji o losach chorego po przekazaniu na inny oddział (OIT, neurologia, ch. naczyniowa itp.)
- Brak informacji o losach odległych po wypisie (możliwe uzupełnienie danych z baz administracyjnych)
- Brak informacji o kosztach leczenia

Złożone analizy medyczne
Generowanie i weryfikacja hipotez

AMI-PL

Rejestr danych administracyjnych

- Brak szczegółowych informacji o charakterystyce klinicznej, ograniczone informacje o sposobie leczenia i zdarzeniach niepożądanych
- **Wszystkie szpitale i oddziały gdzie trafili wszyscy pacjenci z zawałem serca w Polsce**
- **Dane populacyjne dla Polski**
- **Informacje dostępne od przyjęcia do wypisu wraz z przekazaniem między szpitalami/oddziałami**
- **Informacje o zdarzeniach po wypisie dostępne w takim samym zakresie jak dla wyjściowej hospitalizacji z zawałem**
- **Koszty leczenia dla systemu**

Wskaźniki i analizy epidemiologiczne
Analizy kosztowe

Rycina 10.

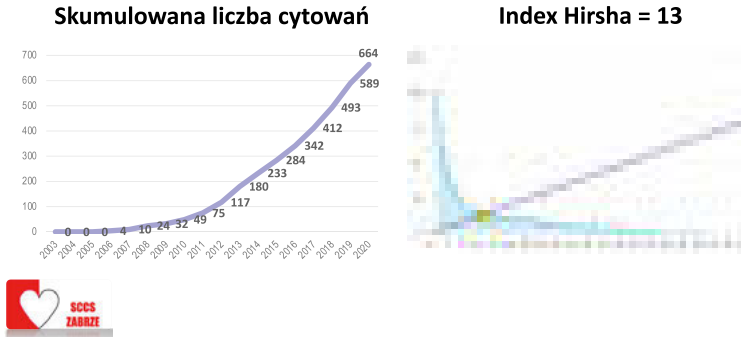
Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych

Łączny IF publikacji z PL-ACS = 141,7

Średni IF / publikację* = 2,72

*publikacje w czasopiśmie posiadających impact factor

Średnia liczba cytowań / publikację = 9,2



Rycina 11.

Okres poszpitalny

Opublikowana w 2015 r. praca Gierlotki i wsp. wskazuje, że w zakresie prewencji wtórnej wyniki nie są dobre. W pierwszym roku po zawale było 84 718 rehospitalizacji, w tym 61,9% z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. W 27% powodem ponownego leczenia szpitalnego była stabilna choroba wieńcowa, w 7,9% niewydolność serca, w 7% ponowny zawał serca i w 6,8% niestabilna choroba wieńcowa. Łącznie (zgony wewnątrzszpitalne i zgony do roku po wypisie) zmarło 19,4% pacjentów – 10,5% w okresie wewnątrzszpitalnym i 8,9% po wypisie. Lepiej rokowali pacjenci leczeni pierwotną angioplastyką. Jedną z przyczyn stosunkowo dużej liczby rehospitalizacji i liczby zgonów w okresie poszpitalnym może być mały odsetek chorych – tylko 22% – objętych rehabilitacją po zawale. Rehabilitacja poszpitalna wydaje się szczególnie potrzebna w dobie powszechnego wykorzystywania w leczeniu zawału pierwotnej angioplastyki. Ten sposób leczenia skraca czas pobytu chorych w szpitalu do ok. 5 dni. Tak krótki okres hospitalizacji nie pozwala na uświadomienie choremu potrzeby modyfikacji czynników ryzyka, pouczeniu go o dopuszczalnej aktywności fizycznej czy sposobie odżywiania, nie mówiąc już o często potrzebnym wsparciu psychologicznym. Dlatego okres pobytu w oddziale rehabilitacyjnym obok usprawniania fizycznego powinien być wykorzystywany do realizacji powyższych zadań. Ramy organizacyjne optymalnego postępowania po zawale serca nakreślono w programie KOS-zawał, Koordynowanej Opieki Poszpitalnej, który rozpoczął się w październiku 2017 r. Wstępne dane mówią o dużej skuteczności tego projektu – śmiertelność została zredukowana o 31%, a wszystkie zdarzenia sercowo-naczyniowe o 25%. Pomimo coraz lepiej udokumentowanej wartości programu KOS-zawał, stosunkowo niewielka liczba szpitali przystąpiła do niego, co przekłada się na małą liczbę chorych objętych tą opieką. Dzięki

mocnym danym o korzyściach, jakie przynosi realizacja programu KOS-zawał, wiadomo, że sprawą o kluczowym znaczeniu jest wprowadzenie mechanizmów, które doprowadzą do powszechnego korzystania z tego programu.

Podsumowanie

- Wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce jest ograniczenie liczby zawałów serca, zwłaszcza w populacji osób w wieku produkcyjnym. W tym celu należy podjąć intensywne działania promujące prozdrowotne zachowania.
- W zakresie prewencji wtórnej upowszechnić korzystanie z programu KOS-zawał, wprowadzając organizacyjne (finansowe?) mechanizmy zachęcające do jego wykorzystywania.
- Poprawa w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej stanowi duży potencjał do redukcji kosztów pośrednich i liczby powrotów do pracy, co w sytuacji niedoborów kadrowych na rynku pracy wydaje się ważnym czynnikiem.
- Dobrze funkcjonujący system opieki wewnątrzszpitalnej należy doskonalić, przede wszystkim dążąc do skrócenia czasu od początku bólu do interwencji, zapewniając dostęp do nowych technologii i leków. Tylko w ten sposób utrzymamy wysoką pozycję w Europie.

GRZEGORZ OPOLSKI
TOMASZ ZDROJEWSKI

Antynomie w zapobieganiu i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych

W ostatnich siedmiu latach, wbrew wcześniejszym korzystnym prognozom, obserwujemy zatrzymanie wzrostu długości życia w Polsce. Poprzedni brak wzrostu tego najważniejszego wskaźnika sytuacji zdrowotnej Polaków miał miejsce w latach 80. ubiegłego wieku. Ta pesymistyczna wiadomość skłania do analiz przyczyn tego zjawiska.

Zatrzymanie się wzrostu długości życia Polaków obserwujemy już od 2014 r. Przewidywana długość życia wynosiła wtedy 73,8 lat dla mężczyzn i 81,6 lat dla kobiet. O ile w latach 90. długość życia przyrastała szybko i nadrabialiśmy bardzo duże zaległości do 15 krajów „starej” Unii Europejskiej, to już na początku pierwszej dekady XXI w. tempo przyrostu było niewielkie, a od 2014 r. obserwujemy stagnację, w przypadku kobiet nawet redukcję. Dzieje się tak pomimo dużej rezerwy, którą mamy do nadrobienia w porównaniu do innych krajów, np. w Polsce mężczyźni żyją aż 7 lat krócej niż w Szwecji. Szczególnie niepokoją analizy wskazujące na podobne zjawiska w odniesieniu do umieralności osób w wieku produkcyjnym, czyli w zakresie wieku 25-64 lat.

Europejski Urząd Statystyczny (Eurostat) i OECD w opublikowanym w listopadzie 2019 r. dokumencie (OECD, Eurostat 2019) podsumowały bardzo ważne dane co do przyczyn i liczby zgonów, których dzięki nowoczesnej prewencji lub skutecznemu leczeniu można było uniknąć. Analizy przeprowadzono dla populacji generalnej w wieku do 75 lat. W Polsce względne roczne tempo spadku liczby zgonów możliwych do uniknięcia z powodu cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyń mózgowych w latach 2008-2014 wynosiło u mężczyzn 3,9%, a u kobiet 2,3%. Niestety, od 2015 r. ten korzystny proces u mężczyzn zatrzymał się, a u kobiet wyniki okazały się alarmujące – współczynniki zaczęły zwiększać się o 1,0% rocznie.

Analizy Eurostatu i OECD wskazały, że w odniesieniu do zgonów z przyczyn możliwych do uniknięcia w Polsce aż 2/3 potencjału na poprawę sytuacji mieści się w działaniach zdrowia publicznego, czyli naszym stylu życia redukującym występowanie głównych czynników ryzyka zawałów serca, udarów mózgu i nowotworów, a tylko w 1/3 w medycynie naprawczej. Przedstawione wyżej informacje stymulują do intensywnej reakcji na zatrzymanie wzrostu długości życia oraz tempa redukcji zgonów możliwych do uniknięcia w Polsce. Istnieje pilna potrzeba podjęcia efektywnych dzia-

łań dotyczących głównych determinant zachorowań na choroby niezakaźne, przede wszystkim serca i naczyń, a także nowotworów. Głównym celem polityki zdrowotnej powinna stać się redukcja częstości występowania i poprawa wykrywania oraz kontroli czynników ryzyka, a przez to wyraźne zmniejszenie liczby nowych zachorowań na choroby układu krążenia i nowotwory. Należy to osiągnąć poprzez wzrost aktywności fizycznej i zmiany niewłaściwych zachowań zdrowotnych w zakresie odżywiania, palenia i nadmiernego spożycia alkoholu.

Niniejszy rozdział poświęcony jest prewencji i terapii chorób układu krążenia, gdyż to one od kilku dekad niezmiennie pozostają najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Obserwowane od 7 lat, bardzo niekorzystne trendy w zakresie niedostatecznej kontroli czynników ryzyka oraz braku redukcji liczby zachorowań i zgonów, które są możliwe do uniknięcia, potrzebę dyskusji w tej dziedzinie wzmacniają.

Należy przy tym mocno podkreślić, że w związku ze starzeniem się społeczeństw liczba pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi istotnie się zwiększy. Zawał serca i udar mózgu pozostaną najczęstszą przyczyną zgonów w ciągu najbliższych 15-20 lat. Nawet jeśli pokonamy obecny kryzys i odwrócimy negatywne trendy, bezwzględna liczba chorych (tj. bez standaryzacji na wiek) z niewydolnością serca, migotaniem przedsionków i nabytymi wadami zastawkowymi: stenozą aortalną, niedomykalnością mitralną i niedomykalnością trójdzielną będzie systematycznie rosła.

Prewencja chorób sercowo-naczyniowych – znaczenie aktywności ruchowej i kontroli innych czynników ryzyka

W 1974 r., czyli 47 lat temu, Marc Lalond – kanadyjski minister zdrowia wraz z ekspertami opierając się na twardych dowodach, wskazał, że 50-60% naszego stanu zdrowia zależy od stylu życia, a tylko 10-15% od medycyny naprawczej. Pozostałe główne determinanty „pól zdrowia” Lalonda to czynniki środowiskowe i genetyczne. Fakt ten, który Światowa Organizacja Zdrowia nazywa paradygmatem Lalonda, jest powszechnie znany w Polsce nie tylko wśród profesjonalistów medycznych, ale także przez polityków, społeczeństwo i media. Niestety, jak dotąd w żaden sposób nie wpłynęło to na bardzo dużą nierównowagę, jaką prócz krótkich epizodów z wdrażaniem dobrych projektów profilaktycznych obserwujemy w naszym kraju między niedocenianą prewencją a medycyną naprawczą od początku transformacji ustrojowej, tj. od lat 90. ubiegłego wieku.

Ciekawą, może nie tyle antynomię, co dysharmonię stanowi fakt, że w ostatnich 30 latach w naszym kraju przeznaczano oddzielnie środki na prewencję chorób układu krążenia i nowotworów. Tymczasem podstawą współczesnej wiedzy jest to, że brak aktywności fizycznej, zła dieta, papierosy i alkohol stanowią kluczowe czynniki prowadzące zarówno do chorób serca, jak i nowotworów. Strategia państwa w tym zakresie powinna być zatem zdecydowanie zintegrowana. A w dalszym ciągu tak nie jest – autonomiczne działania profilaktyczne zawarto w nowej Narodowej Strategii Onkologicznej, zaś odpowiednik kardiologiczny po okresie minimalnego finansowania w ostatniej dekadzie od roku został praktycznie wstrzymany.

Jak w kontekście niedostatecznej prewencji chorób niezakaźnych w Polsce można ocenić główne czynniki ryzyka, odnosząc się przede wszystkim do chorób serca i na-

czyń? Nikt nie kwestionuje, że aktywność ruchowa jest niezbędnym elementem prewencji sercowo-naczyniowej. Badania naukowe jednoznacznie wskazują, że regularny wysiłek fizyczny stanowi najskuteczniejszą i najtańszą metodę w zapobieganiu chorobom niezakaźnym.

Niestety, poziom aktywności fizycznej Polaków spadł wg niektórych badań aż o 20-30% w ostatnich latach. Są to dane pochodzące jeszcze sprzed twardego lockdownu. Raport Eurostatu z marca 2018 r. podawał, że podejmowanie przynajmniej raz w tygodniu aktywności fizycznej deklarowało 28% Polaków (nieco więcej niż w Portugalii, Grecji Rumunii i Bułgarii), ale było to daleko za europejską średnią wynoszącą 40%. Podejmowanie przez co najmniej 5 dni w tygodniu aktywności fizycznej podaje tylko 5% polskich obywateli, co daje wynik o 2 pkt procentowe niższy od średniej ogółu państw Unii Europejskiej. We wcześniejszym badaniu z 2015 roku Polska wśród krajów, które oceniły na zlecenie Komisji Europejskiej i Biura Regionalnego WHO dla Europy aktywność fizyczną, znalazła się pod tym względem na 24 miejscu. W grupie wieku 15 i więcej lat tylko 18% mieszkańców wypełniało zalecenia WHO i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Powyższe fakty pokazują skalę zadań w zdrowiu publicznym wobec bardzo niskiej aktywności fizycznej Polek i Polaków.

Tak samo jak u dorosłych bardzo źle jest z aktywnością fizyczną u młodych Polaków. Aktywność fizyczną dzieci i młodzieży w naszym kraju oceniono w badaniu HBSC (the Health Behaviour in School-aged Children) realizowanym w 49 krajach na świecie u osób w wieku 9-17 lat w reprezentacyjnej dla danego kraju próbie szkół. Badania w latach 2017-2018 pokazały, że rekomendacje co do zalecanej aktywności fizycznej spełnia niecałe 16% polskich nastolatków, a odsetek ten systematycznie się obniża. Obecnie polska młodzież w wieku 11-15 lat spędza średnio ponad 2,5 godziny dziennie korzystając w różnych celach (filmy, nauka) z komputera i urządzeń mobilnych, oraz dodatkowo 1,5 godziny na gry komputerowe lub gry na konsoli. Tak duże zaniedbania w tym zakresie trudno usprawiedliwić. Aktywność fizyczna polskich dzieci i młodzieży jest po prostu groźna dla ich zdrowia w przyszłości.

Dlaczego ruch, który jest najtańszym i najskuteczniejszym lekiem zmniejszającym ryzyko-sercowo naczyniowe, jest tak rzadko zalecany przez lekarzy? Z jednej strony niemal w każdej karcie wypisowej na pierwszym miejscu w zaleceniach zaznaczone jest zachęcenie do aktywności fizycznej. Ale tak jak przy lekach podane jest dawkowanie, to w odniesieniu do wysiłku fizycznego pada najczęściej zdawkowe stwierdzenie: „wskazana aktywność fizyczna” lub bardziej szczegółowo, ale tajemniczo „wskazany umiarkowany wysiłek fizyczny przez większość dni w tygodniu”.

Pacjent tak naprawdę nie jest właściwie edukowany o znaczeniu aktywności fizycznej w zapobieganiu i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych. Uzyskanie dobrej wiedzy mogłoby stanowić podstawę motywacji pacjenta w przestrzeganiu przez niego zaleceń dotyczących aktywności fizycznej. Za rzadko aktywność fizyczna zalecana jest w opiece ambulatoryjnej. Najwyższy zatem czas na zmianę paradygmatu dotyczącego aktywności fizycznej w praktyce klinicznej. To najcenniejszy lek, który powinien być na receptę, tak jak traktują go lekarze w Skandynawii. Ruch na receptę pozwala na personalizację aktywności ruchowej – dostosowanie ilości i intensywności wysiłku do możliwości i potrzeb pacjenta. Wyobraźmy sobie, jak to powinno działać u osób z otyłością. Najpierw obiektywna ocena aktywności fizycznej (aktualnie wiele dostępnych

aplikacji mobilnych z użyciem opasek), a następnie określenie optymalnej aktywności przy uwzględnieniu potencjalnych przeciwwskazań.

Aktywność fizyczna i zdrowa dieta stanowią podstawę prawidłowego funkcjonowania organizmu. Niestety, również dane o odżywianiu Polaków są niedobre. Z dokumentów Organizacji Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO) wynika, że o ile w latach 90. zdecydowanie zwiększyliśmy spożycie tłuszczów nienasyconych oraz poprawiliśmy pożądaną relację spożycia tłuszczów nienasyconych do nasyconych, to w ostatnich 20 latach nie obserwujemy już żadnych istotnych zmian w tym zakresie.

Trzeba jednak przyznać, że w sprawach dotyczących diety praktyka często odbiega daleko od teorii, a ta ostatnia nierzadko jest pełna sprzeczności. Dotyczą one zawartości i proporcji węglowodanów, białka i tłuszczów, a nawet owoców i warzyw. Z kolei tym, co najbardziej utrudnia zmianę diety, jest fakt, że najczęściej to, co jest przyjemne dla smaku, nie jest dobre dla naszego zdrowia. Poczynając od ultraprzetworzonej żywności, rafinowanych cukrów, słodzików po alkohol.

Od 2003 r. notujemy też dramatyczny, jeden z najwyższych na świecie wzrostów spożycia alkoholu z 6,5 do ponad 11 litrów czystego spirytusu na głowę mieszkańca. Fakty te wskazują, że w sprawach dotyczących produkcji, handlu i spożycia napojów alkoholowych w ostatnich dwóch dekadach dużo większy wpływ mieli ministrowie finansów i rolnictwa niż minister zdrowia.

Najpewniej właśnie brak aktywności fizycznej, niezdrowa dieta, palenie papierosów oraz nadmierne spożycie alkoholu w największym stopniu składają się na zły stan zdrowia Polaków, dużo więcej zachorowań na choroby niezakaźne niż np. w Danii lub Szwecji oraz zatrzymanie się wzrostu długości życia. Wyżej wymienione czynniki ryzyka wywołują bowiem takie choroby jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, miażdżyca, zawały serca, udary mózgu, nowotwory, depresję i wiele innych.

Aktualnie głównym celem w zakresie zdrowia Polaków powinna być co najmniej 25-30% redukcja liczby zachorowań na choroby niezakaźne, by tym samym znacząco ograniczyć liczbę osób chorych na choroby serca i nowotwory. Jedyną możliwą i efektywną opcją może być tylko inwestycja w nowoczesną prewencję, tak by poprawił się styl życia naszych rodaków. Póki co, niestety, tak ważnych kroków nie ma. Być może trzeba w większym stopniu promować wśród polityków wypracowane dla Polski prognozy wskazujące, że wobec szybkiego starzenia się społeczeństwa i braku poprawy stylu życia podwójnie szybko będzie rosła liczba osób chorych, które z kolei będą chciały leczyć się nowoczesnie. Z jednej strony znaczny przyrost liczby ludzi starszych, a z drugiej brak redukcji zachorowalności może już w ciągu najbliższych 5-10 lat doprowadzić do kryzysu w wydatkach publicznych na zdrowie w naszym kraju.

Kardiologia naprawcza a prewencja wtórna

Wiara w kardiologię naprawczą ma swoje uzasadnienie, którego najlepszym przykładem jest udrożnienie zamkniętej tętnicy wieńcowej w świeżym zawałe serca. Cudowne uzdrowienie, którego poczucie ma większość pacjentów, wyjeżdżając z sali hemodynamicznej. Utwierdza to w nich często kardiolog, który dzieli się z pacjentem zado-

wolaniem z wykonanego przez siebie zabiegu. W efekcie u niektórych chorych powstaje przeświadczenie, że oto właśnie został cudownie uzdrowiony dzięki postępowi w kardiologii. Dotyczy to szczególnie pacjentów, u których zawał był pierwszym objawem choroby wieńcowej. Jest to prawda, gdyż szybkie udrożnienie tętnicy wieńcowej często ratuje choremu życie i zapobiega niewydolności serca. Jednocześnie jest to dość niebezpieczne zjawisko dla koniecznej do wdrożenia po takim zabiegu prewencji wtórnej. Przed kilku laty w szwedzkim badaniu ankietowym zapytano pacjentów, którzy byli leczeni inwazyjnie z powodu świeżego zawału serca, czy nadal są chorzy, czy już zdrowi. Prawie co drugi odpowiedział, że w tej chwili jest już zdrowy, traktując zawał serca jako incydent, który ma za sobą. Tymczasem dobrze wiemy, że najlepszy moment, który niestety nie jest właściwie wykorzystywany do poprawy zdrowia pacjenta dzięki kompleksowej prewencji wtórnej, to właśnie czas hospitalizacji i rehabilitacji kardiologicznej, czyli najwcześniejszy okres po świeżym zawałe serca. W tym czasie pacjent jest bardziej podatny na modyfikację swojego stylu życia, poprawę kontroli czynników ryzyka i przestrzeganie naszych zaleceń. Do tych najważniejszych należy regularna aktywność fizyczna, rzucenie palenia papierosów, redukcja stężenia LDL-cholesterolu dzięki diecie i przyjmowaniu statyn oraz leków przeciwplatektywnych.

Prawda, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć, była głoszona już XVI w. Dlatego nawet najbardziej skuteczne leczenie naprawcze, które nie jest połączone z prewencją wtórną, należy uznać za błąd w sztuce. W ostatnich latach, przed pandemią COVID-19, w wielu krajach (w tym w Polsce) przeprowadzono analizy za pomocą nowoczesnego modelu IMPACT, w ramach którego oceniano, jakie czynniki wpłynęły na zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w latach 90. XX w. oraz na przełomie XX i XXI w. Wszystkie te badania wykazały, że głównym czynnikiem było ograniczenie palenia papierosów i zmiany w żywieniu z redukcją poziomu cholesterolu-LDL, natomiast w terapii leczenie niewydolności serca i wprowadzenie statyn.

Leczenie szpitalne vs. leczenie ambulatoryjne

Dzięki postępowi w diagnostyce i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych coraz więcej świadczeń medycznych można wykonywać ambulatoryjnie lub w drodze pobytów dziennych, co znacznie skraca czas i koszty hospitalizacji. Niestety, w kardiologii, podobnie jak i w innych dziedzinach klinicznych, utrzymuje się archaiczny system hospitalizacji chorych w celu przeprowadzenia zabiegów i badań, które współcześnie z powodzeniem mogą być wykonywane w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym. Taka przestarzała struktura udzielania świadczeń w szpitalach zwiększa koszty, a w efekcie zmniejsza dostępność do nowoczesnych terapii.

Pandemia COVID-19 pokazała dobitnie, jak potrzebna jest zmiana modelu udzielania świadczeń z trybu szpitalnego na ambulatoryjno-domowo-szpitalny. Doświadczenia z pandemii powinny stać się bodźcem do wprowadzenia zmian w takim właśnie kierunku. W odniesieniu do kardiologii większość badań diagnostycznych takich jak echokardiografia przezprzełykowa, tomografia komputerowa serca i rezonans magnetyczny serca można bezpiecznie wykonywać w warunkach ambulatoryjnych. Dlatego

naależy jak najszybciej stworzyć warunki i zachęty ekonomiczne dla wykonywania ich bez hospitalizacji. Jednocześnie niektóre z diagnostycznych badań inwazyjnych można u części chorych zastąpić badaniami nieinwazyjnymi: np. inwazyjną koronarografię – nieinwazyjną koronarografią tętnic wieńcowych, a echokardiografię przezpręłykową – tomografią serca. Podobnie jest z zabiegami takimi jak: zabieg angioplastyki wieńcowej, ablacji w zaburzeniach rytmu serca oraz wszczepienia i wymiany stymulatora lub kardiowertera-defibrylatora, które u stabilnych pacjentów mogą być obecnie wykonywane w trybie jednodniowych hospitalizacji lub nawet ambulatoryjnie. Zdalna kontrola wszczepialnych stymulatorów i defibrylatorów powinna stać się standardem i zastąpić kontrole stacjonarne w ośrodkach kardiologicznych.

Zarządzanie ryzykiem sercowo-naczyniowym – czy to jest możliwe?

Czy możliwe jest zarządzanie swoim ryzykiem sercowo-naczyniowym? Termin zarządzania stał się bardzo modny w odniesieniu do praktycznie każdej dziedziny naszego życia. Każdy z nas zmuszony jest zarządzać swoimi finansami. A jak to wygląda w odniesieniu do naszego ryzyka sercowo-naczyniowego, zwłaszcza wtedy, kiedy nie doszło do wystąpienia choroby serca? Dla przypomnienia, proces zarządzania ryzykiem składa się z czterech podstawowych kroków: identyfikacja ryzyka, ocena ryzyka, działania ograniczające ryzyko oraz monitorowanie ryzyka.

W kardiologii klasyczne, od dawna zdefiniowane czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego można podzielić na te, które są modyfikowalne, jak palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, cukrzyca i otyłość, i te, które są poza możliwościami ingerencji, jak wiek, płeć czy czynniki genetyczne. W ostatnich latach coraz większe znaczenie zaczyna przywiązywać się do tzw. nieklasycznych czynników ryzyka, takich jak zanieczyszczenie powietrza, status socjalno-ekonomiczny, zaburzenia erekcji, przewlekłe choroby zapalne czy bezdech senny. Ocenę ryzyka można wykonać na podstawie czynników ryzyka klasycznych, nieklasycznych, genetycznych, biomarkerów, badań obrazowych, ale tak jak w każdej dziedzinie medycyny pożądanym byłoby, żeby było to badanie proste, możliwe do powszechnego zastosowania, wiarygodne i tanie, czyli efektywne kosztowo.

W ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego nie można się posługiwać jednym czynnikiem ryzyka, dąży się do globalnej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. Istnieje prosta skala, którą od ponad 15 lat stara się wdrożyć Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne – jest to karta ryzyka SCORE. Jest to ocena ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego u osób bez choroby sercowo-naczyniowej. Oparta jest na prostych elementach: płci, wieku, paleniu papierosów, skurczowym ciśnieniu tętniczym i stężeniu cholesterolu. Ta karta pozwala ocenić ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego w ciągu 10 lat. Z kolei łączne ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych, a więc wystąpienie poza zgonem, zawału serca lub udaru mózgu jest 3-krotnie większe. Ryzyko zgonu w skali SCORE jest bardzo wysokie, jeśli przekracza 10%. Przy niskim ryzyku niezbędna jest modyfikacja czynników ryzyka i ocena za następne 5 lat, w razie wysokiego ryzyka –

intensyfikacja działań diagnostycznych, wykonanie lipidogramu, ocena zaburzeń węglowodanowych i działania terapeutyczne.

Jak w praktyce zarządzać swoim ryzykiem sercowo-naczyniowym?

Należy monitorować bilans energetyczny, dokonywać codziennego rachunku aktywności ruchowej, spożytej ilości kalorii, znać swoje ciśnienie tętnicze, lipidogram, glikemię, obwód w pasie, znać swoje ryzyko w skali SCORE i mieć na tej podstawie „plan wsparcia serca”, korzystając z narzędzi, które są dostępne.

Obecnie prawie każdy Polak ma smartfon, który pozwala na ocenę parametrów medycznych, w tym kardiologicznych. Dzięki aplikacjom medycznym możemy się wynikami naszych badań dzielić ze swoim lekarzem, rodziną, innymi pacjentami i mediami. Jednocześnie można korzystać z różnego rodzaju systemów eksperckich, istnieją już obecnie wiarygodne aplikacje do wykrywania zaburzeń rytmu serca, migotania przedsionków. Dostępne są więc proste i łatwe techniki, które pozwalają na ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego, a jednocześnie umożliwiają skuteczną własną indywidualną prewencję chorób sercowo-naczyniowych. Coraz więcej badań naukowych mówi, że takie postępowanie jest skuteczne.

Prewencja populacyjna

Droga do prewencji w zdrowiu publicznym, a więc działaniach populacyjnych, prowadzi przez media, miejsce pracy, szkołę, uczelnię, rodzinę i bliskich oraz miejsce, w którym żyjemy. Dopiero wtedy możemy mówić o pełnym oddziaływaniu. We własnych wspomnieniach z nostalgią wracamy do niezwykle udanego i docenionego przez ekspertów na świecie ogólnopolskiego projektu naukowego i edukacyjnego – Polskiego Projektu 400 Miast skierowanego do małych gmin, oraz projektu edukacji prozdrowotnej społeczeństwa Polkard-Media realizowanych w ramach Narodowego Programu POLKARD (Program Prewencji i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego) w latach 2003-2008. Później już nie udało się uzyskać finansowania dla realizacji modelowego, kompleksowego programu interwencyjnego prewencji chorób naczyniowo-sercowych rozwijających się na podłożu miażdżycy tętnic w gminach średniej wielkości. Zależało nam, by były to zarówno działania populacyjne, jak i te skierowane do ludzi z grupy wysokiego ryzyka. Niestety, program ten nie został wdrożony, a Pułtusk nie stał się polską Ferrarą.

Monitorowanie stanu zdrowia ludności wymaga szybko gromadzonych i dobrej jakości danych

Nieodłącznym partnerem i warunkiem efektywnej prewencji jest dobre monitorowanie stanu zdrowia ludności. W dobie medycyny opartej na faktach (*evidence based medicine* – EBM) polityka zdrowotna w nowoczesnym państwie powinna być prowadzona w sposób racjonalny, a więc wynikający z dokładnej oceny sytuacji epidemiologicznej, która niekiedy szybko się zmienia.

Tymczasem na marginesie opisanego na początku rozdziału bardzo niekorzystnego trendu zatrzymania się wydłużania życia w Polsce warto dodać, że bardzo trudno jest przeprowadzić precyzyjne analizy z powodu złej jakości kodowania przyczyn zgonów w naszym kraju. Z tego względu Światowa Organizacja Zdrowia wyłączyła Polskę z międzynarodowych porównań szczegółowych przyczyn zgonów, oceniając dla naszego kraju jedynie choroby serca i naczyń zgrupowane razem. Już 9 lat temu w specjalnych publikacjach wskazywaliśmy, że jakość systemu kodowania zgonów, który prowadzi GUS, jest z powodu niedofinansowania niedostateczna. W ostatnich latach Ministerstwo Zdrowia próbuje to naprawić, ale do dzisiaj nie ma tego efektów.

Wskaźniki zdrowotne Polaków zarówno odnoszące się do chorób serca i naczyń, jak i do chorób niezakaźnych ogółem jeszcze przed pandemią wskazały, że znajdujemy się w obliczu dużego deficytu środków na ochronę zdrowia. Można temu zapobiec przez zdecydowane wzmocnienie zdrowia publicznego. Jest to jednak zadanie bardziej dla polityków niż dla lekarzy – w końcu to państwo odpowiada za zdrowie publiczne. Z kolei pandemia COVID-19 ujawniła nie tylko w Polsce liczne zaniedbania i niedoinwestowanie w zakresie chorób zakaźnych. System informacyjny działał tylko fragmentarycznie, wyraźnie brakowało integracji baz danych różnych państwowych instytucji. W efekcie w niektórych ważnych międzynarodowych analizach w czasie pandemii Polska w ogóle nie brała udziału (np. w European Mortality Monitoring – EuroMOMO), bo ze zbyt dużym opóźnieniem zbierano i łączono dane o zachorowaniach i zgonach. Duże braki w systemie informacyjnym i niedostateczny poziom monitorowania zdrowia stanowią, wobec ewidentnej potrzeby realizacji racjonalnej, a więc opartej na faktach polityki zdrowotnej, jedną z kluczowych antynomii w polskim systemie ochrony zdrowia.

Podsumowanie

Wymiar antynomii w zakresie prewencji i terapii na początku wygląda dość niewinnie – wyraża się tym samym celem różnych grup, czyli redukcją liczby zgonów i poprawą jakości życia. Jednak metody osiągnięcia tego celu są niejednokrotnie rozbieżne. Jedni chcą osiągnąć to dzięki medycynie naprawczej, inni poprzez promocję prozdrowotnego stylu życia. Bardzo różne są uwarunkowania medyczne, psychologiczne i finansowe oraz atrakcyjność tych działań. Dlatego powinny się one uzupełniać, a nie stać w sprzeczności. Istotne zatem staje się redukowanie tych antynomii poprzez szereg działań edukacyjnych, technologicznych i organizacyjnych. Z drugiej strony działania takie i nowa struktura nakładów finansowych napotkać może na szereg kontrreakcji.

Dwa podstawowe hamulce tego procesu to sprzeczność interesów i partykularyzmów branżowych czy zawodowych oraz po prostu brak odpowiednich kompetencji. I chociaż udowodnione korzyści ekonomiczne z promocji tak zwanego zdrowego stylu życia są coraz większe, to dotąd nie przekładały się one w dostateczny sposób na decyzje polityków i realizację odpowiednich programów.

Antynomie opieki zdrowotnej – sukcesy i wyzwania w zakresie działań na rzecz ograniczenia konsumpcji tytoniu

Palenie tytoniu powoduje rocznie ok. 8 mln zgonów na świecie, a w Polsce wg ostatnich szacunków 80 tys. [27]. Są to w znacznej mierze zgony przedwczesne, możliwe do uniknięcia, które by nie występowały w tak dużej skali, gdyby nie choroby odtytoniowe. Zaliczamy do nich m.in. choroby sercowo-naczyniowe (w tym zawały i udary), choroby układu oddechowego (w tym POChP), choroby nowotworowe (w tym rak płuc, nosogardzieli, pęcherza moczowego) i wiele innych, których występowanie jest warunkowane wdychaniem dymu tytoniowego. Wymienione choroby powodują niepotrzebne cierpienie i obciążają palaczy skomplikowanym leczeniem. Według obliczeń Global Burden of Disease Study 2019 palenie tytoniu stanowi w Polsce czynnik ryzyka zdrowotnego nr 1, przed nadciśnieniem tętniczym oraz wysokim wskaźnikiem BMI pod względem liczby utraconych DALY, tj. lat skorygowanych niepełnosprawnością [1]. Choroby odtytoniowe generują również ogromne koszty ekonomiczne, zarówno koszty bezpośrednie, związane z leczeniem, jak i pośrednie, związane z utraconą produktywnością. Ich wysokość w 2012 r. była szacowana na 57 mld złotych i stanowi konsekwencje palenia ok. 8 mln dorosłych Polaków [17].

Ostatnie lata przynoszą kolejne zagrożenia wynikające z pojawienia się na rynku nowych wyrobów zawierających tytoń lub nikotynę pochodzącą z tytoniu. Niektóre z nich są promowane przez ich producentów jako remedium wobec zjawiska palenia tytoniu. Elektroniczne papierosy, zwane także e-papierosami, w obecnej formie pojawiły się na rynku w 2004 r. Ich używanie stało się dość powszechnym zjawiskiem, które ma tendencję wzrostową w Europie, w tym również w Polsce. W latach 2012-2014 odsetek Polaków, którzy kiedykolwiek używali papierosa elektronicznego, zwiększył się z 12,4% do 14,6% [14]. Niepokojący jest również trend ich używania wśród młodzieży [15]. Odrębny problem stanowi używanie tzw. nowatorskich wyrobów tytoniowych np. tytoniu podgrzewanego, których konsumpcja jest stymulowana przez intensywne zabiegi marketingowe.

W niniejszym opracowaniu przeanalizowane zostanie, czy wieloaspektowe działania dotyczące ograniczenia konsumpcji tytoniu, podejmowane w Polsce zarówno na

szczeblu centralnym, jak i lokalnie, były adekwatne do zjawisk epidemiologicznych, a nadto, czy i w jakim zakresie działania te wymagają modyfikacji, bądź zintensyfikowania, by skuteczniej chronić Polaków przed używaniem tytoniu. Przedstawione zostały zatem sukcesy, jak i wyzwania polityki antytytoniowej w Polsce na kolejne lata.

Sukcesy w zakresie działań ograniczających konsumpcję wyrobów tytoniowych

Polska osiągnęła w ostatnich dekadach wymierny sukces w redukcji odsetka palących wyroby tytoniowe. Jak podsumowuje w swoim artykule Jassem i wsp., w latach 80. paliło 65-75% mężczyzn, natomiast w 2010 r. było to już ok. 30% [20]. W konsekwencji zmniejszenia liczby palaczy spadła zachorowalność na wiele chorób tytoniozależnych, co szczególnie obrazuje spadek zapadalności na raka płuc [20]. Również odsetek osób narażonych biernie na wdychanie dymu tytoniowego zdecydowanie się zmniejszył, ograniczając negatywne konsekwencje u osób niepalących często zmuszonych do wdychania szkodliwych substancji.

Powyższe pozytywne zjawiska są uwarunkowane licznymi interwencjami i działaniami o wieloaspektowej naturze, w szczególności prawnej i edukacyjnej. W konsekwencji stanowią więc wypadową wielu działań. Na wyeksponowanie zasługuje właśnie owa wieloaspektowość i integracja działań przeciwdziałających uzależnieniu od tytoniu z różnych obszarów, które podejmowane równoległe, lecz spójne w swojej koncepcji, przynoszą dobre rezultaty.

Działania w obszarze prawa

W obszarze działań natury prawnej warto wyeksponować zastosowanie takich narzędzi kontroli konsumpcji tytoniu jak podwyżki podatków na wyroby tytoniowe, ustawowe zakazy ich reklamy i promocji, zakaz sponsoringu, wprowadzane ostrzeżenia na paczkach papierosów czy też ustawowe zakazy palenia.

Podstawowym polskim aktem prawnym dotyczącym omawianej problematyki jest ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (zwana w dalszej części niniejszego opracowania „ustawą antytytoniową”) [23]. Stanowi ona istotne narzędzie prawne do walki z uzależnieniem od tytoniu i wyrobów tytoniowych. Ustawa ta w art. 3 wyraźnie określa, że jej cele powinny być realizowane przez kształtowanie polityki zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej, do której należy: ochrona prawa osób niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego, pary z papierosów elektronicznych i substancji uwalnianych za pomocą nowatorskich wyrobów tytoniowych; promocja zdrowia przez propagowanie stylu życia wolnego od nałogu palenia papierosów, używania innych wyrobów tytoniowych oraz palenia papierosów elektronicznych; działalność wychowawcza i informacyjna; tworzenie warunków ekonomicznych i prawnych zachęcających do ograniczenia używania tytoniu; informowanie o szkodliwości palenia tytoniu na opakowaniach wyrobów tytoniowych; obniżanie norm dopuszczalnych zawartości sub-

stancji szkodliwych w wyrobach tytoniowych; leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od tytoniu.

Na wyeksponowanie zasługuje zwłaszcza problematyka „stref wolnych od tytoniu”. Obecne brzmienie art. 5 ust. 1 ustawy, zawierającego katalog obszarów objętych ustawowym zakazem palenia wyrobów tytoniowych, istotnie różni się od jego brzmienia w dniu wejścia w życie ustawy, który był zdecydowanie węższy. Katalog ustawowych zakazów palenia został istotnie zmieniony nowelizacją ustawy z dnia 8 kwietnia 2010 r., która weszła w życie z dniem 15 listopada 2010 r. [30]. Wprowadzone zmiany polegały na zdecydowanym rozszerzeniu katalogu obszarów objętych ustawowym zakazem palenia, w tym też na obszary otwarte o charakterze publicznym [6].

Kolejną pozytywną zmianą jest zdefiniowanie i uregulowanie w polskiej ustawie antytytoniowej zagadnień dotyczących papierosów elektronicznych i nowatorskich wyrobów tytoniowych. Przed nowelizacją ustawy antytytoniowej, dokonaną z dniem 8 września 2016 r., wyrażane były liczne wątpliwości co do statusu prawnego e-papierosów w świetle prawa polskiego w zakresie możliwości zakwalifikowania papierosów elektronicznych jako „wyrobów tytoniowych” [6]. W wyniku nowelizacji z dnia 22 lipca 2016 r. do ustawy antytytoniowej wprowadzono szereg nowych definicji legalnych, w tym definicji określających podstawowe pojęcia związane z używaniem e-papierosów oraz wyrobów nowatorskich, eliminując wskazane wątpliwości.

Warto także wyeksponować nowelizacje ustawy zmierzające do poszerzenia ustawowych zakazów reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, a także zakazu sponsoringu przez podmioty branży tytoniowej [7].

Odnosnie do polityki podatkowej Polska dostosowała (po okresie przejściowym wynegocjowanym przed wejściem do Wspólnoty Europejskiej) obciążenia akcyzowe do minimalnych wymogów unijnych (nie mniej niż 90 euro za 1000 papierosów). Miało to skutek w odchudzalnych podwyżkach cen papierosów i redukcji sprzedaży wyrobów tytoniowych.

Nie bez znaczenia jest tło prawne dokonywanych działań. Należy podkreślić, że Rzeczpospolita Polska jest stroną Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzonej dnia 21 maja 2003 r. (zwanej dalej Ramową Konwencją WHO) [7]. Jej celem jest ochrona dzisiejszych i przyszłych pokoleń przed zgubnymi zdrowotnymi, społecznymi, środowiskowymi i ekonomicznymi następstwami konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy poprzez przedstawienie ram dla środków ograniczenia użycia tytoniu, jakie strony będą wprowadzać na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym w celu ciągłego i znacznego ograniczenia rozpowszechnionej konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy.

Prawo do ochrony zdrowia stanowi podstawowe prawo człowieka. Między innymi Deklaracja Kapsztadzka z dnia 9 marca 2018 r. (Cape Town Declaration on Human Rights and a Tobacco-free World) akcentuje, że produkcja i sprzedaż tytoniu naruszają prawo człowieka do zdrowia, a w konsekwencji strony przyznają pierwszeństwo prawu do ochrony zdrowia publicznego i szanują prawo wszystkich do korzystania z najwyższego możliwego do osiągnięcia standardu zdrowia fizycznego i psychicznego wyrażonego w art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturowych z 1966 r. [4, 10].

Pod wpływem zobowiązań płynących z prawa międzynarodowego wskazana wyżej polska ustawa antytytoniowa była wielokrotnie nowelizowana, a kierunki jej zmian miały na celu dostosowanie polskich regulacji prawnych do standardów międzynarodowych. W obecnym kształcie ustawa nie spełnia wielu kryteriów wynikających z Ramowej Konwencji WHO, a nie można jej jeszcze uznać za optymalne rozwiązanie, w pełni realizujące zasadę ochrony zdrowia przed szkodliwym wpływem tytoniu. Niewątpliwie jednak kolejne zmiany ustawowe, dokonywane na osi czasu, przybliżają polskie unormowania antytytoniowe do pożądanego wzorca ochrony [3].

Działania w obszarze edukacji

W zakresie wskazywanych wieloaspektowych działań podkreślenia wymaga działalność organizacji pozarządowych, zwłaszcza na płaszczyźnie edukacyjnej. Aktywności te polegały przede wszystkim na prowadzeniu kampanii zachęcających do rzucenia palenia tytoniu czy wprowadzeniu zakazów palenia w miejscach publicznych. Na wyeksponowanie zasługuje działalność takich podmiotów, jak Fundacja Promocji Zdrowia i Stowarzyszenie MANKO. Fundacja Promocji Zdrowia była inicjatorem największej kampanii „Rzuc palenie razem z nami”, która skłoniła w latach 1992-2006 pół miliona Polaków do udziału w niej, a ok. 4 mln palaczy do rzucenia palenia. Jej prezes, prof. Witold Zatoński, był liderem wielu inicjatyw edukacyjnych, także skierowanych do środowisk decydenckich, co miało kluczowy wpływ na wprowadzenie zmian prawnych.

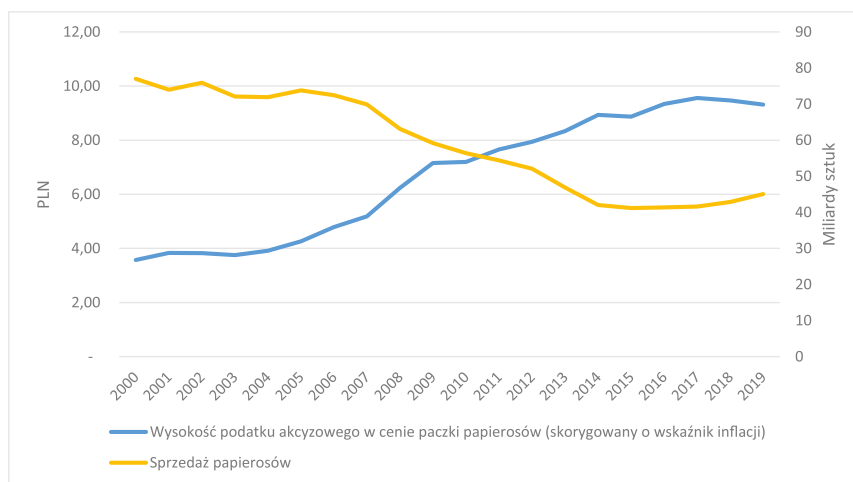
Stowarzyszenie MANKO było w latach 2009-2011 organizatorem ogólnopolskiej kampanii „Lokal bez papierosa”, której prowadzenie przyczyniło się do skutecznego wprowadzenia zakazów palenia w miejscach publicznych. Nie bez znaczenia była także rola Inspekcji Sanitarnej, która prowadziła i prowadzi programy edukacyjne w placówkach przedszkolnych i szkolnych od wielu lat w skali całego kraju.

Wyzwania w zakresie ograniczania epidemii używania wyrobów tytoniowych

Mimo znacznego spadku odsetka palaczy w ostatnich dekadach, w ostatnich kilku latach nie notujemy już znaczącej poprawy. Trudno też jednoznacznie oszacować odsetek palaczy, gdyż wg badań Eurobarometru w 2017 r. wynosił średnio 30%, podczas gdy w badaniach krajowych przeprowadzonych w 2019 r. już tylko 21% [2, 25]. Być może różnice metodologiczne leżą u podłoża tych rozbieżności. Tym niemniej wielu ekspertów podkreśla spowolnienie procesu redukcji odsetka palaczy, szczególnie w grupie kobiet [20]. Na brak spodziewanej poprawy składa się wiele przyczyn. Są to z jednej strony zaniedbania po stronie decydentów i instytucji odpowiedzialnych za politykę antytytoniową, z drugiej aktywność podmiotów przemysłu tytoniowego, które stale poszukują nowych sposobów dotarcia do konsumentów, dostosowując swoje działania do nakładanych ograniczeń. W obszarze wyzwań można wyeksponować poniższe płaszczyzny.

Brak skutecznej polityki podatkowej

Jedną z najskuteczniejszych metod ograniczania konsumpcji jest podwyżka podatków, która sprawia, że wyroby są coraz droższe, co w konsekwencji ma zniechęcać do ich konsumpcji. Pomimo tego Polska w ostatnich kilku latach nie podwyższała podatków na tyle, by znieść efekt inflacji oraz wzrostu zamożności Polaków – w efekcie mieliśmy do czynienia ze zwiększeniem dostępności cenowej wyrobów tytoniowych i zatrzymaniem trendu spadkowego konsumpcji (wykres 1). Badania pokazują, że podatek może być skuteczny, o ile zmniejsza dostępność [18]. Działania wskazanej natury są zdecydowanie pożądane.



Wykres 1. Podatek akcyzowy i spożycie papierosów w Polsce (2000-2019)

Źródło: Wysokość podatku akcyzowego w cenie paczki papierosów skorygowany o wskaźnik inflacji na podstawie: ceny paczki Marlboro za Economist Intelligence Unit [11], wskaźnika inflacji z Międzynarodowego Funduszu Monetarnego [19], stawki podatku za Komisją Europejską [13], sprzedaż papierosów za Euromonitor International [12].

Brak konsekwentnej i długofalowej polityki antytytoniowej

W obszarze prawnych ograniczeń mamy w dużej mierze do czynienia z akcyjnością wymuszaną zmianami prawa unijnego. Od 2010 r. nowelizacje prawa antytytoniowego miały jedynie charakter dostosowawczy do prawa unijnego, nie korzystano z możliwości wyjścia poza minimalne wymogi regulacyjne, tym samym nie rozszerzając ochrony. Już w 2012 r. było przygotowywane rozporządzenie MZ w sprawie ostrzeżeń obrazkowych w miejsce ostrzeżeń tekstowych, prace nie zostały jednak sfinalizowane w tym okresie [5]. Regulacja ta została wprowadzona dopiero w 2016 r. jako wymóg prawa unijnego, podczas gdy niektóre kraje poszły o krok dalej, wprowadzając ujednoczone opakowania, których oddziaływanie zniechęcające palaczy jest zdecydowanie większe [28]. Mimo obowiązujących zakazów reklamy i promocji brakuje mechanizmów nadzoru i egzekucji przepisów, co skutkuje przykładowo kontaktem odbiorców z reklamą

w punktach sprzedaży. Polska nie poszła także za przykładem niektórych krajów, które wprowadziły zakaz ekspozycji wyrobów tytoniowych w punktach sprzedaży. Uregulowania polskiej ustawy antytytoniowej, mimo licznych nowelizacji, nadal nie stanowią przykładu dobrej, przemyślanej legislacji. Wiele pojęć w niej zawartych wciąż nie jest jasna, co utrudnia należyte stosowanie ustawy. Przykładowo nie ma jasności co do granic przestrzennych obszarów objętych całkowitym zakazem palenia w art. 5 ust. 1 ustawy, a zwłaszcza wobec niejednoznaczności pojęć: „obiekt”, „pomieszczenie”, „teren” „miejsce”, a także „przystanek komunikacji publicznej”, „miejsce przeznaczone do zabaw dla dzieci”, „obiekt sportowy” czy „lokal gastronomiczno-rozrywkowy” [28]. Brak definicji legalnych tychże pojęć prowadzi do uznaniowości i często do nazbyt wąskiego ujmowania miejsc objętych zakazem palenia, np. jedynie do granic wewnątrz obiektów. Przykładowo nie rzadka jest praktyka palenia wyrobów tytoniowych, np. na zewnątrz budynków na obszarze stanowiących teren uczelni czy za przystankiem komunikacji publicznej.

Niektóre terminy użyte w ustawie odbiegają od ich praktycznego znaczenia, co także nie wpływa na jasność stosowania prawa. Przykładowo w art. 2 pkt 17 ustawy antytytoniowej zawarta jest definicja „palenia papierosa elektronicznego” rozumianego jako „spożycie pary zawierającej nikotynę, wydzielanej przez papieros elektroniczny”. Zwraca uwagę brak poprawności użytego przez ustawodawcę określenia „palenie”. W e-papierosie nie dochodzi bowiem do procesu spalania, a jedynie do podgrzania płynu do formy aerosolu. Jedynie do podgrzania dochodzi także w wyrobach z grupy tytoniu podgrzewanego. Z uwagi na to, użyte określenie może wprowadzać w błąd co do mechanizmu podawania nikotyny, a także do zakresu zakazu używania tych wyrobów [21].

Brak skutecznej ochrony dzieci i młodzieży

Statystyki używania wyrobów tytoniowych są alarmujące. Aktualnie do palenia (w ostatnich 30 dniach) przynajmniej aż 36% nastolatków [15]. Po pierwsze, zauważa się, że kontrola dostępu do wyrobów nikotynowych przez te osoby jest iluzoryczna. Pomimo że art. 6 ust. 1 ustawy antytytoniowej zakazuje udostępniania wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych lub pojemników zapasowych osobom do lat 18, wyeksponować należy problem weryfikacji uprawnienia do zakupu omawianych wyrobów. W świetle art. 6 ust. 1 ustawy jedynie w przypadku wątpliwości co do pełnoletniości kupującego wyroby tytoniowe, papierosy elektroniczne lub pojemniki zapasowe sprzedawca może zażądać okazania dokumentu potwierdzającego wiek (uprawnienie o charakterze fakultatywnym). Rozwiązanie to sprawia, że wskazany zakaz nie jest zazwyczaj przestrzegany, gdyż wiek nabywców wyrobów zawierających nikotynę rzadko jest weryfikowany [16]. Nieletni nie mają w konsekwencji większych trudności z nabyciem wyrobów nikotynowych.

Po drugie, brakuje zdecydowanej i wieloaspektowej polityki mającej na celu przeciwdziałanie używaniu tytoniu przez nieletnich. Przykładowo na wzór dobrych praktyk państw obcych wiek uprawnionych nabywców wyrobów tytoniowych powinien być podniesiony do 21 roku życia [22]. Regulacja podwyższająca wiek nabywców wyrobów tytoniowych do 21 lat obowiązuje na terenie wszystkich stanów USA. Ukazały się już wyniki badań potwierdzające, że podwyższenie dozwolonego wieku nabywców do 21 lat przyczyniło się do zmniejszenia sprzedaży wyrobów nikotynowych, które są preferowane przez młodzież [21].

Brak skutecznej reakcji na nowe zagrożenie – e-papierosy oraz tytoń podgrzewany

Mimo pojawienia się na Polskim rynku e-papierosów w 2006 r. i alarmujących danych o ich szkodliwości oraz szybkiej popularyzacji wśród młodzieży dopiero dyrektywa unijna wymusiła zmiany w Polskim prawie w roku 2016 r. i uregulowania statusu prawnego tychże wyrobów (33,34). Wątpliwości w zakresie kwalifikacji prawnej e-papierosów, zaraz po ich pojawieniu się na rynku, związane były z odmienną od tradycyjnych wyrobów tytoniowych naturą tychże wyrobów, polegającą na rozdzielności urządzeń do inhalacji od zawartego w pojemnikach płynu z nikotyną. Jednocześnie nie zakwalifikowano żadnych z dostępnych na rynku e-papierosów jako wyrobów medycznych, w rozumieniu art. 2 pkt 38 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, bądź jako wyrobów farmaceutycznych, w rozumieniu art. 2 pkt. 32 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.

Przez długi czas wyroby te nie były objęte podatkiem akcyzowym, przyciągając niską ceną nowych użytkowników. Podobnie dopuszczalna była ich reklama i promocja, doprowadzając do ich popularyzacji, szczególnie wśród nieletnich. Szacuje się, że nawet 34% młodzieży używa e-papierosów [16].

Brak systemu pomocy palącym

Mając na uwadze, że rzucenie palenia przynosi natychmiastowe zyski zdrowotne w postaci redukcji ryzyka chociażby zdarzeń sercowo-naczyniowych, konieczne jest intensywne stymulowanie uzależnionych do rozstania się z nałogiem. Medycyna dysponuje metodami, które zdecydowanie zwiększają skuteczność prób rzucenia palenia. Ustrukturyzowana porada lekarska, wsparcie behawioralno-poznawcze oraz farmakoterapia stanowią obecnie złoty standard leczenia znajdujący odzwierciedlenie w wytycznych europejskich i amerykańskich.

W Polsce nie wprowadzono systemowego wsparcia pacjentów zmagających się z problemem nikotynizmu. Obecnie dorośli uzależnieni mogą liczyć jedynie na pomoc telefonicznej poradni pomocy palącym, której numer jest umieszczony na każdej paczce papierosów, oraz kilku poradni specjalistycznych i niewielkiej liczby lekarzy rodzinnych posiadających kontrakty NFZ na udzielanie tego typu świadczeń. To są jedyne formy pomocy finansowane z budżetu państwa. Należy zauważyć jednak, biorąc pod uwagę skalę nikotynizmu, że ta oferta jest zdecydowanie niewystarczająca. Przyczyn tego stanu jest wiele i nakłada się na to wiele lat zaniedbań. Niedofinansowanie poradnictwa, nieodpowiednia organizacja opieki, brak systemu aktywnych zaproszeń to dosłownie kilka powodów. U ich podstaw leży brak rozpoznania przez decydentów znaczenia problemu i docenienia roli prewencji. W tym kontekście zastanawia chociażby finansowanie kosztownych programów przesiewowych raka płuc z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej przy jednoczesnym braku realnego finansowania pomocy w rzuceniu palenia.

Wnioski i rekomendacje

W zakresie działań na rzecz ograniczania epidemii palenia tytoniu na osi czasu można odnotować istotne sukcesy, istnieje równocześnie obszerna płaszczyzna zagadnień wymagających dalszych intensywnych działań. Zauważalnym problemem jest brak spójnej, przemyślanej polityki antytytoniowej, na co wpływ ma brak silnego ośrodka koordynującego ten obszar. Problemem są również potencjalnie sprzeczne interesy różnych grup, w tym decydentów. Handel wyrobami tytoniowymi przynosi dochody przedsiębiorstwom, jak również budżetowi państwa. Mimo że środowiska naukowe dostarczają przekonujących dowodów, że wszystkie potencjalne zyski z upraw tytoniu i sprzedaży wyrobów tytoniowych nie pokrywają kosztów zdrowotnych i społecznych generowanych przez choroby odtytoniowe, zapadają decyzje polityczne, które często nie pozwalają na skuteczną walkę z epidemią palenia tytoniu. Na te decyzje ma również duży wpływ aktywność przemysłu tytoniowego w obszarze lobbingu i public relations. Wiele osób zaangażowanych w promowanie polityki antytytoniowej przyznaje, że przemysł tytoniowy jest bardzo aktywny tworzeniu klimatu ochrony swojej branży przed zagrażającymi ich interesom działaniami [9]. Próby ograniczenia ingerencji przemysłu w proces tworzenia prawa znalazły swój wyraz w art. 5 ust. 3 Ramowej Konwencji WHO, która we wskazanym punkcie nie została zaimplementowana w polskim prawodawstwie.

Mając na uwadze przeprowadzoną w niniejszym artykule analizę, zasadne stają się poniższe rekomendacje:

- Należy nadać większy priorytet polityce antytytoniowej względem interesów podmiotów branży tytoniowej.
- Warto utworzyć ośrodek ciągłego monitorowania i koordynowania polityki antytytoniowej, który będzie aktywnie reagował na aktualną sytuację epidemiologiczną w kraju.
- Trzeba podejmować dalsze inicjatywy ustawodawcze mające na celu dostosowanie polskich unormowań antytytoniowych do standardów międzynarodowych, w tym zawartych w Ramowej Konwencji WHO. Warto także korzystać z doświadczeń i dobrych praktyk w zakresie przeciwdziałania nikotynizmowi zawartych w ustawodawstwach państw obcych.
- Potrzebny jest nowy, powszechny system wsparcia uzależnionych od nikotyny finansowany ze środków NFZ, który będzie obejmował również młodzież.

Bibliografia

- [1] Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, [dokument elektroniczny] <https://www.aotm.gov.pl/wspolpraca/gbd/gbd--2019/> [dostęp: 8.01.2021].
- [2] *Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. Special Eurobarometer 458. [dokument elektroniczny] <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/2f01a3d1-0af2-11e8-966a-01aa75ed71a1/language-en> [dostęp: 8.01.2021].
- [3] Balwicka-Szczyrba M., *Rekomendacje eksperckie w zakresie prawa*, [w:] *Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych*, red. nauk. Ł. Balwicki, Warszawa 2020, s. 42-56.

- [4] Balwicka-Szczyrba M., Balwicki Ł., *Ochrona dzieci przed biernym paleniem wyrobów tytoniowych w świetle regulacji prawnych*, Gdańskie Studia Prawnicze, 2019, nr 2, s. 239-249.
- [5] Balwicka-Szczyrba M., Balwicki Ł., *Status prawny papierosów elektronicznych*, Gdańskie Studia Prawnicze, 2017, t. 38, s. 109-119.
- [6] Balwicka-Szczyrba M., Balwicki Ł., *Ustawowy zakaz palenia wyrobów tytoniowych*, Kwartalnik Prawa Publicznego, 2012, R. 12, nr 1, s. 157-174. <https://doi.org/10.21697/kpp.2012.12.1.06>
- [7] Balwicka-Szczyrba M., Balwicki Ł., *Zakaz reklamowania i promocji wyrobów tytoniowych oraz wyrobów i symboli związanych z tytoniem*, Przegląd Legislacyjny, 2012, R. 19, nr 4, s. 47-60.
- [8] Balwicka-Szczyrba M., Balwicki Ł., *Zakaz sponsorowania przez podmioty branży tytoniowej*, Kwartalnik Prawa Publicznego, 2013, R. 13, nr 1, s. 65-78. <https://doi.org/10.21697/kpp.2013.13.1.02>
- [9] Balwicki Ł., Stokłosa M., Balwicka-Szczyrba M., Tomczak W., *Tobacco industry interference with tobacco control policies in Poland: legal aspects and industry practices*, Tobacco Control, 2016, vol. 25, nr 5, s. 521-526. doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052582
- [10] *Cape Town Declaration on Human Rights and a Tobacco-free World*, [dokument elektroniczny] [dostęp: 10.01.2021].
- [11] Economist Intelligence Unit, *World Cost of Living Survey*, London 2020.
- [12] Euromonitor International, *Passport Database*, London 2020.
- [13] European Commission, *Excise Duty Tables* (Brussels, Belgium, 2020), [dokument elektroniczny] [dostęp: 10.01.2021].
- [14] Filippidis F. T., Laverty A. A., Gerovasili V., Vardavas C. I., *Two-year trends and predictors of e-cigarette use in 27 European Union member states*, Tobacco Control, 2017, vol. 26, nr 1, s. 98-104. doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052771
- [15] Goniewicz M. L., Gawron M., Nadolska J., Balwicki Ł., Sobczak A., *Rise in electronic cigarette use among adolescents in Poland*, Journal of Adolescent Health, 2014, vol. 55, nr 5, s. 713-715. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.07.015
- [16] Goniewicz M. L., Leigh N. J., Gawron M., Nadolska J., Balwicki Ł., McGuire C., Sobczak A., *Dual use of electronic and tobacco cigarettes among adolescents: a cross-sectional study in Poland*, International Journal of Public Health, 2016, vol. 61, nr 2, s. 189-197. doi:10.1007/s00038-015-0756-x
- [17] Goodchild M., Nargis N., Tursan d'Espaignet E., *Global economic cost of smoking-attributable diseases*, Tobacco Control, 2018, vol. 27, nr 1, s. 58-64. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053305
- [18] He Y., Shang C., Chaloupka F. J., *The association between cigarette affordability and consumption: an update*. PLOS ONE, 2018, vol. 13, art. e0200665.
- [19] International Monetary Fund, *World Economic Outlook Database*, 2020, [dokument elektroniczny]. [dostęp: 10.01.2021].
- [20] Jassem J., Przewoźniak K., Zatoński W., *Tobacco control in Poland : successes and challenges*, Translational Lung Cancer Research, 2014, vol. 3, nr 5, s. 280-285. doi:10.3978/j.issn.2218-6751.2014.09.12
- [21] Liber A. C., Xue Z., Cahn Z., Drope J., Stokłosa M., *Tobacco 21 adoption decreased sales of cigarette brands purchased by young people: a translation of population health survey data to gain insight into market data for policy analysis*, Tobacco Control, 2020, [online ahead of print]. doi:10.1136/tobaccocontrol-2020-055932
- [22] *Newly signed legislation raises federal minimum age of sale of tobacco products to 21* [dokument elektroniczny] [dostęp: 8.01.2021].
- [23] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*, Dziennik Ustaw, 2017, poz. 957 t.j.
- [24] *PIH o Decyzji MZ w sprawie wymiany ostrzeżeń obrazkowych na wyrobach tytoniowych*, [dokument elektroniczny] <http://www.pih.org.pl/index.php/biuro-prasowe/komunikaty-prasowe/566-pih-o-decyzji--mz-w-sprawie-wymiany-ostrzee-obrazkowych-na-wyrobach-tytoniowych> [dostęp: 10.01.2021].
- [25] Pinkas J., Kaleta D., Zgliczyński W. S., Lusawa A., Wrześniewska-Wal I., Wierzbza W., Gujski M., Jankowski M., *The prevalence of tobacco and e-cigarette use in Poland: a 2019 nationwide cross-sectional survey*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2019, vol. 16, art. 4820. doi:10.3390/ijerph16234820
- [26] *Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzona w Genewie dnia 21 maja 2003 r.*, Dziennik Ustaw, 2007, poz. 487.

- [27] Samet J., Buran M., *The burden of avoidable disease from air pollution: implications for prevention*, Journal of Health Inequalities, 2020, vol. 6, nr 1, s. 2-6. doi:10.5114/jhi.2020.95701
- [28] Smith D. M., Gawron M., Balwicki L., Sobczak A., Matynia M., Goniewicz M. L., *Exclusive versus dual use of tobacco and electronic cigarettes among adolescents in Poland, 2010-2016*, Addictive Behaviors, 2019, vol. 90, s. 341-348. doi:10.1016/j.addbeh.2018.11.035
- [29] Stokłosa M., *Rekomendacje eksperckie w zakresie ekonomii i aspektów ekonomicznych palenia tytoniu*, [w:] *Rekomendacje zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych*, red. nauk. Ł. Balwicki, Warszawa 2020, s. 36-41.
- [30] *Ustawa z dnia 08 kwietnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*, Dziennik Ustaw, 2010, poz. 529.
- [31] White V. M., Guerin N., Williams T., Wakefield M. A., *Long-term impact of plain packaging of cigarettes with larger graphic health warnings: findings from cross-sectional surveys of Australian adolescents between 2011 and 2017*, Tobacco Control, 2019, vol. 28(e1), s. e77-e84. doi:10.1136/tobaccocontrol-2019-054988

ROBERT GAŁAZKOWSKI
PATRYK RZOŃCA

Antynomie w ratownictwie medycznym

Opierając się na danych dotyczących działania pomocy doraźnej, takich jak czas dotarcia ambulansu do chorego czy wskaźnik zgonów w okresie przedszpitalnym, można jednoznacznie stwierdzić, że w Polsce nie było dotychczas systemu ratownictwa medycznego, który gwarantowałby udzielanie specjalistycznej pomocy, koniecznej do ratowania zdrowia i życia ofiarom wypadków, katastrof i nagłych zachorowań. W tej chwili 41% ofiar wypadków rozpoczyna leczenie specjalistyczne po ponad trzech godzinach. Ma to bezpośredni wpływ na wskaźniki śmiertelności urazowej: 17 ofiar śmiertelnych wypadków drogowych na 100 tys. mieszkańców w Polsce, podczas gdy będące w czołówce pod względem bezpieczeństwa ruchu drogowego kraje europejskie osiągnęły już poziom 6 (Norwegia, Wielka Brytania, Szwecja); 12,5 ofiar śmiertelnych na 100 wypadków drogowych w Polsce, podczas gdy w krajach Unii Europejskiej wskaźnik ten wynosi niewiele ponad 3. W Polsce 62,4% zgonów okołowypadkowych następuje w okresie przedszpitalnym, w porównaniu do 31% w Unii Europejskiej. W grupie mężczyzn do 44. roku życia i wśród dzieci urazy stanowią pierwszą przyczynę zgonów.

Straty ekonomiczne z tytułu wypadków szacuje się na około 2,7% PKB (około 6 mld dolarów rocznie). Również w przypadku chorób układu krążenia sytuacja nie jest zadawalająca. W tej chwili choroby układu krążenia są przyczyną 52,7% wszystkich zgonów. Około 38% zgonów jest spowodowane samymi chorobami serca. Tylko około 40% chorych z zawałem serca w chwili obecnej ma szansę przeżycia. Wynika to w pewnej mierze, podobnie jak w przypadku urazów, z nieadekwatnej do potrzeb liczby ambulansów i późnego rozpoczynania specjalistycznego leczenia. Trzecią co do częstości przyczyną zgonów w Polsce są udary mózgu. Objawy udaru występują u około 70 tys. osób w ciągu roku. Spośród nich w ciągu 12 miesięcy od zachorowania umiera 60% osób. Jednym z podstawowych założeń narodowego programu profilaktyki i leczenia udarów mózgu jest skrócenie okresu dostępu do specjalistycznego leczenia do jednej godziny od zachorowania. Pozwoliłoby to na zmniejszenie odsetka zgonów o około 15%. [12]. Tak w rozdziale pierwszym publikacji zatytułowanej „Ratownictwo medyczne w Polsce – ustawa o państwowym ratownictwie medycznym” opisywał stan pomocy doraźnej w Polsce końca lat 90. i początku lat 2000., ówczesny wiceminister zdrowia Andrzej Ryś.

Rządowy program Zintegrowane Ratownictwo Medyczne oraz powstanie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym dało wyraźny impuls do zmian w systemie pomocy doraźnej w naszym kraju. Był to pierwszy krok rozpoczynający budowę systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) w Polsce. W założeniach budowy systemu postawiono nacisk na cztery kluczowe fundamenty: budowę sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), centrów powiadamiania ratunkowego (CPR), powstanie Śmigłowiec Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS – Helicopter Emergency Medical Service) oraz doposażanie w nowe ambulanse pogotowia ratunkowego, a także szkolenie personelu medycznego. Kolejnym istotnym krokiem było powstanie specjalizacji lekarskiej z zakresu medycyny ratunkowej, rozpoczęcie kształcenia ratowników medycznych na poziomie studiów pierwszego stopnia oraz powołanie specjalizacji pielęgniarskiej z medycyny ratunkowej. Przez następne lata ustawa o PRM była wielokrotnie nowelizowana. W 2006 r. powstała nowa ustawa o PRM, kolejnym istotnym z punktu widzenia pacjentów krokiem było powstanie Centrów Urazowych dla dorosłych, a w następnej kolejności dla dzieci [8].

Termin „paradoks” z definicji oznacza jakąś sprzeczność, czyli rozumowanie, w którym każdemu z elementów towarzyszy pozorna oczywistość i jesteśmy skłonni uznać każdy za prawdziwy, ale są one jawnie sprzeczne ze sobą lub z przyjętymi założeniami. Współczesne systemy ratownictwa medycznego wydają się być paradoksalne na wiele sposobów. Z jednej strony są powoływane do niesienia pomocy poszkodowanym w stanie zagrożenia zdrowotnego, a z drugiej są oskarżane o wyrządzanie krzywdy [10]. Wielu autorów, którzy podejmowali tematykę paradoksu związanego z wyzwaniami współczesnych systemów opieki zdrowotnej, wyróżnia trzy odrębne pojęcia: paradoks rozwiązywalny, antynomie i aporie. Pojęcie paradoks rozwiązywalny definiowane jest jako pozornie sprzeczne stwierdzenie, którego zasadnicze znaczenie ujawnia się po dokładnej analizie. Paradoks rozwiązywalny składa się ze sprzecznych stwierdzeń, które można skonsolidować. Dokładna analiza tych sprzecznych stwierdzeń prowadzi do rozwiązania sprzeczności. Termin antynomia definiowany jest jako sprzeczność pomiędzy dwiema równie ważnymi zasadami lub dwoma poprawnie wyciągniętymi wnioskami z tych zasad. Antynomie są trudniejsze do rozwiązania, a zatem różnią się od paradoksu rozwiązywalnego pod względem struktury, niemniej jednak niektóre antynomie można rozwiązać. Należy podkreślić, że w niektórych przypadkach rozwiązanie antynomii wydaje się niewłaściwą opcją, czyli oznacza to, że problem wydaje się bez wyjścia. Sprzeczności między podstawowymi zasadami w sytuacji, w której wydaje się, że nie ma rozwiązania, określane są terminem aporia [10, 11, 18, 24, 27].

Skupiając się na ratownictwie medycznym, można śmiało stwierdzić, że w ostatnich latach nastąpiła duża zmiana jakościowa w funkcjonowaniu tego systemu. Został do użytku wprowadzony nowoczesny sprzęt: nowe ambulanse, nowe śmigłowce ratunkowe, urządzenia do uciskania klatki piersiowej, aparaty USG itd. Wprowadzono system szkolenia i doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, również pielęgniarki systemu pracują nad podnoszeniem swoich kwalifikacji w zakresie medycznych czynności ratunkowych. Rozpoczęto wprowadzanie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM), którego głównym zadaniem jest przejmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), rejestrowanie zdarzeń medycznych, lokalizacja poszczególnych zdarzeń, miejsc pobytu ZRM i ich

statusów na mapie, która stanowi moduł zintegrowany z systemem [22]. Na przestrzeni kilkunastu ostatnich lat powstała sieć szpitalnych oddziałów ratunkowych z lądowiskami przyszpitalnymi dla śmigłowców ratunkowych, która umożliwiła dotarcie pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do specjalistycznej pomocy medycznej w czasie tzw. złotej godziny. Z drugiej strony w obszarze szkolenia specjalistycznego lekarzy w zakresie medycyny ratunkowej obserwowany jest od kilku lat spadek zainteresowania tą specjalizacją. Z roku na rok spada również liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego z powodu braku lekarzy chętnych do pracy w przedszpitalnym ratownictwie medycznym.

Problemem, który w kontekście ratownictwa medycznego jest chyba najbardziej poważny, jest przekierowywanie na system PRM zadań, które powinny być realizowane w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) czy Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. Według różnych szacunków liczba interwencji zespołów ratownictwa medycznego w odniesieniu do osób niebędących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego waha się na poziomie od 50% do 70%. Powstaje zatem pytanie: czy system POZ w kraju jest zorganizowany optymalnie? W tym kontekście należy zwrócić również uwagę na pewną postawę społeczeństwa polskiego, które poprzez ratownictwo medyczne zapewnia sobie szybki dostęp do diagnostyki specjalistycznej w SOR jako alternatywę wobec wielomiesięcznego oczekiwania na poradę specjalistyczną. To z kolei prowadzi do powstawania gigantycznych kolejek w szpitalnych oddziałach ratunkowych, w których powinni być diagnozowani i leczeni pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Obraz tak funkcjonującego systemu ratownictwa medycznego powoduje krytyczną jego ocenę po stronie pacjentów, a z drugiej strony narastającą frustrację wśród personelu medycznego pracującego w systemie PRM. Obserwacja działania systemu PRM w Polsce od momentu jego powstania ulega zmianom wynikającym z sytuacji funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Tendencje obserwowane w polskim ratownictwie medycznym od lat zachodzą również w krajach, w których systemy ratownictwa medycznego powstawały dużo wcześniej.

Zmiany legislacyjne w regulacjach prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania systemu PRM, wynikające z jego dynamicznego rozwoju, nie są pozbawione nieścisłości i niejasności w zakresie interpretowania zapisów tych aktów prawnych. Zapisy ustawy o PRM mogą być interpretowane ze szkodą dla pracowników systemu oraz pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzielają medycznych czynności ratunkowych. Należy podkreślić, że art. 36 ust. 1 pkt. 2 ustawy o PRM dopuszcza wprowadzenie dwuosobowych zespołów pod warunkiem, że wszyscy członkowie zespołu mogą wykonywać medyczne czynności ratunkowe [22]. Jednak interpretacja tego zapisu przez kierowników podmiotów leczniczych będących dysponentami zespołów ratownictwa medycznego traktowana jest jako furtka do cięcia kosztów poprzez redukcję składu osobowego ZRM do dwóch osób w taki sposób, że jeden z członków zespołu pełni jednocześnie funkcję kierowcy ambulansu. Wynika to w dużej mierze z poziomu finansowania zespołów ratownictwa medycznego. Na skutek powyższego mamy do czynienia z paradoksem, w którym z jednej strony dążymy do jak najlepszej organizacji funkcjonowania systemu PRM, by jakość udzielanych świadczeń medycznych była na najwyższym poziomie. Z drugiej zaś dysponenti zespołów ratownictwa medycznego ograniczają składy osobowe w trosce o finanse jednostki. Dwuosobowe zespoły ratownictwa medycznego nie są w stanie właściwie realizować wszystkich medycznych czyn-

ności ratunkowych, szczególnie w takich sytuacjach jak nagle zatrzymanie krążenia, ciężkie wielonarządowe obrażenia ciała z towarzyszącymi obrażeniami kręgosłupa lub w przypadku, gdy na miejscu zdarzenia znajduje się więcej niż jedna osoba, która wymaga udzielenia pomocy. Taki stan rzeczy wymusza konieczność angażowania dodatkowych sił i środków, nierzadko dysponowania dodatkowym zespołem ratownictwa medycznego w celu przemieszczenia pacjenta, co w istotny sposób wpływa na czas dotarcia do szpitala, który jest kluczowy w przypadku udaru mózgu, ostrego zespołu wieńcowego czy wstrząsu. Mimo wielu sprzeciwów i apelów środowisk medycznych, licznych interpelacji poselskich precedens funkcjonowania dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego ciągle trawa.

Rozwijają się systemy opieki zdrowotnej, a mimo to ciągle stają przed nowymi wyzwaniami

Pomimo systematycznego rozwoju systemów ratownictwa medycznego pojawiają się wyzwania, na które nie jesteśmy do końca przygotowani. Takim przykładem jest pandemia COVID-19, która zaskoczyła wszystkie kraje na świecie. Z jednej strony świadomość, że z takim zagrożeniem przyjdzie nam się kiedyś zmierzyć, a z drugiej strony, kiedy już ono wystąpiło, kompletne zaskoczenie rozmiarem zagrożenia i specyfiką postępowania.

Przygotowanie systemów ratownictwa medycznego w tym zakresie było niewielkie – począwszy od wiedzy specjalistów medycznych, przez poziom zabezpieczenia w sprzęt ochrony osobistej, po wiedzę na temat specyfiki postępowania z nowym wirusem w kontekście wywiadu dyspozytorskiego, objawów chorobowych, skutecznego leczenia. Wyzwaniem stało się szybkie opracowanie procedur postępowania dla zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych w oparciu o bardzo skromną na początku pandemii wiedzę na temat działania koronawirusa. Kolejnym wyzwaniem było pozyskanie właściwych środków zabezpieczenia osobistego dla zespołów medycznych. Z czasem rósł poziom wiedzy na temat specyfiki funkcjonowania wirusa, poziom dostępności skutecznych środków dezynfekcyjnych oraz urządzeń zabezpieczających zespoły ratownictwa medycznego, np. komór izolacyjnych. Ten przykład pokazuje, że „im więcej wiemy, tym więcej wiemy, że nadal nie wiemy”.

Oczekiwania społeczeństwa – koszty i brak zaufania

Wraz z rozwojem technologii stosowanych w medycynie wzrastają możliwości skutecznego leczenia w różnych dziedzinach medycyny. Pokazywanie tych nowoczesnych możliwości za pomocą środków masowego przekazu (w dzisiejszych czasach praktycznie bezproblemowy dostęp do informacji dostępnych w Internecie) powoduje wzrost poziomu świadomości społeczeństwa o dostępności nowych skuteczniejszych metod diagnozowania i leczenia, a tym samym wzrost oczekiwań. Z drugiej strony koszty i czas wprowadzenia nowych technologii oraz na końcu ich dostępność, która nie jest taka, jak pacjenci by tego sobie życzyli, powoduje u nich brak zaufania do systemu.

Podobne zjawiska są obserwowane na całym świecie i w różnych krajach, a w zależności od poziomu finansowania opieki zdrowotnej w różny sposób rozwiązywane.

Z jednej strony spektakularny postęp w zakresie rozwoju wiedzy i umiejętności pracowników ochrony zdrowia, a z drugiej system nigdy nie był tak bardzo krytykowany

Historia zabiegów resuscytacyjnych podejmowanych w przypadku wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia jest jednym z najbardziej spektakularnych przykładów postępu i wzrostu wiedzy, a także umiejętności pracowników ochrony zdrowia. Począwszy od starożytności, kiedy to człowiek podejmował pierwsze próby ożywiania, do współcześnie obowiązujących wytycznych resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO), które powstały dzięki zaangażowaniu i współpracy wielu organizacji na całym świecie.

Publikacja pierwszych rekomendacji dotyczących prowadzenia czynności resuscytacyjnych w postaci zbioru wytycznych opartych na wiedzy medycznej z całego świata i wypracowanych przez międzynarodową grupę ekspertów była krokiem milowym w leczeniu pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK). Z jednej strony w trakcie przygotowywania wytycznych resuscytacji dokonano ogromnego wysiłku związanego z oceną dowodów naukowych, wykorzystano najlepsze narzędzia metodologiczne i technologie informacyjne oraz stworzono system informacyjny, który wspiera tworzenie treści naukowych. Z drugiej eksperci zajmujący się tematyką RKO w dalszym ciągu nie uzyskali całkowitej pewności opartej na dowodach naukowych i klinicznych w odniesieniu do rekomendowanych czynności i leków stosowanych w trakcie nagłego zatrzymania krążenia. Przykładem tego może być od wielu lat stosowanie adrenaliny jako podstawowego leku podczas RKO. Dotychczasowe badania potwierdziły większe prawdopodobieństwo wystąpienia powrotu spontanicznego krążenia i poprawę krótkoterminowej przeżywalności, natomiast inne badania stwierdziły szkodliwe działanie na mózg i wzbudziły obawy dotyczące ogólnej przeżywalności oraz skutków neurologicznych u pacjentów. Szczegółowe luki w wiedzy dotyczą dawki i czasu podania w trakcie zatrzymania krążenia. Mimo braku badań wysokiej jakości dotyczących porównania stosowania adrenaliny i placebo, które określałyby długoterminowe skutki stosowania adrenaliny w resuscytacji pacjentów z NZK, najnowsze zalecenia utrzymują jej stosowanie jako standardu postępowania u pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia [23, 28].

Innym przykładem sprzeczności w odniesieniu do pracowników ochrony zdrowia realizujących medyczne czynności ratunkowe oraz organizacji i funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne może być niewspółmierne działanie do efektu. Wczesne rozpoznanie nagłego zatrzymania krążenia, które stanowi sytuację szczególną, i wdrożenie odpowiedniego postępowania, jakim jest RKO, wymaga ogromnego wysiłku, wiedzy i umiejętności od pracowników ochrony zdrowia. Związana jest również ze znacznymi nakładami finansowymi, jakie ponosi państwo, zapewniając odpowiednie wyposażenie i leki stosowane w trakcie czynności resuscytacyjnych. Mimo ogromnego postępu i wysiłku podejmowanego w przypadku NZK oraz nakładów finansowych związanych z leczeniem pacjentów po NZK tylko w niewielu przypadkach

podjęta RKO jest skuteczna. Nagłe zatrzymanie krążenia jest przyczyną ponad 60% zgonów wśród dorosłych pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. W Europie stanowi tym samym główną przyczynę śmierci i dotyczy 700 tys. osób rocznie, z czego 275 tys. to przypadki przedszpitalnego zatrzymania krążenia [14, 21]. Wskaźnik przeżycia pacjentów do momentu wypisu ze szpitala w przypadkach pozaszpitalnego zatrzymania krążenia waha się od 5 do 38% i różni się w zależności od kraju [4]. Według Resuscitation Outcomes Consortium w USA przeżywalność sięga 11,4%, w Anglii 7,9%, a w Japonii dane z narodowego rejestru pozaszpitalnych zatrzymań krążenia określają przeżywalność pozaszpitalną na poziomie 10% [9, 14, 21].

Pomimo ciągłego rozwoju systemu PRM w Polsce oraz monitorowania efektywności organizacji i funkcjonowania poszczególnych jednostek wchodzących w jego skład kolejnym paradoksem związanym z ratownictwem medycznym jest tzw. paradoks geograficzny. Charakteryzuje się on trudnością z wykorzystaniem potencjału systemu PRM na obszarach wiejskich. Chociaż miejsce zamieszkania z założenia nie powinno mieć wpływu na dostępność do świadczeń ochrony zdrowia, to badania prowadzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) nie pozostawiają złudzeń. Na świecie występują istotne dysproporcje w dostępności do opieki zdrowotnej pomiędzy obszarami miejskimi a wiejskimi [16, 25]. Problem nierówności w dostępie do opieki medycznej wynikający z miejsca zamieszkania został potwierdzony w licznych badaniach, z których wynika, że mieszkańcy wsi rzadziej korzystają z regularnych wizyt lekarskich, programów profilaktycznych oraz mają znacznie słabszy dostęp do służb ratowniczych, znacznie częściej zlokalizowanych w obrębie terenów miejskich [3, 4, 7, 26].

Przeciwdziałaniem w przypadku tego typu paradoksalnych nierówności jest konieczność zrozumienia specyfiki opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich, strategicznego podejścia do tworzenia nowych i dyslokacji już istniejących jednostek systemu PRM. Tylko takie działania mogą przynieść wymierną korzyść, która będzie przejawiała się skróceniem czasu dotarcia do pacjenta oraz czasu transportu do jednostki docelowej, w której chorzy będą mogli uzyskać pełny zakres leczenia [15].

Ogromny postęp w medycynie ratunkowej i ratownictwie medycznym związany z dostępem do nowych technologii, jak również do nowocześniejszych i bardziej skutecznych metod leczenia spowodował pojawienie się wielu paradoksów etycznych związanych z interwencjami zespołów ratownictwa medycznego oraz decyzjami związanymi z końcem życia. Problematyka paradoksów etycznych koncentruje się na osiągnięciu jak najlepszych wyników leczenia poszkodowanego w oparciu o odpowiednie wykorzystanie dostępnych środków. Przykładem w tej grupie antynomii w systemie PRM jest nagłe zatrzymanie krążenia, które z natury wymaga natychmiastowej interwencji, co uniemożliwia przeprowadzenie rozważań etycznych w tym przypadku. W takich sytuacjach kluczowym jest udzielenie odpowiedzi w ciągu kilku sekund bądź minut na szereg pytań, by mieć pewność, czy nasza decyzja dotycząca podjęcia RKO jest właściwa.

W odniesieniu do zasady autonomii pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na leczenie lub odmowę leczenia, a nawet podjęcia zabiegów ratujących życie. Uzyskanie świadomej zgody w sytuacjach nagłych może sprawić wiele trudności, gdyż pacjent w ciągu kilku sekund traci przytomność, a tym samym zdolność do podejmowania świadomych decyzji. W takich sytuacjach decyzja o podjęciu medycznych czynności ratunkowych dokonywana jest bez jego udziału, czyli zgoda jest domniemana. Wobec braku odpowiedniej regulacji prawnej oraz opracowania procedur postępowania na

wypadek takich sytuacji, przykładem może być dokument DNAR (ang. *do not attempt resuscitation*), czyli oświadczenie woli osoby, która decyduje o niepodejmowaniu wobec niej resuscytacji przez pracowników systemu PRM, jednocześnie przedstawiciele tego systemu są stawiani w sytuacji, która pozornie wydaje się być nierozwiązywalna. Z jednej strony podjęcie czynności resuscytacyjnych przy braku zgody pacjenta może zostać odebrane jako podejście paternalistyczne, a z drugiej nie podjęcie działania może zostać potraktowane jako działanie na niekorzyść pacjenta. W praktyce takie sytuacje należy traktować przede wszystkim jako próbę podjęcia czynności zgodnych z interesem pacjenta.

Inną ilustracją paradoksu w odniesieniu do nagłego zatrzymania krążenia może być zasada nieczynienia krzywdy. W przypadku zatrzymania krążenia pacjent jest zagrożony śmiercią w ciągu kilku minut. Podejmując się więc RKO, należy odpowiedzieć na pytanie: czy podjęte działania przyniosą korzyść, czy przedłużą cierpienie. Podejmowana resuscytacja w większości przypadków jest nieskuteczna. Spośród tych pacjentów, którzy przeżyją, około 20-50% cierpi z powodu niepełnosprawności neurologicznej, a dla pozostałych podjęcie resuscytacji oznacza przedłużanie procesu umierania przez godziny albo dni. W tym momencie pojawia się kolejny paradoks, związany z zasadą sprawiedliwego i równomiernego rozdzielania zasobów opieki zdrowotnej w społeczeństwie. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa powinna być dostępna dla wszystkich chorych, którym może ona przynieść korzyść. Prowadzenie resuscytacji w przypadkach nierokujących lub daremnych może opóźnić lub uniemożliwić leczenie innych pacjentów, którzy mają większe szanse przeżycia [1, 2, 5, 13, 17, 19].

Jednym z najbardziej kontrowersyjnych tematów związanych z wykonywaniem medycznych czynności ratunkowych u pacjentów znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia jest obecność rodziny w trakcie ich wykonywania. Obecność bliskich członków rodziny w okresie końca życia jest powszechnie akceptowana, jednak w sytuacji nagłego zagrożenia życia wynikającego z niewydolności oddechowej i/lub zatrzymania krążenia rodzinę tradycyjnie wyklucza się z obszaru leczenia pacjenta. W ostatnich latach wraz ze zwiększeniem świadomości społecznej i oczekiwań społeczeństwa coraz częściej mamy do czynienia z sytuacjami, w których członkowie rodziny chcą, a nawet żądają obecności w czasie wykonywania medycznych czynności ratunkowych u swoich bliskich. Wiąże się to z pojawieniem kolejnego paradoksu, z którym pracownicy systemu PRM muszą się na co dzień zmagać. Z jednej strony obecność członków rodziny pozwala dostrzec ogromny wysiłek podejmowany przez zespoły ratownictwa medycznego, a w przypadku działania, które kończy się śmiercią pacjenta, ułatwia pogodzenie się ze stratą najbliższej osoby oraz daje poczucie obecności w ostatnich chwilach życia, co wpływa na łagodzenie przejścia procesu żałoby. Dodatkowo pracownicy ochrony zdrowia mają możliwość lepszej komunikacji z członkami rodziny i wyjaśnienia im istoty wykonywanych czynności. Obecność rodziny podczas medycznych czynności ratunkowych zmniejsza uprzedmiotowienie pacjenta, co wpływa na jakość opieki, jaką chory otrzymuje. Z drugiej strony istnieje duże ryzyko, że w obliczu sytuacji nagłej rodzina może panikować i być bardzo absorbująca dla zespołów ratownictwa medycznego, co w zdecydowany sposób może utrudniać prowadzenie działań oraz dezorganizować pracę zespołu. To z kolei powoduje wzrost stresu u pracowników podejmujących medyczne czynności ratunkowe, może powodo-

wać traumatyczne przeżycia wśród członków rodziny i ryzyko podjęcia przez rodzinę czynności prawnych w stosunku do zespołu resuscytacyjnego [1, 6, 20].

Wraz z rozwojem systemów opieki zdrowotnej na świecie, których jednym z elementów są systemy ratownictwa medycznego oraz większą złożonością tych systemów wzrosła również liczba sytuacji, które postrzegane są jako paradoksy. Celem niniejszego opracowania nie było szczegółowe opisanie zagadnień określonych jako paradoksy w systemie ratownictwa medycznego, a jedynie przedstawienie wybranych przypadków, które są aktualne w kontekście współczesnych wyzwań w systemie PRM w Polsce.

Bibliografia

- [1] Basol R., Ohman K., Simones J., Skillings K., *Using research to determine support for a policy on family presence during resuscitation*, Dimensions in Critical Care Nursing, 2009, vol. 28, nr 5, s. 237-247. doi:10.1097/DCC.0b013e3181ac4bf4
- [2] Beauchamp T. L., *Methods and principles in biomedical ethics*, Journal of Medical Ethics, 2003, vol. 29, nr 5, s. 269-274. doi:10.1136/jme.29.5.269
- [3] Bennett K. J., Probst J. C., Vyavaharkar M., Glover S. H., *Lower rehospitalization rates among rural Medicare beneficiaries with diabetes*, Journal of Rural Health, 2012, vol. 28, nr 3, s. 227-234. doi:10.1111/j.1748-0361.2011.00399.x
- [4] Bień B., *Opieka zdrowotna nad ludźmi starymi na wsi*, Przegląd Lekarski, 2002, t. 59, nr 4/5, s. 211-215.
- [5] Bossaert L. L., Perkins G. D., Askitopoulou H., Raffay V. I., Greif R., Haywood K. L., Mentzelopoulos S. D., Nolan J. P., Van de Voorde P., Xanthos T. T., *Etyka resuscytacji oraz problemy końca życia*, [w:] *Wytyczne resuscytacji*, red. nauk. wyd. pol. J. Andres, Kraków 2015, s. 382-393.
- [6] Dougal R. L., Anderson J. H., Reavy K., Shirazi C. C., *Family presence during resuscitation and/or invasive procedures in the emergency department: one size does fit all*, Journal of Emergency Nursing, 2011, vol. 37, nr 2, s. 152-157. doi:10.1016/j.jen.2010.02.016
- [7] Fan L., Shah M. N., Veazie P. J., Friedman B., *Factors associated with emergency department use among the rural elderly*, Journal of Rural Health, 2011, vol. 27, nr 1, s. 39-49. doi:10.1111/j.1748-0361.2010.00313.x
- [8] Goniewicz M., Goniewicz K., *Ewolucja systemu ratownictwa medycznego – od starożytności do czasów współczesnych*, Emergency Medical Service, 2016, t. 3, nr 1, s. 62-67. https://emergencymedicalservice.pl/wp-content/uploads/EMS_2016_01.pdf
- [9] Hawkes C., Booth S., Ji C., Brace-McDonnell S. J., Whittington A., Mapstone J., Cooke M. W., Deakin C. D., Gale C. P., Fothergill R., Nolan J. P., Rees N., Soar J., Siriwardena A. N., Brown T. P., Perkins G. D. OHCAO collaborators, *Epidemiology and outcomes from out-of-hospital cardiac arrests in England*, Resuscitation, 2017, vol. 110, s. 133-140. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.10.030
- [10] Hofmann B., *The paradox of health care*, Health Care Analysis, 2001, vol. 9, nr 4, s. 369-386. doi:10.1023/A:1013854030699
- [11] Hunter K. M., *Doctor's stories: the narrative structure of medical knowledge*, Princeton 1991.
- [12] Jakubaszko J., Ryś A., *Ratownictwo medyczne w Polsce : ustawa o państwowym ratownictwie medycznym*, Kraków 2002.
- [13] Kettler D., Mohr M., *Ethical aspects of resuscitation*, European Journal of Anaesthesiology, 1998, vol. 15, nr 6, s. 721-724.
- [14] Kitamura T., Iwami T., Kawamura T., Nitta M., Nagao K., Nonogi H., Yonemoto N., Kimura T., *Nationwide improvements in survival from out-of-hospital cardiac arrest in Japan*, Circulation, 2012, vol. 126, nr 24, s. 2834-2843. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.112.109496
- [15] Korczak K., *Paradoksy e-zdrowia*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 2017, t. 18, nr 7, cz. 1, s. 41-54. <http://piz.san.edu.pl/docs/e-XVIII-7-1.pdf>
- [16] Laskowska I., *Availability of health services vs. health condition of residents of rural areas in Poland – Analysis performed on the basis of EHIS 2009*. Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 2015, vol. 22, nr 4, s. 700-703. doi:10.5604/12321966.1185779

- [17] Lawrence D. J., *The four principles of biomedical ethics: a foundation for current bioethical debate*, Journal of Chiropractic Humanities, 2007, vol. 14, s. 34-40. [https://doi.org/10.1016/S1556-3499\(13\)60161-8](https://doi.org/10.1016/S1556-3499(13)60161-8)
- [18] Le Fanu J., *The rise and fall of modern medicine*, London 1999.
- [19] Maher D., Patch K., *Principles of biomedical ethics*, [w:] *Medical ethics and humanities*, ed. F. A. Paola, R. Walker, L. L. Nixon, Sudbury 2010, s. 39-64.
- [20] Moreland P., *Family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department: a review of the literature*, Journal of Emergency Nursing, 2005, vol. 31, nr 1, s. 58-72. doi:10.1016/j.jen.2004.07.002
- [21] Nichol G., Thomas E., Callaway C. W., Hedges J., Powell J. L., Aufderheide T. P., Rea T., Lowe R., Brown T., Dreyer J., Davis D., Idris A., Stiell I., *Regional variation in out-of-hospital cardiac arrest incidence and outcome*, JAMA, 2008, vol. 300, nr 12, s. 1423-1431. doi:10.1001/jama.300.12.1423
- [22] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Dziennik Ustaw, 2019, poz. 993.
- [23] Perkins G. D., Quinn T., Deakin C. D., Nolan J. P., Lall R., Slowther A. M., Cooke M., Lamb S. E., Petrou S., Achana F., Finn J., Jacobs I. G., Carson A., Smyth M., Han K., Byers S., Rees N., Whitfield R., Moore F., Fothergill R., Stallard N., Long J., Hennings S., Horton J., Kaye C., Gates S., *Pre-hospital Assessment of the Role of Adrenaline: Measuring the Effectiveness of Drug administration In Cardiac arrest (PARAMEDIC-2): Trial protocol*, Resuscitation, 2016, vol. 108, s. 75-81. doi:10.1016/j.resuscitation.2016.08.029
- [24] Schroeder S. A., *The paradox of medicine: angry physicians and eager applicants*, Med Health R I, 1996, vol. 79, nr 12, s. 411-413.
- [25] Ucieklak-Jeż P., Bem A., *Dostępność opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich w Polsce*, Problemy Drobnych Gospodarstw Rolnych, 2017, nr 4, 117-131. https://urk.edu.pl/zasoby/98/2017_z4_a09.pdf
- [26] Valet R. S., Perry T. T., Hartert T. V., *Rural health disparities in asthma care and outcomes*, Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2009, vol. 123, nr 6, s. 1220-1225. doi:10.1016/j.jaci.2008.12.1131
- [27] Willis J., *The paradox of progress*, New York 1995.
- [28] Zysiak-Christ B., *Effectiveness of performing cardiopulmonary resuscitation by officer cadets after actions of a tactical nature*, Emergency Medical Service, 2019, t. 6, nr 1, s. 7-12. https://emergencymedicalservice.pl/wp-content/uploads/2019_01.pdf

Opieka bariatryczna w Polsce

Termin bariatria pochodzący od greckich słów *baros* (ciężar) i *iatreia* (leczenie) odnosi się do leczenia i zapobiegania ciężkiej chorobie, którą jest otyłość. Problem otyłości i chorób jej towarzyszących znany był już od dawna – w zapiskach Hipokratesa znaleziono wzmianki o otyłości mówiące o tym, że „to nie tylko sama choroba, ale także zwiastun innych”. Jednak dopiero ostatnie dekady zmieniły postrzeganie otyłości nie tylko jako defektu kosmetycznego, ale przede wszystkim poważnego problemu zdrowotnego. Otyłość to globalna pandemia XXI w., co najmniej 2,8 miliona ludzi umiera każdego roku z powodu nieprawidłowej masy ciała.

Liczba osób z nadmierną masą ciała (nadwaga i otyłość) stale wzrasta, nawet w krajach Afryki, a w Stanach Zjednoczonych w bardzo szybkim tempie zbliża się do 50% populacji mieszkańców. Dane dotyczące polskiej populacji są równie zatrważające – nadmierną masę ciała stwierdza się u 60% dorosłych, a wg szacunków NFZ za ok. 6 lat osób chorujących na otyłość będzie nawet 30%. Ciężka otyłość dodatkowo zwiększa ryzyko powikłań związanych z chorobami towarzyszącymi otyłości takimi jak: choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, choroby układu oddechowego. Tylko z powodu cukrzycy i jej powikłań w ciągu godziny umiera na świecie 600 osób. Międzynarodowa Agencja ds. Badań nad Rakiem (IARC) dostrzegła i udowodniła wpływ nadmiernej masy ciała jako kolejnego czynnika ryzyka rozwoju nowotworów (m.in. tarczycy, przełyku, raka wpustu żołądka, nerek, szpiczaka mnogiego, trzustki, nowotworów jelita grubego). Analiza prac opublikowanych w ciągu ostatnich 6 miesięcy, związanych z pandemią koronawirusa wykazała wyższe o prawie 50% ryzyko zachorowania i zgonu na COVID-19 pacjentów z otyłością, a także ponad dwukrotnie wyższe ryzyko hospitalizacji. Podatność na zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS), głównej przyczyny śmiertelności na COVID-19, jest znacznie większa wśród osób z otyłością.

Opieka bariatryczna

Chirurgia bariatryczna jest tylko jedną z form leczenia otyłości, ale cechuje ją najtrwalszy rezultat utraty nadmiernej masy ciała. Nadmierna masa ciała to często efekt nieprawidłowych nawyków żywieniowych i braku regularnego wysiłku fizycznego (2,5 godziny tygodniowo dla dorosłych według definicji WHO).

Kluczowy do oceny stopnia otyłości jest wskaźnik masy ciała (BMI – *body mass index*), który został opracowany w latach trzydziestych XIX w. przez Lamberta Adolphe Jacquesa Quetelet, belgijskiego astronoma i matematyka. Nie jest to wskaźnik idealny, jest dobrym parametrem oceny nadmiernej masy ciała ze względu na jego korelację z ryzykiem rozwoju chorób towarzyszących otyłości oraz z ryzykiem śmiertelności. Problemem podnoszonym od lat jest brak rozróżnienia masy tłuszczowej i masy mięśniowej, lecz próby wprowadzenia nowych wskaźników nie przyniosły rezultatu i ocena stanu odżywienia opracowana przez Światową Organizację Zdrowia na podstawie BMI jest wciąż podstawowym czynnikiem rozpatrywanym przy kwalifikacji chorego do operacji bariatrycznej.

Chociaż operacje bariatryczne wykonywane były wiele lat wcześniej, to kluczowym momentem dla zdefiniowania opieki nad pacjentem bariatrycznym była konferencja National Institutes of Health (NIH) w 1991 r. Wielodyscyplinarny zespół ekspertów, złożony m.in. z chirurgów, gastroenterologów, endokrynologów, psychiatrów i dietetyków przygotował swoje stanowisko, w którym podkreślono rolę zachowawczego leczenia otyłości w ramach programów obejmujących modyfikację nawyków żywieniowych i intensyfikację wysiłku fizycznego, szczególnie przy pierwszej próbie leczenia otyłości. Bardzo ważne jest wsparcie psychologiczne zarówno w trakcie leczenia zachowawczego, jak i całym procesie leczenia operacyjnego to znaczy w trakcie przygotowania do operacji, okresie okołoperacyjnym i po zabiegu operacyjnym. Leczenie chirurgiczne można rozważyć u dobrze poinformowanych i zmotywowanych pacjentów, u których ryzyko operacyjne jest dopuszczalne. Kandydaci do takiego leczenia powinni być starannie wyselekcjonowani po ocenie przeprowadzonej przez multidyscyplinarne zespoły i objęci nadzorem do końca życia.

Właściwa kwalifikacja do chirurgicznego leczenia otyłości to jeden z kluczowych czynników wpływających na jego wyniki. Przed zaproponowaniem pacjentowi leczenia operacyjnego chirurg, przeprowadzając wywiad, analizuje dotychczasową historię prób redukcji masy ciała oraz wstępnie kwalifikuje chorego do operacji. Ostateczna kwalifikacja chorego do operacji, jak stanowczo podkreślano w konsensusie konferencji NIH, musi mieć charakter multidyscyplinarny, jest to decyzja zespołu składającego się ze specjalistów doświadczonych w leczeniu otyłości: chirurga, internisty, anestezjologa psychologa lub psychiatry, dietetyka, fizjoterapeuty, a w razie potrzeby także kardiologa, pulmonologa, gastroenterologa i neurologa. Operacje bariatryczne powinny być wykonywane w ośrodkach specjalizujących się w tego typu zabiegach, pozwalających wspólnie z pacjentem wybrać optymalną (wskazania medyczne i preferencje chorego) dla niego metodę operacyjną, posiadających przygotowanie merytoryczne i odpowiedni sprzęt. Nie jest to tylko wyposażenie bloku operacyjnego (m.in. stół operacyjny, narzędzia laparoskopowe), lecz także wyposażenie oddziału (łóżka szpitalne o nośności 250-300 kg, kozetki, wózki inwalidzkie, krzesła, podesty bariatryczne) i zaplecze sanitarne (kabiny prysznicowe przystosowane dla osób otyłych wyposażone w odpowiednie uchwyty i poręcze).

Kluczowym, niestety często pomijanym, aspektem przy kwalifikacji chorego do operacji jest konsultacja psychologiczna (kompleksowa ocena wymaga czasem kilku spotkań z psychologiem), która obejmuje ocenę psychologiczną behawioralną, żywieniową, rodzinną, a czynniki osobowości powinny być integralną częścią oceny przedoperacyjnej pacjenta.

Od połowy XX w. wykonuje się operacje mające na celu leczenie otyłości. W chwili obecnej do wyboru jest co najmniej kilkanaście różnych typów operacji, mniej lub bardziej zmieniających czy modyfikujących nie tylko anatomię, ale i fizjologię układu pokarmowego oraz cechujących się różną liczbą i rodzajem powikłań długoterminowych. Wspólną cechą łączącą wszystkie operacje jest sposób dostępu – laparoscopia jest preferowaną techniką. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do danej metody operacyjnej i rodzaje metod operacyjnych wykraczają poza ramy tematyczne tego opracowania. Leczenie bariatryczne jest leczeniem spersonalizowanym – należy wybrać procedurę, która wydaje się korzystniejsza dla pacjenta i jest dla niego akceptowalna. Dlatego każdy ośrodek powinien dysponować różnymi metodami operacyjnymi.

Od wielu lat szeroko omawiany jest wzorcowy program opieki nad pacjentem bariatrycznym. Opisany w tym rozdziale schemat dotyczy opieki bariatrycznej w Polsce, ale czy ona rzeczywiście tak wygląda? Niestety, nie zawsze...

Ma to bardzo wiele przyczyn, bardzo często główną są pieniądze. Na początku należy powiedzieć, że żaden system opieki zdrowotnej na świecie nie jest w stanie objąć opieką bariatryczną wszystkich pacjentów wymagających operacji. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych mniej niż 1% pacjentów wymagających operacji bariatrycznej jest operowanych. Nie ma takich danych dotyczących populacji polskiej. Przygotowanie kompleksowe pacjenta bariatrycznego i opieka pooperacyjna wymaga od ośrodka wykonującego operacje dużych nakładów finansowych: zakup sprzętu i przygotowanie całego zaplecza, które musi być dostosowane do pacjentów z dużą masą ciała (większość pacjentów waży >100 kg), zatrudnienie (bądź wyszkolenie) chirurga i zespołu operacyjnego z odpowiednią kwalifikacją, psychologa, dietetyka, koordynatora pacjentów bariatrycznych. Zawsze są to olbrzymie koszty dla szpitala, chociaż koszty konieczne, jeśli chcemy się zajmować opieką bariatryczną kompleksowo. Chirurgiczne leczenie otyłości to nie jest sama operacja, to także proces przygotowania pacjenta do operacji i odpowiednia, zindywidualizowana, wieloletnia opieka pooperacyjna. Opieka bariatryczna nad pacjentem z otyłością olbrzymią jest swoistym systemem naczyń połączonych, każdy z jej elementów jest bardzo ważny i zależny od innego. Nawet najlepiej wykonana operacja nie będzie dobra dla chorego bez odpowiedniej kwalifikacji i kompleksowej opieki przed i pooperacyjnej.

ANDRZEJ MARCINKIEWICZ
WOJCIECH HANKE

Antynomie opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce

Pierwsza antynomia opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce: wolność jednostki do samostanowienia vs. obligatoryjność opieki lekarskiej

W rozważaniach związanych z obowiązkowym charakterem badań lekarskich czy jakichkolwiek procedur medycznych kluczowymi stają się kwestie związane z prawami człowieka, w szczególności dotyczącymi wolności i zachowania prywatności [18]. Europejska Konwencja Praw Człowieka podkreśla, że prawem każdej osoby jest prawo do wolności i bezpieczeństwa, a także prawo do prywatności. Jednocześnie wyraźnie zaznaczone jest w tym dokumencie przyzwolenie na pewne ograniczenie tych wolności w sytuacjach wyższej konieczności, wynikającej m.in. z interesów bezpieczeństwa krajowego, bezpieczeństwa publicznego lub ochrony zdrowia innych osób [4]. Z powyższego wynika, że dopuszczalne jest nadanie obowiązkowego charakteru działaniom władz publicznych, które przyczyniają się do zwiększania „dobra publicznego”. Do takich działań można zaliczyć te, które są ukierunkowane np. na prewencję chorób zakaźnych. Zapisy Konwencji gwarantują prawo do prywatności oraz związane z nim prawo do swobody umów. Zatem państwo nie jest zobowiązane do zabronienia prywatnym podmiotom zawarcia umowy, która wprowadzałaby obowiązkowy charakter innych działań o charakterze medycznym, pod warunkiem spełniania przez te umowy kryteriów zasady niedyskryminacji [6]. Kwestie praw człowieka i swobód obywatelskich w odniesieniu do ochrony zdrowia (szeroko pojętej) to obszar, w którym istnieje możliwość wielorakiej interpretacji zapisów dokumentów poświęconych tej tematyce [5]. Obowiązkowe badania lekarskie stanowią narzędzie wykorzystywane przez firmy ubezpieczeniowe w celu weryfikacji stanu zdrowia osoby, w związku z okolicznościami powstałymi na skutek (możliwego) pogorszenia stanu zdrowia, uszkodzenia ciała lub innymi okolicznościami związanymi z kwestiami ubezpieczenia [22]. Obowiązkowy charakter badań lekarskich

w związku z pracą jest powszechny w wielu krajach europejskich. Podejścia systemów krajowych różnią się odnośnie do zakresu tych badań, populacji nimi objętej (wszyscy pracujący lub wybrane grupy zawodowe), jednak pewien zakres obowiązkowości w odniesieniu do badań lekarskich pracowników istnieje [20].

W Polsce na mocy artykułu 65 pkt 1 Konstytucji każdemu obywatelowi zapewnia się wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy [7]. Dopuszczono jednak od tej zasady wyjątki ustawowo określone w Kodeksie pracy [14]:

- na mocy art. 43 pkt 2) pracodawca może wypowiedzieć warunki pracy lub płacy pracownikowi, któremu brakuje nie więcej niż 4 lata do osiągnięcia wieku emerytalnego, pomimo że okres zatrudnienia umożliwia mu uzyskanie prawa do emerytury z osiągnięciem tego wieku, jeżeli wypowiedzenie stało się konieczne ze względu na stwierdzoną orzeczeniem lekarskim utratę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy albo niezawinioną przez pracownika utratę uprawnień koniecznych do jej wykonywania;
- zgodnie z art. 229 § 4 pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie.

W obu wymienionych przypadkach wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy może zostać ograniczona przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych pracowników, jeśli w wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy orzeknie, że wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych kandydat do pracy lub pracownik jest niezdolny do wykonywania/podjęcia pracy na określonym stanowisku lub utracił zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy.

Natomiast obligatoryjność poddawania się badaniom wstępnym, okresowym i kontrolnym wszystkich pracowników, niezależnie od stanowiska i charakteru narażeń zawodowych, zatrudnianych w oparciu o przepisy Kodeksu pracy, poza cytowanym art. 229 § 4, wynika z art. 229 § 1, 1¹, 1² oraz § 2 [14].

Druga antynomia opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce: ambiwalencja współpracy (szczerości) pacjenta z lekarzem medycyny pracy: przyznanie się do niektórych schorzeń w określonych narażeniach może poprawić stan zdrowia i bezpieczeństwo w miejscu pracy, ale wiąże się też z obawą negatywnej opinii lekarskiej o możliwości kontynuowania lub podjęcia takiej pracy

Obligatoryjność badań wstępnych, okresowych i kontrolnych prowadzi do zasadniczej różnicy pomiędzy poradą u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego specjalisty a u lekarza medycyny pracy. Badania profilaktyczne pracowników są formą wymuszonej administracyjnie wizyty lekarskiej. Dla pacjenta ich głównym celem nie jest potrzeba uzyskania pomocy w związku z problemami zdrowotnymi, lecz otrzymanie wymaganego przez pracodawcę orzeczenia lekarskiego.

Do tego w trakcie badania oceniającego zdolność do pracy, w przypadku ujawnienia nieprawidłowości w stanie zdrowia, pacjent raczej nie uzyska pomocy terapeutycznej, ale oprócz orzeczenia lekarskiego może co najwyżej zostać skierowany do lekarza podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej. Ocenia się, że zbyt rzadko wydawane są porady dotyczące dalszego postępowania profilaktycznego, diagnostycznego czy terapeutycznego. W znacznej mierze wynika to z rozwiązań systemowych, gdyż lekarze medycyny pracy nie mogą występować o kontrakty z NFZ ani chociażby kierować do lekarzy specjalistów na konsultacje diagnostyczne i leczenie finansowane ze środków publicznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego [11].

W konsekwencji pacjent może nie być zainteresowany ujawnianiem swoich dolegliwości lekarzowi medycyny pracy podczas badań oceniających zdolność do pracy z obawy, że szczerzy opis problemów zdrowotnych i niesprawności może rzutować na treść wydanego orzeczenia i tym samym uniemożliwić mu podjęcie bądź wykonywanie pracy zarobkowej.

Trzecia antynomia opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce: nierozwiązany problem skutecznego wczesnego wykrywania i wdrażania leczenia nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i hipercholesterolemii a brak wykorzystania w tym zakresie już funkcjonujących rozwiązań prawno-organizacyjnych – czyli systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi

Przemiany społeczno-ekonomiczne oraz tendencje demograficzne wskazują potrzebę prowadzenia działań umożliwiających bezpieczną i uwzględniającą odpowiednią jakość zdrowia długą aktywność zawodową. W tym kontekście, obok starzenia się populacji pracującej, szczególną uwagę zwracają choroby cywilizacyjne, które ze względu na duże rozpowszechnienie oraz niedostateczną kontrolę wywierają znaczący wpływ na wykonywanie pracy.

Dane epidemiologiczne wskazują, że problemem nie tylko polskim, ale ogólnosiątkowym, obok niezadowalającej wykrywalności nadciśnienia tętniczego, jest wysoka częstość jego nieskutecznego leczenia [23]. Biorąc pod uwagę, że wśród przyczyn takiego stanu wymienia się czynniki związane zarówno z samym pacjentem, jak i jego lekarzem, postulowana jest potrzeba wypracowania skutecznej polityki prewencji chorób układu krążenia, w tym programów poprawiających wykrywalność oraz wspierających długoterminowe przestrzeganie zasad terapii [24]. Analogicznie wskazywany jest problem niedostatecznej wykrywalności cukrzycy, nieadekwatnej w stosunku do możliwości, jakie daje dostępne, proste do przeprowadzenia i tanie badanie przesiewowe (pomiar glikemii na czczo). Jednym z kluczowych powodów zbyt dużej liczby nierozpoznanych przypadków tych chorób będzie nieskuteczna organizacja systemu ochrony zdrowia, który powinien zapewniać wielowymiarowe, skuteczne rozwiązania w tym zakresie (organizacyjne, prawne, finansowe czy edukacyjne). Sytuację dodatkowo utrudnia bierne zachowanie pacjentów, nawet gdy system oferuje im bezpłatne

programy prewencyjne. Zgłaszają się bowiem do lekarza w przypadku pogorszenia stanu zdrowia, kontynuacji leczenia lub w celach orzecznicych. Natomiast jeśli nie mają dolegliwości, niechętnie kontrolują swój stan zdrowia, o czym świadczy np. niesatysfakcjonujący udział w oferowanych przez system bezpłatnych programach profilaktycznych [12].

Poszukując efektywnych rozwiązań organizacyjnych, warto zwrócić uwagę na już funkcjonujące elementy krajowych systemów ochrony zdrowia, jak te dotyczące opieki medycznej nad pracującymi. Wpisywać się to będzie w strategię Unii Europejskiej [1], zgodnie z którą zarówno narodowe, jak i unijne polityki powinny wspomagać tworzenie miejsc pracy i służb zdrowia pracujących, dążąc do sytuacji, w której praca zawodowa poprawia stan zdrowia i poczucie dobrostanu jednostek, a w konsekwencji polepsza ogólne zdrowie populacji.

W tym kontekście niepowtarzalną możliwość prowadzenia skutecznej profilaktyki chorób cywilizacyjnych powinna stwarzać organizacja polskiego systemu ochrony zdrowia pracujących, w którym należałoby wykorzystać takie jego cechy, jak obligatoryjność, cykliczność i powszechność. Opisany już wyżej obowiązek wykonywania badań pracowników wynika z Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracodawca nie może dopuścić do wykonywania czynności zawodowych pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku. Cykliczność badań pracowników wynika z konieczności wskazania na orzeczeniu lekarskim określającą zdolność do pracy terminu kolejnego, obowiązkowego badania okresowego oraz z zasady zachowania ciągłości opieki. Zgodnie z art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy, badania profilaktyczne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane na podstawie trwającej co najmniej rok pisemnej umowy zawieranej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy [13]. Za powszechnością tego systemu przemawia wykonywanych corocznie ponad 5 mln obligatoryjnych badań pracowników, którym podlega populacja ponad 10,6 mln osób w wieku produkcyjnym [8].

Te trzy wymienione wyżej cechy systemu ochrony zdrowia pracujących powinny stanowić kluczową wartość dla działań prewencyjnych: do lekarza medycyny pracy muszą zgłaszać się osoby z powodów administracyjnych, a nie w związku z już manifestującymi się dolegliwościami. W efekcie należałoby wykorzystać możliwość podejmowania działań prewencyjnych na wczesnym etapie zaburzeń zdrowotnych u osób niekorzystających na co dzień z opieki zdrowotnej. Natomiast cykliczność obowiązkowych badań, poprzez możliwość wywierania presji na pacjencie wynikającej z wyznaczenia obowiązkowego badania kontrolnego, powinna pozwolić na skuteczniejsze promowanie prozdrowotnego stylu życia i stosowania się do zaleceń lekarskich.

W związku z powyższym brak zaangażowania systemu obligatoryjnej opieki profilaktycznej nad pracownikiem w prewencję chorób przewlekłych należy traktować jako niewykorzystaną szansę na działania wspierające poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, a także jako utracone korzyści ekonomiczne dla całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Czwarta antynomia opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce: wykorzystanie obligatoryjnych badań pracowników do wykrywania chorób – wykrycie nieuświadomionego dotychczas schorzenia to z jednej strony szansa na poprawę stanu zdrowia pracownika, ale z drugiej to ryzyko dla pracownika utraty dotychczasowej pracy lub zatrudnienia w nowej po wykryciu choroby

Opisana wyżej druga i trzecia antynomia prowadzą wspólnie do czwartej. Pracownik zgłasza się na obligatoryjne badania profilaktyczne w poczuciu zdrowia, oczekując jedynie potwierdzenia tego stanu w orzeczeniu lekarskim. Jeśli niejako przy okazji wychwycona zostanie nieuświadomiona wcześniej choroba na etapie, w którym jeszcze nie demonstrują się dolegliwości, a odchylenia od stanu prawidłowego widoczne są jedynie w wynikach badań laboratoryjnych, obrazowych czy czynnościowych, to pojawia się szansa na odpowiednio wczesne zareagowanie, a tym samym ograniczenie powikłań wynikających z rozwoju choroby. Oprócz tej niewątpliwej korzyści z odpowiednio wczesnego wykrycia choroby pacjent może też ponieść negatywne dla niego skutki, jak otrzymanie orzeczenia o przeciwwskazaniach zdrowotnych do podjęcia interesującej go pracy lub kontynuowania dotychczasowej, ewentualnie orzeczenia ograniczającego możliwość wykonywania określonych czynności zawodowych albo skrócenie terminu ważności orzeczenia i tym samym zwiększenie częstotliwości obligatoryjnych wizyt kontrolnych. W konsekwencji może nie być zainteresowany korzystaniem z ponadstandardowych badań przesiewowych, a jedynie minimalnym zakresem badań, określonym w rozporządzeniu z 1996 r. w sprawie badań profilaktycznych pracowników [15].

Należy mieć, jednakże świadomość, że możliwość przypadkowego wykrycia nieprawidłowości w stanie zdrowia jest często uzależniona od rodzaju wykonywanej pracy i występujących na danym stanowisku pracy czynników szkodliwych, niebezpiecznych i uciążliwych. Zakres badania jest bowiem ukierunkowany nie na kompleksową ocenę stanu zdrowia, ale na ocenę tych układów i narządów, które są krytyczne dla występujących w pracy zagrożeń (zakres wymaganych badań dodatkowych uzależniono od zawodowych czynników szkodliwych i uciążliwych oraz ściśle określono we wskazówkach metodycznych do badań profilaktycznych, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej) [11, 15].

Piąta antynomia opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce: cykliczność obowiązkowych badań – to szansa na poprawę *adherence* (stosowania się do zaleceń lekarskich) i wpływ na inercję terapeutyczną lekarzy prowadzących, z drugiej brak przepływu informacji (lub jednokierunkowy przepływ) pomiędzy lekarzami medycyny pracy a lekarzami POZ lub specjalistami prowadzącymi leczenie pacjenta

Badania pracowników poprzez ich obligatoryjność i cykliczność mogą pozytywnie wpłynąć na skuteczność profilaktyki wtórnej chorób cywilizacyjnych, szczególnie w efekcie wywieranej presji zarówno na samych pacjentach, jak i na prowadzących ich leczenie lekarzach.

Z jednej strony bowiem, w związku z koniecznością uzyskania orzeczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kontynuowania czynności zawodowych, pracownicy zmuszeni są ponownie zgłosić się na badanie okresowe w skróconym terminie i wykonać się zastosowaniem do zaleconych działań. W konsekwencji daje to szansę wpływu na uznane czynniki ryzyka nieprzestrzegania zaleceń lekarskich leżące po stronie pacjenta, jak niski poziom edukacji, negowanie stopnia zaawansowania choroby, opuszczanie wizyt kontrolnych czy brak wytrwałości w przyjmowaniu leków i kontroli parametrów choroby [19]. Ta hipoteza potwierdziła się w badaniu 1 010 pracowników, wśród których tylko 11% nie zastosowało się do zaleceń lekarza medycyny pracy zweryfikowanych podczas następnego, obligatoryjnego badania okresowego [10]. Dla porównania znacznie większy odsetek braku współpracy ze strony pacjenta odnotowano wśród 4635 pacjentów POZ z nadciśnieniem, gdzie pomimo zaleceń jedynie 45% systematycznie mierzyło ciśnienie tętnicze w warunkach domowych, natomiast 57,8% regularnie przychodziło na wizyty kontrolne [3].

Z drugiej strony należy wziąć pod uwagę pewną formę nacisku wywieranego na lekarzu POZ, do którego był kierowany pacjent celem dalszej diagnostyki, decyzji dotyczącej utrzymania lub modyfikacji terapii oraz przekazania zwrotnej informacji o podjętych krokach. Świadomość weryfikacji podejmowanych działań terapeutycznych przez innego lekarza może stanowić skuteczną motywację do wdrożenia skuteczniejszej diagnostyki, leczenia i jego ewaluacji. Tym samym może okazać się efektywnym narzędziem do walki z inercją terapeutyczną rozumianą jako brak intensyfikacji leczenia mimo ewidentnie złej kontroli ciśnienia tętniczego i traktowaną jako jedna z przyczyn niezadowolających efektów leczenia nadciśnienia tętniczego [2, 17]. W cytowanym badaniu pracowników lekarze POZ dokonali korekty leczenia u 85% chorych z nieprawidłowymi pomiarami BP, którzy musieli jeszcze powrócić ponownie do lekarza medycyny pracy [10]. Tymczasem w badaniu POSTER jedynie u 37% chorych ze źle kontrolowanym HA stwierdzono modyfikację terapii hipotensyjnej w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających badanie [2].

Dyskutując możliwości systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami, należy pamiętać o ograniczeniach badań okresowych: ich celem jest wydanie orzeczenia lekarskiego o braku lub istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania pracy, a nie podjęcie leczenia wykrytych lub niewłaściwie kontrolowanych

schorzeń. Nie zmienia to jednak faktu, że w razie stwierdzenia u pracownika nieuświadomionej lub niewłaściwie kontrolowanej choroby, czy nawet występowania samych czynników ryzyka chorób, lekarz medycyny pracy powinien zainicjować proces interwencji zmierzającej do modyfikacji tych czynników oraz do jednoznacznego określenia stanu zdrowia i wdrożenia skutecznej terapii. Taka interwencja prozdrowotna może i powinna być kontynuowana w ramach podstawowej opieki zdrowotnej z wykorzystaniem możliwości, jakie daje obligatoryjny system opieki profilaktycznej nad pracownikami. Dzięki temu jej skuteczność może być kontrolowana przy okazji kolejnych badań okresowych, tym samym zwiększając szansę na poprawę *adherence*, czyli przestrzegania zaleceń terapeutycznych [21].

Warunkiem efektywnej współpracy profilaktycznej pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a służbą medycyny pracy będzie ich wzajemna, konsekwentna i wyczerpująca komunikacja [9]. Obecnie obserwuje się jednak znaczące niedostatki w tym zakresie. Jednokierunkowa informacja od lekarza POZ przekazywana jest zwykle za pośrednictwem pacjenta po udzieleniu mu zwolnienia lekarskiego przekraczającego 30 dni, w dodatku w lapidarnej formie o zakończeniu leczenia lub o odzyskaniu zdolności do pracy. Lekarz medycyny pracy do wydania decyzji orzeczniczej potrzebuje szerszej informacji o stanie zdrowia, w tym o zastosowanym leczeniu oraz ewentualnych ograniczeniach do wykonywania określonych czynności [16]. Jednym z powodów istniejących trudności w wymianie informacji może być brak sformalizowanych form komunikacji, gdyż określone w prawodawstwie wzory zaświadczeń dotyczące czasowej niezdolności do pracy (ZUS ZLA) lub informacji o ciąży (Mz/L-1) docelowo przeznaczone są dla pracodawców, a nie lekarzy [14, 15]. Wyzwaniem będzie więc uświadomienie potrzeby współpracy lekarzom zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, jak i służby medycyny pracy, a także wypracowanie form komunikacji pomiędzy nimi, wskazując na wymierne korzyści nie tylko dla obu stron, ale także, a może przede wszystkim, dla samego pacjenta-pracownika. Lekarze POZ powinni mieć rzetelne informacje o rodzaju aktywności zawodowej swojego pacjenta, w tym o występujących na stanowisku pracy czynnikach szkodliwych i uciążliwych mogących mieć niekorzystny wpływ na jego zdrowie bądź na efektywność wdrażanej terapii. Lekarze służby medycyny pracy powinni mieć możliwość uzyskania wiarygodnej informacji o stanie zdrowia pracownika, szczególnie w przypadku wątpliwości orzeczniczych, gdy pacjent może ukrywać lub nie być świadomym ograniczeń zdrowotnych mogących mieć kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pracy wymagającej odpowiedniego stanu zdrowia (np. cukrzyca z ciężkimi epizodami hipoglikemii, padaczka, zawroty głowy, epizody utraty przytomności o nieustalonej przyczynie, itp.).

Bibliografia

- [1] Baranski B., Vaandrager L., Martimo K. P., Baart P., *Workplace health in the public health perspective: policy requirements and performance indicators for good practice in health, environment, safety and social management in enterprises (GP HESSME)*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. [dokument elektroniczny] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107463/E78318.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 12.01.2021].
- [2] Czarnecka D., Stolarz-Skrzypek K., Bednarski A., Wilkins A., *Therapeutic strategies in poorly controlled hypertension in outpatient setting in Poland – POSTER study*, *Folia Cardiologica*, 2015, t. 10, nr 4, s. 242-248. doi: 10.5603/FC.2015.0045
- [3] Dziwura-Ogonowska J., Hajduk A., Miazgowski T., Tykarski A., Widecka K., *Wpływ edukacji na poprawę skuteczności terapeutycznej u chorych z nadciśnieniem tętniczym stosujących złożone preparaty hipotensyjne*, *Nadciśnienie Tętnicze*, 2013, t. 17, nr 4, s. 314-321.
- [4] *The European Convention on Human Rights*, [dokument elektroniczny] https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf [dostęp: 12.01.2021].
- [5] The impact of technology on human rights: global case-studies, ed. C.G. Weeramantry. The United Nations University, 1993 [dokument elektroniczny] <http://archive.unu.edu/unupress/unupbooks/uu08ie/uu08ie00.htm#Contents> [dostęp: 12.01.2021].
- [6] *International Covenant on Civil and Political Rights*, [dokument elektroniczny] <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr.pdf> [dostęp: 12.01.2021].
- [7] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, *Dziennik Ustaw*, 1997, poz. 483.
- [8] Marcinkiewicz A., *Zasoby i działalność jednostek służby medycyny pracy w Polsce: analiza obligatoryjnej sprawozdawczości za lata 2014-2018*, *Medycyna Pracy*, 2020, t. 71, nr 4, s. 429-440. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00982>
- [9] Marcinkiewicz A., Jankowska-Zduńczyk A., Lewek P., Wiszniewska M., Lipińska-Ojrzanowska A., Walusiak-Skorupa J., *Wzmocnienie współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i służby medycyny pracy realną szansą na poprawę skuteczności działań profilaktycznych*, *Medycyna Rodzina*, 2017, t. 20, nr 4, s. 290-296.
- [10] Marcinkiewicz A., Plewka M., Hanke w., Kałużny P., Wiszniewska M., Lipińska-Ojrzanowska A., Walusiak-Skorupa J., *Is it possible to improve compliance in hypertension and reduce therapeutic inertia of physicians by mandatory periodical examinations of workers?* *Kardiologia Polska*, 2018, t. 76, nr 3, s. 554-559. doi: 10.5603/KP.a2017.0250
- [11] Marcinkiewicz A., Walusiak-Skorupa J., Wiszniewska M., Rybacki M., Hanke w., Rydzyński K., *Wyzwania medycyny pracy wobec narastającego problemu chorób związanych z pracą oraz starzenia się populacji osób pracujących. Dalszy kierunek rozwoju i celowe zmiany w opiece profilaktycznej nad pracującymi w Polsce*, *Medycyna Pracy*, 2016, t. 67, nr 5, s. 691-700. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00416>
- [12] Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych*, 27 października 2015 [dokument elektroniczny] <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/14/063/LWR/> [dostęp: 12.01.2021].
- [13] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 maja 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o służbie medycyny pracy*, *Dziennik Ustaw*, 2018, poz. 1155.
- [14] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 czerwca 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks pracy*, *Dziennik Ustaw*, 2020, poz. 1320.
- [15] *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy*, *Dziennik Ustaw*, 2016, poz. 2067.
- [16] Pałczyński C., Rybacki M., Walusiak-Skorupa J., *Problemy związane z medycyną pracy w praktyce lekarskiej (cz. II)*, *Medycyna Pracy*, 2013, nr 4, s. 114-117.
- [17] Polakowska M., Piotrowski w., Włodarczyk P., Broda G., Rywik S., *Program epidemiologiczny oceniający częstość nadciśnienia tętniczego w Polsce w populacji osób dorosłych – badanie PENT. Część I. Charakterystyka częstości i stopień kontroli nadciśnienia tętniczego*, *Nadciśnienie Tętnicze*, 2002, t. 6, nr 3, s. 157-166.

- [18] *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, [dokument elektroniczny] http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf [dostęp: 12.01.2021].
- [19] Pruijm M., Schneider M. P., Burnie M., *Patient adherence and the pharmacological treatment of arterial hypertension*, [w:] European Society of Hypertension Scientific Newsletter: Update on Hypertension Management 2011; 12: No 7R, s. 13-14.
- [20] Sakowski P., Marcinkiewicz A., *Health promotion and prevention in occupational health systems in Europe*, International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 2019, vol. 32, nr 3, s. 353-361. doi: 10.13075/ijomeh.1896.01384
- [21] Vrijens B., De Geest S., Hughes D. A., Kardas P., Démonceau J., Ruppert T., Dobbels F., Fargher E., Morrison V., Lewek P., Matyjaszyk M., Mshelia C., Clyne w., Aronson J. K., Urquhart J., *A new taxonomy for describing and defining adherence to medications*, British Journal of Clinical Pharmacology, 2012. Vol. 73, nr 5, s. 691-705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x
- [22] *What is a compulsory medical examination (CME)?* [dokument elektroniczny] <https://www.dolmanlaw.com/faqs/what-is-a-compulsory-medical-examination-cme/> [dostęp: 12.01.2021].
- [23] Zdrojewski T., *Częstość występowania i świadomość nadciśnienia tętniczego w Polsce i na świecie*, Postępy Nauk Medycznych, 2011, nr s3, s. 4-10.
- [24] Zdrojewski T., Ignaszewska-Wyrzykowska A., Wierucki Ł., Januszko w., Szpajer M., Krupa-Wojciechowska B., Wyrzykowski B., *Modelowy projekt prewencji chorób układu krążenia na przykładzie doświadczeń Programu SOPKARD. Część pierwsza*, Choroby Serca i Naczyń, 2004, t. 1, nr 2, s. 115-129.

GRAŻYNA DYKOWSKA
KRZYSZTOF OPOLSKI

Antynomia w zarządzaniu jakością w ochronie zdrowia

Charakterystyczną cechą przełomu XX i XXI w. jest zauważalny wzrost znaczenia funkcji jakości w ochronie zdrowia. Współczesne koncepcje zarządzania jakością związane są z orientacją na pacjenta. Avedis Donabedian jako jeden z twórców nowoczesnego systemu jakości w medycynie zakłada trzy główne wymiary jakości wzajemnie się uzupełniające:

1. wymiar techniczny (w tym technika medyczna, nowoczesne procedury diagnostyczne i interwencyjne),
2. wymiar nietechniczny (z uwzględnieniem relacji między pacjentami a personelem, ale i wewnątrz zespołu terapeutycznego),
3. wymiar środowiskowy (miejsce świadczenia usług).

Pacjent może być zadowolony z opieki medycznej tylko wtedy, gdy istnieje harmonia pomiędzy wszystkimi kategoriami na każdym poziomie w obszarach: opieki medycznej, informacyjnej, technicznej, zarządczej, ekonomicznej, społecznej, marketingowej. Standardy i wytyczne tworzone są dla obszarów medycznych, które wymagają usystematyzowania z powodów klinicznych, finansowych, prawnych lub organizacyjnych. Akredytacja zrodziła się w latach 50. XX w. w USA. Rozpoczęła ją działalność prywatnej organizacji dobrowolnie zrzeszonych, profesjonalnych towarzystw medycznych o nazwie JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), która regularnie dokonuje przeglądów akredytacyjnych oraz ocenia i zapewnia jakość w amerykańskich szpitalach.

Akredytacja a ISO w Polsce

Certyfikaty jakości w ochronie zdrowia powinny stać się nie tylko wyznacznikiem świadczonych usług, ale i bezpieczeństwa pacjenta. Świadczeniodawcy systemu ochrony zdrowia, w świetle ustawicznych zmian w przepisach prawnych oraz coraz to nowych zasad kontraktowania świadczeń medycznych m.in. przez Narodowy Fundusz Zdrowia, starają się o posiadanie certyfikatu akredytacji częściej niż o ISO.

Akredytacja jest przeprowadzana na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, wraz z wejściem w życie ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. przepisów wprowadzających ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia. Akredytacja określa poziom jakości i bezpieczeństwa świadczenia usług realizowanych przez podmioty systemu ochrony zdrowia. Proces akredytacji zawiera zarówno zestaw obowiązujących standardów akredytacyjnych, jak i omówienie całej procedury wiodącej do uzyskania certyfikatu. Założenia systemu akredytacji w Polsce opierają się na podobnych wspólnych cechach, takich jak: dobrowolność, niezależność, autonomia decyzji akredytacyjnej, spełnianie przez standardy określonych kryteriów, przegląd równieńczy, cykliczność oceny, samoocena, zgodność z procedurą akredytacyjną. W Polsce posiadanie akredytacji jest potwierdzeniem spełnienia rygorystycznych wymagań z zakresu różnych obszarów działalności, zarówno medycznych, jak i administracyjnych. Za proces akredytacji i opracowanie standardów akredytacyjnych odpowiada Centrum Monitorowania Jakości (CMJ), agenda Ministerstwa Zdrowia) z siedzibą w Krakowie. CMJ przedstawia standardy akredytacyjne Radzie Akredytacyjnej przy Ministerstwie Zdrowia i po ich akceptacji, w terminie 30 dni od dnia otrzymania standardów akredytacyjnych, akceptuje je i przedstawia Ministrowi Zdrowia, następnie publikowane są w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia.

Nie można uzyskać akredytacji CMJ dla poszczególnych oddziałów lub innych komórek organizacyjnych świadczeniodawcy np. szpitala. Akredytacja motywuje podmioty systemu ochrony zdrowia do poprawy swojego funkcjonowania. Jest najskuteczniejszym systemem oceny jakości podmiotów leczniczych i bezpieczeństwa pacjenta. Z kolei normy ISO 9000 mają rodowód przemysłowy i odnoszą się do sposobu zarządzania. Stanowią jeden z elementów strategicznego podejścia do idei ciągłego doskonalenia jakości oraz stanowią pomoc m.in. dla świadczeniodawców i organizacji w obszarze ochrony zdrowia przy tworzeniu systemu jakości. Wdrożenie ich nadal jest decyzją strategiczną i operacyjną dla organizacji. Stwarza ona możliwości opracowania kompleksowej polityki bezpieczeństwa i higieny pracy. Aktualnie NFZ nie bierze pod uwagę posiadania certyfikatu ISO przez podmioty systemu ochrony zdrowi podczas kontraktowania świadczeń medycznych.

Zarówno akredytacja CMJ, jak i certyfikacja ISO należą do zewnętrznych metod oceny systemu jakości. Główni odbiorcy usług – pacjenci nie posiadają lub posiadają bardzo małą wiedzę na temat jakości usług medycznych, a tym bardziej podmiotów ich certyfikujących. Należy pamiętać, iż głównym celem jakości usług medycznych jest pacjent, który najmniej wie o tej jakości usług i dla którego źle wykonane świadczenie równa się błędowi medycznemu/zdarzeniom niepożądanym.

Wady i zalety obydwu systemów pokazują nam, iż system akredytowania CMJ nastawiony jest na objęcie certyfikacją całego podmiotu opieki zdrowotnej, bez możliwości wyłączenia jakiegokolwiek wybranej jego części, co z kolei jest możliwe w przypadku ISO, które może certyfikować określony, wybrany obszar świadczeniodawcy. Wymagania ujęte w normie ISO 9001 są ogólne z uwagi na możliwość ich stosowania przez wszystkie organizacje zarówno z obszaru administracyjnego, jak i obszaru medycznego. Nazewnictwo występujące w normie ISO 9001 jest typowe dla systemu zarządzania jakością, np. zaangażowanie kierownictwa, orientacja na klienta wewnętrznego (pracownika), jak i zewnętrznego (pacjenta), infrastruktura, realizacja wyrobu i/

lub usługi, walidacja procesu. Wybór systemów oceny jakości usług medycznych powinien opierać się na analizie statystycznej z porównywalnych obszarów podmiotu systemu zdrowia zarejestrowanego wg bardziej szczegółowych kryteriów obejmujących określone wskaźniki i mierniki ochrony zdrowia wykorzystanie np. baz danych CMJ mówiących o przestrzeganiu lub nieokreślonych standardów/procedur.

W Polsce z powodzeniem wdraża się nadal albo równocześnie oba systemy – ISO i akredytacji, albo ten, który jest honorowany przez NFZ. Standardy akredytacyjne jako stosunkowo szczegółowe wymagania zaprojektowane pod kątem opieki stacjonarnej np. szpitali, ale i opieki ambulatoryjnej, mogą stanowić podstawowe warunki, które należy ująć w procedurach i instrukcjach opracowywanych podczas wdrażania systemu zarządzania jakością zgodnego z normami ISO. Według autorów normy ISO 9001:2015 do potencjalnych korzyści dla organizacji wynikających z wdrożenia systemu zarządzania jakością można zaliczyć: zdolność do stałego dostarczania wyrobów i usług, które spełniają wymagania klienta oraz mające zastosowanie wymagania prawne i regulacyjne, stwarzanie szans na zwiększenie zadowolenia klienta, uwzględnienie ryzyka i szans związanych z jej kontekstem i celami, możliwość wykazania zgodności z wyspecyfikowanymi wymaganiami systemu zarządzania jakością.

Akredytacja od początku nakierunkowana jest na stosowanie terminologii w oparciu o nazewnictwo z zakresu systemu ochrony zdrowia i medycyny. Wizytatorzy akredytacyjni CMJ reprezentują jedną „szkołę” i oceniają wizytowane jednostki w sposób przewidywalny. Certyfikat w oparciu o normę ISO jest przyznawany przez różne firmy certyfikujące, zdarza się więc, że audytorzy mają bardzo zróżnicowany sposób podejścia do różnych zagadnień. Mówi się wręcz o istnieniu dwóch trendów w podejściu do systemu: „niemieckiego” i „angielskiego”. Należy pamiętać, iż zachowania pracowników mogą zarówno budować, jak i burzyć organizację – bez względu na to, czy podmioty posiadają Certyfikat CMJ czy ISO. Kultura organizacji, stosunki i pomiędzy kadrą zarządzającą i personelem medycznym, ale i personelu medycznego między sobą np. w tzw. zespołach terapeutycznych, nadal pozostawiają dużo do życzenia. Stosunki międzyludzkie rzutują na jakość usług, w tym satysfakcję pacjenta z otrzymanej usługi.

Zaangażowanie personelu medycznego w rozwój zawodowy, tak jak kadry zarządzającej w zarządzanie wiedzą pracowników, jest kluczowe w kontekście poprawy wymiaru jakości świadczonych usług medycznych, co ma wpływ na spełnienie założeń wyznaczanych przez standardy jakości. Problem polega jednak na tym, że akredytacja CMJ czy ISO nadal najczęściej wprowadzane są decyzją odgórną ze strony kadry zarządzającej z równoczesną często słabą wiedzą i zaangażowaniem lub całkowitym jej brakiem na ten temat ze strony pracownika. Ostatecznie to Zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera m.in. informacje dotyczące jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – ocenianej w szczególności poprzez kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie; wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną; zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem, m.in. certyfikatem systemu zarządzania (na dzień dzisiejszy zapis ten jest uchylony w tym zakresie) lub certyfikatem akredytacyjnym Ministra Zdrowia czy też ocenę kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej.

Sfery jakości w systemie ochrony zdrowia

Sfera opieki medycznej

Jest to obszar, w którym pacjent w szczególnym stopniu zwraca uwagę na kontakty z personelem medycznym, a doskonalenie jakości w tej sferze skupia się w głównej mierze na zapewnieniu usług na odpowiednio wysokim poziomie przez wyspecjalizowaną kadrę, uznane autorytety, jak i profesjonalnych świadczeniodawców.

W rzeczywistości personel musi posiadać określone kwalifikacje w miejscu wykonywania świadczeń zgodnie ze specjalizacją medyczną świadczeniodawcy, ale i z kryteriami wyznaczonymi ze strony płatnika i/czy organizatora. Przy bardzo wąskich specjalizacjach medycznych, ale i przy mechanizmie finansowania przez płatnika świadczeń medycznych, czas oczekiwania na niektóre usługi może być bardzo różny. Przykładem jest obserwowane od kilku lat zjawisko wzrostu liczby lekarzy ze specjalizacją chirurga ortopedy, której nie towarzyszy obniżenie liczby pacjentów oczekujących na zabiegi związane m.in. z operacjami stawu biodrowego/kolanowego czy też czasu oczekiwania.

Sfera informacyjna

Określana jest jako ogół informacji dostarczanych pacjentowi dotyczących procesu leczenia m.in.: jakie leki i kiedy należy stosować, jakich leków ze sobą nie należy łączyć, jak postępować przed i po przeprowadzonym zabiegu itp.

Sfera techniczna

Jest swoistym „opakowaniem” obejmującym obszar od wyglądu i estetyki budynków czy poczekalni do wyglądu personelu – a tu obowiązuje dowolność w ubiorze w każdym podmiocie systemu ochrony zdrowia co do fasonu czy koloru. Gdyby nie słuchawki lekarskie – które w tych czasach noszą także pielęgniarzki/położne/ratownicy medyczni, trudno byłoby odróżnić poszczególne grupy zawodowe między sobą, pomimo odrębnych przepisów regulujących obowiązkowe noszenie identyfikatorów z danymi osobowymi i funkcją. Sfera ta obejmuje również rodzaj aparatury i sprzętu medycznego oraz poziom stosowanej technologii będących wyznacznikiem jakości usług medycznych.

Sfera zarządzania oraz sfera ekonomiczno-społeczna

Obie te sfery nie są istotne z punktu widzenia pacjenta, ale są kluczowe dla kadry zarządzającej na każdym szczeblu. Sfery skupiają się na efektywnym zarządzaniu zasobami (ludzkimi, finansowymi, informacyjnymi, wiedzą, rzeczowymi, ale i ryzykiem w obliczu ustawicznie zmieniających się przepisów prawnych, limitów płatniczych określonych przez płatnika lub też władze administracyjne).

Sfera marketingowa

Obszar skierowany do pacjentów, którzy są odbiorcami usług medycznych. Podmioty prowadzące działalność leczniczą wykorzystują szeroki wachlarz narzędzi (analizy marketingowe w postaci sondaży wśród potencjalnych pacjentów, materiały informacyjne,

broszury, plakaty czy ankiety oceniające poziom obsługi) w celu realizacji usług medycznych, ale zgodnie z przyjętymi standardami jakości oraz w celu pozyskania informacji na temat stopnia zadowolenia pacjentów z poziomu jakości oferowanych usług, ale ta sfera częściej dotyczy podmiotów niepublicznych.

SERVQUAL

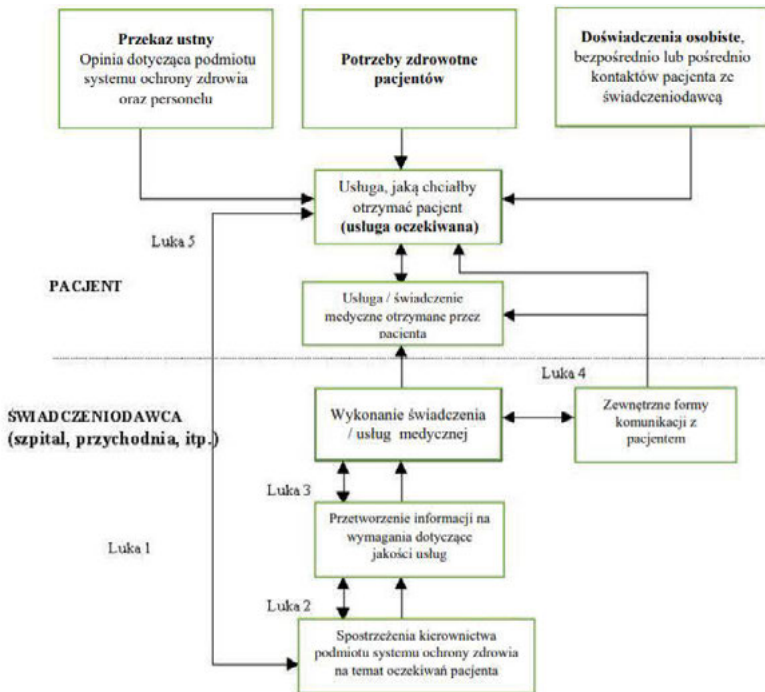
W celu sprawdzenia i potwierdzenia osiągnięcia przez usługę medyczną odpowiedniego poziomu jakości należy poddawać ją ocenie. Dla tego zadania opracowane zostało wiele metod, w tym SERVQUAL (Service Quality) – metoda oceny jakości opracowana przez zespół amerykańskich naukowców pod kierownictwem prof. Parsu Parasurama. Jest to model 5 luk, wskazujący na 5 typów sytuacji, których zaistnienie powoduje obniżenie jakości usług. Model ten jest jednym z tych, które łączą projektowanie jakości usług z punktu widzenia klienta-pacjenta i jednocześnie przedsiębiorstwa/świadczeniodawcy. Pozwala to na sprawną identyfikację błędów w procesie planowania i świadczenia usług. Najczęściej rozbieżności owe są opisywane jako:

- luka 1 – różnica między oczekiwaniami pacjenta w stosunku do świadczenia medycznego a postrzeganiem tych wymagań/oczekiwań przez kierownictwo świadczeniodawcy,
- luka 2 – różnica między postrzeganiem oczekiwań pacjenta w stosunku do usługi medycznej przez kadre zarządzającą świadczeniodawcy a specyfikacją usługi,
- luka 3 – różnica między specyfikacją jakości usługi a jakością świadczenia usługi,
- luka 4 – różnica między jakością świadczenia usługi a informacjami, które klient ma na temat usługi,
- luka 5 – różnica między poziomem spełnienia oczekiwań a postrzeganiem usługi przez klienta.

Metoda ta jest prostą, wielostopniową skalą, za pomocą której można dokonać pomiaru jakości usług z punktu widzenia pacjenta, uzyskując wiele cennych wskazówek co do kierunków poprawy jakości. Wykazane luki na rysunku 1. są wynikiem różnego postrzegania tej samej usługi przez pacjenta i świadczeniodawcę usług medycznych. Autorzy tego modelu podkreślają, iż w postrzeganiu jakości usług i zadań związanych z ich świadczeniem istnieje wiele rozbieżności. Luki mogą być główną przeszkodą w świadczeniu usług uznawanych przez pacjentów za wysokiej jakości. Model ten zezwala na wskazanie miejsc, w których jakość usługi w sposób istotny odbiega od jakości oczekiwanej przez pacjenta.

Luka 1 jest to różnica między oczekiwaniami pacjenta w stosunku do usługi a postrzeganiem tych wymagań przez kierownictwo świadczeniodawcy. Zaliczamy tu kontakt usługowy. Pacjent styka się z wieloma osobami w systemie ochrony zdrowia, od rejestratorki do lekarza, ale i z otoczeniem tej usługi, która ma wpływ na jego wyobrażenie, jaką usługę powinien otrzymać. Jakość świadczeń kojarzy się pacjentowi ze sprawiedliwą dostępnością (np. czasem oczekiwania czy położeniem geograficznym miejsca zamieszkania pacjenta, ale i miejsca świadczenia usługi), ale i równością co do otrzymania świadczeń medycznych. Kwalifikujemy tu m.in. diagnostykę obrazową, która jest składową niemal wszystkich działów medycyny klinicznej i doświadczalnej. Zjawisko nie-

równomiernego dostępu do aparatury i sprzętu medycznego, np. typu TK czy MRI w Polsce, równe jest ograniczeniom w dostępności do badań pod względem geograficznym lub czasem oczekiwania na badanie. Analiza dostępności do aparatury i sprzętu medycznego TK w latach 2010-2018 wskazuje, iż w 2010 r. najwyższy wskaźnik na 100 tys. mieszkańców odnotowano w województwie mazowieckim (1,5 na 100 tys.), co można łączyć m.in. z dużą ilością szpitali klinicznych głównie w Warszawie. Najniższa wartość była w województwie podlaskim (0,5 na 100 tys.). W 2018 r. sytuacja odwróciła się i województwo podlaskie miało najwięcej TK (2,2 na 100 tys.) (obok województwa śląskiego), osiągając wskaźnik wyższy niż województwo mazowieckie. Na pewno ciekawą informacją byłaby np. liczba badań/pacjentów/lekarzy radiologów przypadających na 1 TK – ale takich danych nie określa coroczne badanie statystyki publicznej, a co za tym idzie, nie zbiera żaden formularz GUS czy Ministerstwa Zdrowia.



Rysunek 1. Model jakości usług
Opracowanie własne na podstawie źródła.

Luka 2 to różnica między postrzeganiem oczekiwań pacjenta przez kadre zarządzającą a specyfikacją usług. Obejmuje trudności, jakie napotyka pacjent już w momencie wykonania usługi medycznej przez personel medyczny. Luka ta wiąże się m.in. ze zbyt małym zaangażowaniem się kierownictwa w zarządzanie jakością usług, wzrastającym zapotrzebowaniem na nie. Tu swoje przełożenie ma np. asymetria informacji. Pojęcie to bywa zamiennie stosowane z określeniami: „nieprzejrystość informacyjna”, „niedoskonałość informacyjna” oraz „nietransparentność informacyjna”. Nierówny rozkład informacji posiadanych przez dokonujących wymiany nabywcę-pacjenta i ku-

pującego. Podstawą wyjątkowej, dominującej pozycji środowiska lekarskiego przez lata była i nadal jest niespotykana, rozbudowana wiedza. Wyjątkowość tej wiedzy tej grupy zawodowej była i jest oczywista w przeszłości, jednak z upływem czasu jej uprzywilejowane cechy stawały się mniej widoczne, gdyż ogólny poziom wykształcenia społeczeństwa stale się podnosi, a w sektorze ochrony zdrowia zaczęły pojawiać się nowe grupy zawodowe, coraz lepiej wykształcone i przygotowane do podejmowania działań służących zdrowiu. Ponadto wszyscy, niezależnie od rodzaju wykształcenia, uzyskiwali dostęp do informacji medycznej za pomocą Internetu.

Specyfika usług medycznych wymusza oraz kształtuje określone działania podmiotów leczniczych w podejściu do pacjenta. Zbiorcze określenie wszelkich możliwych zastosowań technologii informacyjnych i komunikacyjnych w ochronie zdrowia określa się mianem e-zdrowia. Pojęcie e-zdrowia jako narzędzia i usługi wykorzystujących technologie informacyjne i komunikacyjne, które mogą ulepszyć profilaktykę, diagnostykę, leczenie, monitorowanie i zarządzanie, a zarazem pomagające całemu społeczeństwu poprzez ulepszenie dostępu do usług opieki zdrowotnej i poprawę ich jakości oraz zwiększenie efektywności całego sektora zdrowia, obejmuje wymianę informacji oraz danych między pacjentami i podmiotami świadczeniodawcami usługi medycznych, pracownikami systemu zdrowia a podmiotami odpowiedzialnymi za sieci informacyjne, m.in. elektronicznymi rejestrami medycznymi, teleporadą czy e-receptą, których nagły rozwój zaobserwowaliśmy w dobie COVID-19. Dzięki takim narzędziom informatycznym jak Internet coraz większa liczba osób ma szeroki dostęp do informacji także z zakresu medycyny. To umożliwia pogłębianie pacjentowi swojej wiedzy na określony, interesujący go temat, zdobywanie potrzebnych informacji oraz łatwiejsze podejmowanie decyzji dotyczących procesu leczenia, co z kolei może mieć wpływ na ograniczenie informacji, czyli jej asymetrię. „Dr Google” nie zawsze zawiera sprawdzone opinie/informacje medyczne, które przez pacjenta mogą być nieprawidłowo odczytane lub/i zinterpretowane.

Komunikacja w zespołach terapeutycznych w medycynie, a właściwie jej brak w większości podmiotów systemu ochrony zdrowia, widać np. podczas raportów pielęgniarskich/położniczych czy raportów lekarskich (popularnie nazywanych w wielu szpitalach „kominkami”) – gdzie te grupy zawodowe przekazują informację o stanie zdrowia pacjenta tylko swojej grupie zawodowej. Brak zaufania i wyraźna granica w zespołach widoczna jest w akceptacji i współpracy z pielęgniarkami i położnymi w zakresie nowych kompetencji zawodowych położnych i pielęgniarek, chodzi m.in. o ordynowanie niektórych leków zawierających substancje czynne, wypisywanie związanych z tym recept. Jednym z celów rozszerzenia uprawnień było zwiększenie dostępności do lekarza POZ. Dla pacjentów oczekujących w kolejkach tylko na przepisanie leku tym bardziej, iż w wielu podmiotach i tak przepisywała i nadal przepisuje zaordynowane leki przez lekarza.

W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych pielęgniarki i położne posiadające dodatkowe kwalifikacje zawodowe mogą samodzielnie ordynować leki, które zawierają określone substancje czynne, z wyłączeniem jednak leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, a także środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym również wystawiać na nie recepty oraz ordynować określone wyroby medyczne, w tym również wystawiać na nie recepty.

Teoria dysonansu poznawczego mówi, iż człowiek może przeżywać przykre napięcie związane z konstatacją: „co innego myślę, a co innego robię” i ma tu ewidentne przełożenie. Nowelizacja ww. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, często jest oceniana w kategoriach podniesienia prestiżu zawodowego pielęgniarek i położnych, wzmocnienia ich pozycji wśród innych profesji medycznych oraz zaakcentowania ich samodzielności zawodowej związanej z nowymi kompetencjami.

Jednak z informacji Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wynika, że tego typu kursy ukończyło ok. 15 tys. pielęgniarek, czyli te, które nie nabyły tych kompetencji w toku kształcenia przeddyplomowego. Środowiska te m.in. sygnalizowały nam, że posiadają kompetencje, ale tak *de facto*. Po pierwsze, zarządzający podmiotami leczniczymi nie bardzo powierzają im tego typu zadania, po drugie, pielęgniarki oczekiwały też dodatkowego finansowania. Szacuje się, że ok. 12% pielęgniarek i położnych w Polsce podejmuje decyzję ordynowania leków i wypisywania recept – ale nie są to dane nigdzie opublikowane. Osoby, które tego typu kompetencje nabyły, wypisują recepty zgodnie z obowiązującymi przepisami. Ale dlaczego nie wszystkie są uprawnione? Nie ma atmosfery życzliwości w podmiocie, w którym wykonują zawód pielęgniarki i położne co do przekazania samodzielności w tym zakresie. Nie ma ani porady, ani wyceny tego typu działań przez NFZ. W statystyce publicznej nie ma nawet pojęcia porady pielęgniarskiej oraz czasami podnoszony jest fakt, iż położne i pielęgniarki boją się podjąć decyzję o samodzielności wypisywania recept.

Po co w takim razie z jednej strony kształci się nadal obydwie te zawody, nadając m.in. kompetencje do wypisywania recept, jeśli środowisko medyczne – lekarze czasami farmaceuci – wcale nie jest zainteresowane ani życzliwe ustosunkowane do nowych kompetencji tych zawodów. Z jednej strony obserwujemy determinację Ministerstwa Zdrowia, które na celowanych plakatach informacyjnych dla pacjenta skierowanych do opieki ambulatoryjnej informują o nowych kompetencjach pielęgniarek i położnych o wypisywaniu leków dla osób powyżej 75. roku życia, z drugiej strony sami pacjenci nie są ani przekonani, ani przyzwyczajeni do faktu wypisywania recept przez te dwie grupy zawodowe. Według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses) pielęgniarstwo w wielu miejscach na świecie stało się dyscypliną bardziej złożoną, techniczną i wymagającą coraz większej wiedzy i umiejętności. Nierzadko pielęgniarki postrzegane są jako ważny zasób interdyscyplinarnego zespołu, jako grupa zawodowa, która posiada własną wiedzę i doświadczenie w zakresie zarządzania opieką nad pacjentem i jest gotowa pełnić bardziej specjalistyczne funkcje.

Luka 3 jest to różnica między specyfikacją jakości usługi a jakością świadczenia usługi. Pokazuje, iż musimy mieć ciągle świadomość, że nawet jeśli usługi są świadczone zgodnie ze standardami, normami itp., to nie oznacza, że taką usługę otrzyma pacjent. Normy/ standardy medyczne mogą zostać celowo lub nie naruszone. Odchylenia od bezpiecznych procedur operacyjnych, standardów lub zasad określane są jako kategorie rutynowe, optymalizujące i konieczne. Pierwsze dwie dotyczą cech osobistych, podczas gdy konieczne naruszenia są powiązane z porażkami organizacyjnymi. Naruszeniom sprzyja środowisko pracy, a obejmują one nieprzestrzeganie protokołów, niewłaściwe podejście do procedur, nieodpowiednią kontrolę zakażeń itp. Optymalizacja naruszeń dotyczy osób zmotywowanych osobistymi celami, takimi jak: chciwość czy dreszczyk emocji przed ryzykiem, na przykład dając niedoświadczonym młodszym pracownikom pracę bez nadzoru lub niezgodną z ich kompetencjami. Umysłne naru-

szenia te, w których istnieje zamiar działania w odróżnieniu od naruszenia spowodowanego przez ignorancję, są rozpoznawane i odpowiednio zarządzane. Niewłaściwe zrozumienie obowiązków zawodowych i słaba infrastruktura, ale i słabe lub nieprofesjonalne zarządzanie dostarczają licznych powodów nieprawidłowego zachowania kończących się zdarzeniami niepożądanymi.

Bezpieczeństwo pacjenta rozumie się jako „zapobieganie uszczerbkowi dla pacjenta” i uznaje je za niemożliwe do oddzielenia od dostarczania opieki wysokiej jakości. AHQR rozszerza zakres tej dziedziny o wolność od przypadkowych lub możliwych do zapobiegnięcia urazów wynikających z opieki medycznej (czyli wolność od zdarzeń niepożądanych). Należy pamiętać, że nie zawsze pogorszenie stanu pacjenta jest spowodowane błędem medycznym. Trzeba więc rozróżniać sytuacje, gdy takie pogorszenie jest skutkiem zdarzenia niepożądanego i gdy wynika ono z choroby, na którą cierpi pacjent. Według Rathmell niewiele usług jest „czystych”, gdyż jak w przypadku usług medycznych mają one bardzo wiele charakterystycznych cech np. niepodzielność, nietrwałość czy niematerialność. Tu następuje podział na błędy, którym można było zapobiec, i takie, których uniknąć się nie da. Warto również zauważyć, że nie wszystkie błędy skutkują szkodą pacjenta – są to tzw. błędy „o mało co”. Jednak błędy spowodowane postępowaniem niezgodnym z ustalonymi procedurami/standardami – czyli zaniedbaniem skutkują karami z tytułu odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej. Przeshkody, jakie mogą mieć wpływ na jakość, to m.in. zbyt duże obciążenie pracą, uboga komunikacja pomiędzy różnymi zawodami czy długotrwały stres i zmęczenie. Dodatkowo istnieje zjawisko „kultury niskich oczekiwań”, czyli uczestnicy komunikacji są przyzwyczajeni, że wymiana informacji jest niepełna i wadliwa. Nowoczesne podejście do błędów to tzw. myślenie systemowe przyjmujące założenie, że ludzie są ludźmi i popełniają błędy.

Luka 4 to różnica między jakością świadczenia usługi przez świadczeniodawcę a informacjami, które pacjent posiada na jej temat. Informacja taka powinna jasno określać, czego klient może się spodziewać, a nie składać obietnice, niemożliwe do spełnienia. Przykładem jest medycyna personalizowana (ang. *personalized medicine*) zakładająca celowane leczenie, charakterystyczne dla stanu zdrowia pacjenta dostosowane do jego preferencji i potrzeb. Medycyna personalizowana jest to: właściwy lek, dla właściwego chorego, we właściwym czasie. Ta nowa metoda pozwala na wdrożenie odpowiedniego leczenia bądź modyfikację stosowanej terapii. Umożliwia każdemu pacjentowi wcześniejszą diagnozę, ocenę ryzyka i optymalne leczenie oraz pozwala na poprawę opieki zdrowotnej przy jednoczesnym obniżeniu kosztów, ale także posiadanie najlepszych specjalistów. Jednak medycyna ta stawia przed całym systemem opieki zdrowotnej nie lada wyzwanie m.in. ekonomiczne czy informacyjne nie tylko w stosunku do pacjenta, ale i personelu medycznego, który posiada bardzo słabą wiedzę na ten temat. Medycynę personalizowaną charakteryzuje innowacyjny sposób na poprawę jakości życia obywateli przy wykorzystaniu najlepszej dostępnej nauki.

Luki 1, 2, 3, 4 rejestrują pogorszenia lub brak jakości usług medycznych w obrębie świadczeniodawcy. Tu następuje podział na błędy, którym można było zapobiec, i takie, których uniknąć się nie da.

Luka 5 jest to luka pomiędzy usługą medyczną oczekiwaną przez pacjenta a tą, jaką otrzymał. Przedstawia ona wyzwanie mówiące, iż aby zapewnić dobrej jakości usługę, świadczeniodawca powinien spełnić lub przewyższyć postrzeganą jakość oczekiwania pacjenta.

Pojawia się wniosek, że bezpieczeństwo w systemie ochrony zdrowia, w tym bezpieczeństwo pacjenta, zależy od stworzenia systemu, który zapobiegnie lub wyłapie błędy, zanim wyrządzą szkodę pacjentowi. To podejście doprowadziło do poprawy jakości w wielu branżach „wysokiego ryzyka”, np. w lotnictwie czy energetyce jądrowej. Sidney Dekker stwierdził, iż im jaśniej społeczeństwo, dana branża, profesja lub instytucja ustali, kto wyznacza daną granicę, tym bardziej przewidywalne są konsekwencje natury służbowej bądź prawnej dla danego incydentu. Widzimy to ewidentnie w polskim systemie ochrony zdrowia. Tego typu podejście do zdarzeń niepożądanych przekłada się na metodologię zbierania danych statystycznych związanych z bezpieczeństwem pacjenta. Definicja bezpieczeństwa pacjenta wyłoniła się z ruchu jakości w ochronie zdrowia i obejmuje zapobieganie błędom, uczenie się na nich oraz konstruowanie nowej kultury bezpieczeństwa, która angażuje medyków, organizację i pacjentów, a nie karze personel medyczny za zdarzenia niepożądane. Według badania Jamesa z 2013 r. poważne zdarzenia niepożądane dotyczą nawet 15% hospitalizacji, a 0,7-0,9% zdarzeń niepożądanych, którym można było zapobiec, doprowadziło do śmierci pacjenta.

Zdarzenia niepożądane są jedną z wiodących przyczyn umieralności pacjentów. W tym przypadku dobrym przykładem będzie wykluczenie przez Światową Organizację Zdrowia (wg raportu z 2013 r.) po raz kolejny Polski z analiz porównawczych dotyczących umieralności według przyczyn. Powodem jest ponad 25% udział zgonów o „niedokładnie określonych przyczynach”. W przypadku ponad 28% zgonów (ok. 109 tys.) lekarze nieprawidłowo opisali ich przyczyny. Podstawowym problemem jest pominięcie chronologicznego opisu łańcucha przyczyn/chorób odpowiedzialnych za zgon chorego lub nieprawidłowe jego przedstawienie, a w konsekwencji niewłaściwe lub nieprecyzyjne wskazanie wyjściowej przyczyny zgonu np. „ustanie krążenia i oddychania” czy „starość” są nieprecyzyjne i całkowicie beużyteczne, w konsekwencji przekładają się na „bezużyteczne kody” (tzw. *garbage codes*).

Konkludując, można zaobserwować w obszarze polskiej jakości w ochronie zdrowia szereg sprzeczności pomiędzy realiami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w aspekcie jakości świadczonych usług i to nie tylko w zakresie świadczeniodawca – pacjent, ale i metodologii zbierania informacji, które będą pomocne w opracowywaniu jeszcze lepszych analiz i co za tym idzie standardów i procedur medycznych. Na jakość składowych świadczeń medycznych ma wpływ nowy obszar znany w lotnictwie czy energii jądrowej, jakim jest kultura bezpieczeństwa obejmująca kulturę uczciwości, raportowania i wyciągania wniosków. Przyczyny stojące za brakiem rozwoju tej kultury są złożone i zawierają w sobie słabą pracę zespołową i komunikację oraz tzw. kulturę niskich oczekiwań. Dominujący we współczesnej filozofii kult nauk ścisłych dyktuje sposób myślenia także w medycynie w oparciu o *evidence-based medicine* i w opiece zdrowotnej (*evidence-based practice*).

Bibliografia

- [1] *Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2011, 2013, 2015, 2017, 2019*. Wyd. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2020.
- [2] Dekker S., *Just culture : kultura sprawiedliwego traktowania : między bezpieczeństwem a odpowiedzialnością*, Warszawa 2018.

- [3] Dykowska G., Opolski J., *Jakość świadczeń zdrowotnych : pakiet samokształceniowy*, Warszawa 2001.
- [4] Gaciong Z., Jassem J., Kowalik A., Krajewski-Siuda K., Krawczyk P., Łach K., *Medycyna personalizowana*, Warszawa 2016.
- [5] Getzen t. E., *Ekonomika zdrowia : teoria i praktyka*, Warszawa 2000.
- [6] Głos A., *Dwa modele zaufania w opiece zdrowotnej*, *Diametros*, 2015, nr 45, s. 82-106. doi: 10.13153/diam.45.2015.798 []
- [7] James J. T., *A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care*, *Journal of Patient Safety*, 2013, vol. 9, nr 3, s. 122-128. doi: 10.1097/PTS.0b013e3182948a69
- [8] Jaracz K., *Sposoby rozpoznawania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzowania*, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2001, nr 2, s. 219-226.
- [9] Karkowska D., Karkowski t. A., Skoczylas P., *Polepszenie obsługi pacjenta w perspektywie rozszerzenia kompetencji pielęgniarek na ordynowanie leków i wypisywanie recept.* *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2016, t. 17, z. 11, cz. 3, s. 149-161.
- [10] Karkowski t. A., Karkowska D., Skoczylas P., *Akredytacja jako element doskonalenia procesów logistycznych*, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2016, t. 17, z. 11, cz. 3, s. 135-146.
- [11] Karkowski t. A., Karkowska D., Skoczylas P., *PN-EN ISO 9001:2015 i EN 15224:2012 jako element doskonalenia procesów logistycznych*, 2016, t. 17, z. 11, cz. 3, s. 109-119.
- [12] Kulikowski J., Wójcik B., *Który system oceny zewnętrznej wybrać: akredytację czy ISO?* *Zdrowie i Zarządzanie*, 2003, t. 5, nr 6.
- [13] Mielcarek M., *MZ: aktywność pielęgniarek mała, bo oczekiwały za to wynagrodzenia!* [dokument elektroniczny] <https://www.pielgniarki.info.pl/article/view/id/10229> [dostęp: 22.08.2020].
- [14] *Na co umarł pacjent – czyli, co jest wpisywane na kartach zgonów?* [dokument elektroniczny] <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/na-co-umarl-pacjent-czyli-co-jest-wpisywane-na-kartach-zgonow-1,1.html> [dostęp: 2.10.2019].
- [15] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 3 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, *Dziennik Ustaw*, 2020, poz. 562.
- [16] *Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie wniosku dotyczącego zalecenia Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną COM(2008) 837 wersja ostateczna/2 - 2009/0003 (CNS) (2009/C 228/22) (Dz.U.UE C z dnia 22 września 2009 r.)* [dokument elektroniczny] <https://www.prawo.pl/akty/dz-u-ue-c-2009-228-113,67900571.html> [dostęp: 22.09.2020].
- [17] Opolski K., Dykowska G., Moźdzzonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Warszawa 2009.
- [18] Opolski K., Podgórska J., Leśniowska-Gontarz M., *Quality criterion in measuring the efficiency of health facilities*, *Journal of Management and Financial Sciences*, 2018, vol. 13, nr 35 s. 81-92.
- [19] Otto J., *Jakość dla klienta*, *Manager*, 2001, nr 1, s. 53.
- [20] Parasuraman A., Zeitham V. A., Berry L. L., *A conceptual model of service quality and its implications for the future research*, *Journal of Marketing*, 1985, vol. 49, nr 4, s. 41-50.
- [21] Trela A., *Akredytacja to prestiż dla placówki*, 2014, [dokument elektroniczny] <https://zpm.wip.pl/specjalny-13/akredytacja-to-prestiz-dla-placowki-2787.html> [dostęp: 22.05.2020].
- [22] Urbaniak A. M., *Zastosowanie metody SERVQUAL do oceny jakości usług rekreacyjnych*, *Zeszyty Naukowe Uczelni Vistula*, 2013, nr 32, s. 29-38. [dokument elektroniczny] <https://i.vistula.edu.pl/media/docs/fvZcdDiOJVorddJSYsr8uv0Wx.pdf> [dostęp: 12.08.2020].
- [23] *Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. — Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia*, *Dziennik Ustaw*, 2009, poz. 641.
- [24] *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia*, *Dziennik Ustaw*, 2009, poz. 418.
- [25] Vogenberg F. r., Barash C. I., Pursel M., *Personalized medicine. Part I: Evolution and development into theranostics*, *P & T*, 2010, vol. 35, nr 10, s. 560-576.
- [26] *Zarządzenia Prezesa NFZ*, [dokument elektroniczny] <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/> [dostęp: 12.08.2020].

Antynomie w budowaniu efektywnej opieki medycznej

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne (UCK) w swoim funkcjonowaniu mierzy się z wieloma antynomiami, które nie sprzyjają budowaniu profesjonalnej i efektywnej opieki medycznej. Efektywność, która jest wpisana w strategię działania UCK, powoduje, że pacjenci leczeni coraz skuteczniej są krócej hospitalizowani, a to umożliwia leczenie kolejnych chorych. W normalnej sytuacji takie działanie byłoby premiowane przez system. Szpital jest jednak ograniczony ryczałtem co oznacza, że każdy dodatkowy chory wykraczający poza finansowanie ryczałtowe, powoduje czystą stratę dla szpitala i pogarsza efektywność pracy placówki, pozbawiając szpital środków finansowych. To typowy przykład sprzecznych celów, które się nawzajem wykluczają w prowadzeniu działalności leczniczej.

Innym tego typu zjawiskiem jest brak koordynacji pewnych działań inwestycyjnych, jeśli chodzi o jednostki ochrony zdrowia. Przykładowo zezwala się na to, żeby środki publiczne czy też unijne były inwestowane w jednostkach, które już dziś nie wykorzystują swojego potencjału nawet w 30%. Jednocześnie rozbudowuje się dodatkowo strukturę, tak jakby ktoś liczył na to, że nagle nastąpi wzrost demograficzny. Realizując inwestycję biznesową, musielibyśmy sprawdzić, jakie jest zapotrzebowanie, popyt i finansowanie usług, które będą w danym miejscu wykonywane. Bezcelowym wydawaniem pieniędzy wydaje się utrzymywanie pewnej struktury opartej na paradygmacie, że ilość poprawia dostępność. Ilość psuje jakość, jeżeli rozprasza się siły i środki na wiele podmiotów leczniczych. Doprowadza do sytuacji, w której nie sposób wyposażyć wszystkie jednostki odpowiednio w zasoby ludzkie, w infrastrukturę i przede wszystkim w środki finansowe. To błąd biznesowy, który normalnie powoduje upadek każdego systemu.

System jest finansowany ze środków publicznych. Podatnicy są równocześnie pacjentami, korzystają z tego systemu. Każdy z nas, kiedy zachoruje, oczekuje, że będzie optymalnie, sprawnie leczony. Należałoby zatem lokalnie rozwijać miejsca, w których pacjent mógłby uzyskać właściwą diagnostykę i zostać pokierowany dalej. Jeśli Podstawowa Opieka Zdrowotna jest odpowiednio rozproszona, przy pacjencie, to nie gubi się on w systemie. Rozdrobniona specjalistyczna opieka szpitalna daje dokładnie odwrotny efekt. Jest to problem społeczny i ekonomiczny.

Finansowanie placówek medycznych

W Polsce od wielu lat poszukuje się skutecznych rozwiązań w procesie finansowania jednostek ochrony zdrowia, czego efektem są wprowadzane co kilka lat reformy. System finansowania placówek medycznych po reformie z 2017 r. (tzw. sieci szpitali) oparty jest na finansowaniu części świadczeń w formie ryczałtu. Ryczałt ma określoną wartość i nigdy nie zmienia się wstecz. Modyfikacja następuje tylko wyłącznie w momencie, gdy działalność szpitala wygeneruje pewne efekty na przyszłość (może wzrosnąć lub zmaleć). Ten sposób finansowania jest z jednej strony korzystny dla szpitala, gdyż zapewnia stałe finansowanie, jakby w oderwaniu od świadczeń, które są wykonywane. Jednak w sytuacji, gdy szpital wykona więcej procedur, to one również opłacone są do wysokości ryczałtu. W ten sposób rozliczanych jest ok 50% świadczeń w Polsce w dużych placówkach medycznych. Pozostałe usługi finansowane są w ramach odrębnych, Nielimitowanych umów – im bardziej szpital jest efektywny, tym więcej usług wykonuje i tym większe generuje przychody, a finansowanie świadczeń podąża tutaj za ich realizacją. W systemie funkcjonują także świadczenia limitowane, które jednak nie wchodzi do ryczałtu. I jeżeli szpital wykona tych świadczeń więcej, może się ubiegać – w formie aneksu, ugód lub na drodze sądowej – o zwiększoną zapłatę. Większość podstawowych świadczeń realizowanych w placówkach medycznych (z wyłączeniem transplantologii, onkologii, procedur specjalistycznych) znajduje się w ryczałcie, czyli cała interna, podstawowa chirurgia, pediatria oraz wiele innych: endokrynologia, kardiologia czy torakochirurgia i ginekologia (o ile nie są powiązane z onkologią). Taki sposób finansowania powoduje pewien paradoks, jeśli szpital wykonuje swoją pracę w sposób efektywny, skraca hospitalizację, leczyci pacjentów w sposób powodujący mniejszą ilość powikłań, to automatycznie pojawiają się wolne zasoby, miejsca, które można wykorzystać do diagnostyki i leczenia kolejnych chorych. W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku takie działania występują np. w onkologii – z roku na rok obserwujemy zjawisko zwiększającej się liczby świadczeń. Szpital efektywny potrafi w ciągu roku zwiększyć liczbę przyjmowanych chorych o 10-15% i zwiększyć o tyle samo realizację świadczeń, za co później uzyskuje wynagrodzenie. To samo dotyczy chociażby programów transplantacyjnych, które są bardzo trudnymi programami opartymi na różnych uwarunkowaniach, gdzie trzeba jednocześnie połączyć akcję informacyjną, edukacyjną, uzyskać zgody od dawców lub ich rodzin na udostępnienie organów po śmierci bliskich, co jest społecznie trudne. Dodatkowo biorca musi zostać odpowiednio przygotowany, przejść wszelkie kwalifikacje. Cały ten proces należy przeprowadzić w taki sposób, by przypadkowy termin związany z dawcą zbiegł się z przygotowanym biorcą, wtedy można wykonać zabieg. Cała ta procedura jest Nielimitowana. Od centrum transplantologicznego wymagana jest wyjątkowa wręcz skuteczność łączenia tych skomplikowanych procesów, tak by transplantacja mogła się udać. Sukcesem jest to, że przeszczepów z roku na rok wykonywanych jest coraz więcej, coraz więcej osób może korzystać z organów osób, które odchodzą, i w ten sposób wrócić do zdrowia. Taka zwiększona efektywność powoduje oczywiście zwiększone finansowanie związane z ilością wykonywanych świadczeń. To jest działanie logiczne.

Natomiast wszystkie procedury podstawowe rozliczane są w ryczałcie. Jeśli szpital będzie bardzo efektywnie leczyci pacjentów, czyli efektywnie ich umawiał, przygotow-

wał, krótko leczyl, to wtedy na tej samej bazie szpitalnej będzie mógł wyleczyć więcej chorych. Patrząc na UCK, każdego roku byłaby możliwość wykonywania 10-20% więcej świadczeń, optymalizując procesy leczenia chorych, przyjmowania do szpitala, diagnostyki i samego leczenia. Biorąc pod uwagę fakt, że w tym szpitalu przyjmuje się ponad 100 tys. chorych rocznie do hospitalizacji, mogłoby zostać przyjętych dodatkowych 10 tys. pacjentów, na czym skorzystałaby populacja. Dlaczego tak się nie dzieje?

Ograniczenia ryczałtu

Jeśli placówka decyduje się na wzrost liczby hospitalizacji w ramach tego samego ryczałtu, to automatycznie powoduje, że szpital zostaje bardziej obciążony kosztowo. Zamiast 100 jednostek kosztowych wygenerowanych zostaje 110 jednostek, natomiast przychód pozostaje taki sam, jaki byśmy otrzymali, wykonując 100 świadczeń. Ta sytuacja powoduje, że zwiększenie podaży, zwiększenie liczby świadczeń realizowanych przez szpital jest wyłącznie kosztem i to niepokrytym przez szpital. W związku z tym większość placówek medycznych po prostu realizuje kontrakt, nie przekraczając jego wartości bardziej niż o kilka procent, co nie zmienia zasadniczo wolumenu leczonych chorych, ogranicza za to w pewien sposób możliwości leczenia pacjentów w jednostkach szpitala. Placówka medyczna nie może zadłużyć się i oderwać od podstawy finansowej swojego działania, przyjmując pacjentów poza ryczałtem. Obserwujemy tutaj wyraźną antynomię – im bardziej efektywna jednostka, tym bardziej precyzyjnie wykonuje ryczałt i jeśli precyzyjnie i skutecznie poprawia realizację świadczeń, to z roku na rok ma coraz większe możliwości i niewykorzystane zasoby, przy założeniu, że ryczałt się nie zwiększa. Wzrost ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe na skutek uzyskiwania różnych wskaźników jakościowych, które są przewidziane w umowie z NFZ-em, nie kompensuje tych kosztów, które się ponosi w tym roku, w którym wykonanie ryczałtu jest wygenerowane. Poza tym wzrost ten nie jest na tyle duży, by zrekomensować przekroczenie wartości ryczałtu, który jest dokonany. Jeżeli przekraczamy ryczałt np. o 10 mln, to nie oznacza to, że w następnym okresie rozliczeniowym dostaniemy o 10 mln więcej, tylko o 2, 5, 7 mln więcej w zależności od różnych wskaźników. To wyjątkowo demotywuujący system, który zniechęca szpitale do efektywnego zarządzania i wykorzystywania potencjału swoich zasobów, pracowników i sprzętu.

Ryczałt został ustalony przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie bazy historycznej świadczeń w danej jednostce. Wytyczne w tym zakresie przygotowuje Ministerstwo Zdrowia, narzucając konkretne algorytmy. W momencie wprowadzenia ryczałtu bazą wyjściową były zrealizowane usługi sprzed 2 lat, czyli w momencie, kiedy wprowadzono system w 2017 r., do rozliczenia był wzięty 2015 r. Zaplanowano jutro na bazie danych z przedwczoraj.

Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach na starcie była zaniżona w stosunku do wykonywanych świadczeń w przypadku UCK. Szpital wykonywał procedury wysokospecjalistyczne, otrzymywał certyfikaty jakościowe, czym oddziaływał na wielkość ryczałtu poprzez różne współczynniki premiujące. Tak czy inaczej ta zmodyfikowana wartość ryczałtu nie korespondowała z wolumenem finansowym, po drugie – z wolumenem liczby wykonanych procedur i udzielonych świadczeń pacjentom.

Tabela 1. Wartość ryczałtu w UCK (w zł)

Rok	Razem rok	Średnio miesięcznie
2017 (ostatni kwartał)	59 460 041,10	19 820 013,70
2018	246 723 033,00	20 560 252,75
2019	263 253 122,00	21 937 760,17
2020	278 609 744,00	23 217 478,67

Świadczenia nielimitowane

Aby szpital mógł leczyć w ramach ryczałtu, musi wykonywać procedury, które nie mieszczą się ryczałcie. UCK to jednostka pełnoprofilowa. Skupia się więc m.in. na najmłodszych pacjentach – porody oraz świadczenia neonatologiczne to procedury o najwyższym poziomie referencyjności. Poza tym realizuje cały wachlarz świadczeń onkologicznych: zabiegi, chemioterapię, radioterapię. Rozwój tego rodzaju świadczeń, zwłaszcza jeśli chodzi o pacjentów pierwszorazowych objętych kartą DILO, jest bardzo dynamiczny. Obserwujemy przyrost o kilkadziesiąt procent rok do roku od kilku lat, ten wolumen powoduje, że możemy rozwijać swoją działalność.

Tabela 2. Pakiet DILO w UCK

Rok	Wartość początkowa umowy (w zł)	Wartość końcowa umowy (w zł)	% zmiana w ciągu roku	Wykonanie (w zł)
2016	27 740 597,18	34 218 923,31	23%	34 217 964,14
2017	34 454 237,12	46 978 415,13	36%	46 609 934,05
2018	40 688 349,40	68 446 297,80	68%	68 509 012,65
2019	40 688 349,40	78 838 465,50	94%	78 763 101,28
2020	57 143 945,31	-	-	-

Trzecim zagadnieniem istotnym z perspektywy UCK są programy transplantologiczne. Jeszcze niedawno przeszczepiano tu 4 narządy: serce, nerki, szpik i rogowki. W tej chwili wykonuje się także transplantacje: wątroby, płuc, wysp trzustkowych, a także przeszczepy kości. Działania transplantacyjne angażują duże zespoły interdyscyplinarne, które współpracują ze sobą. Transplantologia daje możliwość rozwoju zarówno finansowego, jak i medycznego, zawodowego i naukowego całej struktury. Jest to pewnego rodzaju prestiż dla szpitala. Nielimitowane przez system środki pozwalają na rozwijanie tej dziedziny. W ramach ryczałtu nie ma takiej możliwości. Jeśli stworzymy zbyt skuteczne procedury, wyskospecjalistyczne i o dużej efektywności, będą to drogie świadczenia, które zablokują nam podstawowe usługi, na co szpital nie może sobie pozwolić.

Wśród świadczeń nielimitowanych znajduje się również endoprotetyka. Uzyskałiśmy także odrębne dofinansowanie na projekt związany z udarami. Trombektomia mechaniczna to wysokospecjalistyczna technologia, w której wyciąga się skrzepliny mechanicznie przy udarze niedokrwiennym z naczyń krwionośnych głowy. Dzięki tej procedurze pacjent wraca do zdrowia bardzo szybko. To wszystko świadczenia nielimitowane i odrębnie finansowane.

Wraz z rozwojem szpitala i zwiększonego wolumenu w trybach hospitalizacji zwiększa się też liczba świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i diagnostyki. Obserwujemy bardzo intensywny rozwój genetyki – jest włączana w coraz więcej dziedzin medycznych, np. onkologię. Podstawowa diagnostyka – tomografia komputerowa i rezonans – jest nielimitowana od kwietnia 2019 r. To napędza pracę szpitala. Im więcej pacjentów w szpitalu, tym więcej chorych kierowanych jest do opieki w trybie ambulatoryjnym, co generuje duży wzrost.

Stopnie referencyjności – brak różnic w finansowaniu

Pewnego rodzaju problemem jest to, że w Polsce nie funkcjonują stopnie referencyjności. Wszystkie szpitale w większości dziedzin – oprócz kilku wyjątków – są traktowane przez płatnika tak samo, czyli powiatowy szpital, który ma 3 oddziały w małym miasteczku, rozliczany jest tak jak szpital specjalistyczny wielodziedzinowy. Jedyne pewne drobne elementy różnicują sposób finansowania tych jednostek. Na Wybrzeżu, ale też w wielu miejscach w Polsce, pojawiła się tendencja konsolidacji szpitali powiatowych – łącząc 5 mniejszych szpitali chciano stworzyć jeden szpital specjalistyczny. Żeby bardziej zobrazować efekt takiego działania, warto posłużyć się przykładem: jeśli 3 drużyny 2-ligowe połączymy w jedną, trudno oczekiwać, że powstanie drużyna, która gra w ekstraklasie. To jest efekt synergii, który nie występuje. Zyskujemy za to strukturalne utrudnienie, gdyż te jednostki działają często w różnych organizacjach, co powoduje dodatkowe koszty, zamiast je obniżyć. To gehenna dla pacjentów – jeśli wszyscy robią wysokospecjalistyczne procedury, wszyscy mają ten sam ryczałt, próbują w nim wykonywać procedury najbardziej prestiżowe, powstaje pytanie: kto i gdzie ma leczyć podstawowe schorzenia, których jest najwięcej. Wystarczy przeanalizować pracę oddziałów ratunkowych – najwięcej zdarzeń wynika z codziennych problemów życiowych i na szczęście nie wszyscy wymagają przeszczepu serca czy nerki, przeszczepienia zastawki aortalnej, nie wszyscy pacjenci są onkologiczni. Wymagają tylko leczenia podstawowego blisko swojego miejsca zamieszkania, na przyzwoitym poziomie. To paradoks, który występuje w systemie ryczałtowym – który zamiast poprawić sytuację, tylko ją zakonserwował.

Mnożąc byty, osłabiamy organizacje

Dodatkowo pojawiają się środki unijne, co jest oczywiście pozytywnym trendem umożliwiającym rozwój pewnych dziedzin. Warto jednak wziąć pod uwagę fakt, że w Polsce budujemy drogi, poprawiamy komunikację, zainwestowaliśmy jako państwo w skuteczną sieć pogotowia lotniczego opartego na śmigłowcach, które mogą dotrzeć

w każde miejsce i właściwie w każdym czasie w ciągu kilku minut zawieźć pacjenta, gdziekolwiek chcemy.

Zbudowaliśmy nowoczesny, wciąż doskonały system dróg – co składa się na bardzo dobrą sieć komunikacyjną. Z powyższych względów pojawia się wątpliwość, czy powinniśmy lokować środki publiczne i unijne w rozwój 800 szpitali, które funkcjonują na terenie naszego kraju? Czy na pewno stać na to nasz system? Czy podzielenie tych środków nie jest ich marnotrawieniem? Zwłaszcza że rozproszenie środków na tak dużą strukturę zasobów, np. kadrowych, pielęgniarskich, lekarskich powoduje osłabienie całego systemu. Zapotrzebowanie jednostek medycznych na personel wylicza się niestety na podstawie liczby łóżek, które bynajmniej nie leczą. W tej sytuacji, jeśli szpital jest przewymiarowany i ma dużo łóżek oraz jest szpitalem powiatowym w jakiejś odległości od miasta wojewódzkiego, to nie ma możliwości pozyskania odpowiedniej liczby personelu z lokalnego rynku. W efekcie wynagrodzenia rosną proporcjonalnie do odległości od miasta metropolitalnego w danym regionie. Zaczyna się współzawodniczenie o zasoby, irracjonalne dlatego, że podnosi ceny, natomiast tych zasobów brakuje, więc lekarze i pielęgniarki 20% swojego czasu spędzają w samochodach, pokonując duże dystanse, marnotrawiąc czas i siły. Młodych pielęgniarek jest coraz mniej, a tych starszych odchodzących na emeryturę jest coraz więcej. Tym bardziej bezsensowne wydaje się utrzymywanie tak dużej sieci szpitali powiatowych, które mają kłopot z wykorzystaniem kontraktu, w odróżnieniu od dużych szpitali, którym brakuje środków z ryczałtu. Antynomią jest tutaj pewnego rodzaju niespójność w procesie finansowania i inwestowania środków publicznych. Przykładowo państwo polskie inwestuje 1 mld złotych w ośrodek specjalistyczny, a później płatnik nie jest w stanie zapewnić pełnego finansowania, które daje przynajmniej w 90% możliwość wykorzystania potencjału tego ośrodka, w zamian otrzymuje finansowanie na poziomie 70% możliwości ośrodka. Jednocześnie przez struktury unijne czy też samorządowe podobne pieniądze inwestuje się w tzw. subsydiowanie szpitali obwodowych, których i tak jest zbyt wiele. Później, nie wykonując analizy, dobudowuje się do szpitala, który już nie wykorzystywał swojego potencjału operacyjnego, dodatkowe sale operacyjne, np. w lokalizacjach, które w zapleczach mają populację kilkudziesięcio- czy kilkuset tysięcy. Gdybyśmy robili test prywatnego inwestora, nikt by tych pieniędzy w ten sposób nie zainwestował. To absurdałne mnożenie zasobów infrastrukturalnych, których nie możemy już dzisiaj zabezpieczyć w odpowiednie zasoby ludzkie, nie mówiąc już o zasobach finansowych związanych z prowadzeniem działalności. Żeby prowadzić każde przedsięwzięcie czy szpital, musimy wykonać analizę dotyczącą zasobów niestrukturalnych, inwestycyjnych, zastanowić nad zasobami ludzkimi i nad źródłem finansowania tego przedsięwzięcia, by na koniec nie przynosiło strat, tylko zysk.

Placówki służby zdrowia mają różną strukturę. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Prowadzimy przedsiębiorstwo, ale nie jesteś przedsiębiorcą, czyli kupcem w dawnym znaczeniu kodeksu handlowego. Nie musimy kupować taniej i sprzedawać drożej. Naszym celem jest skuteczne leczenie pacjentów, żeby jak najbardziej efektywnie wykorzystać pieniądze, które dostajemy w ramach umów z NFZ. W momencie, kiedy bylibyśmy spółką prawa handlowego, czyli przedsiębiorcą, czy – jak kiedyś mówiono – kupcem, to nasze działanie miałoby inny cel – jak najbardziej efektywne wykorzystanie zasobów w celu generowania zysków. Albo jesteśmy jednostką zorganizowaną, której celem jest wykorzystanie środków, by

efektywnie leczyć chorych, albo też jesteśmy przedsiębiorcą i chcemy wygenerować jak największy zysk. Przypisywane aksjomaty wiążą się z pewnymi cechami, które są immanentne. Jeśli ktoś nagle staje się kupcem, to tak się zachowuje, natomiast jeśli jego celem jest leczenie chorych, to właśnie tym się zajmuje. Ten paradoks często powoduje pewne nieporozumienia również wśród zarządzających.

Oczywiście że placówka opieki zdrowotnej musi pokrywać swoje koszty, nie może się zadłużać. Powinna działać też na pełnym rachunku ekonomicznym, a wykonywane procedury powinny ją utrzymywać. Szpital nie może mieć jednak celu ekonomicznego i biznesowego w postaci wygenerowania zysku, tak jak każde przedsiębiorstwo. W momencie przekształcenia szpitala w spółkę diametralnie zmienia się cel, którym nie jest już pacjent, tylko zysk i jego pomnażanie. To zasadnicza różnica, o której trzeba pamiętać, gdyż ona determinuje pewne postawy i działania osób zarządzających. Jeśli decydujemy się na pewne rozwiązania, to z pełnymi konsekwencjami.

System, w którym jest zbyt wiele elementów, jest systemem słabym – jeżeli mnożymy byty, to osłabiamy organizacje. Jeśli w sposób nieprzemyślany łączymy pewne organizmy, nie uzyskujemy efektu synergii – takie połączenie musi być oparte na przemyśleniach, odpowiadać na pytanie: jaki cel chcemy osiągnąć? Mechanizm finansowania powinien być tak ukształtowany, żeby z czasem jednostki mniejsze z mniejszą populacją, w bliskim sąsiedztwie innych jednostek przekształcały się w inne struktury związane z leczeniem czy zabezpieczeniem podstawowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Ważną kwestią jest rozwiązanie problemów dotyczących opieki nad osobami starszymi czy załatwianie podstawowych działań z zakresu rehabilitacji i przywracania ludzi na rynek pracy. To jest dużo istotniejsze niż ortodoksyjne utrzymywanie jednostek, które nie mają, biorąc pod uwagę dostępność zasobów i liczbę pacjentów, racji bytu. Albo budujemy infrastruktury komunikacyjne, drogi, szybką kolej, latami śmigłowcami, albo mamy system XIX-wieczny i rozdrabniamy opiekę medyczną w taki sposób, by każdy mógł dojść do najbliższego szpitala na piechotę.

Modelem będącym w opozycji do tego, że w każdym powiecie czy też gminie znajduje się szpital, jest zachodni system opieki zdrowotnej. Aktualnie w Danii czy Holandii dużych placówek medycznych w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców jest mniej niż w Polsce, dzięki czemu mogą się specjalizować. Niemcy racjonalnie wykorzystują zasoby, mają rozwiniętą opiekę środowiskową. Duńczycy mają 26 szpitali na prawie 9 mln ludności, również Niemcy racjonalnie wykorzystują zasoby, stawiając na rozwiniętą opiekę środowiskową. W województwie pomorskim funkcjonuje 28 szpitali, natomiast populacja liczy tutaj 3 mln osób.

Pacjent powinien jak najwięcej świadczeń uzyskiwać w podstawowej, dziennej opiece zdrowotnej. Większość procedur mogłaby być wykonywana w systemie jednodniowym, ambulatoryjnym. Do tego nie trzeba tak gęstej sieci szpitali. Gdybyśmy tak przebudowali system, to potrzebowałibyśmy w woj. pomorskim kilku szpitali i wielu jednostek wspierających chorego. Biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowotny społeczeństwa, w Polsce potrzebujemy jednostek wzmocnionych w możliwości diagnostyczne, ośrodków rehabilitacji, więcej jednostek świadczących usługi opiekuńczo-lecznicze i więcej podmiotów świadczących procedury specjalistyczne, w trybie jednodniowym bez zamykania chorego na kilka tygodni do szpitala. Społeczeństwo się starzeje, to jest droga, którą musimy obrać, żeby system się nie zawalił. I mimo że zabrzmiało to jak

truizm: szpitale specjalistyczne muszą wykonywać specjalistyczne procedury, z możliwością ich rozwoju. Technologia w tej chwili sprzyja pacjentom, jednak uwarunkowania społeczno-polityczne powodują, że nie jest dane nam jej wykorzystywać w tak efektywny sposób, jaki jest w zasięgu naszych możliwości. Największą stratę ponoszą na tym pacjenci.

Platynowe biodro, czyli jak spełnić oczekiwania dwóch pacjentów z problemami kardiologicznymi

Dwie rozmowy z pacjentami. W jednej żal, lęk i niedowierzanie: „Przecież to moje życie. Nie mogę czekać. Boję się...”. W drugiej złość i agresja: „Całe życie płaciłem składki, więc nie proszę, tylko żądam innego standardu. Nie pozwolę się upokarzać...”.

Pierwszy pacjent czeka na wszczęcie kardiowertera-defibrylatora. Po badaniach w szpitalu wie, że powinien mieć prewencyjnie wszczęte urządzenie, które uchroni go przed śmiercią z powodu bardzo prawdopodobnych zaburzeń rytmu. Ma obniżoną kurczliwość serca i wg wszystkich europejskich zaleceń jest kandydatem do takiej implantacji. Jednak w naszym kraju nie wszyscy mogą na to liczyć w czasie przewidywanym przez wytyczne. Chyba że przeżyją epizod zatrzymania krążenia, wtedy automatycznie są pierwsi na liście. Przeżyć zatrzymanie krążenia, przejść skuteczną reanimację. Tylko tyle i aż tyle...

Drugi chory został przyjęty celem wykonania badań niezbędnych do kwalifikacji do planowego zabiegu przeszłowania aortalno-wieńcowego (tzw. by-passów). Pacjent jest naturalnie poddenerwowany i być może to stres wywołuje reakcję zastępczą w postaci niezadowolenia z warunków hospitalizacji. Choć obiektywnie warunki są dalekie od komfortu: sześciuosobowa sala z całym wachlarzem wrażeń zapachowych, szumem rozmów, dokuczliwością chrapania sąsiadów oraz absolutnym brakiem intymności.

Dla każdego z nich to pierwszy w życiu poważniejszy kontakt ze szpitalem, lekarzami czy szerzej systemem opieki zdrowotnej, który do tej pory – nieprzetestowany osobiście – dawał im złudne poczucie bezpieczeństwa. Dziś są sfrustrowani, przestraszeni i źli. U źródeł ich emocji leży obiektywna finansowa niewydolność systemu, który albo nie zapewnia im wykonania procedury medycznej, albo po prostu radykalnie odbiega od oczekiwań w zakresie standardu pobytu.

Wbrew pierwszemu wrażeniu nie zmierzam wcale w kierunku oczywistej z publicystycznego punktu widzenia oraz wtórnej poznawczo tezy o niedofinansowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia. Tylko decydent polityczny (i to jedynie aktualnie będący przy władzy) może polemizować z tą dość oczywistą konstatacją, że polska ochrona zdrowia jest od dziesięcioleci finansowana poniżej oczekiwań społecznych oraz, co ważne szczególnie w ostatnich latach – możliwości finansowych naszego

państwa. Więc, mimo że to kuszące, to nie o mizerii finansowej polskiej medycyny chciałbym pisać. Choć i w tym – dość oczywistym wątku dostrzegam sprzeczność między dużym, istic europejskim oczekiwaniem społecznym dotyczącym jakości usług medycznych, a współistniejącym, od lat odnotowanym w sondażach, sprzeciwem wobec jakichkolwiek pomysłów zwiększenia składki zdrowotnej.

Przeciętny Polak ma skłonność do porównywania jakości usług zdrowotnych z zaможniejszymi sąsiadami: Niemcy lub Szwedzi są częstym kontrapunktem dla naszych opowieści o wielomiesięcznych kolejkach do zabiegów lub memów ze zdjęciami posilków z polskiego szpitala. I o ile rozumiem naturalną niechęć obywatela do zwiększenia podatków, to nie mogę zrozumieć, dlaczego od lat brak jest skutecznej presji społecznej na polityków dla zwiększenia wydatków publicznych na zdrowie, które zgodnie z kolejnymi edycjami badań CBOS jest uważane przez Polaków za jedną z najwyższych wartości. Chociaż ostatnie protesty rezydentów poprawiły nieco medialny klimat dla dyskusji o pilnej potrzebie wzrostu nakładów, to w praktyce niewiele z tego wynikało i niewiele się zmienia.

Polska wydaje na zdrowie około połowy średnich europejskich nakładów, co stanowi szósty najniższy wynik w Europie (OECD 2017). Więc absurdalne jest porównywanie się z sąsiadami z zachodu czy północy, którzy wydają na cele zdrowotne prawie 2/3 więcej od nas i plasują się na początku stawki. A biorąc pod uwagę, że stenty kupujemy za nie mniejszą cenę niż Niemcy, to przy tej proporcji nakładów jest jasne, kto może sobie pozwolić na dobieranie odcienia plastra na opatrunku, a kto będzie zamrażał płace personelu dla uniknięcia zupełnej katastrofy finansowej szpitala. Mimo to w żadnej kampanii wyborczej nie słyhać głośno artykułowanego społecznego oczekiwania zmiany tych proporcji ani – co jeszcze trudniej zrozumieć – rozliczania polityków z niespełnionych dotychczas obietnic poprawy systemu.

Chcemy mieć lepszy system i krytykujemy aktualne realia zgodnie z poczuciem frustracji, jak drugi z opisanych przeze mnie na początku pacjentów, ale jednocześnie nie akceptujemy pomysłu wzrostu składki zdrowotnej i nie egzekwujemy politycznie potrzeby zmiany proporcji w wydatkach publicznych. Podobnie jak niechętnie patrzemy też na pomysł minimalnego choćby współpłacenia czy potrzebę wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. To dla mnie od lat jedna z trudniejszych do zrozumienia sprzeczności w sferze społecznej percepcji problemów ochrony zdrowia w naszym kraju. Podobnie zresztą jak wieloletnie zubożenie społeczeństwa na permanentne łamanie konstytucyjnego zapisu, że władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Oczywiście nie ma sensu obrażać się na rzeczywistość. Zmarłem w 2011 r. filozofowi i psychologowi Jamesowi Hillmanowi przypisuje się twierdzenie, że nie można zrozumieć jakiegoś zjawiska, jeśli z góry założy się, że nie powinno ono istnieć. Drugiego pacjenta opisanego na wstępie zapamiętałem mimo upływu kilkunastu lat od tej sytuacji m.in. dlatego, że zaproponowałem mu rozmowę, która finalnie okazała się dość długą dyskusją. Zrobiłem to po pierwsze po to, by rozbroić nerwową sytuację na początku mojego dyżuru, po drugie, by lepiej zrozumieć powody tak gwałtownie wyrażanej frustracji. Oczywiście wiedziałem, że warunki w szpitalu dalekie były od ideału, ale poziom jego agresji był niebywały.

Pacjent okazał się przedsiębiorcą w średnim wieku, z ponadprzeciętnymi zarobkami i adekwatnym poziomem życia. Płacił od wielu lat co miesiąc kwoty, które opisał

jako niewiarygodnie wysokie, i uważał, że skoro raz w życiu korzysta z pobytu w szpitalu, to zapracował sobie na zupełnie inne warunki. Zorganizowałem więc *ad hoc* przyspieszony kurs zasad działania systemu opieki zdrowotnej opartego na składce zdrowotnej. Pominęliśmy w rozważaniach kwestię solidaryzmu społecznego czy pogarszających się trendów demograficznych oraz brak kumulowania wpłaconych kwot. Dokonał się prostej konfrontacji wyliczonej wartości wpłaconych do systemu sum z ceną zabiegu kardiochirurgicznego, któremu pacjent miał być poddany. Szybko okazało się, że operacja jest zaskakująco droga, a suma składek relatywnie niewielka. Racjonalne argumenty podziały, ale myślę, że przeświadczenie tamtego przedstawiciela raczkującej klasy średniej było dość typowe społecznie wtedy i teraz: „płacę za dużo, dostaję za mało”. Jednak brutalna i przez to mało popularna prawda jest inna: płacę co prawda relatywnie (w stosunku do siły nabywczej mojej pracy) sporo, choć wymiennie (w stosunku do innych) mało i dostaję za to i tak nadspodziewanie dużo. Ale to temat na zupełnie inne rozważania. Poza dyskusją jest zaś na pewno aktualna do dziś rozbieżność między oczekiwaniami wobec systemu a jego realnymi możliwościami. I subiektywne poczucie społeczne relatywnie dużych nakładów na ochronę zdrowia, i ich obiektywna wartość.

Takich jaskrawych sprzeczności w społecznej percepcji ochrony zdrowia jest dużo więcej. Wystarczy porównać ogromną atrakcyjność wszystkiego, co drogie lub limitowane, z obojętnością lub lekceważeniem tego, co darmowe lub łatwo dostępne, przy czym obiektywna wartość medyczna leku, procedury medycznej czy badania jest na ogół bez znaczenia. Myślę, że wszyscy mamy świeżo w pamięci, jak bardzo pożądane stały się szczepienia przeciw COVID-19 po nagłośnieniu informacji o grupie polskich aktorów, którzy zaszczepili się poza kolejnością. Sądzę, że dla promocji szczepień nie można było zorganizować skuteczniejszej akcji. Nagle okazało się, że nawet ci, którzy do tej pory deklarowali daleko idący sceptycyzm do „rzekomo niepewnych” szczepionek, teraz publicznie byli pełni pretensji i oczekiwali szybkiego dostępu do nowych preparatów.

Szerzej rzecz ujmując: większość systemowych działań w zakresie prewencji spotyka się z raczej małym entuzjazmem społecznym i rzadko możemy powiedzieć, że w pełni wykorzystaliśmy nawet te relatywnie niewielkie środki, jakie państwo polskie przeznacza na profilaktykę. Jako wiceminister nadzorowałem swego czasu realizację Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Naszą największą bolączką była niska zgłaszalność kobiet na mammografię i cytologię, badania, które nie tylko były bezpłatne, ale również pojawiały się w postaci mammbusów praktycznie pod drzwiami pacjentek. Szczyciliśmy się zgłaszalnością na poziomie dwudziestu kilku procent odpowiedzi na imienne zaproszenia, zastanawiając się, jakim cudem kobiety fińskie czy szwedzkie zgłaszają się w ilościach przekraczających ponad 4/5 populacji.

Jako twórca i koordynator Krajowego Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej jestem zaskoczony brakiem motywacji niektórych pacjentów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego do poddania się diagnostyce laboratoryjnej i genetycznej: bezpłatnej, szerokiej w nieosiągalnym nigdzie indziej zakresie i w formule pełnego komfortu. Im bardziej namawiamy pacjentów, im dokładniej informujemy o korzyściach płynących z wczesnej diagnostyki, a szczególnie wczesnej terapii, tym częściej spotykamy się ze sceptycyzmem i zdystansowaniem.

Na drugim biegunie tej dychotomii są bezkrytycznie wydawane gigantyczne kwoty na suplementy diety, wszystkie sprzedawane bez recepty preparaty, rzekomo popra-

wijące pamięć, potencję, odporność, nastrój czy tak „wysublimowane” problemy, jak tajemniczy „zespół niespokojnych nóg”. Wbrew opiniom lekarzy, bez refundacji i bez jakichkolwiek racjonalnych przesłanek. I to wszystko w sytuacji, gdy wielu Polaków deklaruje, że nie stać ich na wykupienie podstawowych leków, a produkty farmaceutyczne pochłaniają większość wydatków w ramach świadczeń nier refundowanych w naszym kraju (13% wszystkich wydatków przy średniej unijnej na poziomie 5,5%). Generalnie obserwujemy częstą prawidłowość, że im terapia droższa, trudniej dostępna na skutek barier finansowych bądź formalnych, tym bardziej jest pożądana i tym bardziej bezkrytycznie przyjmowana przez pacjentów. Dla przykładu rośnie obecnie presja ze strony wielu pacjentów oczekujących obniżenia kryteriów dla rozpoczęcia terapii inhibitorami PCSK9. To nowoczesne leki biologiczne niezwykle skuteczne w obniżaniu LDL-cholesterolu do wartości tak niskich, że nigdy wcześniej dla nas osiągalnych. Są drogie, a kryteria włączenia do programu lekowego zostały przez płatnika ustalone na tak wysokim poziomie, że w praktyce dostęp do leku ma obecnie zaledwie nieco ponad 100 (dosłownie: stu!) chorych w całym kraju. Pacjenci pytają o lek, chcą go przyjmować i mam wrażenie, że w tym wypadku wszystkie artykułowane na ogół obawy dotyczące bezpieczeństwa czy uzasadnień dla tak radykalnego obniżania stężenia cholesterolu zostały w cudowny sposób wygaszone. Równolegle zmagamy się z oporem wobec statyn, terapii obecnie taniej, powszechnie dostępnej i wiarygodnie zweryfikowanej przez ogromną ilość badań klinicznych i – co nawet ważniejsze – ponad 25 lat praktycznych obserwacji klinicznych. I mimo że obniżanie cholesterolu przez statyny jest mniej agresywne, to wątpliwości ze strony pacjentów jest znacznie więcej, możemy nawet mówić o rosnącej „histerii antystatynowej”. Co ciekawsze: w połowie lat 90. statyny jako nowa i droga terapia były przez pacjentów poszukiwane i pożądane, tak jak dziś wspomniane wyżej przeciwciała monoklonalne.

Wiele ekonomicznych aspektów ochrony zdrowia czy szerzej medycyny ma fascynujące implikacje etyczne, społeczne czy filozoficzne. Pamiętam własne niedowierzanie, gdy jako młody lekarz przeczytałem u Thomasa E. Getzena obrazoburczą dla mnie tezę, że życie ludzkie ma wyliczalną wartość, dającą się wyrazić konkretną kwotą. Wcześniej, w czasie całych studiów, utwierdzano mnie w przekonaniu, że życie jest bezcenne, a dywagacje na ten temat były odbierane jako impertynencja i brak predyspozycji do zawodu lekarza. Kiedy wiele lat później opowiadałem o tym moim wykładowcom w Carlsson School of Management University of Minnesota, przyjęli to z wyrozumiałym uśmiechem i zrewanżowali się anegdotą dobrze ilustrującą stopień oderwania się postsocjalistycznego systemu ochrony zdrowia lat 90. od zasad zdrowej ekonomii. Otóż w grupie Jeffreya Sachsa, liberalnego jeszcze wtedy profesora Columbia University, doradzającego Leszkowi Balcerowiczowi w tworzeniu terapii szokowej dla polskiej gospodarki, byli również specjaliści zajmujący się ekonomiką zdrowia. Po zapoznaniu się z dostępnymi danymi i dokumentami Ministerstwa Finansów i Ministerstwa Zdrowia poprosili o potwierdzenie, że przeznaczamy na ochronę zdrowia kwoty opisane w budżecie. Po uzyskaniu ze strony polskiej potwierdzenia, przerwali spotkanie i zaczęli się żegnać. Wyjaśnili polskim partnerom, że nie będą w stanie niczego ich nauczyć, bo mogą im tylko pogratulować umiejętności zarządczych i ekwi-librystyki ekonomicznej pozwalającej na funkcjonowanie powszechnej ochrony zdrowia w prawie czterdziestomilionowym kraju w oparciu o taki budżet. Niezależnie od tego, na ile prawdziwa jest opisana anegdota, myślę, że jej aktualność jest wciąż duża.

I w ten oto sposób możemy zmienić perspektywę naszych rozważań z pacjenckiej na decydencką i wykonawczą. Negatywne emocje opisanych dwóch pacjentów kardiologicznych mają swoje źródło w obiektywnym niedofinansowaniu systemu ochrony zdrowia oraz subiektywnym poziomie oczekiwań, który każdy z nich w sobie nosi. To czy oczekiwania te są zawsze realistyczne i zawsze oparte na prawidłowych przesłankach, to zupełnie inna kwestia. Bo przecież środków zawsze jest za mało, a potrzeby stale rosną (i nie jest to wcale złośliwa ocena naszego systemu ochrony zdrowia, ale uniwersalna zasada ekonomiczna). Ograniczona podaż usług medycznych (na skutek braku środków, ale też w wyniku decyzji politycznych czy rozwiązań prawnych) zawsze zderza się z niezaspokojonym popytem na świadczenia zdrowotne. W latach 70. minionego wieku specjalne komisje w naszych szpitalach podejmowały decyzje w kwalifikacji do rutynowo dziś dostępnej dializoterapii, obecnie z tych samych powodów musimy dokonywać wyboru pacjentów, którzy będą mieli szanse na przeszskórnię (a więc mniej inwazyjną i bezpieczniejszą od tradycyjnej operacji kardiochirurgicznej) implantację zastawki aortalnej (TAVI). Przecież nawet samo wskazanie miejsca w kolejce oznacza często praktycznie szansę na życie lub jej brak.

Oczywiście zamożność społeczeństwa i prospołeczne rozwiązania organizacyjno-prawne podnoszą poprzeczkę zrealizowanych potrzeb wyżej, ale nie zmienia to ogólnej zasady nigdy niezrealizowanego popytu. Świadomość tej sytuacji stawia lekarza (czy innego pracownika ochrony zdrowia realizującego działalność medyczną) w pozycji stałego rozdarcia. Otóż skończona ilość pieniędzy w systemie sprawia, że każda próba kompletnego spełnienia wszystkich potrzeb zdrowotnych indywidualnego pacjenta zmniejsza szanse na realizację potrzeb całej reszty. Najdotkliwiej konflikt ten widać przy próbie pogodzenia perspektywy lekarza skupionego na relacji z konkretnym pacjentem z perspektywą decydenta politycznego lub specjalisty zdrowia publicznego widzącego szerszy kontekst podejmowanych działań. Choć w praktyce oznacza to wewnętrzny konflikt świadomego lekarza, który musi pogodzić w swych działaniach te dwie perspektywy.

To, co jest przedmiotem moich dywagacji w kontekście ekonomicznym, Ian M Graham widział w zakresie oceny ryzyka sercowo-naczyniowego konkretnego pacjenta oraz całej populacji („Clinicians see individuals. High risk individuals gain most from preventive measures & therefore are the highest priority for clinicians. But, in a population, most deaths come from those at only slightly increased risk, simply because they are so numerous.”).

Podstawowe pytanie zawsze brzmi: kiedy uznamy, że potrzeby zdrowotne pacjenta zostały zrealizowane optymalnie? Wiemy jednak, że satysfakcja pacjenta to warunek konieczny, ale niewystracający, z bardzo prostego powodu: pacjent nie jest w stanie ocenić w pełni jakości usługi medycznej, bo nie posiada ku temu żadnych kompetencji. Stąd oprócz dobrych wrażeń dotyczących otoczenia realizacji świadczenia medycznego chory musi obdarzyć swego lekarza zaufaniem, że ten wykonana swoją pracę maksymalnie dobrze. Gdzie jest to optimum? Przecież zawsze można wszczepić lepszą soczewkę, wstawić lepsze wypełnienie stomatologiczne czy implantować panewkę stawu biodrowego z najnowszej generacji materiałów.

W tym miejscu spieszę z wyjaśnieniem, skąd w tytule niniejszego rozdziału pojawiło się platynowe biodro. W filmie „Cwał” Krzysztofa Zanussiego, ciotka głównej bohaterki granej przez Maję Komorowską, ratuje finansowo swoją krewną w trudnej sytuacji życiowej. Największa nagroda czeka jednak na bohaterkę po śmierci ciotki:

odziedziczy po niej platynowy staw biodrowy, który z satysfakcją prezentuje spadkobierczyni na zdjęciu rentgenowskim. Towarzyszy temu zresztą dość sarkastyczna uwaga, że „Anglicy uważają to nadal za swoją własność” (to *a propos* ograniczoności środków w najzamożniejszych nawet społeczeństwach). A wszystko to w siermiężnej, stalinowskiej Polsce, w której owe platynowe biodro urasta nawet nie tyle do symbolu różnic w jakości usług zdrowotnych między dwoma systemami, ale staje się ono wręcz gwarantem materialnego bytu grupy Polaków żyjących za żelazną kurtyną. Scena przygotowań do „wydobycia” cennego metalu po śmierci ciotki nie pozwala widzowi zbagatelizować ani zapomnieć tego epizodu.

Niech więc to platynowe biodro z obrazu Zanussiego będzie symboliczną, w pełni zrealizowaną potrzebą zdrowotną. Nie wiem, na ile na przełomie lat 40. i 50. XX w. był to powszechnie dostępny standard w Zjednoczonym Królestwie, ale możemy domniemywać, że była to z oczywistych powodów procedura droga. Jako lekarz, który decyduje o losie mego pacjenta, chcę maksymalizować jego korzyść i zadowolenie, więc będę dążył do największej staranności oraz do najlepszych znanych nauce metod i materiałów. Problemem jest to, że każde platynowe biodro zabiera środki na zaspokojenie innych potrzeb medycznych. Może więc biodro nie musi być platynowe i lepiej jest za jego wartość zrealizować szczepienie na polio dla kilkudziesięciu tysięcy dzieci (pierwsze podanie szczepionki Hilarego Koprowskiego miało miejsce w 1950 r., więc mniej więcej w czasie akcji filmu mistrza kina moralnego niepokoju)?

Może realizacja potrzeb zdrowotnych jednej osoby powinna ustąpić przed korzyścią większej grupy społecznej? I nie próbujemy uniknąć trudnej decyzji przez proste dodanie środków do systemu, tak by starczyło na jedno i drugie. To tylko odsunięcie dylematu na inny poziom. Bo przecież problem zostanie, a decyzja musi być podjęta. W dzisiejszej rzeczywistości oznacza to na przykład niezwykle trudne pytania takiego typu: czy powinniśmy finansować terapię przeciwciałami monoklonalnymi za kilkaset tysięcy złotych, uzyskując w zamian jedynie przedłużenie życia dziecka z chorobą nowotworową o kilka tygodni? Czy taka szlachetna decyzja jest moralna wobec dziesiątków tysięcy chorych, którym moglibyśmy przyspieszyć w zamian za to kluczową wizytę u specjalisty lub dopłacić do refundacji nowego leku, który populacyjnie obniża ryzyko sercowo-naczyniowe? Bo za tymi mniej spektakularnymi decyzjami idą przecież również uratowane istnienia ludzkie. Które dobro jest ważniejsze? Które daje nam poczucie optymalnego wykorzystania środków? I czy to poczucie jest wystraszającą przesłanką do decyzji wykluczających alternatywne rozwiązania? Takich dylematów jest bardzo dużo, są one wręcz codziennością decydenta, oczywiście przy założeniu, że potrafi i chce je dostrzec.

Może więc przewrotnie spójrzmy nieco inaczej na trudne położenie pacjentów kardiologicznych z naszego przykładu? Może fakt braku realizacji ich potrzeb oznacza przynajmniej, że inne potrzeby, innej grupy pacjentów zostały zrealizowane z lepszym efektem populacyjnym? Nie sądzę, by poprawiło im to nastrój, ale z perspektywy potrzeby optymalizacji decyzji zarządczych w systemie to uprawniona nadzieja.

Warto zauważyć, że świadomość takich dylematów jest już mocno wpisana w codzienne życie lekarza klinicysty. Coraz rzadziej zdarza się postawa, która jeszcze dwadzieścia lat temu była dość powszechna: jestem lekarzem, zajmuję się leczeniem, a koszty to nie moja sprawa. System wymusza na lekarzach rozumienie faktu, że każda recepta czy skierowanie to rodzaj czeku z określonymi skutkami finansowymi.

Pozostaje mieć nadzieję, że zarówno w decyzjach politycznych dotyczących systemu ochrony zdrowia, jak i percepcji społecznej budującej oczekiwania wobec polityków w tym zakresie, znajdzie się miejsce na otwartą dyskusję o sposobie podejmowania decyzji i priorytetach, które uznano za najistotniejsze przy ich podejmowaniu. Bez tego trudno marzyć o odbudowaniu autorytetu lekarzy i zaufania do ich decyzji. A to podstawa większej satysfakcji pacjenta. I złagodzenia kolizyjnego kursu między odwiecznym, immanentnym dla systemu konfliktem między nienasyconym popytem i ograniczoną podażą. Przy założeniu istotnie większych nakładów finansowych oczywiście.

I z uśmiechem mrugając do Czytelnika na koniec, dodam moją odpowiedź dla wszystkich ewentualnych polemistów (cytuję mój ulubiony chwyt erystyczny Antoniego Pawlaka, który przypisuje te słowa Jackowi Kuroniowi): „Błąd w Twoim rozumowaniu polega na tym, że absolutnie nie masz racji”. To dość uniwersalny kontrargument.

Dokumentacja medyczna jako środek dowodowy w postępowaniu karnym – ujęcie praktyczne

Szukając *antynomii* w szeroko rozumianym obszarze opieki zdrowotnej wartym uwagi jest ukazanie dwojakiego postrzegania *dokumentacji medycznej* jako środka dowodowego w postępowaniu karnym. W powszechnym rozumieniu, dominującym wśród praktykujących lekarzy, istnieje nieco intuicyjne rozumienie wysokiej wartości dowodowej, jaką winna dawać należycie sporządzona *dokumentacja medyczna*, która może przesądzać o winie albo o braku winy osób podejrzewanych o popełnienie określonych czynów zabronionych. Jednak przykłady płynące z sal sądowych przekonują, iż powszechne wśród lekarzy rozumienie istotnego znaczenia *dokumentacji medycznej* jako węzłowego dla postępowania karnego środka dowodowego może podlegać zgoła innemu postrzeganiu przez sądy orzekające w sprawach karnych, dla których tego rodzaju dowód jest tylko jednym z dowodów, jedynie wspomagającym proces orzeczniczy, a który nie posiada prymatu pierwszeństwa nad innymi dowodami. Takie ujęcie może zaskakiwać, a tym samym zagadnienie to warte jest odrębnej analizy.

Dokumentacja medyczna – słowo wprowadzenia

Pojęcie *dokumentacji medycznej*, mającej (pośrednio) nawet podstawy konstytucyjne¹, jest unormowane w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, poprzez tzw. regulację odsyłającą, polegającą na wskazaniu, iż oznacza to *dokumentację medyczną*, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: u.p.p.). Nie jest to jednak definicja legalna, a jedynie wskazane reguł wynikających z innej ustawy, do których usta-

¹ Podstaw prawnych dotyczących prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej należy doszukiwać się w art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., gdzie wskazano, że **każdy ma prawo do ochrony zdrowia**. W tym kontekście należy wskazać, że dokumentacja medyczna jako zapis przebiegu choroby pacjenta, a także wielu innych istotnych informacji o jego stanie zdrowia i podjętym leczeniu, bez wątpienia jest elementem, który pozwala na zapewnienie ochrony zdrowia, a także kontrolę i podnoszenie jakości realizacji prawa do ochrony zdrowia.

wodawca odsyła *explicite*. Ustawodawca w u.p.p. co prawda nie stworzył odrębnej definicji legalnej (pojęciowej), a jedynie zdecydował się na jej uregulowanie poprzez przyjęcie zespołu norm kreujących określone dyspozycje w sposób funkcjonalny, tj. w rozdziale 7 tejże ustawy (zatytułowanym *prawo pacjenta do dokumentacji medycznej*) poddał regulacji kwestie prowadzenia, przetwarzania i udostępniania dokumentacji medycznej². Co więcej, w art. 25 u.p.p. niejako „funkcjonalnie” określił konstrukcję dokumentacji medycznej, wskazując, co winno się w niej znajdować³. Ustawa ta dodatkowo, w art. 3 ust. 1 pkt 8-10 definiuje takie pojęcia jak: wyciąg – „skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej”; odpis – „dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem”; kopia – „dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu)”.

Dokumentacja medyczna jest chroniona rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 6 kwietnia 2020 r. (dalej: Rozporządzenie), gdzie w § 1 pkt 4 uregulowano zasady zabezpieczania dokumentacji medycznej⁴.

Kolejnym aktem prawnym, w którym dokumentacja medyczna jest chroniona, jest rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), gdzie wprowadzono definicję legalną danych dotyczących zdrowia, co oznacza „dane osobowe o zdrowiu fizycznym lub psychicznym osoby fizycznej – w tym o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej – ujawniające informacje o stanie jej zdrowia”, natomiast w art. 9 powyż-

¹ Art. 23 ust.1 u.p.p. stanowi, że pacjent ma **prawo do dostępu do dokumentacji medycznej** dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

² Art. 25 ust. 1 u.p.p. stanowi, iż **dokumentacja medyczna** zawiera co najmniej: 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości: a) nazwisko i imię (imiona), b) datę urodzenia, c) oznaczenie płci, d) adres miejsca zamieszkania, e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania; 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych; 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych; 4) datę sporządzenia.

³ W Rozporządzeniu tym dokonano także podziału dokumentacji medycznej na **dokumentację indywidualną**, czyli dotyczącą poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz na **dokumentację zbiorczą** dotyczącą ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych (przykładowo wykazu głównego przyjęć i wypisów, wykazu odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć lub wykazu odmów przyjęć w szpitalnym oddziale ratunkowym, wykazu chorych oddziału, wykazu raportów lekarskich). Przy czym, dokumentację indywidualną dzielimy na **dokumentację indywidualną wewnętrzną**, czyli dokumentację przeznaczoną na potrzeby podmiotu, przykładowo historia zdrowia i choroby, historia choroby, karta transportu medycznego, karta przebiegu znieczulenia, karta obserwacji, protokół operacyjny, oraz **dokumentację indywidualną zewnętrzną**, która jest przeznaczona na potrzeby pacjentów i do tej dokumentacji zaliczamy skierowanie do szpitala lub innego podmiotu, udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, książeczka zdrowia dziecka, karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

szezo rozporządzenia prawodawca europejski wskazał na ograniczenia w przetwarzaniu szczególnych kategorii danych osobowych do których zaliczają się dane dotyczące zdrowia⁵. W świetle § 1 ww. Rozporządzenia, w obecnym stanie pewnym dokumentacja medyczna jest co do zasady prowadzona w postaci elektronicznej⁶.

Warto również zauważyć, iż w treści art. 2 pkt 6 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. (dalej: u.s.o.z.) wprowadzono definicję legalną elektronicznej dokumentacji medycznej, którą zdefiniowano, jako dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym bądź podpisem osobistym. A zatem *elektroniczna dokumentacja medyczna* opiera się na elektronicznych dokumentach, które należy rozumieć jako stanowiący odrębną całość znaczeniową zbiór danych uporządkowanych w określonej strukturze wewnętrznej i zapisany na informatycznym nośniku danych [19]⁷ i które są opatrzone odpowiednim podpisem w formie cyfrowej.

Jedynie dla przypomnienia należy zasygnalizować, iż w poprzednich latach funkcjonowała bardziej rozbudowana definicja legalna *dokumentacji medycznej* sformułowana w art. 18d ust. 1 pkt 5 uchylonej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, gdzie wskazano, że poprzez pojęcie *dokumentacji medycznej* należy rozumieć dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych, gromadzone i udostępniane na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Poza przywołanymi powyżej ramami regulacyjnymi zastrzeżenia wymaga, iż w literaturze przedmiotu powstało kilka definicji doktrynalnych *dokumentacji medycznej*, gdzie wyrażono pogląd, że jest to „zbiór dokumentów będących nośnikami informacji o charakterze medycznym, który jest prowadzony przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w celu realizacji prawa pacjenta do informacji oraz w związku

¹ Artykuł 9 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) ust. 1: Zabrania się przetwarzania danych osobowych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych oraz przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej lub danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej tej osoby. Ust. 1 nie ma zastosowania, jeżeli spełniony jest jeden z poniższych warunków:

i) przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi lub zapewnienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które przewidują odpowiednie, konkretne środki ochrony praw i wolności osób, których dane dotyczą, w szczególności tajemnicę zawodową;

4. Państwa członkowskie mogą zachować lub wprowadzić dalsze warunki, w tym ograniczenia w odniesieniu do przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych lub danych dotyczących zdrowia.

¹ Obecnie występują dwie przesłanki prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej, a mianowicie (i) musi występować precyzyjna podstawa prawna lub (ii) warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej (wydaje się, że takim przypadkiem może być czasowe ograniczenie działania systemu teleinformatycznego). Przy czym, jeśli dokument jest prowadzony w jednej postaci to nie może być równocześnie prowadzony w drugiej z nich. A zatem nie można „mieszać” systemów prowadzenia dokumentacji medycznej i tym samym stałą praktyką nie może być wypełnianie papierowej dokumentacji medycznej w celu jej późniejszego przepisania do dokumentacji elektronicznej.

¹ Art. 3 pkt 2 ustawy.

z wykonywaniem przez nie określonych obowiązków” [4, s. 944]. Istnieją także definicje doktrynalne, które zamiast objaśnienia sensu tego pojęcia kładą raczej nacisk na podstawę prawną definiowania *dokumentacji medycznej* – czyli przywoływane już powyżej ramy normatywne – i wskazują na regulacje zawarte w u.p.p. i przepisach odrębnych odnoszących się do stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, gromadzonych i udostępnianych na zasadach określonych w tej ustawie [9]⁸.

W zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej ustawodawca przewidział pewne ograniczenia podmiotowe i przedmiotowe. Jeśli chodzi o ograniczenia przedmiotowe to należy wskazać, że *dokumentacja medyczna* może być prowadzona jedynie w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że prowadzenie dokumentacji medycznej w celu ochrony zdrowia oznacza, że dane osobowe powinny być zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach i nie powinny być dalej przetwarzane w sposób niezgodny z tymi celami, o czym stanowi art. 5 ust. 1 lit. b RODO. Natomiast, jeśli chodzi o ograniczenia podmiotowe, należy zaznaczyć, iż do prowadzenia dokumentacji medycznej jest zobowiązany podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych⁹, a celem tych działań jest realizacja prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej.

Zobowiązanie do prowadzenia *dokumentacji medycznej* zostało wyrażone także w art. 41 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r., gdzie wskazano, że lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycz-

¹ Komentarz do art. 23.

¹ Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 5 u.p.p. jest to podmiot wykonujący działalność leczniczą o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, czyli może to być podmiot leczniczy o którym mowa w art. 4 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym do podmiotów leczniczych zaliczamy:

1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2019 r. poz. 1292 i 1495) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,

2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,

3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 357, 730 i 1590),

4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1350 i 2227),

5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,

5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5,

6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,

7) jednostki wojskowe

- w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

nej pacjenta, a sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przez lekarza określają przywołane już uprzednio przepisy u.p.p.

Elektroniczną dokumentację medyczną podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, natomiast dokumentację wewnętrzną można podpisać również przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego. Jeśli chodzi o dokumentację w postaci papierowej to należy ją opatrzyć własnoręcznym podpisem. Wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji. W tym miejscu warto przywołać postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 2009 r. [23] gdzie wskazano, że podpis powinien wyrażać co najmniej nazwisko. Nie jest konieczne, żeby było to nazwisko w pełnym brzmieniu, gdyż dopuszczalne jest jego skrócenie, nie musi ono być także w pełni czytelne.

Należy podkreślić, że prawidłowe podpisanie *dokumentacji medycznej* jest absolutnie kluczowe dla przypisania odpowiedzialności za wykonanie danego świadczenia zdrowotnego, a także dla uznania wpisu za prawidłowy – bez podpisu to nie jest możliwe. Przykładowo w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji powinien on dokonywać osobiście wpisu do dokumentacji medycznej, gdy samodzielnie wykona czynność medyczną, a ewentualne późniejsze „autoryzowanie” wpisu przez innego specjalistę należy zakwalifikować jako poświadczanie nieprawdy. Jeśli zaś lekarz specjalista wraz z lekarzem w trakcie specjalizacji wykonują daną czynność, wówczas wpis należy opatrzyć podpisem obydwu lekarzy. Nadto należy zaznaczyć, że osoba zatrudniona na stanowisku sekretarki medycznej nie jest uprawniona do dokonywania wpisu w dokumentacji medycznej za lekarza czy przedstawiciela innego zawodu medycznego.

W odniesieniu do dokumentacji medycznej w tradycyjnej postaci papierowej także trzeba mieć na względzie zasadę dokonywania wpisów w sposób czytelny, co oznacza zapewnienie możliwości odczytania jej przez pacjenta bądź inne uprawnione osoby i tym samym wypełnianie jej informacyjnej funkcji. Prowadzenie dokumentacji w sposób chronologiczny polega na uporządkowaniu zawartości dokumentacji medycznej i ponumerowaniu jej w kolejności odpowiadającej czasowi jej sporządzania.

Dokumentacja medyczna – problemy praktyczne

Jak wskazuje praktyka, prowadzenie *dokumentacji medycznej* zgodnie z ww. zasadami może praktykującym lekarzom dostarczać wielu trudności, a nawet czasem dochodzi do nadużyć lub błędów, co w konsekwencji może przedmiotem późniejszych wątpliwości w trakcie trwających postępowań sądowych. Oczywiście jest przy tym, iż wymiar sprawiedliwości (czy to jeszcze na etapie postępowań prokuratorskich, czy już na etapie postępowań sądowych) musi badać stopień zawinięcia przy stwierdzonych błędach w przygotowywaniu dokumentacji medycznej.

W szczególności w tym kontekście uwagę zwraca przestępstwo stypizowane w art. 271 § 1 kodeksu karnego, gdzie lekarz bądź inny podmiot na mocy ustawy obowiązany

do prowadzenia *dokumentacji medycznej* może podlegać odpowiedzialności karnej za fałszowanie dokumentacji medycznej. Sprawca takiego czynu może podlegać karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, co jest tzw. *występkiem*, a nie *zbrodnią*¹⁰.

Dla przypomnienia podkreślić należy, iż dokonana ocena stopnia zawinienia sprawcy określonego czynu zabronionego ma dla wymiaru kary wężłowe znaczenie. Stopień winy odgrywa przy wymiarze kary podwójną rolę. Z jednej strony wina jest przede wszystkim podstawą odpowiedzialności karnej¹¹ i uzasadnia stosowanie wobec sprawcy przestępstwa zastosowanie represji karnej [12, s. 394]. Z drugiej strony, w ramach wymiaru kary stopień winy stanowi nieprzekraczalną granicę surowości kary, co określa się jako funkcję limitującą (*vide* wymiar orzeczonej kary) [12, s. 394].

Zgodnie z art. 8 kodeksu karnego *zbrodnię* można popełnić tylko umyślnie, natomiast *występek* można popełnić także nieumyślnie, jeżeli ustawa tak stanowi. O ile więc odpowiedzialność za przestępstwa umyślne jest regułą i nie wymaga wyraźnego ustawowego wskazania, o tyle odpowiedzialność karna za przestępstwa nieumyślne stanowi swoisty wyjątek, w tym sensie, że ponosi się odpowiedzialność karną za przestępstwa nieumyślne tylko wtedy, gdy ustawa tak stanowi [12, s. 81].

Powyższe prowadzi do wniosku, iż skoro przywołany powyżej art. 271 § 1 kodeksu karnego (fałszowanie dokumentacji) typizuje *występki*, a przepisy Kodeksu Karnego w tym przypadku nie przewidują możliwości ich nieumyślnego popełnienia, to oznacza, iż występki z art. 271 § 1 kodeksu karnego można popełnić wyłącznie umyślnie.

Zgodnie z art. 9 § 1 kodeksu karnego czyn zabroniony popełniony jest umyślnie, jeżeli sprawca ma zamiar jego popełnienia, to jest chce go popełnić (*dolus directus* – zamiar bezpośredni) albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi (*dolus eventualis* – zamiar ewentualny).

Zamiar został zatem zdefiniowany przez ustawodawcę jako chęć popełnienia przestępstwa lub przewidywanie możliwości jego popełnienia i godzenie się na to. Rozstrzygnięcie co do zamiaru w jakim działał sprawca każdorazowo należy do sądu, który w orzeczeniu powinien wskazać, z jaką postacią dany czyn został popełniony – z zamiarem bezpośrednim, czy też zamiarem ewentualnym [38]. Jak wskazywał w jednym z orzeczeń Sąd Najwyższy, „[...] o zachowaniu *umyślnym* można mówić jedynie wtedy, gdy sprawca obejmował swoją świadomością wszystkie istotne elementy czynu, wszystkie jego podstawowe znamiona, zaś istotnym wyznacznikiem tego, że sprawca obejmuje czyn swój świadomością, a zatem i umyślnością, jest jego zamiar” [22].

Zamiar bezpośredni (*dolus directus*) polega na tym, że sprawca chce popełnić przestępstwo, gdyż ma on wyobrażenie pożądanego przez niego stanu rzeczy, do którego zmierza swoim zachowaniem – a zatem ma i świadomość i wolę popełnienia przestępstwa [12, s. 86]. Tymczasem zamiar ewentualny (*dolus eventualis*) obejmuje świadomość sprawcy co do możliwości popełnienia przestępstwa – z jednoczesnym godzeniem się na to, co jako możliwe objęte zostało jego świadomością [12, s. 89].

¹⁰ Art. 7. k.k. § 1 Przystępstwo jest zbrodnią albo występkiem. § 2 Zbrodnią jest czyn zabroniony zagrożony karą pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3 albo karą surowszą. § 3 Występkiem jest czyn zabroniony zagrożony grzywną powyżej 30 stawek dziennych albo powyżej 5 000 złotych, karą ograniczenia wolności przekraczającą miesiąc albo karą pozbawienia wolności przekraczającą miesiąc.

¹¹ Zgodnie z art. 1 § 3 k.k. nie popełnia przestępstwa sprawca czynu zabronionego, jeżeli nie można mu przypisać winy w czasie czynu.

W konsekwencji do powyższego, występki stypizowany w omawianym art. 271 § 1 kodeksu karnego (fałszowanie dokumentacji) należy oceniać mając na uwadze zarówno *zamiar bezpośredni* popełniania tego rodzaju przestępstw (sprawca świadomie popełnia czyn zabroniony), jak i *zamiar ewentualny* ich popełniania (sprawca godzi się na popełnienie czynu zabronionego), co w obu przypadkach podlega odpowiedzialności karnej.

Takie ujęcie omawianego przestępstwa musi towarzyszyć lekarzom, którzy zobowiązani są do sporządzania *dokumentacji medycznej* zgodnie z zasadami sztuki. Przy ewentualnych zarzutach prokuratorskich w zakresie przypisanego danemu lekarzowi przestępstwa fałszowania dokumentacji medycznej należy wykazać, iż opisywany czyn zabroniony był przez lekarza popełniony albo z *zamiarem bezpośrednim* albo z *zamiarem ewentualnym*, o czym była mowa powyżej.

Wydaje się, że zmieniające się co kilka lat regulacje w tym obszarze nie ułatwiają podmiotom prowadzącym *dokumentację medyczną* prowadzenia jej zgodnie z regulacjami. Częstymi naruszeniami sporządzania dokumentacji medycznej są choćby brak adnotacji o przepisanych lekach oraz o udzielonych poradach w dniu wystawienia recepty, brak oznaczenia imieniem i nazwiskiem każdej strony dokumentacji, opisu badania przedmiotowego oraz autoryzacji wpisów. Prowadzona w ten sposób dokumentacja nie daje rzetelnych informacji o osobie lekarza, który udzielił porady, osobie pacjenta, któremu porady udzielono, oraz o dokonanych badaniach i przepisanych lekach [40].

Sądy powszechne stoją na stanowisku, iż niekompletna *dokumentacja medyczna*, uzupełniona w sposób nierzetelny z pominięciem istotnych informacji określonych w przepisach prawa, nie spełnia swoich celów i w rzeczywistości nie może stanowić wiarygodnych i kompletnych informacji, co do stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeń [37].

Reasumując, należy stwierdzić, że *dokumentacja medyczna* może mieć istotne znaczenie w zakresie rzeczywistego ustalenia udzielenia bądź nieudzielenia pacjentowi określonego świadczenia zdrowotnego – a tym samym oceny prawnej wykonania (albo niewykonania) obowiązku prawnego nałożonego na lekarzy [5, s. 259].

Dokumentacja medyczna – jako środek dowodowy

W pierwszej kolejności należy poczynić kilka uwag odnośnie do pojęcia dowodu w procesie karnym. W ustawie kodeks postępowania karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. [31] (dalej: k.p.k.) ustawodawca nie zdefiniował pojęcia dowodu, pomimo że pojęcie to jest wielokrotnie używane w treści przywołanej ustawy, a samo postępowanie dowodowe jest ściśle uregulowane i bez wątplenia jest jednym z najistotniejszych elementów postępowania karnego [3, s. 37-38; 8, s. 593-594; 10, s. 288-290; 35, s. 106].

Wobec powyższego w tym obszarze powstał bogaty dorobek literatury przedmiotu, gdzie m.in. zaprezentowano tezę, że dowód należy rozumieć jako tzw. podstawę dowodu, czyli pewne informacje, na podstawie których organ procesowy może wyrobić sobie pogląd o określonym stanie rzeczy (np. zeznania świadka, treść dokumentu) [15, s. 186-188]. Zgodnie z kolejnym funkcjonującym poglądem termin dowód odnosi się do zdefiniowania procesu myślowego zachodzącego w umyśle podmiotu przepro-

wadzającego dowód lub też w wyniku tego procesu, czyli pewności określonego stanu rzeczy lub przekonania o wystąpieniu pewnej okoliczności [28, s. 574].

W pojęciu dowodu zawierają się takie terminy jak źródła dowodowe i środki dowodowe. W literaturze przedmiotu źródło dowodowe definiowane jest jako osoba lub rzecz, od której pochodzi informacja stanowiąca środek dowodowy [6, s. 42; 7, s. 464]. Wśród źródeł dowodowych wyróżniamy oskarżonych, świadków, biegłych, ale także dokumenty, eksperyment procesowy. Natomiast środek dowodowy jest rozumiany jako forma przekazania informacji pochodzących ze źródła dowodowego, będącej podstawą bezpośrednich rozważań organu prowadzącego postępowanie [16, s. 174]. Tym samym dla źródła dowodowego będącego świadkiem środkiem dowodowym są jego zeznania [2, s. 328], zaś jeśli chodzi o dokument jako źródło dowodu, to w tym przypadku środkiem dowodowym będzie treść dokumentu. Przy czym, jak się podnosi w doktrynie, dokument w przypadku badania jego treści w celu określenia woli lub wiedzy osoby go sporządzającej można zaklasyfikować jako osobowe źródło dowodowe (przykładowo oskarżony, świadek).

Nadto dokument można także zakwalifikować jako źródło rzeczowe (odnoszące się do właściwości rzeczy) wówczas, gdy przedmiotem badania są właściwości dokumentu [14].

Jak wynika z powyższego, jednym z rodzajów dowodu jest dokument, przy czym pojęcie to nie ma swojej definicji legalnej w k.p.k., pomimo że ustawodawca posługuje się tym pojęciem wielokrotnie w kodeksie. Jak wskazują przedstawiciele doktryn, niejako pomocnicza w tym względzie jest definicja dokumentu zawarta w art. 115 § 14 kodeksu karnego zgodnie z którą „dokumentem jest każdy przedmiot lub inny zapisany nośnik informacji, z którym jest związane określone prawo, albo który ze względu na zawartą w nim treść stanowi dowód prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne”. Pomocniczy charakter tej definicji dla omawianego zagadnienia wynika z tego, że definicja ta została sformułowana dla materialno-prawnych potrzeb kodeksu karnego i tym samym można powiedzieć, że wyznacza zakres ochrony przy przestępstwach przeciwko dokumentom [18, s. 15]. Funkcją tej definicji jest wyznaczenie zakresu pojęcia dokument, co może przełożyć się na grunt prawa karnego procesowego [18, s. 16 n.].

Pod pojęciem nośnik informacji należy rozumieć wszelkie rodzaje nośników, przy czym technika ich wykonania i sposób odczytu nie mają znaczenia, a zatem pojęcie to uwzględnia zarówno dokumentację medyczną sporządzoną w wersji papierowej, jak i elektronicznej. Nadto treść dokumentacji bez wątplenia stanowi okoliczność mającą znaczenie prawne, bowiem obejmuje ona dane dotyczące zdrowia pacjentów, które są przetwarzane w celu ochrony zdrowia jako treść podlegająca ścisłej regulacji prawnej i będącą podstawowym dowodem na okoliczność wypełniania tych obowiązków przez podmioty do tego zobowiązane. W tym miejscu warto odwołać się do orzecznictwa Sądu Najwyższego, zgodnie z którym „konieczne jest, żeby poprzez swoją treść dokument dowodził, a więc w jakiś sposób potwierdzał istnienie w określonym kształcie owego prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne. Nie musi to być oczywiście jedyny dowód na istnienie danego prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne” [44].

W tym miejscu należy zaznaczyć, że w procesie karnym przedmiotem dowodu mogą być wszystkie okoliczności, jeśli mają znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy [11, s. 174].

Jest to możliwe, bowiem w procesie karnym nie obowiązuje formalna teoria dowodów, zaś postępowanie dowodowe musi uczynić zadość zasadom prawdy materialnej, czyli orzeczenie winno być oparte na ustaleniach faktycznych odpowiadających rzeczywistości [42; 46], a materiał dowodowy musi być oceniany zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów, a także postępowanie dowodowe musi uczynić zadość przepisom przewidzianym w kodeksie postępowania karnego w tym zakresie.

W art. 7 k.p.k. uregulowano zasadę swobodnej oceny dowodów [37]¹², która polega na tym, że dowodów nie różnicuje się na silniejsze i słabsze, a zatem w procedurze karnej nie wartościuje się poszczególnych dowodów [1, s. 344; 17, s. 302-303; 34, s. 258].

Przedmiotem oceny powinny być więc wszystkie przeprowadzone dowody, natomiast sposób oceny tych dowodów polega na dokonaniu jej z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. Z regulacji tej wynika, że warunkiem prawidłowej oceny materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie jest wzięcie pod uwagę i dokonanie oceny wszystkich przeprowadzonych dowodów.

Organ procesowy dokonuje oceny dowodu z uwzględnieniem wskazań wiedzy oraz doświadczenia życiowego, a także biorąc pod uwagę wszystkie ujawnione okoliczności w toku postępowania sądowego [28, s. 117-118; 42; 45]. Jak zauważył Sąd Najwyższy w jednym z orzeczeń: „Ocena dowodów musi uwzględniać zasady prawidłowego rozumowania oraz wskazania wiedzy i doświadczenia życiowego, a rozstrzygnięcie, przy oczywistej specyfice postępowania odwoławczego, musi być oparte na całokształcie okoliczności ujawnionych w trakcie rozprawy” [48].

Co istotne, omawiana zasada swobodnej oceny dowodów w postępowaniu karnym oznacza, że organ procesowy ocenia wiarygodność dowodów i wyciąga z nich wnioski, co do ustaleń faktycznych na podstawie swojego uznania, nieskrępowany w tym względzie żadnymi regułami prawnymi. Chroni ona wolność wewnętrznego przekonania organu procesowego w kwestii oceny dowodów i wyciągania z nich racjonalnych wniosków, a tym samym wolność od schematycznych skrupowań w tym zakresie.

Niemniej jednak, jak się słusznie podnosi w doktrynie, zasada swobodnej oceny dowodów nie oznacza dowolnej oceny dowodów, bowiem sąd musi wyjaśnić, dlaczego pewne dowody uznał, zaś dowodom przeciwnym nie dał wiary. Co więcej, oceniając zgromadzone dowody, organ procesowy musi również kierować się doświadczeniem życiowym. Jest to pojęcie szerokie, a przede wszystkim indywidualnie kształtowane w świadomości każdego człowieka. Doświadczenie oznacza tyle co: ogół wiadomości i umiejętności zdobytych na podstawie obserwacji i własnych przeżyć, znajomość życia, rzeczy i ludzi. A zatem należy pamiętać, iż każdy dokonujący oceny jakiegoś fragmentu rzeczywistości posługuje się własnym systemem reguł i potencjałem doświadczenia życiowego.

Z punktu widzenia omawianej w niniejszej publikacji mocy dowodowej *dokumentacji medycznej* trzeba także zauważyć, iż zasada swobodnej oceny dowodów pozwala organowi procesowemu m.in. na: wysnucie wniosków o prawdziwości faktów na podstawie prawdopodobieństwa ich prawdziwości, uznanie spośród kilku dowodów tylko

¹ Art. 7 k.p.k. stanowi: Organy postępowania kształtują swe przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego.

niektórych za wiarygodne, przyznanie dowodom pośrednim takiej mocy dowodowej jak dowodom bezpośrednim, wysnucie z zebranego materiału dowodowego i wyników postępowania dowodowego wniosków, jakich żadna ze stron nie wysnuła [27, s. 1164].

W tym kontekście należy wskazać, że w orzecznictwie wyrażono pogląd, iż *dokumentacja medyczna* nie posiada wyższej mocy dowodowej niż inne dowody, np. dowody osobowe. O wadze danego dowodu decydują każdorazowo okoliczności faktyczne danej sprawy [36].

Z omawianej zasady wynika bowiem jednakowe traktowanie przez ustawę wszystkich dowodów. Nie istnieją tym samym dowody „jakościowo” lepsze bądź gorsze. Przepisy nie wprowadzają różnic co do wartości dowodowej poszczególnych z nich. Podzielić należy zatem pogląd, że dowód z analizy krwi podlega – tak jak każdy inny – konfrontacji z pozostałymi dowodami zebranymi w sprawie i nie może być traktowany jako dowód szczególnego rodzaju, oceniany w oderwaniu od innych dowodów [41]. Podobnie nie mają szczególnych ustawowych preferencji takie dowody jak: wywiad środowiskowy [43], zapis monitoringu z miejsca zdarzenia oraz protokół kontroli Państwowej Inspekcji Pracy [24], dane elektroniczne [47], weksel *in blanco* [21], wykaz połączeń telefonicznych oraz rejestr miejsc logowania aparatów do stacji bazowych sieci [39].

Co w szczególności sposób warto podkreślić – w literaturze przedmiotu wyrażono pogląd, że *dokumentacja medyczna* jako dokument prywatny ma wartość dowodową przeciwko podmiotowi leczniczemu, od którego pochodzi, natomiast dowód ten ma znacznie mniejszą moc dowodową, jeżeli miałby przemawiać na rzecz strony, która go sporządziła [49, s. 173].

Podsumowanie

Powyższe rozważania prowadzą do istotnego, z punktu widzenia badania *antynomii* w szeroko rozumianym obszarze opieki zdrowotnej, wniosku, że choć *dokumentację medyczną* można wykorzystać jako środek dowodowy w postępowaniu karnym, to jednak jej użycie nie oznacza pewnego „automatyzmu” w postrzeganiu tego dowodu jako „bardziej wartościowego” przez sądy.

Innymi słowy, wbrew powszechnemu, a nawet intuicyjnemu przekonaniu dużej części lekarzy, *dokumentacja medyczna* wcale nie musi być dowodem przesądzającym o winie albo o braku winy w postępowaniu karym.

Sędzia przeprowadzając postępowanie dowodowe, bierze bowiem pod uwagę *dokumentację medyczną* i analizuje ją na równi z innymi dowodami, np. zeznaniami świadków czy dowodami z opinii biegłych. Co istotne, w zakresie faktów lub okoliczności uznanych za udowodnione, sędzia kieruje się przywołaną powyżej zasadą swobodnej oceny dowodów, co powoduje, iż teoretycznie może dać wiarę np. zeznaniom świadków – zamiast (przeczącej tym zeznaniom) treści *dokumentacji medycznej*.

W praktyce zdarzają się takie przypadki, w szczególności wtedy, gdy z punktu widzenia określonego postępowania karnego niezbędnym jest ustalenie, który lekarz dokonywał danego zabiegu, a który rzeczywiście sporządził dla tego zabiegu *dokumentację medyczną* – i czy dokumentacja ta sporządzana była zgodnie ze sztuką (standardami) właściwymi dla jej sporządzania.

Tym samym, wbrew powszechnemu postrzeganiu, należy bezwzględnie pamiętać, iż *dokumentacja medyczna* nie odznacza się szczególną mocą dowodową na tle innych dowodów, ale bez wątpienia jest cennym źródłem informacji odnośnie zabiegów i osób je przeprowadzających, a tym samym pomaga w ocenie prawnokarnej ich działań, a także innych podmiotów obowiązanych do prowadzenia *dokumentacji medycznej*.

Konkluzja dla tej sprawy nasuwa się jedna, tj. w sprawach medycznych i w czynnościach związanych z codzienną praktyką lekarską zalecana jest daleko idąca ostrożność zarówno formalna (*vide* przygotowywanie *dokumentacji medycznej* zgodnie z najwyższymi standardami i wymogami regulacyjnymi), jak i konieczność ścisłego przestrzegania najwyższych standardów zawodowych w obszarze rzetelności, profesjonalizmu i uczciwości zawodowej. Z pola widzenia praktykujących lekarzy nigdy nie może bowiem zniknąć okoliczność potencjalnej weryfikacji (w ramach różnych postępowań) podejmowanych przez tychże lekarzy określonych czynności. Pomimo iż z oczywistych względów praktyka lekarska wymaga w pierwszej kolejności koncentracji na zagadnieniach medycznych, wymogi świata, w którym funkcjonujemy, w coraz większym stopniu nakładają także obowiązek „myślenia dowodowego” w wszystkich aspektach naszego profesjonalnego funkcjonowania. Stara prawnicza paremia, która brzmi „masz tyle praw – ile dowodów” ma w tym obszarze szczególne znaczenie. Lekarze winni zatem mieć na uwadze fakt, iż przywołane powyżej „myślenie dowodowe” w przypadku ich profesji i w obliczu czasów w jakich żyjemy powinno w szczególny sposób aktywizować do daleko posuniętej ostrożności i profesjonalizmu, tym bardziej, że sam fakt sporządzenia *dokumentacji medycznej* nie musi zapewniać „przewagi dowodowej” w toczących się postępowaniach.

Bibliografia

- [1] Cieślak M., *Polska procedura karna : podstawowe założenia teoretyczne*, wyd. 2, Warszawa 1973.
- [2] Cieślak M., *Polska procedura karna: podstawowe założenia teoretyczne*, wyd. 3, Warszawa 1984.
- [3] Cieślak M., *Zagadnienia dowodowe w procesie karnym*, t. 1, Warszawa 1955.
- [4] Drozdowska U., *Dokumentacja medyczna*, [w:] System Prawa Medycznego, t. II, cz. II, red. nac. E. Zielińska, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- [5] Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004.
- [6] Gaberle A., *Dowody w sądowym procesie karnym : teoria i praktyka*, wyd. 2, Kraków 2010.
- [7] Grzegorzczak T., Tylman J., *Polskie postępowanie karne*, Warszawa 1998.
- [8] Horoszowski P., *Nazwa i pojęcie „dowodu” w teorii i praktyce prawa sądowego*, Państwo i Prawo, 1956, nr 10, s. 593-617.
- [9] Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta : komentarz*, Warszawa 2016.
- [10] Klejnowska M., *Dowód, ślad, informacja – wyjaśnienia znaczenia pojęć w procesie dowodzenia w sprawie karnej*, [w:] *Węzłowe problemy procesu karnego*, red. P. Hofmański, Warszawa 2010, s. 288-312.
- [11] Kmiecik R., *Dowód ścisły w procesie karnym*, Lublin 1983.
- [12] *Kodeks karny : komentarz*, red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Warszawa 2012.
- [13] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Dziennik Ustaw, 1997, poz. 483.
- [14] Kulesza C., *Art. 167*, [w:] *Kodeks postępowania karnego : komentarz*, wyd. 2, red. K. Dudka, Warszawa 2020.
- [15] Kulesza C., Starzyński P., *Postępowanie karne*, Warszawa 2017.
- [16] Marszał K., *Proces karny*, Katowice 1992.
- [17] Murzynowski A., *Istota i zasady procesu karnego*, wyd. 3, Warszawa 1994.

- [18] Nowak T., *Dowód z dokumentu w polskim procesie karnym*, Warszawa 1982.
- [19] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 stycznia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne*, Dziennik Ustaw, 2020, poz. 346.
- [20] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 marca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej*, Dziennik Ustaw, 2021, poz. 711.
- [21] Postanowienie SA w Katowicach, z 20.02.2013 r., II AKz 34/13, LEX nr 1342004.
- [22] Postanowienie SN z dnia 6 listopada 2007, V KK 30/07, niepublikowane.
- [23] Postanowienie SN z dnia 17 czerwca 2009, IV CSK 78/09, LEX nr 512010.
- [24] Postanowienie SN z dnia 6 lutego 2015, V KK 378/14, LEX nr 1656531.
- [25] *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*, Dziennik Ustaw, 2020, poz. 666.
- [26] *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)*, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, 2016, L 119/1.
- [27] Skorupka J., *Zasada swobodnej oceny dowodów i zasada legalnej oceny dowodów [w:] System Prawa Karnego Procesowego*, red. P. Hofmański, t. 3, *Zasady procesu karnego*, cz. 2, red. P. Wiliński, Warszawa 2014.
- [28] Śliwiński S., *Polski proces karny przed sądem powszechnym : zasady ogólne*, Warszawa 1948.
- [29] *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*, Dziennik Ustaw, 1991, poz. 408.
- [30] *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza*, Dziennik Ustaw, 1997, poz. 152.
- [31] *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny*, Dziennik Ustaw, 1997, poz. 553.
- [32] *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dziennik Ustaw, 2009, poz. 417.
- [33] *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*, Dziennik Ustaw, 2011, poz. 657.
- [34] Waltoś S., *Proces karny : zarys systemu*, wyd. 9, Warszawa 2008.
- [35] Woźniewski K., *Prawo karne procesowe. Zarys instytucji*, Gdańsk 2013.
- [36] Wyrok SA w Krakowie z dnia 17 września 2013, I ACa 763/13, Legalis.
- [37] Wyrok SA w Krakowie z dnia 8 kwietnia 2016, I ACa 1830.
- [38] Wyrok SA w Lublinie z dnia 7 lutego 2002, II AKa 307/01, OSA 2003, Nr 1, poz. 5.
- [39] Wyrok SA w Warszawie z dnia 15 grudnia 2010, II AKa 356/10, KZS 2012/1, poz. 63.
- [40] Wyrok SA w Warszawie z dnia 23 listopada 2012, VI ACa 535/11.
- [41] Wyrok SN z dnia 9 kwietnia 1973, Rw 316/73, OSNKW 1973/9, poz. 116.
- [42] Wyrok SN z dnia 11 lipca 1977, V KR 92/77, OSNKW 1978, Nr 6, poz. 67, z aprobującą glosą J. Waszczyńskiego, NP 1979, Nr 4, poz. 138.
- [43] Wyrok SN z dnia 25 września 1978, Rw 283/78, OSNKW 1978/12, poz. 148.
- [44] Wyrok SN z dnia 15 października 2002, III KKN 90/00, Prokuratura i Prawo – wkł. 2003, nr 4, poz. 2.
- [45] Wyrok SN z dnia 14 stycznia 2004, III KK 222/03, OSNwSK 2004, Nr 1, poz. 97.
- [46] Wyrok SN z dnia 28 października 2004, III KK 51/04, OSNKW 2005, Nr 1, poz. 4.
- [47] Wyrok SN z dnia 20 czerwca 2013, III KK 12/13, OSP 2015/6, poz. 60.
- [48] Wyrok SN z dnia 4 grudnia 2018, II KK 102/18, LEX nr 2586254.
- [49] Zimna T., *Dowód z dokumentacji medycznej w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, [w:] *Prawne i zarządcze aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej*, red. M. Śliwka, Warszawa 2015, s. 171-188.

Dialog – niesmaczne lekarstwo na problemy polskiego systemu ochrony zdrowia

Kampania wyborcza dobiegła końca. Prezydentem Rzeczypospolitej Polskiej po raz drugi został Pan Andrzej Duda. Wielu dziennikarzy, zaraz po ogłoszeniu wyników *late poll*, pytało mnie – co reelekcja Andrzeja Dudy przyniesie w kontekście praw pracowniczych, dialogu i ochrony zdrowia? Ogromna część opinii publicznej wciąż wierzy, że kampanie wyborcze to okres cudów i cudownych zmian. Wracając do zadawanego przez redaktorów rozmaitych redakcji pytania – reelekcja Andrzeja Dudy niczego nie przyniesie. Niewiele zmieniłoby się, gdyby prezydentem został główny kontrkandydat urzędującego prezydenta, Rafał Trzaskowski. Mówiąc o cudownych zmianach nie mam na myśli tylko kwestii wizerunkowych, partyjnych czy ideologicznych. Dla mnie jako dla wieloletniej działaczki związkowej realna, namacalna zmiana powinna opierać się nie tyle na personaliach, co na redefinicji wartości wpływających z naszej kultury społeczno-politycznej.

Aktualnie przebywamy na jednym wielkim polu bitwy. Demokracja jest dla nas narzędziem podboju. Jedno środowisko – obóz polityczny pokonuje drugi – słabszy, zmęczony rządzeniem, aferami, wewnętrznymi konfliktami. Po odbiciu strategicznych obszarów rozpoczyna się realizacja własnej agendy. Zasada jest mniej więcej taka sama – skoro wygraliśmy wybory, to będziemy rządzić, jak nam się podoba. Reszta ma się dostosować. Gdy tak się nie dzieje, do gry wkracza znana nam bardzo dobrze polaryzacja. Cytując „ostry cień mgły” – my, oni, oni, wy. Wcześniej czy później na wspomnianym polu pojawiają się dwie Polski, dwie koncepcje, dwie różne odpowiedzi. I tak dzieje się, odkąd pamiętam.

W jaki sposób rozwiązujemy nasze problemy? Każda władza, każdy partner społeczny powie, że poprzez dialog. Wcześniej czy później kompletnie pozbawiona możliwości współdecydowania grupa zawodowa wychodzi na ulicę. Przecież dialog nie polega wyłącznie na słuchaniu i robieniu po swojemu, a na umożliwianiu drugiej stronie uczestnictwa we współtworzeniu rozwiązań dotyczących nas wszystkich. Dążenie do konsensusu ma swoją cenę. Jak na razie żaden obóz polityczny nie chciał jej zapłacić. Mowa tu o rezygnacji z doraźnych korzyści politycznych. Te z kolei przynosi polaryzacja. Najłatwiej jest podzielić społeczeństwo, a następnie na kanwie takiego podziału wskazać mistyczne, a zarazem pozorne centrum. O wiele trudniej wziąć odpowiedzialność za umowę społeczną, która nie dość, że wymaga odejścia od bieżącej

walki politycznej, to nade wszystko jest łatwo weryfikowalna, a nigdzie nie pływa się lepiej niż w mętnej wodzie pełnej wzajemnych oskarżeń i patetyzmów. W głębi serca wie to każdy polityk wywodzący się ze znanego nam polskiego establishmentu.

Nie napisałam jeszcze ani słowa o polskim systemie ochrony zdrowia? Niekoniecz- nie. W pewnym sensie napisałam już wszystko o stanie faktycznym, tj. o miejscu, do którego zmierzaliśmy od 1989 r. Tak długo okładaliśmy się czym popadnie, że kompletnie nie wzięliśmy pod uwagę ewentualności takich jak nadejście nowej choroby, w tym przypadku wirusa SARS-CoV-2. Fakt, trudno było przewidzieć pandemię koronawirusa. W naszym przypadku wprowadzenie stanu epidemicznego uwypukliło wszelkie systemowe dysfunkcje. A to dopiero początek zupełnie nowego rozdziału dla medyków, polityków i całego społeczeństwa. Nie ukrywam, że miałam nadzieję... Jeszcze na początku kwietnia 2020 r. byłam gotowa zaryzykować tezę, że jest szansa na zmianę naszego paradygmatu społeczno-politycznego. Pomyliłam się, jak każdy kto ma w sobie choć odrobinę z państwowca. Forma komunikacji społecznej w trakcie nie-kończącej się kampanii wyborczej wyeksponowała ostrość zakrętu, który pokonuje system ochrony zdrowia. Z politykami za kierownicą.

Przebywając długie tygodnie w zafundowanej przez samą siebie izolacji, zastana- wiałam się, jak wyglądałby system ochrony zdrowia, w jakiej byłby kondycji, gdybyśmy przez ostatnie 30 lat prowadzili go razem – rząd z partnerami społecznymi? Czy w trakcie najgorszego momentu trwania pandemii oglądalibyśmy w telewizji te same obrazy? Czy klaszczący medykom politycy wyglądaliby na bardziej wiarygodnych? Czy pielęgniarki i położne musiałyby pracować po 400 godzin w miesiącu, by zarobić na godne minimum? Czy medycy umieraliby z przemęczenia na dyżurach? Nie twierdzę, że stać by nas było na idealny system ochrony zdrowia. Co jednak można było zrobić lepiej, mądrzej, bardziej efektywnie?

Cofnijmy się do lat 90. Nie bez pardonu to właśnie w tej dekadzie narodził się Ogólnopolski Związek Pielęgniarek i Położnych – organizacja pełna młodych, aktyw- nych, ideowych kobiet, które postanowiły o siebie zawalczyć. OZZPiP wcale nie był emanacją rozpadających się struktur NSZZ „Solidarność”. Wiele ogólnopolskich związków zawodowych rzeczywiście powstało w wyniku wyodrębnienia się z „S”. Ich liderzy nie widzieli w tej organizacji przyszłości – stawiali na działalność propracowni- czą, a nie polityczne układanki. Lata 90. to był idealny moment na rozmyślanie o Polsce w wymiarze długofalowym. Wiadomo, że lepiej późno niż wcale, jednak w tamtym okresie można było podjąć tę niesamowicie ważną decyzję. Już wtedy związkowcy mówili do poszczególnych rządów – uwolnijcie system ochrony zdrowia od kadencyj- ności! Tego się nie da zrobić w cztery lata! To była prawda, choć bardzo niewygodna. Po prawie sześciu dekadach centralnego sterowania wszystkimi obszarami życia spo- łecznego i publicznego poprzedzonych ogólnościowym konfliktem trudno jest coś naprawić w 48 miesięcy. To była (i nadal jest) niewykonalna misja.

Reformę systemu ochrony zdrowia powinno realizować się w oparciu o minimum 10-letnią strategię. Na jakich fundamentach należało budować w latach 90.? Najważ- niejsza kwestia to określenie ról i zasad finansowania systemu. Skoro obraliśmy drogę budowania gospodarki wolnorynkowej, często bardzo radykalnie realizowanej, opie- rając się jednocześnie na aktywach i infrastrukturze z czasów PRL, należało od po- czątku dążyć do konsensusu. System ochrony zdrowia musi być mieszany (publiczny i prywatny) oraz odpowiadać strukturze alokacji kapitału. Spór ideologiczny toczony

pomiędzy narratorami dwóch opowieści o roli usług publicznych już dawno powinien zakończyć się niespotykanie trudnym kompromisem. Niemożliwym jest bowiem realizowanie polityki związanej z systemem ochrony zdrowia, mając z tyłu głowy państwa skandynawskie. Nie jest to możliwe nawet teraz, a co dopiero 20 lat temu! Narody państw skandynawskich wywodzą się z innego kręgu kulturowego, o wiele bardziej egalitarnego, z dłuższym rodowodem kapitalistycznym, bez tak spektakularnie destrukcyjnych traum wojennych, komunistycznych i innych. Te państwa budowały swój dobrobyt w sposób linearny, prowadzą zasadniczo inny styl życia, ich struktura społeczna nie jest dotknięta tak wysokimi nierównościami. Mówimy o społeczeństwach bogatych w wymiarze kapitału społecznego, o wiele bardziej ufających instytucjom państwa niż my, Polki i Polacy.

Najkrócej rzecz ujmując, „We the People” nie mieliśmy tyle szczęścia. W latach 90-tych musieliśmy się mierzyć z wyzwaniem, których państwa skandynawskie nigdy nie musiały doświadczać. Na pewno nie w takiej skali. Trzeba sobie to powiedzieć otwarcie – państwo nie mogło wtedy zasysać wystarczających środków w postaci danin i podatków do budżetu, które załatałyby pokomunistyczną dziurę i jednocześnie pozwoliłyby na publiczną ochronę zdrowia w wersji *all inclusive*. W sumie to nie było nawet cienia szansy na zbudowanie takiej perspektywy, biorąc pod uwagę, że znakomita część polskiej klasy politycznej piała na cześć niewidzialnej ręki wolnego rynku. Choćby ze względu na opisaną dychotomię poznawczą, już na samym początku naszej nowej drogi, można było się umówić, że państwo co prawda gra na głównej scenie, ale sektor prywatny ma dożywotni kontrakt na *support*. Nie dogadaliśmy się w tej sprawie ani w tamtym czasie, ani już nigdy później. Jeszcze niedawno – w 2019 r. przy stole Rady Dialogu Społecznego strony spierały się o systemowy kierunek reform. Niestety, wciąż jest to jeden z podstawowych problemów.

Drugim fundamentem do modelu zarządzania ochroną zdrowia przez państwo polskie. Nomen omen w momencie, w którym pracuję nad tym tekstem, rząd Rzeczypospolitej Polskiej przygotowuje się do kolejnej zmiany na stanowisku ministra zdrowia. Co prawda nie wiadomo jeszcze, kto zastąpi Pana Łukasza Szumowskiego, możemy się jednak spodziewać premiery kolejnego odcinka serialu o systemowych eksperymentach. Czeka nas kolejny cykl wydarzeń, które niczym w czasoprzestrzennej pętli po prostu muszą się wydarzyć. Przy ulicy Miodowej w Warszawie swoje rządy rozpocznie nowy minister, odbędzie serie spotkań, tu załata, tam doklei, *business as usual*. Nie będzie mowy o polityce kontynuacji, chyba że za swoiste kontinuum uznamy powtarzający się od niespełna 30 lat wielki wybuch, czytaj: rozpoczynamy od początku, ale wedle starej zasady, która sprowadza się jedynie do przemodelowania narracji. Wszystkie drogi i tak doprowadzą do przedwczesnego odejścia ze stanowiska. To oczywiście brzmi trochę jak utyskiwanie na niesprzyjający los i być może jest oznaką pewnego rodzaju frustracji. W gruncie rzeczy tak to właśnie wygląda, niczym choinka ustrojona przez małe dzieci. Minister zdrowia może sobie przedstawiać bombki i łańcuchy tu i tam. Ostatecznie nie ma on zbyt dużej władzy, bezpośrednio nie zarządza pieniędzmi. Pieczę nad kasą trzyma Narodowy Fundusz Zdrowia, minister finansów, Prezes Rady Ministrów, samorządowcy pochodzący z różnych opcji politycznych. Dlatego tak bardzo cieszyłam się, gdy w 2015 r. PiS zapowiadał likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia, a także wprowadzenie tzw. sieci szpitali publicznych. Finalnie nic z tego nie wyszło oprócz „sieci oddziałów zamkniętych”. Dałam się nabrać dwa razy – podobnym językiem PiS operował podczas kampanii

w 2005 r. Pamiętam również czasy rządów lewicy, która miewała ciekawe przebieżki. Z kolei w trakcie pierwszych rządów koalicji PO-PSL organizowałam w Sejmie ogromny panel pt. „Wszyscy jesteśmy pacjentami”. Efekt? Brak woli politycznej. Nad ministrami zdrowia, podobnie jak nad prezesami czy dyrektorami szpitali, zawsze stoją premierzy, marszałkowie województw, starostowie, wpływowi senatorowie, szefowie partii. To oni decydują, co komu wolno. I to jest kluczowy powód, dla którego jestem przeciwniczką decentralizacji modelu zarządzania.

Czy minister zdrowia mógł zainterweniować, gdy kilka lat temu w śluskim szpitalu planowano masowe zwolnienia pielęgniarek? Nie, gdyż nie ma on żadnego wpływu na marszałka województwa, któremu podlega prezes zarządu skomercjalizowanego szpitala. Przykładów niemocy szefa tego nieszczęsnego resortu jest znacząco więcej niż lista jego realnych możliwości. Ile to razy państwo polskie przyznawało pulę na podwyżki dla personelu medycznego, z których na końcu skorzystała tylko jedna grupa zawodowa? Straciliśmy przerażająco dużo czasu na negocjacje, walkę, strajki, kontrole, protesty, pikiety tylko dlatego, że ostatecznie o wszystkim decyduje rozbudowana grupa polityków, bardzo często o rozbieżnych interesach. Znam wielu bardzo dobrych menadżerów ochrony zdrowia. Nie wszyscy uzyskali możliwość kierowania szpitalami. Nie byli dobrze postrzegani politycznie. Kiedy pełniłam funkcję Przewodniczącej Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych, ogromnie dużo czasu poświęcałam na wyjazdy do szpitali. Pomagałam zakładowym organizacjom związkowym w negocjacjach. W pewnym momencie zrozumiałam, że kluczową informacją na temat danego dyrektora są jego powiązania polityczne, przychylność tej czy innej formacji. To zasadniczo pomagało coś wywalczyć.

Zakładam, że każdy, kto poddał się lekturze tego rozdziału, wie, czym dla pielęgniarskiej i położniczej Polski było „Białe Miasteczko”. Media do dziś wspominają ten protest jako polityczny, wymierzony w Prawo i Sprawiedliwość, a nawet w osobę prezesa partii. Nic bardziej mylnego. To PiS zrobił wszystko, by nasza okupacja i uzyskanie od koleżanek wsparcie uzyskało status politycznego. Nam chodziło o godność zawodu pielęgniarek i położnych, ich warunki pracy i płacy. Do głowy by mi nie przyszło, żeby związkowymi rękoma przewracać scenę polityczną do góry nogami. Gdyby Jarosław Kaczyński dał śp. profesorowi Zbigniewowi Relidze nawet nie zielone, a żółte światło do budowania z nami konsensusu, nie byłoby żadnego miasteczka. Prezes jednak powiedział „nie” i powtarzał to „nie” tak długo, aż wszystkie mosty zostały doszczętnie spalone. „Zamieszkałyśmy” w KPRM tylko dlatego, że w politycznej percepcji ówczesnej władzy nie było miejsca na dialog. Uznano, że granica polaryzacji nie istnieje i to właśnie my, pielęgniarki i położne, po prostu odpuścimy – ze strachu, wycieńczenia, w wyniku nadrzędnego poczucia misji oraz wrodzonej empatii. My też powiedziałyśmy „nie”. Postanowiłyśmy zagrać na tym samym boisku, wedle ustalonych reguł, zgodnie z polską kulturą rozwiązywania społecznych problemów.

„Białe Miasteczko” było pierwszym objawem chronicznej niestrainności systemu ochrony zdrowia, sygnałem ostrzegającym, że bez zdefiniowania horyzontalnych celów niezadowolenie społeczne będzie rosnąć, zaufanie do instytucji państwa spadać, pustki kadrowe będą się powiększać. Analizując anatomię naszego protestu, chcę wyraźnie podkreślić, że tak naprawdę nie ma znaczenia, za rządów której partii do niego doszło. Nie chodzi tu bowiem o odpowiedź na pytanie – kto rządził? Właściwe pytanie brzmi – dlaczego doszło do eskalacji tego konfliktu? Odpowiadam – dlatego, że nie zabezpie-

czyliśmy systemu w momencie, w którym kilkanaście lat wcześniej planowaliśmy jego przebudowę. Próbuję w ten sposób uświadomić Państwu, że polski system ochrony zdrowia, jak każdy inny obszar funkcjonowania państwa, jest elementem nieskończonego łańcucha przyczynowo-skutkowego. Wydzielanie z niego wąskiego przedziału czasowego zawsze będzie dawać nam niewłaściwy obraz, na podstawie którego nie uzyskamy odpowiedniej diagnozy.

Operowanie wąskimi wycinkami zdarzeń w dyskusjach na temat ochrony zdrowia to jedna z nadrzędnych przyczyn średniej wydolności instytucji dialogu, w której związki zawodowe, organizacje pracodawców i decydenci dyskutują o losach pacjentów i personelu medycznego. Mamy w Polsce Radę Dialogu Społecznego, jej wojewódzkie odpowiedniki, Trójstronny Zespół Branżowy ds. Ochrony Zdrowia i wiele innych gremiów, w których ścierają się poglądy rozmaitych środowisk związanych z medycyną. „To jak to jest, Pani przewodnicząca – to jest ten dialog, czy go nie ma?” – to najczęściej zadawane przez dziennikarzy zajmujących informowaniem Polek i Polaków o poczynaniach partnerów społecznych i rządu pytanie. To trochę tak jak z pytaniem o pogodę. Pogoda, podobnie jak dialog, występuje zawsze. Ocenie podlega jego jakość, zaangażowanie stron, wola do porozumienia się w danej sprawie. To niezwykle istotne, by w dyskusji o dialogu pomiędzy medykami a rządem czy pracodawcami uchwycić przyczynę, dla której próbuje się go prowadzić w sposób wzmożony. W Polsce wielką pracę włożono w zbudowanie iluzji obrazującej zawody medyczne jako rozszcześniowe, wiecznie goniące za kasą, wydzierające rządowi pieniądze ze skarbcza, szantażujące emocjonalnie interesem pacjenta. Polskie społeczeństwo zostało przyzwyczajone do tego, że w sposób pozbawiony wszelkiej kultury ma pozorne prawo do „eksperskich” wywodów na temat zarobków poszczególnych grup zawodowych, szczególnie jeśli środki przeznaczone na wynagrodzenia pochodzą pośrednio lub bezpośrednio z budżetu państwa. Nam, medykom przecież ciągle jest za mało.

Tytaniczny wysiłek polityków włożony w to, by regularnie dyskredytować poszczególne zawody medyczne, dał im mandat do paraliżowania dyskusji o systemie płac w ochronie zdrowia. Podwyżki dla pielęgniarek, położnych i innych pod naporem narracyjnej maszyny kolejnych rządów przestały przekładać się na wyborcze zyski. Tylko pogratulować strategicznego myślenia! A tak na poważnie, przyjęty model komunikacyjny ma jedną, zasadniczą wadę. „Nie ma pieniędzy na podwyżki” tym samym oznacza, że nie ma możliwości prowadzenia dialogu o innych problemach. System płac jest nieodłącznym elementem systemu kształcenia, emerytalnego, kwestii norm zatrudnienia. Bez niego nie da się np. wdrożyć nawet najlepiej skonstruowanej mapy zdrowotnej Polek i Polaków. Jeśli wspólnie nie wypracujemy modelu wynagradzania, to nie zwyciężymy z żadną pandemią.

A więc jest ten dialog, czy go nie ma? W sprawie płac personelu medycznego można mówić jedynie o dialogu pozorowanym. Owszem, minister Marian Zembala w 2015 r. przełamał lody i w drodze rozporządzenia przyznał pielęgniarkom i położnym podwyżki znane jako „4x400”. Platforma Obywatelska potrzebowała pielęgniarek i położnych przy urnach wyborczych. To w żaden sposób nie umniejsza skali wdrożonego projektu, pokazuje jedynie, że trzeba było znaleźć się pod wyborczą ścianą, by uruchomić środki na podwyżki dla grupy zawodowej, której jeszcze kilka lat wcześniej kolanem wepchnięto kontrakty i komercjalizację szpitali. Złoty most okazał się jednak zbyt krótki. Morał z tej historii jest zgoła inny od lekcji, którą wyciągnęli następcy

profesora Zembali. Wizerunek partnera w dialogu społecznym buduje się latami. Nie da się go odbudować jedną, nawet najlepszą decyzją, w szczególności, gdy podejmuje się ją w trakcie kampanii wyborczej. Tego typu posunięcia zawsze będą konsumowane komunikacyjnie jako polityczny łup, a nie inwestycje w kapitał społeczny. Związki zawodowe do perfekcji opanowały zarządzanie politycznym timingiem.

Uważam, że w narzuconej przez budowniczych III RP kulturze społeczno-politycznej nie było innego, bardziej odpowiedzialnego wyjścia. Ideowy lider związkowy poprzez swoją działalność chce osiągnąć cel o masowym zasięgu. Kiedy siadałam do stołu negocjacyjnego, nie myślałam o zysku PR-owym. Zawsze chodziło mi o ludzi w zakładach pracy. Liderki i liderzy organizacji pracowniczych prowadząc rozmowy z ministrem Zembalą, też myśleli w pierwszej kolejności o tych, którzy od poniedziałku do czwartku pracują non stop. Ruch związkowy w swojej filozofii działania staje się coraz bardziej reakcyjny nie dlatego, że jest jałowy.

Związkowcy są skazani na taki model funkcjonowania, na jaki mogą sobie pozwolić wobec drugiej strony dialogu społecznego. To nie reprezentatywne centrale związkowe wybierają rządy. Jeśli nie będziemy głosować na ludzi gotowych do osiągania konsensusów, zdolnych do zawierania i wywiązywania się z umów społecznych, to musimy się liczyć z niekończącym się serialem niepokojów społecznych. W wieczornych dziennikach telewizyjnych nie zobaczymy relacji z dwunastego posiedzenia podzespołu Rady Dialogu Społecznego ds. zdrowia dotyczącego wskaźników wynagrodzeń poszczególnych zawodów medycznych.

Możemy jedynie zobaczyć efekt tych rozmów, czyli protestujących pod któryś z urzędów medyków, słusznie domagających się swoich praw. Nie oczekuję od komercyjnych mediów zainteresowania tematami nieklikalnymi (media publiczne to zupełnie inna bajka). Natomiast śmiem twierdzić, że związki zawodowe nie są skore do osławionego palenia opon. Ulica, chodnik to są ostatnie miejsca, w których pracownice i pracownicy chcą dyskutować o swojej przyszłości. W większości przypadków zawierane porozumienia mają charakter doraźny, a nie systemowy. Po drugie – każdy protest odbija się na relacji państwo – obywatel. Konflikt tego rodzaju jest w systemie demokratycznym czymś normalnym, jednak nie powinien być głównym instrumentem rozwiązywania problemów społeczno-gospodarczych. Obywatele muszą mieć prawo do manifestowania swoich poglądów, ale jeśli „spacerowanie” z transparentami staje się nieodłącznym elementem krajobrazu politycznego, to oznacza, że strona rządowa nie chce rozmawiać albo prowadzi dialog wyłącznie z wybranymi grupami. Stosowanie metody polegającej na tym, że ustala się coś tylko z niektórymi, nazywam „dialogiem oligarchicznym”. Na podwórku medycznym ta metoda stosowana jest od zawsze. Zresztą, można ją sklasyfikować jako kolejny rodzaj polaryzacji.

A gdyby tak nie polaryzować? Pytam, gdyż przez ostatnie 25 lat wielokrotnie wychodziłam przed szereg, stawiając się w roli osoby walczącej o rozwiązania dla ochrony zdrowia, które byłyby realizowane ponad wszelkimi podziałami. Postulowałam wydzielenie kosztów pracy z kosztów procedury medycznej. Wówczas środki przeznaczone na płace byłyby transferowane do poszczególnych zawodów medycznych w sposób bardziej efektywny. Dzięki temu grupy słabiej zarabiające miałyby krótszą drogę do podwyżek. W tym miejscu można napisać wiele o rozwarstwieniu płac pomiędzy poszczególnymi środowiskami. Żeby było jasne, nie chodzi o zagładanie do lekarskich kieszeni. Nie sztuką jest zabrać jednym, żeby dać innym.

Lekarze bezapelacyjnie zasługują na wysokie pensje, podobnie jak pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, elektroradiolodzy, diagności i fizjoterapeuci. Zmniejszenie dysproporcji wynagrodzeń w placówkach medycznych nie stanie się powszechne tak długo, jak środki przeznaczane na wynagrodzenia będą przedmiotem walki pomiędzy medykami w danym zakładzie pracy. Propozycja, o której wspominam, zakończyłaby wiele konfliktów toczonych pomiędzy medycznymi związkami zawodowymi. W podobnym duchu utrzymany jest drugi postulat, który wносиłam na związkowe sztandary. Do dnia dzisiejszego uważam, że należy wprowadzić system wynagrodzeń oparty o wartościowanie stanowisk pracy. Notabene, obydwie pomysły są względem siebie synergiczne. Zarówno pierwszy, jak i drugi nie znalazł się na agendzie żadnej ekipy rządzącej. Nie dlatego, że to koncepcje kompletnie oderwane od rzeczywistości. Standaryzacja wymagałaby odejścia od reakcyjnego modelu zarządzania systemem ochrony zdrowia. Woda przestałaby być mętna. Związki zawodowe zyskałyby wizerunkowo. To o wiele trudniejsze niż doprowadzenie do wybuchu pożaru społecznego tylko po to, by bohatercko gasić go w świetle jupiterów. Przecież nie może być tak, że pielęgniarki będą mówić rządzącym, jak mają rządzić. Ponadto, konsensusy osiągnane w Radzie Dialogu Społecznego mają sens wyłącznie wtedy, gdy ich beneficjentem jest strona rządowa. Broń Boże związkowcy czy organizacje pracodawców.

Pozwalam sobie na ironię tylko ze względu na szacunek do wszystkich, którzy od wielu lat próbują głową przebić ten betonowy mur. Z perspektywy czasu trudno jest traktować poważnie grę, w której interes społeczeństwa nie jest traktowany nawet „pół żartem, pół serio”. System ochrony zdrowia to jeden z najbardziej wrażliwych składowych portfela usług publicznych. Powtarzam – publicznych! W ostatnich miesiącach dobitnie przekonał się, jak wielką rolę państwo ma tej kwestii do odegrania. Mam na myśli cały aparat władzy – legislacyjnej, instytucjonalnej, strukturalnej, kapitałowej. Po 30 latach walki o szeroko pojęty dobrobyt doczekaliśmy się momentu, w którym po wprowadzeniu stanu epidemicznego Państwo Polskie nakłada na pielęgniarki i położne nakaz pracy, w jawny sposób naruszając fundamentalne wartości, o Konstytucji RP czy konwencjach Międzynarodowej Organizacji Pracy nie wspominając. Kładę na to niezwykle przykre wydarzenie ogromny nacisk – ono w realny sposób odzwierciedla filozofię uprawiania polityki rozumianej jako utrzymywanie porządku w czasach głębokiego kryzysu. Sposób traktowania równych wobec prawa obywateli, w dodatku stojących na pierwszej linii frontu walki z nieznaną chorobą, polegający na uruchamianiu instrumentów przymusu przy jednoczesnej rezygnacji z prowadzenia konsultacji wskazuje na absolutnie kompletne zaburzenie równowagi pomiędzy poszczególnymi stronami dialogu społecznego. Zwracam na to uwagę, tym bardziej że ten sam aparat wydał gigantyczne pieniądze na transfery społeczne, dzięki którym Polki i Polacy uzyskali większy dostęp do usług medycznych. Nie zamierzam krytykować któregośkolwiek programu „plus”. Pragnę jedynie zadać pytanie o pojęcie siły i sprawności państwa polskiego. Co jest tą siłą – czy jest nią wprowadzenie nakazu pracy dla pielęgniarek i położnych, u podstaw którego leży lęk przed niepokojami społecznymi? Czy silne państwo polskie to takie, które abdykuje wobec ciężaru reform w systemie ochrony zdrowia, więc pod postacią polityki prodemograficznej uruchamia gigantyczne środki, by Polki i Polacy korzystali z prywatnej opieki zdrowotnej?

„Trzeba coś zmienić” – marketing polityczny bardzo lubi to wyrażenie. Osobiście uważam, że nic nie trzeba. Wręcz przeciwnie – trzeba przestać mówić o tym co trzeba,

co musimy, co powinniśmy. Moim wielkim marzeniem jest system ochrony zdrowia zbudowany na „chcę”. Marzę o decydentach, którzy chcą rozmawiać, poznawać, uczyć się, słuchać, negocjować naprawę. Dla których polityka jest czymś więcej niż zdobywaniem i utrzymywaniem władzy. Chciałabym, żebyśmy w końcu wyszli z mentalnego więzienia, budowali system oparty na zasadach, w których zdolność do dialogu jest oznaką siły, nie odwrotnie. System ochrony zdrowia wymaga terapii.

My utknęliśmy w rzeczywistości nieustannie targanej kolejnymi doktrynami szokowymi. Możemy zmieniać przepisy, nowelizować ustawy, zasiadać i wstawać od negocjacyjnych stołów. Nawet najlepszy plan, najlepsza formuła komunikacji pomiędzy pracownikami, pracodawcami i rządem nie wypali, jeśli za tym stołem będą siadać ludzie bez poczucia, że istnieje jakaś racja stanu. Zdrowie człowieka jest bezcenne. Możemy się różnić w każdej możliwej sprawie. Kłóćmy się jednak w dobrym zdrowiu.

Dylematy sukcesu?

Ochrona zdrowia w Polsce – odkąd pamiętam – była i jest pełna sprzeczności i paradoksów. Z jednej strony niemal codziennie słyszymy o zadłużonych instytutach naukowych i szpitalach różnego szczebla czy braku odpowiednio wysokiego dofinansowania i nakładów na B+R. Z drugiej widzimy wielu fantastycznych klinicystów i naukowców, ciekawe start-upy młodej generacji, świetne projekty unijne.

Kiedy 25 lat temu (1996) tworzyłem resortowy Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, nie śmiałem marzyć, że wiele tych wspaniałych rozwiązań powstanie w „naszych murach”. Nie oznacza to jednak, że nasza obecna pozycja została nam podarowana – wręcz przeciwnie. Nasz dzisiejszy status na arenie Polski i świata to efekt wielu lat bardzo ciężkiej pracy oraz wiary w siebie i swoje możliwości. Jeżeli my nie będziemy w siebie wierzyć, nie uwierzą w nas inni. Bardzo sobie cenię spotkania z młodymi, przyszłymi liderami systemu ochrony zdrowia, lekarzami, naukowcami, którym zawsze powtarzam: chcąc osiągnąć w życiu sukces, trzeba rozwijać systematycznie skrzydła. Można to zrobić w każdym momencie. Warto także mieć szerokie zainteresowania. Daje to szansę spojrzenia przez szerszy pryzmat na otaczające nas zjawiska – społeczne, nie tylko w obszarze zdrowia, medycyny czy nauki oraz ekonomiczne i kulturowe – co z pewnością ułatwia zarządzanie placówką medyczną i ośrodkiem naukowo-badawczym jednocześnie. Uważam, że sukces w dużym stopniu zależy również od organizacji pracy, co nie jest proste, ale możliwe, opracowania skutecznych metod terapii, których setki wdrożyliśmy lub opracowaliśmy w naszej placówce od podstaw. Nie jesteśmy zadłużeni, gdyż działamy z wielką rozważą. Wykonujemy bardzo dużo usług medycznych, gdyż jest na nie zapotrzebowanie. W kolejce do naszych świadczeń czeka do 20 tys. pacjentów. Tylko u nas w ciągu kilkunastu lat działalności klinicznej liczba pacjentów przyjmowanych w ramach hospitalizacji wzrosła z kilkuset do ponad 15 tys., liczba procedur operacyjnych z około tysiąca do ponad 20 tys. rocznie. Od 2003 r. wykonujemy najwięcej w świecie operacji poprawiających słuch, udzieliliśmy ponad 3 mln badań i konsultacji. Osobiście zoperowałem ponad 210 tys. pacjentów.

Zarówno przed, jak i w okresie pandemii nie popadliśmy w długi i ciągle doskonalimy swoją pracę, rozwijamy nowe technologie, identyfikujemy kolejne, docelowe grupy pacjentów do nowych w skali światowej procedur. W Instytucie zrealizowane zostały liczne projekty krajowe i międzynarodowe, pionierskie programy naukowe i kliniczne, których wyniki wyznaczyły nowe standardy postępowania terapeutycznego. Z pełną odpowiedzialnością mogę powiedzieć, że powstała „Polska Szkoła Otochirurg-

gii” w medycynie światowej. W tych, niełatwych czasach, przy wielkich brakach kadrowych w polskiej ochronie zdrowia nie bez znaczenia jest bardzo dobra organizacja pracy i zarządzanie personelem, których to elementów często brakuje. Zanim powstało Światowe Centrum Słuchu, bywałem w wielu miejscach na świecie i notowałem swoje obserwacje. Zastanawiałem się, jak zorganizować pracę personelu medycznego, żeby przebiegała jak najbardziej sprawnie. Także na bloku operacyjnym. I udało mi się wypracować taki schemat, przy którym stosunkowo niewielki zespół wykonywał ok. 60-70 operacji dziennie przed pandemią, czyli często ponad 100, a nawet 150 różnych procedur chirurgicznych, oraz do 40 obecnie przy zachowaniu pełnego reżimu bezpieczeństwa. Pracę oto-ryno- i fonochirurgom ułatwia bardzo dobre wyposażenie m.in. w unikalne mikroskopy czy systemy robotowe. Na tych salach operacyjnych jest najnowocześniejszy sprzęt anestezjologiczny, który obniża koszty stosowanych leków. W Centrum na bloku operacyjnym pracujemy od wczesnego rana do późnych godzin wieczornych. To ewenement w skali międzynarodowej, co potwierdzają szkolący się z całego świata. O tym, jak na przekór trudnościom osiągnąć sukces w polskiej ochronie zdrowia, opowiem Państwu przez pryzmat naszej działalności. Bo chociaż schorzenia, którymi się zajmujemy, nie sprowadzają się do widocznego zagrożenia życia, to są powodem izolacji, cierpienia, często depresji i wykluczenia. Mają także ogromny wpływ na to, co się dzieje we współczesnym społeczeństwie.

Ludzie mieli problemy ze słuchem już w starożytności. Do historii przeszły słowa Seneki: „Nie jest dobrze wszystko widzieć, nie jest dobrze wszystko słyszeć”. Medycyna robi jednak wszystko, by pomóc tysiącom, a nawet milionom ludzi, którzy z powodu różnego typu uszkodzeń słuchu nie mogą normalnie funkcjonować w swoim środowisku. Aby osiągnąć sukces w życiu, dobrze jest mieć sprawne wszystkie zmysły! Słuch jest podstawą komunikacji, a ta podstawą rozwoju współczesnego społeczeństwa poprzez nieograniczony dostęp do informacji oraz ich wymianę.

Współczesny człowiek szybciej żyje i wydaje mu się, że szybciej myśli, dlatego niezmiernie ważne jest płynne myślenie. Skoro szybciej żyjemy, to oczekujemy szybkiej wymiany informacji w każdym miejscu: w szkole, pracy, urzędzie. Mamy przecież coraz mniej czasu i nasze reakcje są bardzo ważne. Uczestniczymy w różnych wydarzeniach i trudno nam sobie wyobrazić, że nie mamy możliwości wsłuchania się w towarzyszącą muzykę, wypowiedane słowa i inne dźwięki. Te wydarzenia, obrazy zapadają w naszą pamięć i wracają do nas w myślach. Nasze myślenie jest przecież mową w myślach, a podstawą rozwoju mowy jest słuch. Co by było, gdybyśmy się spotykali i komunikowali w ciszy? Gdybyśmy nie przekazywali sobie wielu informacji, które decydują o naszym funkcjonowaniu? Gdybyśmy nie mogli w pełni odebrać koncertu muzycznego, uczestniczyć w wydarzeniach artystycznych czy usłyszeć sprawozdawcy sportowego podczas ważnego meczu? Bez możliwości komunikacji niemożliwe jest także skorzystanie z zaleceń lekarza podczas zwykłej wizyty w przychodni zdrowia czy szpitalu. Trudno sobie wyobrazić takie sytuacje!

Droga słuchowa jest pierwszym, niezwykle ważnym kanałem odbioru informacji. Narząd słuchu płodu zaczyna funkcjonować począwszy od 21 tygodnia ciąży. To droga słuchowa decyduje o tym, jak przybywa nam połączeń neuronalnych i rozwija się ich sieć w mózgu. Od niej zależy, jak szybko zapamiętujemy, czy jesteśmy inteligentni, czy rozwijamy swoje zdolności i umiejętności. Różne dźwięki mogą oddziaływać na płód pozytywnie i negatywnie. Dziecko już w łonie matki wykazuje niepokój związany

z nadmiernym hałasem. Dlatego tak ważne jest przyjazne otoczenie, które możemy zapewnić poprzez słuchanie odpowiedniej muzyki. Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy jest to sposób na „wychowanie” geniusza. Niektóre publikacje pokazują, że słuchanie określonych rodzajów muzyki przez przyszłe mamy daje dobre efekty. Na razie jednak brak standardów w tej dziedzinie. Mimo to polecam kobietom w ciąży kontakt zarówno z muzyką poważną, jak i poezją.

Według informacji zabranych na kontynentalnych i światowych kongresach naukowych, osób z różnymi problemami słuchowymi (nie mylić z rzadziej występującą całkowitą głuchotą), mającymi wpływ na codzienne funkcjonowanie, a zwłaszcza na codzienną komunikację społeczną, jest ponad 1 mld. Wraz ze starzejącym się społeczeństwem tych osób będzie przybywać. Zespół Instytutu, we współpracy z licznymi ośrodkami krajowymi i zagranicznymi, stworzył podwaliny pod programy badań przesiewowych – opracował metody, procedury i urządzenia służące do ich przeprowadzania. Badania przesiewowe słuchu przeprowadzane przez Instytut od ponad 20 lat objęły już populację ponad 1,5 mln dzieci ze szkół podstawowych w gminach wiejskich i miejsko-wiejskich na terenie całej Polski, populację 7- i 12-latków w Warszawie oraz wielu miejscowościach w Polsce. Wyniki tych badań pokazały, że nawet co szóste dziecko może mieć różnego rodzaju problemy związane ze słuchem. W 2019 r. zakończyliśmy realizację Programu badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych z województwa mazowieckiego. Był to pierwszy w świecie region kraju, w którym badaniami objęta została cała populacja dzieci rozpoczynających edukację szkolną. Dysponujemy bardzo dużym materiałem porównawczym, ponieważ przesiewowe badania słuchu u noworodków rozpoczęliśmy już w 1993 r. Pięć lat później zostaliśmy sygnatariuszem Konsensusu Naukowego w Sprawie Powszechnych Badań Przesiewowych Słuchu u Noworodków w Europie, który został podpisany w Mediolanie. Już wtedy dane z Polski stanowiły największy wkład w to porozumienie.

Różnego rodzaju zaburzenia słuchu występujące u dzieci szklonych mają wpływ na odbiór lekcji, na komunikację z nauczycielem i efekty nauki. Zdecydowaną większość tych zaburzeń można wyleczyć, dlatego tak ważne są organizowane przez Instytut kolejne programy przesiewowych badań słuchu u dzieci z populacji całej Polski. W 2011 r., podczas polskiej Prezydencji w UE z mojej inicjatywy w Warszawie przedstawiciele wszystkich krajów członkowskich, trzy organizacje europejskie: audiologów, foniatorów i terapeutów mowy oraz grupa ekspercka okulistów podpisały Europejskie Konsensusy Naukowe. Pierwszy z Konsensusów pn. „Badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym” został podpisany przez 35 reprezentantów 27 krajów, natomiast drugi konsensus pn. „Badania przesiewowe słuchu, wzroku i mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym” podpisali przedstawiciele ww. środowisk naukowych. Następnie Rada Europy w grudniu 2011 r. przyjęła to jako konkluzję nt. wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń komunikacyjnych u dzieci, z uwzględnieniem zastosowania narzędzi e-zdrowia i innowacyjnych rozwiązań, z zaleceniem ich upowszechnienia. Pozwoliło to nam realizować pilotażowe badania przesiewowe w ponad 20 krajach Azji, Afryki, Ameryki Południowej i Europy. Była to jednocześnie promocja polskiej nauki i medycyny. Dzięki tym badaniom dostarczyliśmy także twarde dane liczbowe decydującym na szczeblu centralnym i innym urzędnikom, którzy dzięki temu mogą zaplanować pewne działania w systemie ochro-

ny zdrowia, zwłaszcza organizować stałe badania populacyjne, wdrażając prawdziwe systemy działań profilaktycznych.

Nie jest tajemnicą, że nasze społeczeństwa się starzeją, a w wieku senioralnym problemy ze słuchem są powszechne – ok. 75% osób po 70. roku życia ma niedosłuch. Zaburzenia słuchu są więc ogromnym problemem społecznym, który wiąże się także ze wstydem i niechęcią do noszenia np. aparatów słuchowych. Leczenie seniorów jest więc nie lada wyzwaniem dla nauki i medycyny. Dziś śmiało można powiedzieć, że współczesne metody chirurgiczne i technologiczne pozwalają pomóc prawie każdemu pacjentowi z niedosłuchem niezależnie od tego, co jest jego przyczyną – uszkodzenia ucha zewnętrznego, środkowego czy wewnętrznego. Dla utrzymania sprawności i samodzielności osób w wieku senioralnym ogromne znaczenie ma umiejętność komunikowania się, która w ogromnym stopniu zależy od stanu słuchu. Komunikacja ma fundamentalne znaczenie dla pozyskiwania i przetwarzania informacji, podtrzymania więzi międzyludzkich i zdolności właściwego postępowania w sytuacjach społecznych i zawodowych. Zaburzenia słuchu u osób starszych są jednym z dwu najważniejszych czynników, obok upośledzeń procesów poznawczych, które wpływają na zdolność komunikowania się z otoczeniem, a w skrajnych przypadkach prowadzą do społecznego wykluczenia. Nie ma systemu na świecie, który by pozwolił na indywidualną opiekę dostosowaną do wszystkich potrzeb i każdego seniora. Dlatego tak wielką przyszłość ma telemedycyna. Sytuacja epidemiologiczna związana z pojawieniem się COVID-19 w naszym kraju sprawiła, że szeroko rozumiana telemedycyna niemal błyskawicznie została przekształcona z nowinki technologicznej w niezbędne narzędzie pozwalające na kontakt z pacjentem. Kluczem do powodzenia tej zmiany stało się niewątpliwie bardziej powszechne finansowanie e-procedur i e-porad przez NFZ. Jestem przekonany, że pacjenci docenią korzyści z popularyzacji e-zdrowia, nawet po zakończeniu pandemii. Z prostej przyczyny: nie ma i nie będzie na świecie takiego systemu ochrony zdrowia, który w tradycyjny sposób zapewni każdemu z nas równy dostęp do specjalistów. Mając to na uwadze, już 20 lat temu zacząłem przeprowadzać telekonsultacje i szukać sposobu, żeby nasze usługi w zakresie leczenia, a zwłaszcza rehabilitacji słuchu, stały się jak najbardziej dostępne dla pacjentów.

Dla uzyskania optymalnej poprawy słuchu po wszczepieniu implantu ślimakowego konieczne jest zapewnienie pacjentowi dobrze zorganizowanej, długofalowej opieki pooperacyjnej. Jednym z najważniejszych zadań wchodzących w zakres tej opieki jest właściwe dopasowanie implantu słuchowego. Pacjenci musieli wielokrotnie przyjeżdżać do Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu na wizyty kontrolne, co wiązało się z koniecznością odbywania długich podróży i wysokimi kosztami. Powodowało to także zmęczenie, które – zwłaszcza u małych dzieci – zmniejszało wiarygodność wykonywanych testów i badań. Telemedycyna wydawała się jedynym sposobem pozwalającym uniknąć niepotrzebnych podróży i wydatków, a jednocześnie zapewniającym choremu usługi na najwyższym poziomie. W tym kontekście pandemia COVID-19 sprawiła, że już nie dyskutujemy o przyśpieszeniu informatyzacji ochrony zdrowia, a udzielanie porad telemedycznych stało się powszechnym rozwiązaniem.

Znam wiele przykładów na to, że każdy problem można zmienić w szansę. W tym przypadku szansa stoi przed naukami medycznymi, przed nowymi technologiami, które nieustannie wdrażamy. Konieczna jest w tym wypadku współpraca specjalistów różnych dziedzin: lekarzy, pedagogów, psychologów, inżynierów, genetyków i biolo-

gów. O tym, jak ważny jest słuch, niech świadczą dane, które przytoczę: na początku XX w. o funkcjonowaniu człowieka i jego pozycji w społeczeństwie w ponad 90% decydowały umiejętności manualne, obecnie podstawowe znaczenie – u ok. 90% ma zdolność komunikacji. Słuch ma bezpośredni wpływ na rozwój mowy, na sposób i szybkość opanowania języka ojczystego lub języków obcych. Ma wpływ na naszą edukację, a w konsekwencji na jakość późniejszego życia i naszą pracę. O tym, jak wielka jest skala problemu, niech świadczy informacja, że co czwarty mieszkaniec Warszawy jest seniorem. Jeśli tak ogromna grupa nie będzie aktywna społecznie, to czekają nas duże koszty zapewnienia im należytej opieki. I nie ma znaczenia sztywne wyznaczenie granicy wieku emerytalnego. Tym wszystkim ludziom musimy dać szansę na normalne życie, bo jeżeli taki senior nie wstanie pewnego dnia z łóżka, to ktoś musi przyjść i go podnieść, a powodów jego niedyspozycji może być wiele, w tym depresja spowodowana niedosłuchem.

Dziś niestety rzadko pamiętamy, że naszym największym kapitałem nie są domy czy samochody, a dobre zdrowie. Do tego dochodzą wszechobecne reklamy suplementów diety czy innych medykamentów, które powodują, że przeciętny konsument zaczyna wierzyć, że nie trzeba chodzić do lekarza, a tylko wystarczy wziąć tabletkę „na wszystko”. To bardzo niebezpieczne zachowanie. Niepokojący jest także trend niezszczenia dzieci. Zadziwiająco jest, jak lekko przychodzi rezygnacja ze szczepień ochronnych, które uratowały dziesiątki milionów na świecie. Paradoksem obecnie jest, że ci sami – przeciwnicy tradycyjnych, niezbędnych szczepień, z utęsknieniem wyczekują na swój etap szczepień na koronawirusa.

Wprowadzając nowatorskie rozwiązania, nie należy uciekać przed ryzykiem, które jest nieodłącznym elementem postępu. Jeśli go nie podejmujemy, to nie damy sobie szansy na sukces. Oczywiście nieustannie musimy kalkulować, żeby za duże ryzyko nie zabiło naszych chęci i naszej pasji. W medycynie ryzyko dotyczy nie tylko przeprowadzanych terapii czy badań, obejmuje także przywództwo i zarządzanie.

Studentom i młodym lekarzom, którzy przyjeżdżają na szkolenia, konferencje do Światowego Centrum Słuchu powtarzam, żeby nie bali się zawiści, która niestety jest obecna nie tylko w życiu politycznym, ale także w nauce, medycynie, ochronie zdrowia. Niestety jako społeczeństwo, nie umiemy czerpać korzyści z sukcesów innych. Nie rozumiemy, że dzieląc się sukcesem z innymi, mnożymy go. Skutki dobrego przywództwa są oczywiście różne – można mówić zarówno o stratach, jak i zyskach. Przykładem kogoś, kto nie bał się ryzyka, był Alessandro Volta. Włoski fizyk i wynalazca na początku XIX w. przeprowadził pierwszy eksperyment elektrostymulacji drogi słuchowej, łącząc pręty ze stosem baterii i umieszczając je we własnych uszach. Gdy popłynęły przez nie ładunki elektryczne, Volta usłyszał coś, co opisał jako huk w głowie, po którym pojawił się dźwięk podobny do gotującej się, gęstej zupy. Niestety, został wyśmiany, gdyż drażnienie prądem w badaniach eksperymentalnych było nie do pomyslenia w ówczesnym społeczeństwie. Dopiero po 150 latach zjawisko stymulacji elektrycznej nerwu słuchowego wykorzystali Francuzi André Djourno i Charles Eyries, którzy przeprowadzili w Paryżu pierwszą w świecie operację wszczepienia urządzenia. Dawało ono jednak niesłyszącemu pacjentowi jedynie poczucie dźwięków otoczenia. Mimo że urządzenie szybko ulegało uszkodzeniu dokonania francuskich specjalistów zainspirowały braci Williama F. House'a i Howarda P. House'a z Los Angeles, największego w tamtym czasie na świecie ośrodka, w którym leczono różnego rodzaju

uszkodzenia słuchu, w tym schorzenia u weteranów wojennych. W 1961 r. ich zespół wszczepił elektrody do uszu dwóm pacjentom. W 1972 r. obaj bracia dzięki technologii teleinformatycznej, rozwijanej na potrzeby NASA, rozpoczęli pionierski program leczenia głuchoty za pomocą implantów ślimakowych, w którym zastosowano pierwszy produkowany seryjnie system 3M. Tak rozpoczęła się era nie tylko miniaturyzowania urządzeń dedykowanych niedosłyszącym pacjentom, ale przede wszystkim zaczęto poprawiać jakość podawanego za pośrednictwem implantu dźwięku.

Miałem przyjemność poznać obydwu braci wiele lat temu. Wszczepiałem także jednemu z naszych, polskich pacjentów implant podarowany przez prof. Howarda P. House'a, a z Wiliamem wspólnie organizowaliśmy w 1995 r. Sympozjum Polsko-Amerykańskie i na polu w Kajetanach pokazałem społeczności międzynarodowej makietę przyszłego Światowego Centrum Słuchu. Ogromne ryzyko kryło się także za kolejnymi wyzwaniami, które stawiałem najpierw przed sobą, a potem przed niewielkim zespołem. W 1992 r., zaledwie 20 lat po Amerykanach, przeprowadziłem pionierską w Polsce operację wszczepienia implantu ślimakowego osobie niesłyszącej, a dzień później zoperowałem pierwsze w Polsce dziecko. Innowacyjne operacje dały nie tylko szansę i nadzieję tysiącom niesłyszących pacjentów w naszym kraju, ale stały się symbolicznym początkiem realizacji programu leczenia całkowitej głuchoty. Przyczyniły się także do rozwoju otologii, otochirurgii, całego obszaru medycyny i nauki związanej ze słuchem, diagnostyką, rehabilitacją. Przypisaliśmy nowe zadania inżynierom klinicznym, którzy od tej pory stali się dla pacjentów terapeutami.

Dziś, kiedy mówimy o sukcesie, musimy pamiętać, że wymagał on poświęcenia, samodyscypliny, determinacji, a przede wszystkim podjęcia ryzyka. Znaczenie miała także pasja, która pozwalała na pracę po kilkanaście godzin na dobę. Praca zawsze miała konkretny cel – pomoc pacjentom, którzy z braku odpowiedniego leczenia nie mieli szansy na powrót do świata dźwięków. To z myślą o nich najpierw opracowałem, a potem wdrożyłem program implantów ślimakowych. Pierwszy rok pracy stawał przed naszym niedużym zespołem niełatwe do pokonania bariery, także z powodu złych warunków lokalowych. Lekarze i inni naukowcy mieli do dyspozycji jeden mały pokój i zabudowaną wnęczę na korytarzu, w której odbywały się pierwsze zajęcia rehabilitacyjne. Warunki były na tyle trudne, że w ciągu miesiąca przygotowałem założenia stworzenia ośrodka, centrum diagnostyczno-rehabilitacyjnego. O tym, jak wielki problem poruszyliśmy, świadczyły setki, a potem tysiące listów, które zaczęły napływać z całej Polski. Pomyślałem sobie, że to społeczne zapotrzebowanie trzeba wykorzystać i przekuć na coś dobrego. Poza tym nie mogliśmy pozwolić, żeby powodzenie leczenia tysięcy pacjentów było zleżne od garstki przyjaciół, jakimi wtedy byliśmy. Potrzebna była instytucja. Tak powstała druga w Europie placówka tego typu – Ośrodek Diagnostyczno-Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Cochlear Center”. Umowa z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej zapewniała jego publiczny charakter. Nową placówkę otworzyła ówczesna Premier RP Pani Hanna Suchocka. W kilkunastu pokojach mieściło się osiem specjalistycznych poradni i pracowni, m.in. audiologii, foniatrii, elektrofizjologii, a także pracownia elektrostymulacji i kontroli implantów ślimakowych, przygotowująca pacjentów do operacji leczenia głuchoty. Już po kilku miesiącach działania w „Cochlear Center” przyjmowano kilkadziesiąt pacjentów dziennie, wykonywano ok. 200 specjalistycznych badań. Zapotrzebowanie na diagnostykę i leczenie było jednak nieporównywalnie większe.

Zapotrzebowanie społeczne, o którym wspomniałem wcześniej, zdecydowało także o tym, że pod koniec 1993 r. – wspólnie z doc. Marią Góralówną – rozpoczęliśmy badania przesiewowe noworodków. Niestety, na oddziałach noworodkowych spotkały nas dwie wrogie reakcje: pierwsza wśród kolegów lekarzy, którzy uważali, że jesteśmy na oddziale niepotrzebni, druga – wśród młodych matek, które sądziły, że skoro dziecko płacze i krzyczy, nie ma żadnego problemu ze słuchem. Obecne modele badań przesiewowych, które zapoczątkowaliśmy, są wykorzystywane w całej Europie. Jednak tylko my wiemy, ile trzeba było włożyć wysiłku i determinacji, żeby przekonać środowisko i całe społeczeństwo, jak bardzo są potrzebne.

Już w 1994 r. i następnych latach mieliśmy możliwość operowania małych kilkuniesięcznych dzieci, u których po urodzeniu rozpoznana została głuchota. To decydowało o znakomych wynikach terapii i to był kolejny krok milowy. Bardzo trudne były także rozmowy pomiędzy specjalistami, którzy są niezbędni do tego, żeby zapewnić szeroką opiekę pacjentowi z implantem słuchowym. Tylko we współpracy lekarzy, pedagogów, psychologów, logopedów, inżynierów mógł powstać model takiej opieki. Cały czas z uporem dążyłem do tego, żeby ogromny sukces naukowy i kliniczny, jakim było wcześniejsze wdrożenie programu leczenia głuchoty w Polsce, nie został zmarnowany. By pierwsza grupa zoperowanych pacjentów miała zapewnioną wielospecjalistyczną opiekę, a także by następnymi mogli skorzystać z najnowszych, światowych osiągnięć. Nie bez znaczenia była też chęć pokazania światu, że Polacy nie są gorsi. Potrafią zbudować od podstaw nowoczesną placówkę, a potem umiejętnie nią zarządzać.

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu był tworzony według własnych pomysłów, programu, założeń moich i niewielkiej grupy naukowców, lekarzy i innych specjalistów pracujących pod moim kierunkiem. Było to wielkie wyzwanie, ale i gigantyczne ryzyko! Równoległe z adaptacją nowych pomieszczeń w pustym szpitalu przy Hucie Warszawa rozpoczęliśmy przygotowania do budowy stałej siedziby. Idee utworzenia nowoczesnego, przestronnego, świetnie wyposażonego centrum medycznego opracowałem już w 1992 r. Pięć lat później Fundacja Rozwoju Medycyny „Człowiek – Człowiekowi” w Kajetanach pod Warszawą rozpoczęła budowę nowej siedziby Instytutu. Tak powstał resortowy Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, którego podstawy kliniczne i organizacyjne opracowałem stosunkowo szybko. Więcej czasu zajęło mi przekonanie ówczesnych decydentów o multidyscyplinarnym charakterze placówki. Efektem tego jest fakt, że od 2003 r. wykonujemy najwięcej w świecie operacji poprawiających słuchu, a polscy pacjenci mają dostęp do najnowocześniejszych technologii. Jest to nie tylko ogromne doświadczenie i bogaty materiał kliniczny dotyczący bardzo różnych zaburzeń słuchu.

Coraz większe zapotrzebowanie Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu dotyczące bazy naukowej i klinicznej było jednym z powodów powstania Światowego Centrum Słuchu. Już od 2003 r. rozpoczęto gromadzenie wkładu własnego, starając się jednocześnie o inne środki na budowę m.in. w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka. Pod koniec 2009 r. Instytut otrzymał dotację z Unii Europejskiej w wysokości 2/3 kosztów. 1/3 stanowiły środki własne. Światowe Centrum Słuchu, które powstało w rekordowym czasie kilkunastu miesięcy, zapewnia kompleksową opiekę osobom ze schorzeniami wad wrodzonych i nabytych narządu słuchu, głosu, mowy i równowagi. 10 maja 2012 r. unikalne przedsięwzięcie, jakim była

budowa Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, zostało zakończone.

W 2002 r. nastąpił kolejny przełom – przeprowadziłem pierwszą w świecie operację wszczepienia implantu ślimakowego pacjentowi z częściową głuchotą. Pomyślałem, że spróbuję uzupełnić jeden rodzaj słuchu drugim. Łatwo się mówi, prawda? Musiałem jednak wziąć pod uwagę odbiór tego wydarzenia na forum światowej nauki i medycyny, a także liczyć się z tym, że może się to nie udać i to z wielu powodów. Wtedy też podjąłem jeszcze jedno ryzyko – zdecydowałem, że spróbujemy przeprowadzić operację transmitując ją on-line w Internecie. Po raz pierwszy stanąłem i powiedziałem sobie tak: „Jeżeli to się nie uda, to niech ludzie na świecie wiedzą, dlaczego się nie udało. Jeżeli się uda, to będę mógł do końca swojego życia mówić – pierwszą w świecie operację częściowej głuchoty u pacjenta, który część niskich dźwięków słyszał, a w części ucho było nieczynne – przeprowadziłem na oczach innych”.

Co to znaczy uzupełnić słuch naturalny słuchem elektrycznym odbieranym w paśmie średnich i wysokich częstotliwości? Teoria profesora Békésy'ego, za którą przyznano mu Nagrodę Nobla w 1961 r., dokładnie opisywała mechanizmy słyszenia. Nie było tam miejsca dla elektrody, która znajdowała się w części ucha wewnętrznego. Ona po wszczepieniu powinna zaburzyć procesy słyszenia, m.in. przemieszczanie się fali wędrującej. Wyładowania elektryczne na zakończeniach kolejnych kanałów w elektrodzie, która zostaje wprowadzona do uszkodzonej części ślimaka, mogły ponadto zakłócić funkcjonowanie sprawnej jego części. Były to zatem wielkie wyzwania rzucone światowej nauce i medycynie. Uzyskane po tych pionierskich operacjach nadzwyczajne wyniki to był ogromny sukces. Myślę, że kliniczne efekty przerosły naszą wiedzę teoretyczną. Do dziś skuteczność tej metody leczenia jest zaskakująca, nawet dla najlepszych specjalistów. Opracowanie procedury medycznej rozwiązującej problem częściowej głuchoty otwierało przed nami całkiem nowe perspektywy rozwoju. Dziś mamy pod opieką największą w świecie grupę pacjentów z częściową głuchotą i wszczepionymi implantami ślimakowymi.

Kolejnym przykładem na to, że nie baliśmy się ryzyka, może być nasz pierwszy program teledygnalny „Słyszę”, który znalazł zastosowanie w kilkudziesięciu krajach. W ramach tego programu można było drogą internetową wykonać badanie słuchu, którego wynik pozwalał zorientować się, czy słyszemy dobrze. Negatywny stanowił sygnał, by zgłosić się do specjalisty. Po programie „Słyszę” uruchomiliśmy program „Widzę” i „Mówię”. Te ciekawe rozwiązania przyniosły mnie i współtwórcy, prof. Andrzejowi Czyżewskiemu z Politechniki Gdańskiej, kilkadziesiąt wyróżnień na całym świecie. Pod takim też tytułem i mając w perspektywie prezydenturę Polski w Radzie Unii Europejskiej, Instytut Fizjologii zorganizował w 2007 r. w Parlamencie Europejskim w Brukseli wystawę „Słyszę-widzę-mówię – podstawą komunikacji i integracji młodego pokolenia Europy”. Była to okazja do pokazania wieloletniego dorobku Instytutu oraz zaprezentowania multimedialnych programów teledygnalnych do powszechnych badań słuchu, wzroku i mowy. Wystawa i prelekcje odbyły się dzięki pomocy i zaangażowaniu europosłów: prof. Jerzego Buzka, Ryszarda Czarneckiego, Jana Kułakowskiego i wielu innych.

W Parlamencie Europejskim kilkanaście lat później gościli także uzdolnieni muzycznie moi pacjenci, wybrani laureaci poprzednich edycji festiwalu „Ślimakowych Rytmów”. Po raz pierwszy – w 2018 r. ich występ odbył się przy okazji rozpoczęcia

międzynarodowej konferencji pn.: „Europejskie badania i innowacje w naszym życiu codziennym” zorganizowanej wspólnie przez Parlament Europejski i Komisję Europejską w Parlamencie EU. Konferencja, którą otworzył Przewodniczący PE Antonio Tajani, dotyczyła postępów w nauce, w tym w dziedzinie medycyny, zagadnień związanych z czystą energią i najnowszymi osiągnięciami inżynieryjnymi, a także projektów badawczych finansowanych przez EU odgrywających kluczową rolę w podnoszeniu poziomu naszego codziennego życia. Laureaci „Ślimakowych Rytmów” – Anna Adamowska-Czupryn z Polski oraz Arnau Pozas Saiz z Hiszpanii przygotowali z tej okazji specjalne utwory. Otwierając ich występ, na samym początku sesji w PE powiedziałem: „Jeżeli dziś pytamy, co wniosła nauka do życia obywateli Europy, to posłuchajmy tych młodych laureatów naszego festiwalu muzycznego. To oni są beneficjentami środków przeznaczanych na naukę oraz najlepszymi ambasadorami. Operując takich pacjentów, stwarzam im nowe możliwości rozwoju – w tym artystycznego”. Drugi raz, w 2019 r., podczas sesji inauguracyjnej Europejskich Dni Badań Naukowych i Innowacji wystąpili: Lova Rose Rohrmann Heick z Danii, Salome Daghundaridze z Gruzji, Davide Santacolomba z Włoch oraz duet z Polski: Barbara Kaczyńska i Maciej Miecznikowski, którzy przy akompaniamencie kwintetu Młodzieżowej Orkiestry Kameralnej „Divertimento”, zaśpiewali hymn Festiwalu „Ślimakowe Rytmy” – „Świat, który usłyszę” z moim tekstem i muzyką prof. Krzesimira Dębskiego. Badania przesiewowe są znakomitym przykładem właśnie szeroko rozumianego myślenia o wczesnym zapobieganiu i wykrywaniu różnych schorzeń, które mają wpływ na rozwój człowieka i jego codzienną komunikację z otoczeniem. Zgłoszony i koordynowany przeze mnie, we współpracy z Departamentem Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia, temat „Wyrównywanie szans edukacyjnych dzieci z zaburzeniami komunikacyjnymi” został przyjęty jako priorytet z obszaru zdrowia publicznego na czas prezydentury Polski w Radzie Unii Europejskiej. W trakcie półrocznej prezydentury specjalistom z Instytutu udało się zwrócić uwagę polityków i przedstawicieli instytucji państw członkowskich oraz instytucji unijnych na skalę występowania problemu zaburzeń słuchu, wzroku i mowy wśród dzieci w Europie, na konsekwencje nieleczenia tych zaburzeń, a także wskazać rozwiązania, które pozwalają na ograniczenie występowania tego zjawiska. Jako najskuteczniejsze wskazane zostały powszechne programy badań przesiewowych u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Wynikiem prac zespołu Instytutu i negocjacji prowadzonych podczas prezydentury było przyjęcie przez Ministrów Zdrowia wszystkich krajów Unii Europejskiej, podczas posiedzenia Rady EPSCO w Brukseli, Konkluzji Rady UE nt. „Wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń komunikacyjnych u dzieci, z uwzględnieniem zastosowania narzędzi e-Zdrowia i innowacyjnych rozwiązań”. Było to kluczowe wydarzenie kończące działania realizowane podczas prezydentury Polski w Radzie UE w zakresie zagadnienia wyrównywania szans dzieci z zaburzeniami komunikacyjnymi, stanowiącego integralną część priorytetu z obszaru zdrowia publicznego. Wynegocjowana podczas posiedzeń Grupy Roboczej ds. Zdrowia Publicznego, a następnie przyjęta w Brukseli konkluzja Rady Europy jest dokumentem, który zwraca uwagę społeczną na problem zaburzeń komunikacyjnych oraz ich konsekwencji dla prawidłowego rozwoju intelektualnego i emocjonalnego dzieci, co w następstwie ma wpływ na ich sytuację społeczną i ekonomiczną w życiu dorosłym. Konkluzja zachęcała przedstawicieli rządów w krajach członkowskich oraz odpowiednie instytucje do podjęcia działań na rzecz wykrywania i leczenia zaburzeń słuchu, wzroku i mowy

u dzieci, m.in. poprzez skuteczne i ekonomicznie uzasadnione programy badań przesiewowych oraz wykorzystanie możliwości, jakie dają nowoczesne technologie i narzędzia e-zdrowia. Podkreślała rolę prewencji, monitorowania, a także aktywnego zaangażowania rodziców, opiekunów i nauczycieli. Konkluzja kładła także nacisk na wzmocnienie współpracy międzynarodowej w obszarze zaburzeń komunikacyjnych. Zachęcała też państwa członkowskie i Komisję Europejską do uwzględnienia tematu zaburzeń komunikacyjnych, w szczególności w odniesieniu do schorzeń wymagających szczególnej koncentracji wiedzy, doświadczenia, zasobów w procesie prac nad Europejskimi Sieciami Referencyjnymi przewidzianymi w dyrektywie UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Niepowtarzalny klimat dla prac służących przygotowaniu i przyjęciu Konkluzji Rady UE został stworzony w miesiącach poprzedzających prezydencję Polski w Radzie UE. Zainicjowana przez Instytut współpraca z ekspertami reprezentującymi europejskie środowiska audiologów, otolaryngologów, okulistów, foniatorów i terapeutów mowy została przypieczętowana podpisaniem – z mojej inicjatywy i w związku z realizacją priorytetu polskiej prezydencji – w Warszawie 22 czerwca 2011 r. dwóch Europejskich Konsensusów Naukowych. Przyjęcie tych Konsensusów miało miejsce podczas 10. Kongresu Europejskiej Federacji Towarzystw Audiologicznych EFAS, zorganizowanego przez zespół Instytutu. Kongres ten po raz pierwszy odbył się w Polsce.

Działania organizacyjne przeplatają się z nowymi badaniami naukowymi i nowymi wdrożeniami do codziennej praktyki klinicznej. Nie ustajemy także w badaniach nad poszerzeniem naszej wiedzy na temat zmian zachodzących w mózgu po podaniu bodźca akustycznego oraz elektrycznego. Stąd badania z wykorzystaniem technik funkcjonalnego rezonansu magnetycznego, które są niezwykle pomocne w śledzeniu zmian drogi słuchowej i wybranych struktur mózgu. Funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI) pozwalała nam także ocenić szlaki, połączenia między półkulami. Możemy się zagłębić i ocenić sieć neuronalną, która decyduje o naszych zdolnościach, umiejętnościach, które zaczynają się rozwijać w okresie życia płodowego. To wtedy docierają pierwsze informacje i droga słuchowa jest najlepszym i pierwszym kanałem odbierania informacji z zewnątrz. Iona matki, przed innymi zmysłami. Wykorzystując funkcjonalny rezonans magnetyczny i encefalografię – korzystając z drogi słuchowej – możemy prześledzić, co się dzieje w naszym mózgu. Bardzo dobre wyniki zastosowania opracowanej w Instytucie nowej metody leczenia uszkodzeń słuchu z wykorzystaniem łącznej stymulacji elektrycznej i akustycznej u pacjentów dorosłych, zweryfikowane przez międzynarodową społeczność naukową i uznane za wybitne w skali światowej, uznane jako jedno z 34 największych osiągnięć polskiej nauki w ostatnich 100 latach przez Narodową Agencję Wymiany Naukowej, skłoniły nas do objęcia tą nową metodą leczenia również dzieci. We wrześniu 2004 r. zoperowałem, po raz pierwszy w świecie, dziecko z częściową głuchotą, przełamując tym samym kolejną barierę w leczeniu wad słuchu. Wielokrotnie większa od głuchych populacja dzieci otrzymała szansę na posługiwanie się sprawnym słuchem, dobre rozumienie mowy, możliwość uczenia się wielu języków. To kolejne podjęte przeze mnie ryzyko było konieczne, żeby udowodnić medycznemu i naukowemu światu, że w „dalekiej” Polsce możliwe są takie niesamowite wydarzenia. Potem także ryzykowałem, podróżując po świecie i wykonując operacje pokazowe „na żywo”.

Tylko w Światowym Centrum Słuchu przeprowadziłem ponad 1200 operacji pokazowych, które obserwowało ponad 4,5 tys. specjalistów ze wszystkich kontynentów.

Rozwijająca się cywilizacja i rosnące zagrożenia dla słuchu dla nas stały się nie tylko wyzwaniem, ale przede wszystkim szansą rozwoju. Przykładem może być operacja wszczepienia implantu do pnia mózgu, którą przeprowadziłem we współpracy międzynarodowej w 1998 r. Polska stała się wtedy czwartym krajem na świecie, w którym przeprowadzono tego typu trudny i skomplikowany zabieg. We współpracy z naukowcami z Austrii i Niemiec, w trakcie trwającej 12 godzin operacji, wszczepiliśmy młodej pacjentce implant słuchowy do pnia mózgu, wcześniej usuwając nowotwór nerwu słuchowego. Pień mózgu kojarzył się nam zwykle z ciężkimi urazami, stłuczeniem mózgu. Kiedy okazało się, że możemy z powodzeniem stymulować jądra słuchowe w pniu mózgu, czyli bardzo czułe miejsca centralnego układu nerwowego, stało się to naszym kolejnym wyzwaniem. Wspólnie z kolegami z Austrii i Niemiec został przygotowany i uruchomiony w Polsce, jako czwartym kraju na świecie – program leczenia głuchoty przy pomocy implantów wszczepianych do pnia mózgu. Operacja zakończyła się ogromnym sukcesem, ponieważ uzyskano wynik nienotowany do tej pory nigdzie na świecie, wynik, który ilustrował niewiarygodne możliwości, jakie tkwią w każdym z nas, a które są możliwe do wydobycia. Ta metoda okazała się bezpieczna i efektywna, a pacjentka zaczęła rozmieć język polski, język niemiecki, którym posługiwała się wcześniej, a nawet zaczęła uczyć się trzeciego języka, którego nie знаła. Po kilku miesiącach rozmawiała przez telefon.

Następny przykład na to, jakie wielkie ryzyko potrafiliśmy ponieść. W 2008 r. w Kajetanach miało miejsce pierwsze w świecie obustronne wszczepienie implantu do pnia mózgu. Pacjent, u którego wykonano tę pionierską operację, cierpiał na neurofibromatozę typu 2. W 2006 r. przeszedł operację, podczas której usunięto mu guz nowotworowy nerwu słuchowego i wszczepiono implant pniowy po prawej stronie. Dwa lata później przygotowywano go do kolejnego zabiegu usunięcia guza po lewej stronie. Nie było jednak oczywiste, że podczas tego zabiegu pacjentowi zostanie wszczepiony drugi implant pniowy. Brakowało pewności, czy dwustronna stymulacja pnia mózgu przyniesie dobre efekty. Ostatecznie zespół polsko-austriacko-niemieckich lekarzy podjął decyzję o wykonaniu operacji. Zabieg okazał się całkowicie udany. Słuch pacjenta poprawił się na tyle, że mógł on poświęcić się swojej pasji – muzyce, i już z dwoma implantami nagrał swoją trzecią płytę. Dzięki zabiegowi rozwinął zdolności, śpiewając i prowadząc aktywne życie artystyczne.

O sukcesach trzeba mówić głośno, choć nie jest to naszą polską domeną, dlatego postanowiliśmy pokazać światu naszych pacjentów podczas nietypowego eventu. 15 lipca 2017 r., z okazji 25 rocznicy pierwszego w Polsce wszczepienia przeze mnie implantu ślimakowego osobie niesłyszącej, do Kajetan przyjechali wdzięczni pacjenci z rodzinami. Najważniejszym punktem wielkiego zjazdu była próba pobicia Rekordu Guinnessa w kategorii „Spotkanie w jednym miejscu i czasie największej liczby osób z implantami słuchowymi”, ustanowionego w 2012 r. także w Kajetanach. Próba zakończyła się sukcesem pacjentów i terapeutów. W programie były warsztaty szkoleniowe „Mam implant i co dalej”, blok wykładów naszych lekarzy, psychologów, logopedów, inżynierów klinicznych oraz atrakcje dla najmłodszych. Najważniejsze dla nas było to, by pacjenci mogli porozmawiać ze specjalistami, sprawdzić stan swojego implantu, zapoznać się z nowościami technologicznymi w dziedzinie implantów słuchowych.

Po otwarciu drugiej części Centrum w Kajetanach ogłosiłem, że otwarto Światowe Centrum Słuchu. Dlaczego Światowe Centrum Słuchu? Na przykład dlatego, że w Ka-

jetanach w 2009 r. powstała pierwsza w świecie Krajowa Sieć Teleaudiologii jako odpowiedź na oczekujące potrzeby pacjentów, którzy mieszkają w dużej odległości o Centrum. Krajowa Sieć Teleaudiologii to doskonale rozwiązanie umożliwiające pacjentowi odbycie konsultacji ze swoim specjalistą z Instytutu w ośrodku współpracującym znajdującym się blisko jego miejsca zamieszkania. Rozwinięciem sieci krajowej była pierwsza w świecie sieć międzynarodowa w tej specjalności. O wielkiej wadze tego projektu niech świadczy – przyznana w Waszyngtonie – główna nagroda 21st Century Achievement Awards dla Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w konkursie The Computerworld Honors Program w kategorii opieki zdrowotnej oraz – uznawany za medyczne Nobla – Złoty Medal Międzynarodowej Edycji Konkursu Prix Galien.

Nasze osiągnięcia i wynalazki pokazywaliśmy na wszystkich międzynarodowych salonach wynalazczości i postępu. To wielki powód do dumy. Pokazaliśmy światu np. Platformę Badań Zmysłów oraz najnowszy produkt Kapsułę Badań Zmysłów do badań wszystkich zmysłów. Kapsuła to zintegrowany system narzędzi do diagnostyki i tele-rehabilitacji schorzeń narządów zmysłów, czyli słuchu, wzroku, mowy, równowagi, smaku, powonienia. Opracowując to narzędzie, nie wiedzieliśmy, że tak szybko badania smaku i węchu staną się szansą na realną profilaktykę w zakażeniach SARS CoV-2. Obecnie nie ma na świecie takiego systemu urządzeń, dzięki któremu można wykonać badanie najważniejszych narządów zmysłów w jednym miejscu i krótkim czasie. By zdiagnozować zaburzenia kolejnych narządów, pacjenci muszą odwiedzić kilka ośrodków – oznacza to wiele wizyt i nierzadko długie miesiące oczekiwania na konsultacje. Dla wielu osób diagnostyka jest na tyle uciążliwa, że rezygnują z badań i leczenia. Od 2004 r. pokazujemy on-line – dedykowane specjalistom – operacje, szczególnie te, podczas których wszczepiamy pionierskie urządzenia poprawiające słuch. Od 2010 r. pokazujemy w ramach globalnej światowej sieci telemedycznej LION Global Otology – Neurotology Live Surgical Broadcast „na żywo” operacje, które w ciągu jednego dnia może obejrzeć nawet kilkanaście tysięcy specjalistów z całego świata. Jest to okazja do pokazania różnorodnego poziomu technologicznego, medycznego poszczególnych ośrodków. Przykładem naszej wartości jest także – trzecie na świecie i pierwsze w Polsce – International BONEBRIDGE & SOUNDBRIDGE Symposium, które odbyło się 2017 r. w Kajetanach. Najważniejszym punktem Sympozjum była światowa premiera nowego zestawu implantu ucha środkowego typu Vibrant Soundbridge ze sprzęgaczem LP-Coupler. Operacje pokazowe z wykorzystaniem tego systemu, które wtedy przeprowadziłem w Centrum, obejrzało ponad 250 znakomitych specjalistów z całego świata. Zabiegi przeprowadzane „na żywo” są zawsze obarczone dużym ryzykiem, ale bez nich nie byłoby postępu i rozwoju telemedycyny. Takim przykładem mogą też być wykonywane w Kajetanach operacje wad ucha zewnętrznego, z którymi rocznie rodzi się kilkaset dzieci. W odpowiednim wieku z własnej chrząstki żebra można odtworzyć małżowinę. Dorośli zaś mogą dostać sztuczną małżowinę. Dziś pod opieką Centrum jest obecnie ponad 10 tys. użytkowników różnego rodzaju implantów słuchowych. To nasi ambasadorowie.

Wprowadzając nowe rozwiązania, nie należy uciekać przed ryzykiem, które jest nieodłącznym elementem postępu. Jeśli go nie podejmiemy, nie damy sobie szansy na sukces. Czując swego rodzaju misję, od 2012 r. rozpoczęliśmy program badań przesiewowych słuchu także na innych kontynentach (Azja, Afryka, Ameryka Południowa), o czym wspominałem, jako promocję polskiej nauki i medycyny. To jest również

pierwsze takie przedsięwzięcie w medycynie światowej. Przed nami nowe wyzwania? To przede wszystkim konieczność zmierzenia się z rzeczywistością w dobie pandemii COVID-19. Wiele naszych planów, jak rozwój programów badawczych z wykorzystaniem technik fMRI czy walka z hasłem w szkołach, który jest wielkim zagrożeniem dla naszych dzieci, pewnie będą musiały ulec weryfikacji i przesunięciu w czasie. Tworzymy powoli nowe rozwiązania i przygotowujemy recepty na działalność kliniczną, edukacyjną czy organizacyjną w placówkach medycznych. Ale mogę z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, że choć ryzyko przywództwa w medycynie zdecydowanie się zwiększyło i stwarza większe zagrożenia, to wg mnie daje także ogromne możliwości rozwoju i popycha do działania. A wtedy jest szansa na sukces, którym trzeba się dzielić, bo wtedy się go mnoży!

Powyżej przedstawiłem w wielkim skrócie główne kroki milowe i przełomowe wydarzenia w nauce i medycynie. Do takich należą wymierne sukcesy i oryginalne wdrożenia do codziennej praktyki klinicznej. To wszystko nigdy nie przebiegało tak prosto i było tak oczywiste dla otoczenia, a zwłaszcza dla decydentów na przestrzeni ćwierćwiecza. Jako publiczna jednostka jesteśmy poddawani systematycznym kontrolom organu założycielskiego, NIK, NFZ i innych instytucji centralnych. Kontrole są dla mnie oczywistością i chlebem powszednim. Kontrole nacechowane na znalezienie „na siłę” choćby najmniejszego uchybienia zabijają inicjatywę, przedsiębiorczość i racjonalny rozwój jednostki. Nie pokazują pozytywnych w skali światowej procesów, ale mogą pokazać nawet najdrobniejsze uchybienia, które wynikają z różnej interpretacji tych samych faktów. Jedną z ostatnich, odbyta w 2020 r. podważyła na przykład prawidłowe funkcjonowanie Rady Naukowej IFPS tylko z faktu, że jedno sprawozdanie roczne było pozytywnie zaopiniowane przez Radę, a nie zatwierdzone. Nie miało dla kontrolujących znaczenia, że to sformułowanie było akceptowane przez 25 lat podczas kilkunastu wcześniejszych kontroli jako prawidłowe. Kontrolujący podczas innej kontroli uznali, że IFPS nie zapewnił opieki dla wszystkich oczekujących na świadczenia medyczne. Przypomnę, w kolejce na świadczenia w IFPS oczekuje ok. 20 tys. osób. By zapewnić realizację najdroższych świadczeń medycznych, budżet IFPS w ramach kontraktu powinien być czterokrotnie większy i nawet gdyby jednostka zwolniła cały zespół pracowników, to nie realizowałaby tych oczekiwań nawet w 1/4. Tłumaczenia, że coś nie zależy od nas, a o oczekiwaniach pacjentów od prawie 10 lat wiedzą kolejni ministrowie zdrowia, prezesi NFZ, ministrowie finansów i nawet dwoje premierów Rządu i Prezydent RP nie miały znaczenia. Te przykłady pokazują, w jakich uwarunkowaniach przychodzi dziś kierować resortową jednostką, która od początku swojego istnienia sytuuje się jako największy kompleksowy ośrodek w tym obszarze medycyny w świecie. Jest liderem i organizatorem największej liczby kongresów światowych, ma najwyższe w kraju kategorie w rankingach naukowych, jej szef jest od kilkunastu lat w pierwszej dziesiątce (dwa razy pierwszy i 6 razy drugi, 2 razy trzeci) wśród 100 najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie. To pokazuje polskie paradoksy, anomalie i brak poszanowania ludzkiej inicjatywy, zaradności i dążenia do kreowania pozycji polskiej nauki i medycyny w świecie.

Antynomie stanowią impuls do zmian, do postępu, mogą być źródłem wielu sukcesów, ale też i konfliktów. Powyższe przemyślenia to tak jakby sportowiec biegł na przełaj i miał ustawione odcinki specjalne – ostre wiraże, podbiegi, wysokie płotki. Jeżeli tego nie pokona, nie wytyczy swojej drogi, to przede wszystkim nie pozostawi

trwałego śladu na ziemi. Te ślady to źródło wiedzy i inspiracji. Jaką zatem należy wybrać drogę postępowania? Własną, obwarowaną indywidualnymi przymiotami i dostosowaną do otoczenia. Własna droga oznacza konsekwentne działanie, systematyczną pracę, a nie upór i postawę zachowawczą. Moje przemyślenia i działania, którymi się podzieliłem, służą ludziom – potrzebującym pomocy i organizującym pomoc w tworzeniu kapitału, jakim jest zdrowie. Bo to zdrowie jest naszym największym kapitałem. Ograniczony rozmiar tego materiału nie pozwolił mi na szersze odniesienie się do braku analizowania procesów w polskiej ochronie zdrowia i polskiej medycynie. W znaczący sposób zostało to odzwierciedlone podczas dwóch kongresów: Zdrowie Polaków 2019 i 2020, których byłem głównym organizatorem. Podczas obu tych doniosłych wydarzeń zostały pokazane liczne dokonania w polskiej medycynie, które dorównują dokonaniom na miarę Europy i świata. Zostały też pokazane negatywne oceny polskiej ochrony zdrowia dokonane przez Polaków, niezadowolonych z opieki w naszym kraju. Podsumowaniem ostatniej dyskusji wybitnego grona specjalistów jest swoisty dekalog wypracowanych rekomendacji.

KRZYSZTOF OPOLSKI
AGATA GEMZIK-SALWACH
JOANNA PODGÓRSKA

Finansjalizacja opieki zdrowotnej w dobie COVID-19

Finansjalizacja oznacza rosnącą rolę finansowych motywów, rynków, podmiotów oraz instytucji w transakcjach zachodzących w gospodarce krajowej i międzynarodowej [19, s. 3]. Oznacza to, że poszczególne podmioty przy podejmowaniu swoich decyzji kierują się głównie rachunkiem ekonomicznym i chęcią maksymalizacji własnych korzyści finansowych [16]. Przytoczona definicja finansjalizacji pozwala jednak spojrzeć na to zjawisko z punktu widzenia nie tylko jego efektów ekonomicznych. Definicję finansjalizacji w tym duchu zaproponował również Wiśniewski [42, s. 17], pisząc, że „finansjalizacja życia gospodarczego lub też działalności ludzkiej *sensu largo* – obejmuje oddziaływanie finansów na wszelkie sfery aktywności ludzkiej”. Rozpatrując skutki finansjalizacji w społeczeństwie, należy zatem wziąć pod uwagę wszystkie jej efekty nie tylko w krótkim okresie, ale i w długim, nie tylko te odnoszące się do rachunku ekonomicznego, ale również np. zdrowotne, społeczne [1, 17, 34] oraz przyjrzeć się specyfice danego obszaru działalności.

Finansjalizacja jest współcześnie zjawiskiem widocznym w każdej dziedzinie funkcjonowania gospodarki [4, 6, 7, 8] oraz w życiu codziennym [3, 38], w tym również w obszarze opieki zdrowotnej [25, 40]. Należy jednak pamiętać o tym, że obszar opieki zdrowotnej nie jest i nie powinien stać się typową działalnością komercyjną. Posiada on szczególną wagę, gdyż dotyczy życia i zdrowia człowieka, i jako taki powinien zostać objęty szczególną troską i być postrzegany jako element polityki publicznej.

Celem niniejszego rozdziału jest wykazanie, że finansjalizacja działań w obszarze opieki zdrowotnej powinna przebiegać w sposób odmienny niż w innych działach gospodarki. Przedstawione zostaną argumenty wskazujące na specyfikę opieki zdrowotnej i polityki publicznej oraz zaprezentowane zostaną potencjalne skutki finansjalizacji opieki zdrowotnej. Finansjalizacja rozpatrywana będzie z punktu widzenia korzyści i niekorzyści, jakie może przynieść w obszarze zdrowia. Tekst składa się z dwóch części. W pierwszej części pracy zostaną omówione specyficzne cechy opieki zdrowotnej oraz przedstawione argumenty na rzecz potraktowania opieki zdrowotnej jako

elementu polityki publicznej. W drugiej części pracy pokazany zostanie sposób, w jaki finansjalizacja wpłynęła na sytuację w opiece zdrowotnej w dobie COVID-19. Całość rozdziału kończy podsumowanie zawierające wytyczne dotyczące dalszych działań zmierzających do celowego kształtowania finansjalizacji.

Opieka zdrowotna jako polityka publiczna

W literaturze spotykamy wiele określeń pojęcia polityka publiczna. Można jednak wyróżnić pewne wspólne elementy. Za politykę publiczną uznać można zracjonalizowane działania i programy, które mają miejsce w sektorze publicznym. Według A. Zybaly owe działania i programy oparte są na zgromadzonej, względnie zobiektywizowanej wiedzy i usystematyzowanym procesie projektowania i wykonywania tych działań [45, s. 24]. Polityka publiczna jest zatem inicjowana przez władzę publiczną w imieniu społeczeństwa. To działania, które funkcjonariusze publiczni w rządzie i obywatele, których reprezentują, postanawiają podjąć (lub zaniechują owych działań) w zakresie problemów publicznych [27, s. 4-5]. Polityka publiczna obejmuje więc pomysły, projekty i programy na rozwiązanie problemów publicznych, a także działania publiczne, których wynikiem są widzialne efekty i rezultaty [29, s. 4-6]. Polityki publiczne mają postać aktów normatywnych, strategii, programów oraz konkretnych przedsięwzięć o charakterze regulacyjnym lub alokacyjnym (rozdysponowanie zasobów), wskazujących cele, środki działania, zasoby i terminy [23].

Celem polityki publicznej jest przede wszystkim wszechstronny rozwój, utrzymanie stabilności, konkurencyjności, bezpieczeństwa i spójności społecznej. Jednocześnie, państwo tworząc coraz więcej projektów i programów, wyraźnie i coraz mocniej ingeruje w społeczeństwo - stymuluje je do prowadzenia określonego stylu życia, a niekiedy wręcz wpływa na swobodę obywateli. Zjawisko to jest szczególnie widoczne w obszarze opieki zdrowotnej - przykładem mogą być obowiązkowe szczepienia ochronne czy poddawanie się obligatoryjnym badaniom. Państwo z jednej strony uzyskuje kontrolę nad sytuacjami trudnymi i nieprzewidywalnymi, z drugiej pewnego rodzaju sterowność, gdyż wpływa na ludzkie zachowania.

Obecne czasy to wyraźny rozrost liczby i rodzajów polityk publicznych, które odnoszą się niemal do każdej dziedziny życia obywateli. Co więcej, ma miejsce rozwój polityk publicznych w nowych kierunkach, co jest wynikiem m.in. rosnącej liczby niewystępujących do tej pory (bądź dotyczących jedynie jednostek) problemów społecznych. Przykładowo, większość problemów, z jakimi borykają się obecnie ekonomiści, nie ma już tylko „czysto ekonomicznego” charakteru, ale stanowi skomplikowane problemy i procesy społeczne [41, s. 236]. Świat, w którym rozwijane i realizowane są polityki społeczne, jest coraz bardziej złożony i współzależny, a także niepewny i nieprzewidywalny. Co więcej, społeczeństwo jest coraz lepiej wykształcone i świadome, co przedkłada się na m.in. wyższe oczekiwania.

Jednocześnie polityki publiczne stają w obliczu wyzwań w zakresie gospodarowania dostępnymi i zarazem ograniczonymi zasobami publicznymi oraz rosnącymi oczekiwaniami społecznymi. W kontekście opieki zdrowotnej ma to szczególnie wymiar. Pacjenci są bardziej wymagający i świadomi, a świadczone usługi muszą spełniać ich oczekiwania. Preferencje i oczekiwania osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych

lub osób ubiegających się o takie świadczenia stanowią ważny punkt odniesienia w decyzjach polityki zdrowotnej [43, s. 145]. Podobnie jak problem ograniczoneści zasobów. Co można rozpatrywać zarówno z poziomu władzy publicznej, jak również z poziomu podmiotów funkcjonujących w sektorze opieki zdrowotnej. W warunkach dynamicznych zmian, co charakteryzuje rynek usług zdrowotnych, skutecznym rozwiązaniem mogą być realizowane strategie oparte właśnie na zasobach [31]. Chodzi o efektywne wykorzystanie zasobów, a w konsekwencji także możliwość pozyskania np. większej ilości ograniczonych środków publicznych w dobie rosnącej niepewności otoczenia, w jakich funkcjonują podmioty lecznicze. Andrzej Koźmiński zwraca uwagę na znaczenie zasobów w warunkach „uogólnionej niepewności”, czyli nieprzewidywalności zewnętrznego oraz wewnętrznego otoczenia organizacji [26, s. 65]. Teoria zasobów ma związek ze zmiennością otoczenia, gdyż w kontekście jego nieprzewidywalności to właśnie zasoby oraz kompetencje stanowią stabilną bazę dla tworzenia strategii [24, s. 510-515]. Dążenie do efektywnego wykorzystania zasobów, które znajdują się w dyspozycji podmiotów sektora ochrony zdrowia, staje się celem zasadniczym [30].

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, nie sposób postrzegać opieki zdrowotnej tylko w kategoriach polityki społecznej będącej jednym z obszarów (elementów) polityki publicznej. Proces formułowania treści polityk publicznych, ich implementacji i ewaluacji, angażuje rozmaite dyscypliny nauki i obszary wiedzy, w tym te z obszaru polityki społecznej. Polityka publiczna to proces wprowadzania pewnych rozwiązań, zazwyczaj w dłuższym horyzoncie czasowym. Działania publiczne w zakresie ochrony zdrowia bazują na długoterminowym spojrzeniu na problemy zbiorowe oraz opierają się na danych i wiedzy z różnego rodzaju analiz trendów statystycznych i prognoz podpartych badaniami. Uwzględniając jednocześnie różne czynniki oraz zjawiska występujące zarówno w kraju, jak i na świecie. Polityka społeczna ma za to wymiar lokalny i można uznać ją za pewnego rodzaju narzędzie w realizacji polityki publicznej.

Częścią polityki społecznej jest z kolei polityka zdrowotna, która jako element polityki społecznej powinna być osadzona w realiach społecznych i ekonomicznych oraz być zorientowana na zapewnienie warunków sprzyjających zachowaniu zdrowia społeczeństwa. Wspólne elementy polityki społecznej i zdrowotnej można zaobserwować m.in. w założeniach aksjologicznych, wykorzystywaniu tych samych zasad teoretycznych oraz metodologicznych, a także w działaniach władzy publicznej, dla której obszar zainteresowań polityki zdrowotnej jest w pewnym sensie konsekwencją realizowanej polityki społecznej [43, s. 26]. Realizacja polityki zdrowotnej jest z kolei widoczna m.in. w organizacji systemu ochrony zdrowia, który podlega współcześnie różnym trendom i zjawiskom, a jednym z nich jest zjawisko finansjalizacji opieki zdrowotnej.

Polityka publiczna względem sektora opieki zdrowotnej a proces finansjalizacji

Finansjalizację sektora opieki zdrowotnej zdefiniować można jako wzrost znaczenia motywów i kryteriów finansowych w procesie podejmowania decyzji zarządczych w sektorze zdrowia [30]. W ramach finansjalizacji następuje dążenie do zwiększania

przychodów i ograniczania kosztów, a w rezultacie wzrost efektywności 20]. Takie podejście jest obecnie promowane praktycznie we wszystkich rodzajach prowadzonej działalności [11,18], w tym również w opiece zdrowotnej 25, s. 1253]. Wyznają je organizacje rządowe, grupy zawodowe oraz właściciele kapitału. Dążenie do osiągnięcia wzrostu efektywności poprzez maksymalizację zysków traktuje się w myśl idei finansjalizacji jako zachowanie naturalne, racjonalne i pożądane 2, s. 53].

Należy jednak pamiętać o tym, że istnieją obszary gospodarki, które ze względu na swoją specyfikę nie powinny być traktowane jako działalność typowo komercyjna [10]. Do takich obszarów należy m.in. opieka zdrowotna 40]. Istnieją sytuacje, w których finansjalizacja może być korzystna nawet dla opieki zdrowotnej, ale i takie, w których może okazać się zbyt „bezduszną” i stanowić zagrożenie dla zdrowia ludności [15, 35]. Niewątpliwie jednak samo już pogłębianie tego zjawiska wpływa na zdrowie mieszkańców danego kraju.

Finansjalizacja może prowadzić do wielu pozytywnych tendencji związanych np. z poprawą efektywności podmiotów leczniczych. Wykorzystanie efektów skali, obniżenie kosztów, zwiększenie satysfakcji pacjentów i poprawa wskaźników jakości mogą przelożyć się z kolei na poprawę sytuacji w całym sektorze opieki zdrowotnej, eliminując nieefektywne rozwiązania w sektorze usług zdrowotnych [30]. Polityka publiczna, oparta o właściwie stosowane i dobrane kryteria finansowe, może prowadzić do oszczędności, które w perspektywie wciąż niedofinansowanego systemu ochrony zdrowia w Polsce są korzystne i niezmiernie ważne.

Z drugiej zaś strony finansjalizacja wywołuje negatywne skutki, o których w ostatnich czasach mówi się i pisze coraz więcej [5, 12, 32, 36, 39, 44]. Zjawisko finansjalizacji sektora opieki zdrowotnej często utożsamiane jest z mniej pozytywnymi zjawiskami, które sprowadzają np. proces leczenia (świadczenia zdrowotnego) do transakcji kupna – sprzedaży, a relacje pacjent – lekarz do relacji klient – dostawca usług zdrowotnych. Zjawisko finansjalizacji może okazać się jednak dalece bardziej niebezpieczne i szkodliwe [9], szczególnie, w sytuacjach nagłych i kryzysowych, wymagających zaangażowania dużych środków finansowych i zasobów rzeczowych w krótkim czasie. Kryzys zawsze, przynajmniej na pewien okres, destabilizuje rynek, gdyż dla podmiotów kierujących się finansjalizacją stwarza okazję do zawarcia nadzwyczajnych interesów na kupnie i sprzedaży niektórych towarów, usług i aktywów [37, s. 94]. Przykładem może być kryzys epidemiologiczny, w obliczu którego paradygmaty finansjalizacji, takie jak optymalizacja i ograniczanie kosztów, przestają się sprawdzać, a którego konsekwencją są wyraźne niedobory względem zasobów finansowych, osobowych i rzeczowych w sektorze. W tym aspekcie zjawisko finansjalizacji może okazać się dalece szkodliwe [13], bowiem poza wynikami ekonomicznymi celem nadrzędnym jest zdrowie i życie człowieka.

Pandemia COVID-19 ujawniła słabe ogniwa w systemach ochrony zdrowia w wielu krajach. Wspomniany wyżej rachunek ekonomiczny sprawił, że prawa popytu i podaży uwidoczniły się bardzo mocno na rynku medycznym. W sytuacji pandemii pojawił się niedobór niektórych środków i sprzętu medycznego, jak np. maseczek, respiratorów, itp. Dostawcy tych produktów bezlitośnie wykorzystali sytuację rynkową, windując ceny [33, s. 6]. Jest to zjawisko zgodne z ideą finansjalizacji, która w warunkach kryzysów powoduje jawną i ukrytą redystrybucję dochodu, która zawsze wypada na niekorzyść warstw najuboższych [28, s. 18]. Opisane postępowanie jest racjonalne

z punktu widzenia finansjalizacji, ale jego konsekwencje uderzają w zdrowie i życie obywateli danego kraju.

Liczne masowe ogniska zakażeń koronawirusem w szpitalach i domach opieki społecznej w Polsce świadczą m.in. o niedoinwestowaniu polskiego systemu opieki zdrowotnej, brakach kadrowych oraz brakach w zakresie istnienia odpowiednich procedur. Pandemia pokazała, jak mylne było przekonanie o tym, że niedofinansowany i wadliwy sektor publiczny odciążą sektor prywatny, gdyż wielu obywateli do tej pory stać było na opłacanie usług właśnie w tym sektorze. Polacy indywidualnie płacili za skutki nieefektywnej publicznej ochrony zdrowia. Nie bez znaczenia jest także fakt występowania w Polsce tzw. dezintegracyjnego systemu finansowania opieki zdrowotnej, co sprzyja pojawieniu się zjawiska selekcjonowania pacjentów przez świadczeniodawców. Pacjent przechodząc od jednego świadczeniodawcy do drugiego, traktowany jest jako nowy przypadek generujący przychody i koszty (zyski albo stratę). Pacjent jest albo „pacjentem opłacalnym”, którego należy przyciągnąć i zatrzymać, albo „pacjentem nieopłacalnym”, którego należy jak najszybciej przekierować dalej [22, s. 118]. Podmioty publiczne najczęściej takiego wyboru nie mają.

W trakcie oraz po ustąpieniu pandemii większość Polaków zakażonych koronawirusem zdanych będzie tylko na publiczny, coraz bardziej nieefektywny sektor. Niepaństwowym placówkom leczniczym prowadzenie oddziałów zakaźnych oraz leczenie zakażonych koronawirusem zwyczajnie się nie opłaca. Jednostki publiczne będą więc musiały (co już ma miejsce), ogromną część – o ile nie całość walki z pandemią wziąć na siebie. Aspekt finansjalizacji systemu opieki zdrowotnej, wraz z wszelkimi jej paradigmatami, przestaje się obecnie sprawdzać.

W kryzysie wolny rynek przestaje działać. W warunkach finansjalizacji, w gospodarce zbudowanej teoretycznie na wolności wyboru, część rynkowych graczy nie posiada w rzeczywistości żadnego wyboru i działa pod przymusem okoliczności [14, s. 191]. Mądra polityka publiczna państwa w zakresie systemu ochrony zdrowia, a także posiadanie sprawnych usług publicznych i efektywnych systemów wydają się obecnie jedynym skutecznym planem ratunkowym dla społeczeństwa.

Wnioski

Rozpatrując zjawisko finansjalizacji, należy wyjść poza jego czysto ekonomiczne konsekwencje i przyjrzeć się skutkom finansjalizacji z punktu widzenia również i konsekwencji społecznych czy zdrowotnych. Przedstawione przykłady finansjalizacji opieki zdrowotnej w dobie pandemii COVID-19 świadczą o tym, że finansjalizacji nie można pozostawić bez kontroli. Powinna być ona kontrolowana i odpowiednio kształtowana, a wtedy może działać na korzyść społeczeństwa, nawet w obszarze opieki zdrowotnej. Finansjalizacja, zwłaszcza w dobie epidemii, kryzysów i załamania rynku, może mieć ogromne, niekorzystne skutki dla wszystkich obywateli. Wzmaga ona bowiem egoistyczne działania jednostek lub poszczególnych grup podmiotów dążące do wzbogacenia się za wszelką cenę. Takie myślenie jest jednak krótkofalowe, gdyż w długim okresie wskutek złe rozumianej finansjalizacji może nastąpić załamanie całego systemu i można utracić wszystko.

Rozwiązaniem jest zwrócenie się w kierunku ekonomii społecznej oraz budowania kapitału społecznego [por. 21, s. 20-23]. Ekonomia społeczna to taka, która kieruje się wartościami i której zadaniem jest wspomaganie budowania społeczeństwa obywatelskiego. W takim społeczeństwie wspólne dobro jest ważniejsze od indywidualnych pomysłów. Ekonomia społeczna powinna uzupełnić sektor prywatny i publiczny, zapobiegać rozmaitemu rodzajowi wykluczeniom i służyć społeczeństwu. Finansjalizacja wprowadzana w duchu ekonomii społecznej będzie pozwalała optymalizować działania, dobrze gospodarować wciąż skromnymi zasobami, ale nie można pozwolić zapomnieć, że na końcu tego procesu jest człowiek i to o niego należy zadbać, a już dzielenie pacjentów na opłacalnych i nieopłacalnych jest w tej sytuacji niedopuszczalne.

Dobrze ukształtowany kapitał społeczny pozwala na tworzenie wrażliwego i nowoczesnego społeczeństwa. Jeżeli zabraknie kapitału społecznego, to narastać będą nieuczciwe praktyki biznesowe, pojawi się problem życia na koszt biedniejszej części społeczeństwa, a to z kolei prowadzi na ogół do niepokojów społecznych i różnego rodzaju wykluczenia. Ma to szczególne znaczenie w obszarze opieki zdrowotnej, gdyż zdrowie stanowi niewątpliwie najważniejszy element szczęśliwego życia ludzkiego i największą potrzebę, a opieka zdrowotna, wpisująca się w opiekę publiczną, ma za zadanie pomóc zadbać o ten obszar.

Finansjalizacja połączona z ekonomią społeczną i kapitałem społecznym może stać się elementem determinującym tworzenie nowej kultury wyborów ekonomicznych. Powinna stać się czynnikiem relacji ekonomicznych w opiece zdrowotnej, obniżającym koszty transakcji i zwiększającym dostępność do usług medycznych. W mechanizmy jej działania powinny zostać jednak wplecione zasady moralne.

Bibliografia

- [1] Aalbers M., *The potential for financialization*, Dialogues in Human Geography, 2015, vol. 5, nr 2, s. 214-219. <https://doi.org/10.1177/2043820615588158>
- [2] Adamska A., *Finansjalizacja a zmiana matrycy instytucjonalnej*, FINANSE Czasopismo Komitetu Nauk o Finansach PAN, 2017, nr 1, s. 45-56.
- [3] Adamson M., *The financialization of student life: five propositions on student debt*, Polygraph, 2009, vol. 21, s. 97-110.
- [4] Aitken R., *The financialization of micro-credit*, Development and Change, 2013, vol. 44, nr 3, s. 473-499. <https://doi.org/10.1111/dech.12027>
- [5] Arcand J.-L., Berkes E., Panizza U., *Too much finance?* International Monetary Fund, 2012, IMF Working Paper, WP/12/161. [dokument elektroniczny] <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2012/wp12161.pdf> [dostęp: 18.09.2020].
- [6] Barradas B., Lagoa S., Leão E., Mamede R. P., *Financialization in the European periphery and the sovereign debt crisis: the Portuguese case*, Journal of Economic Issues, 2018, vol. 52, nr 4, s. 1056-1083. <https://doi.org/10.1080/00213624.2018.1527589>
- [7] Botzem S., Dobusch L., *Financialization as strategy: accounting for inter-organizational value creation in the European real estate industry*, Accounting, Organizations and Society, 2017, vol. 59, s. 31-43. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2017.05.001>
- [8] Bruno V. G., Büyüksahin B., Robe M. A., *The financialization of food?* Bank of Canada. Working Paper/ Document de travail 2013-39. Ottawa, [dokument elektroniczny] <https://www.bankofcanada.ca/wp-content/uploads/2013/11/wp2013-39.pdf>, [dostęp: 18.09.2020].
- [9] Christophers B., *The limits to financialisation*, Dialogues in Human Geography, 2015, vol. 5, nr 2, s. 183-200. <https://doi.org/10.1177/2043820615588153>

- [10] Clapp J., *Financialization, distance and global food politics*, Journal of Peasant Studies, 2014, vol. 41, nr 5, s. 797-814. <https://doi.org/10.1080/03066150.2013.875536>
- [11] Davis L. E., *Financialization and the nonfinancial corporation: an investigation of firm-level investment behavior in the U.S. 1971-2011*, 2013, University of Massachusetts Amherst Economics Department Working Paper Series 2013, Working Paper 2013-08, [dokument elektroniczny] https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1160&context=econ_workingpaper [dostęp: 17.09.2020].
- [12] Dembinski P. H., *Finance: servant or deceiver? Financialisation at the crossroad*, Basingstoke 2009.
- [13] Dembinski P. H., *Finanse po zawale. Od euforii finansowej do gospodarczego ładu*, Warszawa 2011.
- [14] Dembinski P. H., *Etyka i odpowiedzialność w świecie finansów*, Warszawa 2017.
- [15] Dembinski P. H., Beretta S., *Kryzys ekonomiczny i kryzys wartości*, Kraków 2014.
- [16] Denning S., *Why financialization has run amok*, Forbes, 2014, June 3 [dokument elektroniczny] <https://www.forbes.com/sites/stevedenning/2014/06/03/why-financialization-has-run-amok/> [dostęp: 20.07.2019].
- [17] Deutschmann C., *Limits to financialization: sociological analyses of the financial crisis*, European Journal of Sociology, 2011, vol. 52, nr 3, s. 347-389.
- [18] Dünhaupt, P., *The effect of financialization on labor's share of income*, IPE Working Papers 17. Berlin School of Economics and Law, 2013. [dokument elektroniczny] https://www.ipe-berlin.org/fileadmin/institut-ipe/Dokumente/Working_Papers/ipe_working_paper_17.pdf [dostęp: 20.07.2019].
- [19] *Financialization and the world economy*, ed. G. A. Epstein, Cheltenham 2005.
- [20] Froud J., Haslam C., Johal S., Williams K., 2000, *Shareholder value and financialization: consultancy promises, management moves*, Economy and Society, 2000, vol. 29, nr 1, s. 80-110. <https://doi.org/10.1080/030851400360578>
- [21] Gemzik-Salwach A., Opolski K., *Finansjalizacja w świetle wyzwań współczesnej gospodarki*, [w:] *Finansjalizacja : wpływ na gospodarkę i społeczeństwo*, red. A. Gemzik-Salwach, K. Opolski, Warszawa 2016, s. 13-26.
- [22] Golinowska S., *Od ekonomii do ekonomii zdrowia*, Warszawa 2015.
- [23] Górniak J., Mazur S., *Polityki publiczne oparte na dowodach i ich zastosowanie do rynku pracy*, [w:] *W kierunku polityki rynku pracy opartej na dowodach*, red. J. Górniak, S. Mazur, Warszawa 2010.
- [24] Grant R., *Strategic planning in a turbulent environment: evidence from the oil majors*, Strategic Management Journal, 2003, vol. 24, nr 6, s. 491-517. <https://doi.org/10.1002/smj.314>
- [25] Hunter B. M., Murray S. F., *Deconstructing the financialization of healthcare*, „Development and Change, 2019, vol. 50, nr 5, s. 1253-1287. <https://doi.org/10.1111/dech.12517>
- [26] Koźmiński A., *Zarządzanie w warunkach niepewności : podręcznik dla zaawansowanych*, Warszawa 2005.
- [27] Kraft M. E., Furlong S. R., *Public policy. Politics, analysis and alternatives*, Washington 2007.
- [28] Owsiak S., *Spółeczny wymiar kryzysu – lekcja dla przyszłości*, Biuletyn PTE 2012, 2, [dokument elektroniczny] http://www.pte.pl/pliki/2/11/Artykul_SOwsiak.pdf [dostęp: 21.09.2020].
- [29] Peters B. G., *American public policy. Promise and performance*, Washington 2004.
- [30] Podgórska J., *Wpływ finansjalizacji na sektor opieki zdrowotnej*, [w:] *Finansjalizacja i społeczeństwo*, red. K. Opolski, A. Gemzik-Salwach, Warszawa 2020.
- [31] Sharma S., Vredenburg H., *Proactive corporate environmental strategy and the development of competitively valuable organizational capabilities*, Strategic Management Journal, 1998, vol. 19, nr 8, s. 729-753. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0266\(199808\)19:8<729::AID-SMJ967>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199808)19:8<729::AID-SMJ967>3.0.CO;2-4)
- [32] Stockhammer E., *Financialization and the slowdown of accumulation*, Cambridge Journal of Economics, 2004, vol. 28, nr 5, s. 719-741. <https://doi.org/10.1093/cje/beh032>
- [33] Szambelańczyk J., *Od redakcji*, Bezpieczny Bank, 2020, nr 1, s. 6-8.
- [34] Thrift N., *Knowing capitalism*, London 2005.
- [35] Tomaskovic-Devey D., Lin K.-H., 2011. *Income dynamics, economic rents, and the financialization of the US economy*, American Sociological Review, 2011, vol. 76, nr 4, s. 538-559. <https://doi.org/10.1177/0003122411414827>
- [36] Toporowski J., *The end of finance: capital market inflation, financial derivatives and pension fund capitalism*, London 2000.
- [37] Turowski K., Opolski K., *Historia ludzkiej chciwości*, Warszawa 2020.
- [38] van der Zwan N., *Making sense of financialisation*, Socio-Economic Review, 2014, vol. 12, nr 1, s. 99-129. <https://doi.org/10.1093/ser/mwt020>

- [39] Vercelli A., 2013, *Financialization in a long-run perspective: an evolutionary approach*, International Journal of Political Economy, 2013, vol. 42, nr 4, s. 19-46. <https://doi.org/10.2753/IJP0891-1916420402>
- [40] Vural I., *Financialisation in health care: an analysis of private equity fund investments in Turkey*, Social Science & Medicine, 2017, vol. 187, s. 276-286. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.008>
- [41] Wilkin J., *Instytucjonalne i kulturowe podstawy gospodarowania : humanistyczna perspektywa ekonomii*, Warszawa 2016.
- [42] Wiśniewski P., *Nowe miary finansjalizacji*, [w:] *Rozwój nauki o finansach : stan obecny i pożądane kierunki jej ewolucji*, red. J. Ostaszewski, E. Kosycarz, Warszawa 2014, s. 325-333.
- [43] Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź 1996.
- [44] Wolff E., *Recent trends in household wealth in the United States. Rising debt and the middle class squeeze*, Levy Economics Institute, 2009, Working Paper 589, [dokument elektroniczny] http://www.levyinstitute.org/pubs/wp_589.pdf [dostęp: 17.09.2020].
- [45] Zybala A., *Polityki publiczne : doświadczenia w tworzeniu i wykonywaniu programów publicznych w Polsce i w innych krajach*, Warszawa 2012.

MARCIN J. JABŁOŃSKI
SŁAWOMIR MURAWIEC

Antynomie w psychospołecznych kontekstach zdrowia w epoce pandemii COVID-19

Żyjemy w świecie zarządzanym przez uniwersalne procesy psychospołeczne, ale zwykle nie dostrzegamy ich wpływu na nasze codzienne życie. Bywa tak, że dopiero sytuacje ponadprzeciętne, kryzysowe, tak jak to miało miejsce w przypadku pandemii COVID-19, pozwalają na wyostrenie spojrzenia i dostrzeżenie istoty problemu. Procesy psychospołeczne, na które chcemy zwrócić uwagę, właśnie w kontekście wiążących się z nimi sprzeczności omawiane są nie tylko w dyskursie naukowym, ale funkcjonują również w popkulturze oraz w szerokim kontekście społecznym. Wydają się nam też istotne z powodu ich potencjalnego wpływu na problematykę zdrowia, zwłaszcza zdrowia psychicznego w wymiarze zarówno indywidualnym, jak i populacyjnym. Do procesów tych należą: finansjalizacja, anomia, dysonans poznawczy i postprawda.

Finansjalizacja

W ujęciu ekonomicznym finansjalizacja definiowana jest jako proces, w którym rynki, instytucje oraz elity finansowe zyskują dominujący wpływ na procesy ekonomiczne i politykę [11]. W szerszym ujęciu finansjalizacja jest opisywana jako podporządkowanie całej organizacji nowoczesnych społeczeństw wymogom rynków finansowych. Ponadto, finansjalizacja jest postępującym procesem przekształceń społecznych i organizacyjnych, który dotyka warunków pracy i warunków ekonomicznych, relacji społecznych, struktury rodziny, wartości i norm [2]. W wyniku tego procesu relacje zostają zastępowane transakcjami, wzrasta też liczba pośredników zainteresowanych prowizjami od transakcji. Możliwość zysku potęguje chciwość, odwracając uwagę od jakości zachowań, by skupić ją na wynikach finansowych. W obszarze zdrowia zjawisko finansjalizacji skutkuje nie tylko zmianą języka i definicji, które do tej pory były stabilne, ale też zmianą postaw lekarzy, co znajduje odzwierciedlenie w jakości relacji terapeutycznej.

Antynomie językowe w epoce finasjalizacji

Język, którym opisujemy świat, oddaje nasz sposób myślenia o nim i odzwierciedla nasze przekonania na temat stanu jego uporządkowania. W procesie transformacji kapitalistycznej, która w Polsce rozpoczęła się w latach 80. ubiegłego wieku i trwa do dziś, nastąpiła istotna zmiana języka używanego do opisu zagadnień związanych ze zdrowiem. Samo pojęcie „ochrona zdrowia” zaczęto utożsamiać z „działalnością leczniczą”, „służbę zdrowia” z „usługami medycznymi”, lekarzy ze „świadczeniodawcami”, a szpitale i przychodnie z „podmiotami leczniczymi – przedsiębiorstwami”. Pacjenci stali się natomiast „świadczeniobiorcami – klientami systemu”.

Naszym zdaniem ta zmiana języka, odzwierciedlająca przekształcenie etosu „służby” i „powołania” w etos „świadczania usługi” i „prowadzenia biznesu”, pociągnęła za sobą zmianę dominujących postaw i zachowań lekarzy, co znalazło potwierdzenie w prowadzonych przez nas badaniach [6].

Pandemia COVID-19 dowiodła ponadto, jak niezwykle wrażliwe jest przełożenie pomiędzy zdrowiem indywidualnym i zdrowiem populacji w sensie medycznym i epidemicznym a zdrowym funkcjonowaniem gospodarki, przepływem pieniądza, migracją ludzi i środków pomiędzy oddalonymi obszarami dotkniętego pandemią globu. Nigdy nie spodziewaliśmy się usłyszeć z ust autorytetów medycznych tak dosadnych słów, że teraz nie ma miejsca na budowanie formy, uprawianie sportu i wzmacnianie zdrowego stylu życia, a jest miejsce jedynie na przetrwanie.

Jako psychiatrzy nie spodziewaliśmy się, że będziemy świadkami globalnej promocji zachowań uważanych do tej pory za przejawy lęku społecznego i postaw aspołecznych, jak jednostkowa izolacja, unikanie kontaktów społecznych, powstrzymywanie się od fizycznej bliskości czy przebywania we wspólnej przestrzeni. Nagle usłyszeliśmy też, że życie milionów ludzi nie zależy już, czego byliśmy do niedawna pewni, od poziomu stresu, zdrowego stylu życia i odpowiedniej diety, a zależy od wstrzymanej produkcji leków w odległych krajach, dostaw papierowych maseczek z Chin, ilości respiratorów czy wreszcie od wysokości akcyzy na alkohol używany do produkcji środków dezynfekcyjnych. Pandemia uderzyła też w liczne, do tej pory stabilne, elementy systemu finansjalizacji: ruch transgraniczny, wzrost PKB, prawo własności, wolność osobistą i gospodarczą, rentowność inwestycji.

Również lekarze, do tej pory tak pewni siebie i świadomi swojej postawy zawodowej i etycznej, zaczęli masowo wycofywać się z bezpośrednich kontaktów z pacjentami. Paradoks zamkniętych przychodni, odwoływania planowych zabiegów, wstrzymanych chemioterapii, przerwanych psychoterapii, zaniechanej rehabilitacji, całkowitej blokady stomatologii jeszcze długo będzie obciążał naszą wyobraźnię i nasze lekarskie sumienia.

Niewielką pociechę może stanowić fakt, że pod wpływem pandemii wielu lekarzy, zwłaszcza starszego pokolenia, przekonało i zapoznało się z możliwościami pracy zdalnej, przydatnych usług internetowych, prowadzenia e-porad, wypisywania e-recept i e-zwolnień. Przykładem paradoksu, o anegdotycznym wymiarze, może być też konstatacja, że niezamierzonym skutkiem dystansowania społecznego stało się świadczenie porad zdalnych (e-wizyt) pacjentom z odległych miejscowości lub nawet z zagranicy, czyli takim, którzy, gdyby nie pandemia, prawdopodobnie nigdy nie zgłosiliby się do danego lekarza, gdyż bliżej byłoby im do kogoś we własnym miejscu zamieszkania.

Ponadto, w trakcie szeregu terapii prowadzonych, o zgrozo, przez komunikatory i łącza internetowe, a nie – jak sami zalecaliśmy do niedawna – w jedyny możliwy sposób, czyli w kontakcie bezpośrednim, zaskakiwały nas relacje pacjentów. Pacjenci, którzy jeszcze wczoraj czuli się stygmatyzowani swoim lękiem i brakiem swobody w kontaktach społecznych, obecnie, w dobie koronawirusa stali się ekspertami od funkcjonowania w zaistniałych, trudnych warunkach zgeneralizowanej, społecznej izolacji.

Zastanawiamy się też, jak promowana obecnie tzw. „nowa normalność” (nawiasem mówiąc, już samo to określenie zasługuje na miano „antynomii roku 2020”) zaistnieje i utrwali się w świadomości społecznej. Czy takie nagłe przeprogramowanie społecznej i jednostkowej świadomości w kierunku swoistego zanegowania dotychczasowego porządku „starej normalności” jest w ogóle możliwe? Czy możliwe jest, żeby w szerszym, społecznym kontekście postawy, które do tej pory uchodziły za dezadaptacyjne czy wręcz psychopatologiczne i stanowiły wskazanie do podjęcia leczenia, nagle stały się postawami ogólnie zalecanymi i adaptacyjnymi (służącymi przetrwaniu). Za przykład niech posłuży wspomniany już zespół lęku społecznego (*social fobia*), lub zespół natręctw (*obsessive-compulsive disorder*), polegający m.in. na częstym myciu rąk i unikaniu kontaktu z jakimikolwiek przedmiotami, z obawy przed zakażeniem. Czy wyobrażamy sobie całą populację osób, których zachowanie normatywne, wg kryteriów „nowej normalności” (masowe izolowanie się, wielokrotne mycie i odkażanie rąk i przedmiotów codziennego użytku itp.), będzie właśnie wyglądać w taki sposób? Jak głębokiego przeprogramowania ludzkiej świadomości będzie wymagało nauczenie się spokojnego i godnego życia w świecie, gdzie śmiertelne niebezpieczeństwo może zaiść się na każdej powierzchni, na paczce gum do żucia czy na puszcze coli? Miejmy nadzieję, że ta katastroficzna wizja przyszłości w ogóle się nie ziści i już wkrótce zapomnimy o tym, co przykrego nas spotkało, po czym radośnie wsiądziemy w samolot i polecimy na włoską lub hiszpańską riwierę. Kolejny paradoks polega bowiem na tym, że osłabienie pamięci i zatrata przykrych wspomnień sprzyjają szybszemu powrotowi do zdrowia po zaistniałej traumie.

Najważniejsze, aby leki były tanie

W dobie pandemii koronawirusa mało kto pamięta o fakcie, że zakłócenia produkcji leków na Dalekim Wschodzie zaowocowały brakiem leków w polskich aptekach już latem 2019 r., na długo przed tym, jak usłyszeliśmy o SARS-CoV-2. Na ogłoszony w lipcu 2019 r. przez Ministerstwo Zdrowia wykaz leków zagrożonych brakiem dostępności trafiło aż 341 różnych lekarstw. Już wtedy można było obserwować skutki podporządkowania wszelkich decyzji zakupowych efektywności ekonomicznej, bez zważania na długofalowe rezultaty takich działań. Chcielibyśmy tu zwrócić uwagę na podstawową kwestię. Z samej definicji finansjalizacji wynika, że uznaje ona argument efektywności finansowej za ostateczny i rozstrzygający o kierunkach podejmowanych działań administracyjnych – to, że tanio i dużo decyduje. Inne argumenty, zwłaszcza te z obszaru wartości, relacyjności i etyki, znikają z pola widzenia.

W nawiązaniu do podejmowanego przez nas tematu chcielibyśmy zacytować dobrze ilustrujący to zagadnienie fragment wywiadu, jakiego udzielił francuski politolog Jacques Rupnik (publikacja kwiecień 2020 r., a więc już w dobie pandemii). W swojej wypowiedzi mówi on: „Francuscy aptekarze odkryli, że 100 proc. paracetamolu sprze-

dawanego we Francji jest produkowane w Chinach, nie mówiąc o maskach i kombinezonach. Taki system jest nie do utrzymania. [...]. Na pytanie dziennikarza: „Więc, dlaczego powstał?”, Jacques Rupnik odpowiada, odwołując się bezpośrednio do omawianego przez nas tematu. Jego odpowiedź brzmi: „Bo jest efektywny kosztowo”. A teraz widzimy, że efektywność kosztowa nie może być jedynym kryterium podejmowania decyzji gospodarczych, bo na dłuższą metę staje się to niebezpieczne. W tzw. normalnych czasach to jest fantastyczne. Kupujemy tam, gdzie jest najtaniej, i zamawiamy dokładnie na dzień, w którym coś będzie nam potrzebne. Tak robiliśmy przez parę dobrych dekad starej normalności. [...] Ale przede wszystkim osłabła już wiara, że rynek wszystko załatwi. Pandemia pokazała, jak bardzo jest to nieprawdą, jak ryzykowny jest system tworzony przez niekontrolowane rynki i jak ważne są dla nas usługi publiczne oparte na nierynkowych zasadach.

Tak więc z jednej strony przez całe dekady „starej normalności” społeczeństwo było przekonywane, że efektywność kosztowa jest najważniejszym kryterium „budowania systemu”, „wykonywania świadczeń”. Po czasie okazuje się, że jest to podejście niezwykle krótkowzroczne. Okazuje się, że „zasady nierynkowe” powinny znaleźć miejsce w myśleniu i podejmowaniu decyzji o zaspokajaniu potrzeb społecznych w zakresie ochrony zdrowia. Osoby kierujące się wyłącznie zasadami rynkowymi przyjmują pewien niezwykle uproszczony, wąski i jednoznaczny punkt widzenia, który pozwala im zazwyczaj z wyższością patrzeć na osoby uwzględniające szersze perspektywy jako „niewiedzące o co naprawdę chodzi” (naprawdę chodzi tylko o zysk i efektywność ekonomiczną jako jedyne kryterium) i kierujące się anachronicznymi, błędnymi przesłankami. Z przyjmowanego przez nie punktu widzenia jest wręcz niezrozumiałe i nieuzasadnione kierowanie się wartościami poza-ekonomicznymi. Jednak sytuacja kryzysu, sytuacji taka jak przytoczony przykład braku leków sprowadzanych z Chin lub kryzysu związanego z pandemią COVID-19 obnaża słabości systemu i ujawnia zagrożenia płynące z globalnej i lokalnej finansjalizacji. Z tego punktu widzenia system wartości oraz dominujących postaw osób podejmujących kluczowe decyzje, ich zasób wiedzy i szerokość perspektyw myślowych mają kluczowe znaczenie dla życia i przetrwania społeczeństw.

Antynomie klasycznej relacji terapeutycznej i podejścia biznesowego

W naszych poprzednich publikacjach [7, 8] omówiliśmy obszary konfliktowe na styku relacji terapeutycznej i postaw biznesowych, mające w naszej opinii znaczenie dla pełnego zrozumienia zagrożeń, jakie niesie ze sobą postępująca zmiana postaw terapeutów i lekarzy związana z funkcjonowaniem w kapitalistycznie transformującej gospodarce. Do tradycyjnych postaw lekarskich, sprzed epoki transformacji, zaliczamy: umiejętność tworzenia uczciwej relacji, budowanie zaufania, dbałość o rzetelność własnego wykształcenia i umiejętności zawodowych, indywidualne podejście do pacjenta, przejrzystość relacji terapeutycznej, dbałość o dobro pacjenta (o wynik leczenia) bardziej niż o własny wynik (zysk) finansowy, umiejętność i gotowość do podejmowania współpracy między specjalistami i ogólnie mówiąc *fair play* w pełnym zakresie działań zawodowych.

W zestawieniu z powyższymi wartościami należy wymienić ich biznesowe (po-transformacyjne) antynomie, do których zaliczymy: nawiązywanie transakcji biznesowej (w miejsce relacji), nieufność (jakże przydatna w biznesie) w miejsce zaufania, duże znaczenie przywiązywane do dobrej reklamy, nawet większe niż do rzetelności i samej jakości świadczonej usługi, wnioskowanie statystyczne w miejsce podejścia indywidualnego, rywalizację o jak najlepszą pozycję w grupie (np. lokalnych specjalistów) w miejsce współpracy i wymiany doświadczeń, zachowywanie tajemnicy (handlowej) w miejsce przejrzystości działania, dbałość o wynik finansowy w miejsce dbałości o dobro pacjenta, oraz generalną zasadę mówiącą, że: cel uświęca środki w miejsce *fair play*.

Jako przykłady zmian w tym zakresie można przytoczyć sytuacje, które zachodzą także na poziomie organizacji dostosowujących się do biznesowych warunków. W jednej z sieci poradni psychiatrycznych zaistniała sytuacja dobrze ilustrująca tego rodzaju przemiany. Osoba wykonująca prace psychoterapeuty udała się na dłuższe zwolnienie lekarskie w związku z problemami zdrowotnymi. Nieoczekiwanie dla niej samej i dla jej pacjentów poradnia nawiązała z osobami leczonymi kontakt, proponując „substytucję” terapii innym terapeutą/terapeutką na czas nieobecności nieobecnego specjalisty, z perspektywą powrotu do dotychczasowej terapii po powrocie ze zwolnienia osoby prowadzącej poprzednio terapię. Przykład ten może posłużyć do zilustrowania dwóch sposobów myślenia. W tradycyjnym systemie kontakt terapeutyczny jest relacją unikatową, jednostkową, jest spotkaniem dwóch osób. W związku z tym nie podlega „czasowej zamianie” na inną osobę, która wejdzie w taką samą relację, a potem ją zakończy i przywrócony zostanie kontakt z osobą, z którą relacja została nawiązana poprzednio. W modelu biznesowym takie zachowanie jest w pełni uzasadnione. Powstaje luka w dochodach związana z nieobecnością pracownika, którą należy wyrównać. Są dostępni klienci, którzy „należą” do poradni (a nie są w relacji z terapeutą/terapeutką), więc trzeba im podstawić wykonanie tych samych usług innym usługodawcą. Wpływ takiej sytuacji na przytoczone wyżej wartości jak zaufanie, rzetelność, jednostkowe traktowanie jest dość oczywisty. Zarówno osoby leczone, jak i specjalista wykonujący usługi dostrzegają w takiej sytuacji swoją wartość przedmiotową (przynoszenie zysku) jako jedyne kryterium swojej wartości.

Sytuacja epidemiczna w 2020 r. unaoczniała nam zakres i globalny charakter napięcia pomiędzy tymi dwoma obszarami układu społecznego: tradycyjnym i biznesowym. Uwidoczniło się to najmocniej w zróżnicowaniu postaw lekarzy, takich jak: wycofywanie się z kontaktów z pacjentami vs. działanie na pierwszej linii frontu, podtrzymywanie relacji terapeutycznych w imię dobra pacjenta vs. zrywanie ich w imię własnego bezpieczeństwa. Również narastanie wzajemnej nieufności - lęk przed transmisją wirusa i związany z tym złożony system wzajemnych zabezpieczeń (ankiet epidemiologicznych, pomiarów temperatury, używania środków ochrony osobistej, maseczek, przyłbic, kombinezonów przez lekarzy (np. psychiatrów) i pacjentów, którzy nigdy wcześniej tego nie robili) potęgował stan wzajemnej nieufności i wzajemnego zagrożenia.

Równocześnie miało miejsce rozbudzanie lęku i stymulowanie masowej wyobraźni poprzez codzienne medialne obwieszczenia statystyk wykrywalności i zgonów, projektowane na osobiste zagrożenie jednostki. Pojawiło się też, niespotykane wcześniej, wyraźne zróżnicowanie środowiska lekarskiego w zakresie możliwości utrzymania pracy w warunkach epidemii (np. niemal całkowite wyłączenie gabinetów stomatologicz-

nych) oraz promowanie, zwłaszcza przez decydentów, kontr-etycznego podejścia, głoszącego, że w warunkach epidemii cel uświęca środki.

Jako psychiatrzy zastanawiamy się, jak te psychospołeczne procesy przełożą się na ogólny poziom zaufania do systemu ochrony zdrowia i do przyszłych strategicznych decyzji organizacyjnych? Jakie odległe skutki dla ludzkich zachowań, w sensie populacyjnym, przyniesie promowanie postawy, głoszącej, że: „cel uświęca środki”? Jak w związku z powyższym będzie przebiegać rozkład proporcji ufność – nieufność pomiędzy lekarzami (świadczeniodawcami) a pacjentami (klientami systemu).

Anomia, czyli ryzyko „nowej normalności”

Koncepcja anomii (gr. a- = „bez”, nomos = „prawo”) została zaproponowana przez Emila Durkheima [3]. Wskazuje na uniwersalne zagrożenia, które pojawiają się w sytuacji niespójności systemów normatywnych, w okresach niepewności, braku jasnych celów społecznych, zwykle w czasach przemian społecznych i załamywania się porządku społecznego. W takiej sytuacji nie ma pewności, jakie reguły powinny być przestrzegane, gdyż dotychczas obowiązujące normy nie pasują do nowej rzeczywistości, a nowe nie są jeszcze ukształtowane. Prowadzi to do wzrostu liczby zachowań o charakterze dewiacyjnym i przestępczym. Ten stan może prowadzić do dezorganizacji społeczeństwa oraz do dezorganizacji jednostek, włączając w to zwiększone ryzyko zachowań przestępczych oraz samobójczych (samobójstwa anomiczne).

Jako psychiatrzy chcemy zwrócić uwagę na ryzyko nasilenia anomii w związku z tzw. „nową normalnością” w epoce po pandemii COVID-19. Czy w ogóle możliwe jest coś takiego jak nowa-normalność? Czy to określenie, jak wspomnieliśmy uprzednio, samo w sobie nie jest sprzeczne? Czy raczej nie pełni ono funkcji eufemizmu, pod którym kryje się raczej: a-normalność, analogiczna do durkheimowskiej anomii, czyli upadku normalności, załamania uznanych reguł?

Jeśli odpowiednio wcześniej nie zwrócimy uwagi na ryzyko powstania anomii w ramach a-normalności czy „nowej normalności”, to wkrótce może się okazać, że codziennie będziemy „zaskakiwani” informacjami o fali zachowań antyspołecznych, wykroczeń, przemocy domowej i instytucjonalnej, wznoszącej fali przestępstw oraz o rosnącej liczbie samobójstw. Dobrym przykładem może być eskalacja zamieszek, wandalizmu i przemocy w USA związana ze śmiercią aresztanta na skutek policyjnej przemocy, w szczytowym momencie pandemii koronawirusa.

Proces anomii może być jeszcze bardziej wzmocniany przez sprzeczne z zasadami i normami społecznym działania i wypowiedzi decydentów, polityków i liderów opinii, z których wynika, że doraźna efektywność jest ważniejsza niż stosowanie się do uzgodnionych struktur regulacyjnych (patrz: „cel uświęca środki”), przepisów prawa oraz przez systemową dewaluację autorytetów.

Przygotowanie się do przeciwdziałania społecznym skutkom anomii może, w naszej opinii, różnicować społeczeństwa na te, które sprostają odległym, o wiele groźniejszym niż wynikające z samej transmisji koronawirusa, psychospołecznym skutkom pandemii oraz te, które nie podążają temu zadaniu.

Dysonans poznawczy

Pojęcie dysonansu poznawczego odwołuje się do teorii opisanej przez Leona Festingera w latach 50. XX w. [5]. Dysonans poznawczy definiuje się jako stan nieprzyjemnego napięcia psychicznego pojawiający się u danej osoby wtedy, gdy jednocześnie występują dwa niezgodzące się ze sobą elementy poznawcze (np. myśli i sądy), np. zachowanie danej osoby jest niezgodne z deklarowanym przez nią systemem wartości.

Stan dysonansu wywołuje przykre napięcie psychiczne i motywuje jednostkę do podjęcia działań mających na celu złagodzenie tego przykrego napięcia. W skrajnych przypadkach w wyniku dysonansu poznawczego osoby, które pierwotnie robią coś bez przekonania, np. na polecenie innych, zwłaszcza nielubianych lub nieszanowanych osób, zaczynają wierzyć w sens tego działania, a nawet są w stanie to działanie polubić i uzasadnić je w przeszłości.

Z teorii dysonansu poznawczego wynika, że człowiek może przeżywać przykre napięcie związane z konstatacją: „co innego myślę, a co innego robię”. Z uwagi na fakt, że zachowania nie można łatwo zmienić, to zazwyczaj dostosowaniu ulegają postawy. Innymi słowy, osoby zaczynają naprawdę wierzyć w to, co robią, i robić to ze zdwojoną energią, nawet jeśli jest to złe lub pozbawione sensu, bo w przeciwnym razie, gdyby uświadomiły sobie ten bezsens lub zło, którego się dopuszczają, to i ich poczucie wartości i samoocena musiałyby ulec poważnemu załamaniu.

Wraz z nadejściem pandemii COVID-19 w przestrzeni społecznej zaczęło pojawiać się wiele odniesień do książki „Czarny łabędź” Nassima Nicholas Taleba (2010, wyd. polskie 2020). W skrócie fenomen „czarnego łabędzia” ma polegać na pojawieniu się zjawiska, które nie było spodziewane, nie było oczekiwane, a jednak zaistniało. Na poziomie konkretnym jest to nawiązanie do dawnego przekonania, że wszystkie łabędzie są białe, co, jak pokazuje historia, zostało zweryfikowane po odkryciu Australii, gdzie kolonizatorzy zobaczyli miejscowe łabędzie czarne (*Cygnus atratus*) [14]. Nagle więc okazało się, że nie wszystkie są białe, istnieją także czarne, co miałyby być właśnie tym zaskoczeniem i niespodzianką. W takim ujęciu wybuch pandemii, jej skutki, lock-down i okres izolacji miałyby być „czarnym łabędziem”, który zaskoczył światową społeczność. Czy rzeczywiście?

Skoro jesteśmy przy łabędziach, oddajmy głos ornitologowi. Z takim poglądem polemizuje prof. Piotr Tryjanowski, który pisze: „Niektórzy dziś zaczynają dostrzegać czarne łabędzie w prognozowaniu, nawet tam, gdzie zjawisko, jak w przypadku epidemii wirusów odzwierzęcych, wcale nie ma rzadkiego charakteru. Teraz, post hoc, zaczynają przyznawać nawet rację, że rzeczywiście problem jest, ale wcześniej był głęboko ukryty. Szkoda czasu na rozstrzyganie kwestii, kto i kiedy miał rację. Lepiej wyciągnąć z tej lekcji wnioski. Trudno przewidywalne zjawiska, rzadkie i ekstremalne, stają się coraz bardziej prawdopodobne. Wędrują po świecie niczym łabędzie. Zgodnie z odwieczną naturą rzeczy, ale także wspierane nowoczesnymi procesami globalizacyjnymi – transportem na wielkie odległości, miejskim, przegęszczonym trybem życia i wzrastającą liczbą potencjalnych interakcji”. Tak więc „czarny łabędź” epidemii nie jest zjawiskiem nieoczekiwanym, a więc metafora przestaje mieć swoje uzasadnienie.

Ladislav Kesner i Jiří Horáček w artykule opublikowanym w „British Journal of Psychiatry” w ramach Cambridge Coronavirus Collection mierzą się z tematem wyzwań, jakie pandemia stawia przed współczesną psychiatrią. W nawiązaniu do „ele-

mentu zaskoczenia”, wskazują oni, że pandemia COVID-19 nie jest zdarzeniem izolowanym na tle wcześniejszej ogólnie dobrej kondycji społeczeństw i jednostek. Nie powinna więc być zaskoczeniem. Podkreślają, że rozprzestrzenianie się pandemii koronawirusa potęguje i tak znaczne obciążenie psychiczne ogółu społeczeństwa spowodowane problemami globalnymi, mającymi wieloraki wpływ na większość. Już wcześniej społeczeństwa mierzyły się ze stopniowo narastającymi i coraz bardziej powszechnymi negatywnymi emocjami: lękiem, obawami, poczuciem bezradności w obliczu narastających problemów jak pogłębiające się nierówności ekonomiczne, katastrofalne skutki zmian klimatycznych, rozprzestrzenianie się różnych form ekstremizmu, takich jak terroryzm, nieoczekiwany wzrost autorytarnych tendencji w polityce, kryzys migracyjny oraz towarzyszący temu gwałtowny wzrost ksenofobii i polaryzacji społeczeństw. Skutki tych zmian nie sumują się po prostu, ale narastają wykładniczo.

Uważają oni także, że komentatorzy i naukowcy działający w obszarze nauk społecznych zwrócili uwagę na zachodzenie tych problemów, jednak psychiatria nie uwzględniła jeszcze w wystarczającym stopniu tego, w jaki sposób na zdrowie psychiczne wpływa presja spowodowana gwałtownie narastającymi problemami i zagrożeniami stojącymi przed globalnymi społecznościami. Nie uwzględnia także dostatecznie tego, w jaki sposób indywidualne zdrowie psychiczne jest dynamicznie ograniczane i w jaki sposób wpływa na nie interakcja między poszczególnymi umysłami i mózgami, które oddziałują na siebie we wspólnej przestrzeni społecznej. Przyjęty model psychiatrii skupiający się na indywidualnych problemach i chorobach mózgu będzie ich zdaniem coraz bardziej niezdolny do radzenia sobie z wyzwaniami wprowadzonymi przez niekorzystne zmiany o powszechnym charakterze.

W świecie postrzeganym jako zmienny, nieprzewidywalny i wypełniony zagrożeniami dla egzystencji coraz większa liczba indywidualnych przypadków lęku i zaburzeń nastroju i rozmaitych zaburzeń psychicznych jest przyczynowo związana z szeroko rozumianym przekazem medialnym i z przekazywanymi negatywnymi uczuciami i emocjami związanymi z radzeniem sobie z zagrożeniami. Psychobiologiczne czynniki etiologiczne zaburzeń lękowych i zaburzeń nastroju należy rozumieć w nowy sposób, jako pojawiające się również właśnie na poziomie społeczno-środowiskowym, a nie wyłącznie na poziomie genetycznym, molekularnym czy neuronalnym.

W konsekwencji należy uznać, piszą cytowani autorzy, że negatywne doświadczenia społeczne w coraz większym stopniu wynikają nie tylko z indywidualnych doświadczeń życiowych poszczególnych osób, ale są tworzone przez społecznie transmitowane negatywne treści psychiczne. Bezprecedensowy wzrost łączności między ludźmi za pomocą Internetu, komunikacji elektronicznej, a przede wszystkim wpływ mediów społecznościowych może odgrywać główną rolę w rozpowszechnianiu negatywnie waloryzowanych wiadomości i w pogłębianiu wpływu obiektywnie istniejących problemów na zdrowie psychiczne.

Wspólnym mianownikiem wszystkich wyżej wymienionych obciążeń społecznych, z których ostatnim i najbardziej dramatycznym wydarzeniem jest pandemia COVID-19, jest zwiększony poziom niepewności, jaki one stwarzają. Trudność, którą niesie doświadczanie niepewności, jest bardzo istotnym czynnikiem leżącym u podstaw rozwoju różnych zaburzeń: lękowych, nastroju i psychotycznych, a także niewłaściwych stylów radzenia sobie z nimi (obrony psychologicznej, takiej jak mechanizm unikania, postrzegania uciążliwości, agresji oraz samobójstwa). Z drugiej strony fakt, że lęk i stres

mogą ułatwiać i przyspieszać rozwój nowych, adaptacyjnych stylów radzenia sobie z negatywnymi zdarzeniami, otwiera możliwości skutecznych interwencji zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym.

Jako psychiatrzy zastanawiamy się, czy po pandemii koronawirusa uda nam się w wymiarze społecznym rozwiązać szereg dylematów związanych ze zjawiskiem dysonansu poznawczego? Jak to się stało, że pandemia, która dotknęła nie więcej niż promil ludności świata, a tylko dla małego odsetka tego promila przyniosła poważne skutki zdrowotne, stała się jednocześnie usankcjonowanym administracyjnie powodem do egzystencjalnego, finansowego i psychicznego zdegradowania nieporównywalnie większej populacji? Jak to się stało, że niekwestionowane autorytety w dziedzinie zdrowia publicznego jak WHO czy krajowe ministerstwa zdrowia, towarzystwa epidemiologiczne etc., systematycznie wydawały sprzeczne, a częstokroć nedorzeczne zalecenia? Jak to się stało, że z dnia na dzień światowe media zdecydowały się przekierować uwagę widzów i słuchaczy z afirmacji życia i stałego rozwoju na tabu umierania i stałego zagrożenia, odliczając skrupulatnie kolejne zgony i tworząc, równoległe do pandemii, medium światowej infodemii i fake-newsdemii.

Z psychospołecznego punktu widzenia procesy informacyjne i komunikacyjne żyją teraz własnym życiem, pustosząc emocje i wyobraźnię milionów ludzi. Jak to się stało, że prominentni politycy, ludzie, którzy odpowiadają organizacyjnie za nasze życie, zdrowie, i bezpieczeństwo, tak łatwo i nagminnie (nie tylko w Polsce) pozwolili się oszukiwać nieautoryzowanym dostawcom beзуżytecznego sprzętu medycznego?

Czy uda nam się o tym wszystkim zapomnieć? Czy raczej, zgodnie z koncepcją dysonansu, uwierzymy, że to była jedyna słuszna droga, nasze działania miały głębszy sens i zakończyły się sukcesem? Przecież wiemy, że system poznawczy człowieka działa tak, by znaleźć uzasadnienie dla doświadczanych obaw i lęków, nadać sens stratom i porażkom. Ludzie dopasowują obraz świata do tego, jak się w danym momencie czują i co robią.

Z powyższego założenia wynikają też inne, bardziej praktyczne implikacje. Na przykład, jeśli wszyscy na ulicach i w sklepach będziemy przewlekle nosić maseczki, to tym bardziej będziemy przekonani o zakaźności, wszechobecności i szkodliwości koronawirusa, a także coraz mocniej wprzęgani w spiralę lęku i dystresu. To oczywiście nie jest zachęta do zrzucania maseczek, a jedynie zwrócenie uwagi na fakt, że każda tego typu decyzja, z pozoru tylko doraźna i uzasadniona epidemicznie, powinna być przeanalizowana w szerszym kontekście psychospołecznym, w ramach profilaktyki odległych i powiązanych z nią skutków zdrowotnych.

Postprawda i postczłowiek

Postprawda (ang. *post-truth*) to sytuacja, w której fakty są mniej istotne w kształtowaniu opinii publicznej niż odwołania do emocji i osobistych przekonań [1]. W kreowaniu postprawdy kluczową rolę odgrywają media oraz osoby pełniące ważne funkcje publiczne, polityczne, i kulturowe. Postprawda odwołuje się wprost do koncepcji populizmu, neguje potrzebę argumentacji w dyskursie publicznym, promuje postawy cyniczne i dewalujące tradycyjne wartości (np. prawdę, uczciwość, rzetelność). W miejsce idei i realnych pomysłów, postprawda wprowadza grę na emocjach i tanią

sensację. Życie w epoce postprawdy skutkuje tym, że kłamstwo staje się naturalnym elementem przekazu, a kłamca żyje w przekonaniu, że za kłamstwa nie można go obwiniać. Ralph Keyes w swojej książce „The Post-Truth Era: Dishonesty and Deception in Contemporary Life” [10] twierdzi, że prawdziwy problem pojawia się wtedy, gdy „ktoś mówi, co tylko jest wygodne w danej chwili, nie zważa na prawdę i nie przyznaje się do tego nawet przed sobą”.

Jako psychiatrzy zastanawiamy się, jak zanurzenie ludzkiej świadomości w oceanie postprawdy, wylewającym się z mediów, reklam, Internetu, licznych psychologizujących i filozofujących webinarów oraz „pandemia samozwańczych autorytetów” ukształtują świadomość społeczną, jakość relacji międzyludzkich, poziom relacji terapeutycznych, a nawet tożsamość i metodologię samej psychiatrii. Czy w świetle opisanej uprzednio zmiany zachowań i postaw przystosowawczych związanych z pandemią możemy mieć nadal zaufanie do obiektywizmu diagnozy psychiatrycznej (np. w zakresie lęku społecznego, nerwicy natręctw)? Czy zaburzenia psychiczne rozpoznawane po pandemii koronawirusa będą dokładnie takie same jak przedtem, czy może w jakiś szczególny sposób wymodelowane przez nią, zgodnie z paradygmatem „nowej normalności” i modnym założeniem, że pandemia zmieniła wszystko? I wreszcie, w jakim stopniu my sami jako psychiatrzy poddajemy się pokusie konformizmu i wpisujemy w narrację postprawdy? Od razu śpieszymy z wyjaśnieniem, że nie znamy odpowiedzi na wszystkie wymienione pytania, tym samym pozostawimy je w sferze retorycznej.

Ostatnia obawa, którą chcemy podzielić się z czytelnikami, jest sumą wszystkich poprzednich obaw. Dostrzegamy bowiem ryzyko wzajemnego nakładania się i wzmacniania oddziaływań na jednostkę opisanych powyżej globalnych procesów społecznych: finansjalizacji, społecznej anomii, dysonansu społecznego i postprawdy. Brak refleksji nad tą synergią, może w naszej ocenie prowadzić do wzmocnienia ewolucji społeczeństwa w kierunku, który można określić jako postludzki czy posthumanistyczny [4]. W sensie jednostkowym taki postczłowiek kierowałby się w życiu, prostym rachunkiem ekonomicznym, preferował skuteczne, nawet jeśli byłyby brutalne, metody rozwiązywania konfliktów, a przy tym głęboko wierzył w to, co robi, i nadawał temu pozytywne znaczenie. Jeśli pandemia COVID-19 pozwoli nam zatrzymać się na moment i podjąć refleksję na temat powyższego zagrożenia, to może okazać się, że ujęta w przysłowiu staropolska antynomia: „Nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło” znów okaże się prawdziwa.

Bibliografia

- [1] Biesecker B. A., *Guest Editor's Introduction: Toward an archaeogenealogy of post-truth*, Philosophy & Rhetoric, 2018, vol. 51, nr 4, s. 329-341.
- [2] Dembinski P. H., *Finance: servant or deceiver? Financialisation at the crossroad*, Basingstoke 2009.
- [3] Durkheim E., *Samobójstwo : studium z socjologii*, Warszawa 2006.
- [4] Fukuyama F., *Koniec człowieka : konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, Kraków 2004.
- [5] Hock r. r., *40 prac badawczych, które zmieniły oblicze psychologii*, Gdańsk 2003.
- [6] Jabłoński M. J., Matuszczyk M., Samardakiewicz M., *Różnorodność zachowań lekarzy wobec pacjentów w warunkach finansjalizacji systemu opieki zdrowotnej. Badanie ankietowe*, Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2019, t. 19, nr 2, s. 113-128. doi: 10.15557/PiPK.2019.0012
- [7] Jabłoński M. J., Murawiec S., Bielas J., Jach r., Pilecki M. w., *Finansjalizacja wpływa na jakość relacji terapeutycznej w psychoterapii*, Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2015, t. 15, nr 1, s. 13-18. doi: 10.15557/PiPK.2015.0002

- [8] Jabłoński M. J., Pilecki M. w., Murawiec S., Bielas J., Rachel w., Jach r., *Nowe zagrożenia dla psychoterapii w Polsce po transformacji ustrojowej lat 80. XX wieku*, *Psychiatria*, 2014, t. 11, nr 2, s. 81-86.
- [9] Kesner L., Horáček J., *Three challenges that the COVID-19 pandemic represents for psychiatry*. *British Journal of Psychiatry*, 2020, vol. 217, nr 3, s. 475-476. doi: 10.1192/bjp.2020.106
- [10] Keyes r., *The post-truth era: dishonesty and deception in contemporary life*, New York 2004.
- [11] Martin r., *Financialization of daily life*, Philadelphia 2002.
- [12] Taleb N. N., *The black swan*, 2nd ed., New York 2010.
- [13] Taleb N. N., *Czarny łabędź : jak nieprzewidywalne zdarzenia rządzą naszym życiem*, Poznań 2020.
- [14] Tryjanowski P., *Metafory forecastingu : zróżnicowanie łabędzi*, [dokument elektroniczny] <https://wszystkoconajwazniejsze.pl/prof-piotr-tryjanowski-metafory-forecastingu-zroznicowanie-labedzi/> [dostęp: 08.08.2020].
- [15] Żakowski J., *Jaka będzie nowa normalność? Wywiad z Jacquesem Rupnikiem*, *Polityka*, 2020, nr 16 (3257), s. 23-25.

Pandemia COVID-19, czyli zdrowie publiczne jako nie-nauka

Doświadczenie pandemii mocno nadwyrężyło zasady, na których opierało się funkcjonowanie zdrowia publicznego rozumianego jako zapobieganie chorobom i dbałość o zdrowie całych społeczności. Wiedza o tym, jak zapobiegać chorobom powinna, pochodzić od ekspertów i ze źródeł wiedzy uznanych za wiarygodne i udokumentowane w sposób zgodny z naukowymi standardami dochodzenia do prawdy. Tymczasem sposób radzenia sobie z pandemią COVID-19, jaki obserwowano w wielu państwach na świecie, przeczy tym zasadom. W rozdziale zostaną zaprezentowane przykłady wdrażania postępowania rzekomo służących walce z epidemią, a niemające wystarczającego uzasadnienia naukowego. Przykład pandemii koronawirusa pokazuje, że dotychczasowe normy leczenia i zapobiegania w medycynie znane jako zasady *evidence-based medicine* zostały zawieszono. Stan wyjątkowy, który pojawia się w porządku publicznym, przenika do norm myślenia o zdrowiu publicznym w taki sposób, że naukowe kryteria o skuteczności leków czy nefarmakologicznego zapobiegania chorobom zakaźnym i ustalania ryzyka zdrowotnego przestają obowiązywać.

Tekst ten pisany jest w drugiej połowie października i listopadzie 2020 r., kiedy dość radykalnie zmieniło się postrzeganie pandemii COVID-19 w Polsce w porównaniu do tego, co sądzono o sytuacji zdrowotnej w naszym kraju jeszcze przed wrześniem tego roku. Liczba przypadków z pozytywnym wynikiem testu przekracza liczbę 20 tys. dziennie. Pierwsza fala zachorowań wczesną wiosną była stosunkowo niewielka w porównaniu do nasilenia epidemii w krajach zachodnich, ale była powodem wdrożenia obostrzeń porównywalnych lub większych od tych, które wdrożono na zachodzie Europy. Wówczas wiedza o nowej chorobie była dosyć nikła i pochodziła ze stosunkowo nielicznych publikacji. Zastanawiano się wtedy, jakie jest uzasadnienie dla przedsięwziętych środków zapobiegawczych takich jak powszechne stosowanie masek, zalecenia respektowania dystansu społecznego dla wszystkich czy wreszcie zakazu wstępu do lasów.

Nagie życie

Zdrowie publiczne chyba po raz pierwszy w XXI w. zostaje skonfrontowane z zagrożeniem o takim wymiarze, który trudny jest dla specjalistów zdrowia publicznego do zmierzenia czy dokładniejszego ustalenia. Alarmujące doniesienia z Chin z prowincji

Hubei, którym towarzyszyły wymowne nagrania, sprawiły, że atmosfera, w której relacjonowano nową chorobę, była pełna sensacji i niepokoju. Wkrótce po dotarciu epidemii na Stary Kontynent Europejczycy zobaczyli w mediach dramatyczne relacje z włoskiego Bergamo, gdzie ulice zapełniały sznury wojskowych ciężarówek wypełnionych trumnami. Media podsycaly nastroje regularnymi sprawozdaniami o liczbie zakażonych i zgonów. W efekcie zagrożenie epidemią w Polsce i innych krajach stało się w odczuciu społecznym bardzo realne.

Wprowadzone w Chinach restrykcje i ograniczenia w przemieszczaniu się dla ludzi potęgowały wrażenie, że choroba z pewnością musi być groźna i najpewniej skala działań prewencyjnych jest uzasadniona. Jednak, kiedy podobne obostrzenia wprowadzono w najbardziej dotkniętych zakażeniami rejonach Włoch, nie wszyscy przyjęli działania rządu ze zrozumieniem. Głośnym echem odbiła się opinia włoskiego filozofa Giorgio Agambena na temat nadmiernej reakcji rządu wobec zagrożenia epidemicznego, który uważał, że epidemia COVID-19 nie różni się zbyt wiele od „zwykłej” sezonowej grypy [3]. Autor trylogii „Homo Sacer”, której drugi tom stanowi dzieło zatytułowane „Stan wyjątkowy”, właśnie przy okazji restrykcji rządowych przywołał koncepcję stanu wyjątkowego jako paradygmatu władzy państwa wykraczającej poza ustanowione prawo. W sposób zdecydowany sprzeciwił się ograniczaniu wolności w przemieszczaniu się, wolności zgromadzeń, zamknięciu szkół i przedszkoli czy szeregowi innych regulacji łącznie z przymusową kwarantanną [2]. Jego zdaniem wymiar moralny i polityczny konsekwencji działań rządów związanych z epidemią powinien być rozpatrywany w oddzieleniu od analiz nad zagrożeniem zdrowotnym wynikającym z zakażenia patogenem. Obecne działania rządów dyktowane są przeświadczeniem, że społeczeństwa są gotowe poświęcić dla ratowania życia wszystko, co wiązało się ze zwykłymi aktywnościami tego właśnie życia. Pozostaje wówczas tylko „nagie życie”, jako najwyższy priorytet we wszystkich decyzjach podejmowanych w polityce zdrowia publicznego [1]. To, co tracimy w wyniku obsesyjnego lęku o przeżycie, jest wszystkim, co nadaje ludzki i pozytywny wymiar naszej egzystencji: kontakty międzyludzkie, wyjście z domu, możliwość wykonywania pracy.

Ryzyko

Głównym uzasadnieniem dla dramatycznego ograniczenia aktywności miało być zagrożenie masowymi zakażeniami i następnie śmiercią. Media natychmiast wypełniły się spekulacjami o śmiertelności z powodu COVID-19, która miała być kilkanaście razy większa w porównaniu do grypy. Pojęcie zagrożenia w zdrowiu publicznym, kiedy nowe narażenie dotyka nagle całych populacji, wymaga niejako na nowo zdefiniowania i opisanie. Okazuje się to jednak w przypadku choroby zakaźnej takiej jak COVID-19 wywołanej nowym wirusem SARS-CoV-2 osobnym przedsięwzięciem badawczym. Politycy i media nie za bardzo pozwolili, żeby analiza tego ryzyka dokonała się na zasadach naukowej rzetelności i obiektywizmu. Uznano, że wystarczy przeświadczenie o tym, że nowa choroba stwarza zagrożenie większe niż grypa sezonowa. Wszelkie próby bardziej krytycznej analizy zjawiska uważano za nieodpowiedzialne właśnie z tego powodu, że bagatelizowanie zagrożenia naraża na ryzyko całe społeczeństwo. A właśnie ryzyko jest jednym z kluczowych pojęć w epidemiologii. Oznacza prawdo-

podobieństwo wystąpienia danego zdarzenia zdrowotnego w populacji o danej charakterystyce w sytuacji narażenia na określony czynnik. Jednym z pierwszych badaczy, który podjął próbę systematycznej oceny ryzyka zgonu z powodu COVID-19, był naukowiec związany z Uniwersytetem Stanforda, zasłużony w dziedzinie propagowania tzw. medycyny opartej na dowodach i krytycznej oceny dowodów w medycynie klinicznej. Oszacował on ryzyko zgonu w populacji osób bez chorób towarzyszących w wieku poniżej 65 lat na takie, które jest porównywalne z ryzykiem zgonu w tej populacji z powodu wypadku komunikacyjnego [20]. Rozumienie ryzyka ma zwykle sens wtedy, kiedy się je porówna z innym, lepiej znanym zagrożeniem. Było to jednak trudne, gdyż określenie śmiertelności z powodu COVID-19 nastęrczało początkowo sporo trudności i mocno je przeszacowywano, nie dokonując nawet rozróżnienia między śmiertelnością wśród zakażonych wirusem a śmiertelnością wśród potwierdzonych klinicznie przypadków z objawami infekcji. Oczywiście w tym pierwszym przypadku śmiertelność była wyższa i szacowano ją zwykle poniżej 5% w okresie 30 dni od dodatniego wyniku potwierdzającego zakażenie w populacji poniżej 80 lat [25]. Kiedy jednak pojawiły się pierwsze badania dotyczące rozpowszechnienia zakażeń również w populacji bezobjawowej, głównie w oparciu o badania obecności przeciwciał, wyliczony wskaźnik śmiertelności wśród zakażonych był znacznie niższy i w populacji osób poniżej 70 lat wyniósł 0,05% [19]. Dla porównania śmiertelność w przypadku świńskiej grypy na podstawie danych z pandemii 2009 r. wyniosła 2,9% w populacji osób z objawami, a tylko 0,02% wśród osób z potwierdzonym zakażeniem [5].

Różnica w postrzeganiu zagrożenia będzie zależna od tego, którego wskaźnika użyjemy w komunikowaniu zagrożenia: wskaźnika śmiertelności wśród przypadków choroby potwierdzonej objawami czy wskaźnika śmiertelności wśród osób z dodatnim wynikiem testu potwierdzającego zakażenie. Ryzyko zgonu z powodu choroby zakaźnej w populacji ogólnej w sensie matematycznym będzie iloczynem dwóch prawdopodobieństw: bycia zakażonym oraz zgonu z powodu zakażenia. Oba ryzyka są wysoce zmienne i zależą od wieku, aktywności społecznej i zawodowej (liczby kontaktów społecznych) czy towarzyszących chorób. Na przykład w jednym z badań ryzyko zakażenia wśród personelu medycznego było ok. 11 razy większe w porównaniu do ryzyka w populacji ogólnej, w której wyniosło 0,33% w okresie 30 dni [24]. Wyliczone ryzyko zgonu czy hospitalizacji zależy od przyjętych założeń co do rozpowszechnienia zakażeń i jest ono większe ok. 3 razy, jeśli źródłem zakażenia jest członek rodziny (większa ekspozycja) i wynosi ono dla osoby w wieku od 40 do 49 lat w okresie 90 dni 2,56 lub 0,74 przypadków zgonów na 100 tys. osób, odpowiednio dla kontaktu w gospodarstwie domowym lub poza nim [6]. Ryzyko zdrowotne oczywiście będzie większe w okresie narastania fali zachorowań.

Jednocześnie od lata 2020 r. widać wyraźnie spadek śmiertelności z powodu COVID-19, którego przyczyny nie do końca są jasne i mogą obejmować rosnącą odporność populacji czy też poprawiające się sposoby leczenia [15]. Liczby te nie są łatwe do konceptualizacji i często przekazywane były przez władze w taki sposób, że wyolbrzymiały zagrożenie, zwłaszcza to związane z przebywaniem poza domem. Sposób komunikacji tego ryzyka nie spełniał kryteriów, jakie obowiązują przy transparentnym i budzącym zaufanie raportowaniu dowodów naukowych dla nieprzygotowanych odbiorców [7]. Przy komunikowaniu zagrożenia nie używano liczb, pomijano obszary niepewności oraz nie wyjaśniano, na czym dokładnie polega komunikowane zagrożenie.

Ryzyko w mediach i w ustach polityków funkcjonowało na zasadzie „wszystko albo nic”: jest duże albo go nie ma. Być może dlatego przyjęto za oczywiste, że owo „duże ryzyko” jest nieakceptowalne w sensie społecznym. Tymczasem analizy umieralności ogólnej przeprowadzone retrospektywnie za okres kilku dziesięcioleci wstecz wskazywały co prawda na zwiększenie częstości zgonów w 2020 r. w różnych krajach, ale były w niedawnej przeszłości inne epidemie lub zjawiska zdrowotne, z powodu których natężenie zgonów wzrastało w sposób bardziej nasilony w porównaniu do średniej z przeszłości tak jak np. w czasie epidemii grypy w 1969 r. czy we Francji podczas fali upałów w 2003 r. [16]. Dlaczego brakuje gotowości do uznania ryzyka związanego z COVID-19 za w pewien sposób „naturalne” i nieodłączne od natury świata, w jakim żyjemy?

Maski

W powszechnej świadomości nie ma chyba bardziej oczywistego sposobu dla zapobiegania epidemii niż noszenie maseczek. Początkowo nie było to oczywiste, a wiele komunikatów oficjalnych instytucji czy nawet ówczesnego polskiego Ministra Zdrowia prezentowało paradygmat obowiązujący do początków 2020 r.: maseczki nie zapobiegają wirusowym zakażeniom dróg oddechowych wśród osób zdrowych i rekomendowane są jedynie osobom chorym. Jednak w pewnym momencie, najpewniej w wyniku doniesień głównie o charakterze badań korelacyjnych (ekologicznych) sugerujących, że w krajach o większym rozpowszechnieniu stosowania maseczek jest mniej zachorowań, wystosowano rekomendację ich powszechnego stosowania w większości krajów w tym również w Polsce. Według UpToDate, popularnego portalu dla klinicystów prezentującego praktyczne informacje o interwencjach terapeutycznych w oparciu o wiarygodne dane naukowe, stosowanie maseczek dla zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 jest poparte tylko pośrednio (sic!) dowodami naukowymi („The use of masks to provide source control and reduce transmission in the community is supported by indirect evidence”) i przytacza jedynie badania mechanistyczne oraz pojedyncze nieeksperymentalne badania epidemiologiczne pokazujące ochronny efekt stosowania masek [31]. Jak wiadomo, dowodami o największym znaczeniu są badania eksperymentalne z randomizacją wśród ludzi oraz ich systematyczny przegląd z oceną wyników przy pomocy metod metaanalizy. W listopadzie tego roku po kilku nieudanych próbach publikacji w czasopismach naukowych będących najwyższej w rankingu pod względem cytowań ukazało się pierwsze badanie randomizowane oceniające skuteczność masek w zapobieganiu zakażeniom wirusem SARS-CoV-2, w którym losowo zalecano stosowanie maseczek w grupie ok. 6 tys. osób, które spędzały poza domem co najmniej 3 godziny dziennie. Połowie osób z grupy interwencyjnej wydano do noszenia 50 masek chirurgicznych, a w obu grupach, interwencyjnej i kontrolnej zalecano stosowanie dystansu społecznego. W wynikach tego duńskiego badania, przeprowadzonego w maju tego roku, stwierdzono jedynie znikome zmniejszenie ryzyka zakażeń, tj. o 0,3% (!) bez uzyskania istotności statystycznej tego efektu ($p=0,38$) [9]. Wyniki tego badania przyjęto ze sporą rezerwą, zarzucając mu pewne metodologiczne niedociągnięcia, m.in. zbyt małą liczebność próby. Jednak te negatywne wyniki nie powinny być zaskoczeniem, gdyż metaanalizy wielu wcześniejszych badań eksperymentalnych w odniesieniu do wirusa grypy czy innych wirusowych zakażeń górnych dróg oddechowych

również nie potwierdzają skuteczności masek chirurgicznych czy materiałowych [21]. Wzorcowym dowodem na skuteczność interwencji środowiskowej w zakresie zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń byłyby wyniki badania eksperymentalnego, gdzie losowo dobierany byłby rejon (*cluster randomised trial*), w którym zostałyby zalecone maski, i wyniki byłyby porównywane względem innego rejonu nie stosującego masek, podobnym pod względem głównych cech demograficznych. Takie właśnie badanie jest obecnie zarejestrowane i prowadzone w Gwinea Bissau, małym państwie w Zachodniej Afryce, a jednostką podlegającą losowaniu jest wieś (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT04471766>). Sam fakt, że ważne badanie z perspektywy sposobu funkcjonowania całych społeczeństw krajów rozwiniętych (noszenie masek na co dzień) jest realizowane w takim peryferyjnym kraju jest znaczący.

Lockdown

Inną szeroko komentowaną i kontrowersyjną metodą przeciwdziałania epidemii jest lockdown, czyli zamknięcie czy zatrzymanie wszelkiej aktywności w zasadzie wszystkich członków społeczeństwa oprócz tych pracujących w kluczowych sektorach takich jak np. zdrowie czy produkcja i dystrybucja żywności. Motywacją dla takiej strategii było przerwanie łańcucha zakażeń poprzez brak możliwości kontaktów między podatnymi osobami. Używano wielu innych uzasadnień takiego działania m.in. dla tzw. „spłaszczenia krzywej zakażeń” w celu ochrony systemu opieki medycznej przed zbyt dużym napływem chorych lub po prostu dla wykorzystania zyskanego czasu do przygotowania systemu opieki zdrowotnej.

Jeśli jednak można uznać skuteczność takich metod jak ograniczanie zgromadzeń czy zamykanie granic w zmniejszaniu wskaźnika reprodukcji zakażeń, to nie ma dowodów na to, że taka strategia obniża umieralność ogólną [17]. Zebrane dane z krajów, które stosowały lockdown podczas pierwszej wiosennej fali zachorowań, pokazują, że strategia ta nie wpływa na umieralność ogólną, natomiast zależy ona w znaczącym stopniu od dochodu narodowego, rozpowszechnienia otyłości, palenia papierosów oraz liczby pielęgniarek [12]. Długie i powtarzane wdrażanie strategii lockdown wydaje się kompletnie niezrozumiałe. To, co wiemy o skutkach izolacji społecznej i bezrobocia, wystarczy, żeby poddawać w wątpliwość rzekome zdrowotne korzyści wynikające z lockdownu. Samotność i brak kontaktów społecznych zwiększa ryzyko depresji i pogarsza przebieg chorób sercowo-naczyniowych [29]. Utrata pracy wiąże się z około dwukrotnym zwiększeniem ryzyka zgonu [28].

Poza tym nie istnieją żadne dobrej jakości raporty szacujące możliwe niezamierzone skutki zdrowotne ograniczonego dostępu do służby zdrowia, takie jak efekty opóźnionej diagnostyki onkologicznej czy przekładanie planowych zabiegów chirurgicznych, które byłyby podstawą racjonalnych decyzji o wyłączeniu z aktywności całych regionów czy państw. Wyliczenie takich konsekwencji jest obarczone sporym marginesem niepewności, ale nawet przy szacunkowym wyliczeniu liczby zgonów związanych z bezrobociem, depresją i innymi chorobami przewlekłymi należy stwierdzić, że podtrzymywanie strategii lockdownu przestaje mieć uzasadnienie w prostym rachunku zysków i strat liczonym w zgonach [30]. Sytuacja w Polsce pokazuje, że nasilony wzrost zgonów obserwowany w listopadzie tylko w części da się wytłumaczyć zgonami z powodu

COVID-19. Według serwisu Medonet w sumie w ciągu dwóch tygodni listopada (2-15.11) zmarło w Polsce 25 509 osób, w tym klasyfikowanych z powodu COVID-19 lub współistnienia COVID-19 z innymi chorobami zmarło 4567 osób. Oznacza to, że z powodu innych chorób zmarły 20 942 osoby. Rok wcześniej, w tym samym okresie odnotowano 15 244 zgony, co sprawia, że mamy do czynienia z nadwyżką zgonów, w której połowa to przyczyny niezwiązane z COVID-19. Deklaracja Great Barrington Declaration (<https://gbdeclaration.org/>), krytykowana w chwili ogłoszenia w dniu 2 października 2020 r. za rzekome promowanie idei odporności populacyjnej, może być teraz postrzegana jako głos naukowców, którzy ostrzegali przed tym, co się właśnie wydarza: niezamierzone skutki lockdownu są większe niż korzyści wynikające z „przerwywania łańcucha zakażeń” [10]. Ostatnio opublikowane badania na temat skuteczności kwarantanny jako sposobu na zatrzymanie pandemii pokazują, że działa ona w ograniczonym stopniu. Badanie przeprowadzone w ośrodku szkoleniowym dla rekrutów amerykańskiej piechoty morskiej pokazało, że w reżimie ścisłej kwarantanny obejmującej dystans społeczny i stosowanie masek nie udaje się w pełni zatrzymać transmisji wirusa [22]. Z kolei wyniki olbrzymiego przedsięwzięcia badawczego przeprowadzonego w okresie po lockdownie nie potwierdzają obaw, że tzw. bezobjawowi zakażeni stają się zagrożeniem dla innych w okresie po fali epidemii [11]. W badaniach przesiewowych całej populacji Wuhan, prawie 10 mln osób (sic!), wykryto jedynie 300 bezobjawowych przypadków z dodatnim wynikiem testu oraz wykluczono zakażenie wśród 1 174 bliskich kontaktów tych osób.

Nauka

Przytoczone obserwacje i wyniki publikacji naukowych pokazują złożoność zjawisk składających się na obraz pandemii i być może wskazują na potrzebę poszukiwania nowej, koniecznie naukowej perspektywy do jej lepszego zrozumienia, szczególnie w świecie zachodnim [14]. Brak przejrzystej komunikacji, wykluczające się często zalecenia oraz wyświechtane sformułowania o „obostrzeniach” powodują erozję zaufania społeczeństwa do rządzących, do nauki i do samych lekarzy [8]. Polska była jednym z nielicznych krajów, gdzie zaufanie w sprawach związanych z epidemią było większe do rodziny niż do lekarzy. W ostatnim czasie polscy pacjenci masowo nie zgadzali się na wykonywanie testów PCR w kierunku wirusa SARS-CoV-2 z obawy przed kwarantanną, która była postrzegana jako utrudnienia życia zawodowego i rodzinnego z racji restrykcyjnego zakazu wychodzenia z domu i kontroli jego przestrzegania przez policję. Paradoks polega zatem na tym, że polscy pacjenci nie widzieli potencjalnej korzyści zdrowotnej w związku z uzyskaniem wyniku badania, mimo że polityka masowego testowania była uznawana za najskuteczniejszy oręż w walce z pandemią. Samo rozumienie roli testowania w pandemii również podlegało zmianom po tym, jak opisano ograniczenia testów molekularnych czy antygenowych pod postacią ich nie do końca zadowalającej czułości [23]. Ten swoisty dysonans i informacyjny chaos obecny był również w komunikacji między naukowcami a politykami, którym nie udało się podjąć konstruktywnego dialogu, a duża część działań zapobiegawczych podejmowana przez polityków odbywała się bez większych konsultacji z naukowcami, którzy nie byli w stanie zarekomendować skutecznych interwencji [18].

Jednocześnie w opinii samych naukowców wdrożone przez rządy regulacje nie uwzględniały aktualnych naukowych stanowisk w sprawie pandemii [26]. Sami naukowcy przyznawali jednak, że wraz z kolejnymi badaniami nad pandemią byli zmuszeni zmieniać swoją opinię w dość kluczowych sprawach, takich jak wiarygodność modeli matematycznych pandemii, sposoby transmisji wirusa czy znaczenie otwarcia szkół dla rozwoju epidemii, i sugerowali, że im bardziej w zdecydowany sposób ktoś się wypowiada w sprawie COVID-19, tym mniej mu należy ufać [13].

Wydaje się, że postawa nacechowana pokorą i cierpliwym wyczekiwaniem na wyniki badań nad strategiami działania byłaby najwłaściwsza dla naukowego podejścia do pandemii. Jednak politycy odpowiedzialni za zdrowie publiczne takiej postawy nie mieli. Biorąc pod uwagę, że media i opinia publiczna oczekiwały od polityków działania, to działali, ale w sposób doraźny i bez głębszego zrozumienia tego, co dane działanie może dobrego lub złego przynieść. To, jak ewoluowała praktyka leczenia COVID-19, przejdzie do podręczników historii ponowoczesnej medycyny, również z winy specjalistów zdrowia publicznego. Jest to powtórzenie wszystkich błędów nauk medycznych, które poprzedziły ustanowienie zasad medycyny opartej na dowodach. Negatywne wyniki dobrze przeprowadzonych badań klinicznych po kolei rugowały kolejne leki z listy początkowo rekomendowanych przez WHO terapii: chlorochinę, remdesivir czy ostatnio osocze ozdowieńców [27]. Pierwsze optymistyczne doniesienia o korzystnych wynikach działania tych terapii przeszacowywały ich efektywność, gdyż badania były prowadzone na nielicznych, wyselekcjonowanych grupach pacjentów i bez losowo dobranej grupy kontrolnej. Jednak politycy nie mogli się oprzeć temu, by nie wpływać na agencje regulatorowe, takie jak amerykańska FDA, decydujące o rejestracji leków, co później podważyło wiarygodność tej instytucji przedwczesnymi decyzjami zatwierdzającymi niektóre leki do stosowania w leczeniu COVID-19 [4]. Z tego też względu również konieczna jest ostrożność w odniesieniu do wyników badań nad szczepionkami przeciwko COVID-19 i dopełnienie wymogu przeprowadzenia pełnego programu badań nad ich bezpieczeństwem, gdyż znowu presja polityków na jej szybkie wprowadzenie do użycia w pewnej części oparta jest na błędnym założeniu, że koniec epidemii nastąpi dopiero wtedy, kiedy uda się zaszczepić odpowiednio dużo ludzi.

Zdrowie

Największy błąd, jaki popełniono w polityce zdrowotnej dotyczącej pandemii COVID-19, polega na tym, że zapomniano o tym, czym jest zdrowie. Zdrowie nie jest brakiem jednej czy drugiej choroby, ale, jak stanowi klasyczna definicja WHO, jest rodzajem szeroko pojętego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Pandemia i działania z zakresu zdrowia publicznego zakłóciły sferę społeczną tego dobrostanu, a wraz z narastaniem fobii koronawirusowej i pogarszaniem sytuacji ekonomicznej również sferę psychiczną. Fizyczny wymiar życia także może zostać zagrożony, jeśli nie uda się przywrócić właściwych proporcji między rutynowym funkcjonowaniem opieki zdrowotnej a specjalnymi procedurami w czasie epidemii. Główną strategią radzenia sobie w epidemii musi być zapewnienie niezakłóconej opieki medycznej dla wszystkich pacjentów, również tych bez zakażenia COVID-19. Polski system opieki nie był w stanie

tego zapewnić, bo był niewydolny już wcześniej: brak personelu, pielęgniarek, lekarzy i skandalicznie małe finansowe nakłady na cały system zdrowotny w porównaniu do reszty rozwiniętego świata. Dzisiaj, w czasie obowiązywania „restrykcji przeciwpandemicznych”, pacjent zapytany o to, dlaczego czuje się źle pod względem psychicznym, odpowiada: „Brakuje mi bliskości i kontaktu z innymi ludźmi”.

Bibliografia

- [1] Agamben G., *Clarifications*, [dokument elektroniczny] <https://itself.blog/2020/03/17/giorgio-agamben-clarifications/> [dostęp: 9.10.2020].
- [2] Agamben G., *L'invenzione di un'epidemia*, Quodlibet, 26(02), 2020 [dokument elektroniczny] <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia> [dostęp: 9.10.2020].
- [3] Agamben G., *The state of exception provoked by an unmotivated emergency*, PositionsPolitics, 2020, [dokument elektroniczny] <https://positionspolitics.org/giorgio-agamben-the-state-of-exception-provoked-by-an-unmotivated-emergency/> [dostęp: 9.10.2020].
- [4] Baden L. r., Solomon C. G., Greene M. F., D'Agostino r. B., Harrington D., *The FDA and the importance of trust*, New England Journal of Medicine, 2020, vol. 383, nr 27, s. e148. doi: 10.1056/NEJMe2030687
- [5] Baldo V., Bertonecello C., Cocchio S., Fonzo M., Pillon P., Buja A., Baldovin T., *The new pandemic influenza A/(H1N1)pdm09 virus: is it really "new"?* Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 2016, vol. 57, nr 1, s. E19-E22.
- [6] Bhatia r., Klausner J., *Estimating individual risks of COVID-19-associated hospitalization and death using publicly available data*, medRxiv, 2020. doi: 10.1101/2020.06.06.20124446
- [7] Blastland M., Freeman A. L., van der Linden S., Marteau t. M., Spiegelhalter D., *Five rules for evidence communication*, Nature, 2020, nr 587, s. 362-364. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-03189-1>
- [8] Borgonovi F., Pokropek A., *Can we rely on trust in science to beat the COVID-19 pandemic?* PsyArXiv Preprints, 2020, [dokument elektroniczny] <https://psyarxiv.com/yq287/> [dostęp: 6.10.2020].
- [9] Bundgaard H., Bundgaard J. S., Raaschou-Pedersen D. E. T., von Buchwald C., Todsen T., Norsk J. B., Pries-Heje M. M., Vissing C. r., Nielsen P. B., Winsløw U. C., Fogh K., Hasselbalch r., Kristensen J. H., Ringgaard A., Porsborg Andersen M., Goecke N. B., Trebbien r., Skovgaard K., Benfield T., Ullum H., Torp-Pedersen C., Iversen K., *Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers*, Annals of Internal Medicine, 2021, vol. 174, nr 3, s. 335-343. Epub. 2020, Nov. 18. doi: 10.7326/M20-6817
- [10] Burki t. K., *Herd immunity for COVID-19*, Lancet Respiratory Medicine, 2020, vol. 9, nr 2, s. 135-136. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30555-5
- [11] Cao S., Gan Y., Wang C., Bachmann M., Wei S., Gong J., Huang Y., Wang T., Li L., Lu K., Jiang H., Gong Y., Xu H., Shen X., Tian Q., Lv C., Song F., Yin X., Lu Z., *Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China*, Nature Communications, 2020, vol. 11, nr 1, s. 5917. doi: 10.1038/s41467-020-19802-w
- [12] Chaudhry r., Dranitsaris G., Mubashir T., Bartoszko J., Riaz S., *A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes*, EClinicalMedicine, 2020, vol. 25, art. 100464. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100464
- [13] Davey Smith G., Blastland M., Munafò M., *Covid-19's known unknowns*, BMJ, 2020, vol. 371, art. m3979. doi: 10.1136/bmj.m3979
- [14] De Ver Dye T., Muir E., Farovitch L., Siddiqi S., Sharma S., *Critical medical ecology and SARS-COV-2 in the urban environment: a pragmatic, dynamic approach to explaining and planning for research and practice*, Infectious Diseases of Poverty, 2020, vol. 9, nr 1, art. 71. doi: 10.1186/s40249-020-00694-3
- [15] Dennis J. M., McGovern A. P., Vollmer s. J., Mateen B. A., *Improving survival of critical care patients with coronavirus disease 2019 in England: a national cohort study, March to June 2020*, Critical Care Medicine, 2021, vol. 49, nr 2, s. 209-214. doi: 10.1097/CCM.0000000000004747
- [16] Fouillet A., Rey G., Wagner V., Laaidi K., Empereur-Bissonnet P., Le Tertre A., Frayssinet P., Bessemoulin P., Laurent F., De Crouy-Chanel P., Jouglé E., Hémon D., *Has the impact of heat waves on*

- mortality changed in France since the European heat wave of summer 2003? A study of the 2006 heat wave*, International Journal of Epidemiology, 2008, vol. 37, nr 2, s. 309-317. doi: 10.1093/ije/dym253
- [17] Haug N., Geyrhofer L., Londei A., Dervic E., Desvars-Larrive A., Loreto V., Pinior B., Thurner S., Klimek P., *Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions*, Nature Human Behaviour, 2020, vol. 4, nr 12, s. 1303-1312. doi: 10.1038/s41562-020-01009-0
- [18] Horton r., *Offline: Science and politics in the era of COVID-19*, Lancet, vol. 396, nr 10259, s. 1319. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32221-2
- [19] Ioannidis J., *The infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data*, medRxiv, 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.05.13.20101253>
- [20] Ioannidis J. P. A., Axfors C., Contopoulos-Ioannidis D. G., *Population-level COVID-19 mortality risk for non-elderly individuals overall and for non-elderly individuals without underlying diseases in pandemic epicenters*, Environmental Research, 2020, vol. 188, art. 109890. doi: 10.1016/j.envres.2020.109890
- [21] Jefferson T., Del Mar C. B., Dooley L., Ferroni E., Al-Ansary L. A., Bawazeer G. A., van Driel M. L., Jones M. A., Thorning S., Beller E. M., Clark J., Hoffmann t. C., Glasziou P. P., Conly J. M., *Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses*, Cochrane Database of Systematic Reviews (11), 2020. doi: 10.1002/14651858.CD006207.pub5
- [22] Letizia A. G., Ramos I., Obla A., Goforth C., Weir D. L., Ge Y., Bamman M. M., Dutta J., Ellis E., Estrella L., George M. C., Gonzalez-Reiche A. S., Graham w. D., van de Guchte A., Gutierrez r., Jones F., Kalomoiri A., Lizewski r., Lizewski S., Marayag J., Marjanovic N., Millar E. V., Nair V. D., Nudelman G., Nunez E., Pike B. L., Porter C., Regeimbal J., Rirak S., Santa Ana E., Sealfon r. s. G., Sebra r., Simons M. P., Soares-Schanoski A., Sugiharto V., Termini M., Vangeti S., Williams C., Troyanskaya O. G., van Bakel H., Sealfon s. C., *SARS-CoV-2 Transmission among Marine recruits during quarantine*, New England Journal of Medicine, 2020, vol. 383, nr 25, s. 2407-2416. doi: 10.1056/NEJMoa2029717
- [23] Mina M. J., Parker r., Larremore D. B., *Rethinking Covid-19 test sensitivity : a strategy for containment*, New England Journal of Medicine, 2020, vol. 383, nr 22, e120. doi: 10.1056/NEJMp2025631
- [24] Nguyen L. H., Drew D. A., Graham M. S., Joshi A. D., Guo C. G., Ma w., Mehta r. S., Warner E. T., Sikavi D. r., Lo C. H., Kwon S., Song M., Mucci L. A., Stampfer M. J., Willett w. C., Eliassen A. H., Hart J. E., Chavarro J. E., Rich-Edwards J. w., Davies r., Capdevila J., Lee K. A., Lochlainn M. N., Varsavsky T., Sudre C. H., Cardoso M. J., Wolf J., Spector t. D., Ourselin S., Steves C. J., Chan A. T., *Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study*, Lancet Public Health, 2020, vol. 5, nr 9, s. e475-e483. doi: 10.1016/s2468-2667(20)30164-x
- [25] Onder G., Rezza G., Brusaferro S., *Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy*, JAMA, 2020, vol. 323, nr 18, s. 1775-1776. doi: 10.1001/jama.2020.4683
- [26] Rijs C., Fenter F., *The academic response to COVID-19*, Frontiers in Public Health, 2020, 8(797). doi: 10.3389/fpubh.2020.621563
- [27] Rochwerg B., Agarwal A., Siemieniuk r. A., Agoritsas T., Lamontagne F., Askie L., Lytvyn L., Leo Y. S., Macdonald H., Zeng L., Amin w., Burhan E., Bausch F. J., Calfee C. S., Cecconi M., Chanda D., Du B., Geduld H., Gee P., Harley N., Hashimi M., Hunt B., Kabra s. K., Kanda S., Kawano-Dourado L., Kim Y. J., Kisooson N., Kwizera A., Mahaka I., Manai H., Mino G., Nsutebu E., Preller J., Pshenichnaya N., Qadir N., Sabzwari S., Sarin r., Shankar-Hari M., Sharland M., Shen Y., Ranganathan s. S., Souza J. P., Stegemann M., De Sutter A., Ugarte S., Venkatapuram S., Dat V. Q., Vuyiseka D., Wijewickrama A., Maguire B., Zeraatkar D., Bartoszko J. J., Ge L., Brignardello-Petersen r., Owen A., Guyatt G., Diaz J., Jacobs M., Vandvik P. O., *A living WHO guideline on drugs for COVID-19*. BMJ, 2020, vol. 370, art. m3379. doi: 10.1136/bmj.m3379
- [28] Roelfs D. J., Shor E., Davidson K. w., Schwartz J. E., *Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality*, Social Science & Medicine, 2011, vol. 72, nr 6, s. 840-854. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.01.005
- [29] Valtorta N. K., Kanaan M., Gilbody S., Ronzi S., Hanratty B., *Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies*, Heart, 2016, vol. 102, nr 13, s. 1009-1016. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308790
- [30] VanderWeele t. J., *Challenges estimating total lives lost in COVID-19 decisions: consideration of mortality related to unemployment, social isolation, and depression*, JAMA, 2020, vol. 324, nr 5, s. 445-446. doi: 10.1001/jama.2020.12187
- [31] Wang Y., Tian H., Zhang L., Zhang M., Guo D., Wu w., Zhang X., Kan G. L., Jia L., Huo D., Liu B., Wang X., Sun Y., Wang Q., Yang P., MacIntyre C. r., *Reduction of secondary transmission of SARS-*

- CoV-2 in households by face mask use, disinfection and social distancing: a cohort study in Beijing, China, *BMJ Global Health*, 2020, vol. 5, art. e002794. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002794
- [32] Xiao J., Shiu E. Y. C., Gao H., Wong J. Y., Fong M. w., Ryu S., Cowling B. J., *Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings-personal protective and environmental measures*, *Emerging Infectious Diseases*, 2020, vol. 26, nr 5, s. 967-975. doi: 10.3201/eid2605.190994

Nic nie będzie takie samo? Systemowe implikacje pandemii COVID-19 w wymiarze globalnym. Kilka uwag. W lutym'21

Region świata pokryty kiedyś jednym z najbardziej bioróżnorodnych lasów, niezagospodarowanych, praktycznie niedostępnych dla ludzi, gdzie dzikie zwierzęta sobie a ludzie sobie – Afryka Zachodnia. Wybuchła wojna, jedna z wielu zdarzających się na kontynencie – Gwinea, Liberia, Sierra Leone. Tysiące ofiar, gwałty, śmierć. Uchodźcy wycinają drzewa, by mieć środki do życia, a wojska – by sprzedawać cenne drzewo, a potem diamenty, tytan, kauczuk. Trzeba przecież mieć środki na kupno broni i zaopatrzenia.

W 2000 r. z całego arealu tych nieprzeniknionych do niedawna deszczowych lasów tropikalnych pozostało piętnaście procent. Piętnaście procent. Spotkanie żyjących sobie dotąd osobno gatunków stało się nieuniknione. I zakażenie się ludzi wirusem gorączki krwotocznej Ebola.

Gorączka krwotoczna Ebola, która zaczęła się zachorowaniem małego dziecka w gwinejskiej wiosce Meliandou 6 grudnia 2013 r., dotknęła wiele krajów na wszystkich kontynentach, powodując straty społeczne i gospodarcze. Jednak dzięki olbrzymiemu wysiłkowi ludzi z różnych stron, różnych organizacji i różnych krajów można było w styczniu 2016 r. ogłosić koniec pandemii.

Podstawowe wnioski, jakie wyciągnięto z przebiegu pandemii EVD, były następujące: nadal nie można przewidzieć czasu, miejsca i zasięgu nowych zachorowań, także na dużą skalę, niepokój winno budzić „wieloletnie doświadczenie spóźnionych reakcji”; dopóki nie opracuje się szczepionki, szczególny nacisk powinien być położony na profilaktykę i gotowość odpornych systemów zdrowia do przeciwdziałania i ochrony ludności, kraje o niskim poziomie dochodu narodowego powinny uzyskać pomoc techniczną i finansową od krajów o wysokim poziomie dochodu narodowego i organizacji międzynarodowych dla stworzenia i/lub wzmocnienia systemów zdrowia.

A co z grypą? Przykłady wyrażanego niepokoju, pierwsze z brzegu. W 2018 r. Bill Gates w wywiadzie prasowym powiedział, że nadchodząca choroba – na przykład taka jak grypa z 1918 r. – może zabić 30 milionów ludzi w ciągu sześciu miesięcy i kraje powinny się przygotować na nią jak na wojnę. Na jesieni 2019 r. w Raplocie niezależnej rady Global Preparedness Monitoring Board, kierowanej przez byłego szefa ONZ i byłą szefową WHO, mówiono o realnym zagrożeniu i wzywano państwa do podjęcia sto-

sownych przygotowań. W grudniu 2019 r. Dyrektor Generalny Światowej Organizacji Zdrowia przy okazji prezentacji trzynastu najważniejszych globalnych wyzwań zdrowotnych na nową dekadę stwierdził, że pandemia nowego, wysoce zakaźnego, przenoszonego drogą powietrzną, najprawdopodobniej szczepu grypy – na który większość ludzi nie jest odporna – jest nieunikniona. To tylko przykłady pierwsze z brzegu. Nie od dziś bowiem epidemiolodzy i specjaliści zdrowia publicznego zwracali uwagę – a może nawet bili na alarm, że groźna pandemia to nie kwestia „czy”, ale „kiedy”. Myłono się tylko w jednym: tym razem wirus grypy będzie dla ludzkości „łaskawy”.

Jednak SARS-CoV-2 nie. Przeszedł do nas z naturalnego rezerwuaru, prawdopodobnie przez zwierzęcego nosiciela pośredniego. I ma zamiar zostać na dłużej.

W ciągu kilku tygodni początku 2020 r. pandemia COVID-19 zmieniła świat, dotykając wszystkich i wszędzie. To fakt, ale rodzą się także pytania.

Czy wyciągnięto wnioski z ostatniej pandemii gorączki krwotocznej Ebola? Czy Dyrektor Generalny Światowej Organizacji Zdrowia wystarczająco szybko ogłosił stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym? Czy brano pod uwagę opinie epidemiologów wieszczących nieuchronność pandemii? Czy współpraca międzynarodowa była lepsza niż kiedyś? Czy Światowa Organizacja Zdrowia wygeklowała zapisy Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych? To są dobre pytania. Proszę o następne.

A może powinniśmy przyjąć sformułowanie zawarte w jednym z artykułów opublikowanych w styczniowym numerze kwartalnika o zasięgu globalnym, że świat już przegrał z pandemią? To też jest dobre pytanie. Jednak odpowiedź musi być natychmiastowa: nie ma zgody.

Nie ulega wątpliwości, że „rokowanie” dziś jest lepsze niż w niespokojnych pierwszych miesiącach ubiegłego roku.

Pandemia zmieniła jednak wiele w funkcjonowaniu społeczeństw i krajów, pojawiły się kwestie wymagające pogłębionej oceny i wyciągnięcia wniosków. Spróbujmy je opisać.

Uważa się, że pewne cechy pandemii COVID-19 są inne niż podobne zjawiska w przeszłości. Oczywiście inny jest czynnik etiologiczny: wirus. Ale także, a może przede wszystkim pod wieloma cechami inne jest miejsce, gdzie się wszystko zaczęło. Tym razem nie w kraju biednym, niemającym ani rozbudowanej infrastruktury zdrowotnej, ani środków. Otoczonym nadto takimi samymi biednymi sąsiadami. Początek miał miejsce na terenie globalnego mocarstwa, które walczy o prymat na świecie.

Być może dlatego dwie sprawy miały znaczący wpływ na pierwsze reakcje i podejmowane działania: upolitycznienie i sekurytyzację. Nie zmieniło się jedno: bezprzykładne zaangażowanie ochrony zdrowia, której pracownicy często musieli pracować – i ginąć – w warunkach bezprzykładnie zaniedbanych przez innych.

W listopadzie 2020 r. w najważniejszym czasopiśmie światowym zajmującym się chorobami zakaźnymi ukazał się artykuł o zgonach wśród „białego personelu” w 37 krajach po pierwszej fali pandemii. Najwięcej lekarzy zmarło w Meksyku – 205, dalej we Włoszech – 178, Indiach – 105 i Iranie – 91. Pielęgniarki – to Meksyk 274, a potem USA. Pod koniec 2020 r. polskie Ministerstwo Zdrowia opublikowało dane dotyczące naszego kraju. Do 28 grudnia zmarło na COVID-19 137 osób personelu polskiej ochrony zdrowia. W tym 66 lekarzy, 48 pielęgniarek, 10 dentystów, 4 farmaceutów, 5 ratowników medycznych i 4 położne.

Uważa się, że wspólne wyzwania, także w wymiarze międzynarodowym, powinny jednoczyć; zwiększać stopień solidarności. Było jednak inaczej – ujawniły się wady struktur i sposobów zarządzania zdrowiem globalnym.

Podczas poprzednich, różnych pandemii pochodzenie choroby i oceny podejmowanych działań były postrzegane raczej jako kwestia naukowa lub organizatorska – a nie polityczna. Teraz? To „chiński wirus”, twierdził ówczesny prezydent wielkiego mocarstwa, a w niektórych krajach słychać było pomruki o szukaniu winnych i odpowiedzialności.

Napięcia na linii Chiny – USA, a także dezawuowanie Światowej Organizacji Zdrowia miały zapewne wpływ na szybkość reakcji Avenue Appia. Chociażby na termin ogłoszenia stanu zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym.

Opinie co do tego, czy Chińczycy zbyt późno poinformowali o kłopotach w Wuhan, są podzielone. Oczywiście oni sami twierdzą, że wszystko było na czas, a rząd CHRL oficjalnie poinformował, że zostały prawidłowo wdrożone przepisy IHR. Kraje zachodnie z kolei, zwłaszcza USA, twierdzą, że zbyt późno. Jeżeli wszystko było jak trzeba, to dlaczego dokonano drastycznych zmian personalnych we władzach miasta Wuhan, a także wydano z Chin dziennikarzy The Washington Post, The New York Times i The Wall Street Journal. Mogli coś wykryć?

Zwraca się także uwagę, że można było także oczekiwać bardziej zdecydowanej reakcji Rady Bezpieczeństwa w kontekście szybszego „uruchamiania” agend Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Upolitycznienie pandemii ma także inne oblicze. Zdrowie znalazło mocne i obiektywnie niezbędne miejsce w agendzie politycznej. Co zresztą nie było nigdy kwestionowane. Jako takie. Najczęściej przy okazji wyborów, czasu składania obietnic, ale *novum* dziś to odbiór i percepcja przez społeczność relacji pomiędzy zdrowiem a polityką. Co zostało ostatecznie zrozumiane? Wystarczająco dużo, żeby ludzie nie dawali się już omamić „dobrym słowem” albo zapewnieniom „że damy radę”.

Kolejną sprawą było traktowanie kryzysu związanego z pandemią za ważne zagadnienie bezpieczeństwa narodowego, nawet za zagrożenie egzystencjalne.

Sekurytyzacja spowodowała kilka zjawisk. Na przykład wprowadzanie w niektórych krajach, okresowo bądź nie – drastycznych środków ograniczających prawa obywatelskie. Można było odnieść także wrażenie, że niektóre kraje „zwołniły się” z moralnego obowiązku pomagania innym, słabszym.

Międzynarodowa współpraca w dziedzinie zdrowia została poddana często oglądowi wąsko pojętego interesu narodowego. Niektóre państwa wprowadziły zakaz eksportu kluczowych materiałów medycznych, a inne ostro krytykowały posunięcia Komisji Europejskiej zmierzające do sprawiedliwego podziału ograniczonych dostaw, szczególnie szczepionek. „Taplając się” *notabene* we własnym populizmie. Nawet jeżeli niektóre założenia unijnej strategii szczepień były zbyt optymistyczne.

Pandemia zmienia widzenie zdrowia i funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej na świecie. Z jednej strony wpłynie pozytywnie na działania na rzecz zdrowia społeczeństw i jego otoczenia. Z drugiej – wręcz przeciwnie.

Dziś wszyscy rozumieją, że zdrowie, a nawet życie może zależeć od sytuacji po drugiej stronie świata. Że „nikt nie może być bezpieczny, jeżeli bezpieczni nie są wszyscy”, a „trzepot skrzydeł motyla w Ohio, w sprzyjających warunkach, może spowodować burzę piaskową w Teksasie”.

Nikt nie ma już wątpliwości, że pandemia może kosztować biliony i zniszczyć gospodarki. Miejmy nadzieję, że pozostający jeszcze w uwielbieniu dla neoliberalizmu zgodzą się, że środki przeznaczane na zdrowie i dobrze funkcjonujące systemy zdrowia to determinanty dobrej gospodarki. To nie koszt. To inwestycja, a oszczędności na zdrowiu to cios we wszystkie przesłanki rozwoju krajów i społeczeństw.

Potwierdziło się niestety ponownie, że większość ludzi na świecie nie ma dostępu do dobrej opieki zdrowotnej. Czasami do żadnej – z czego wynika zauważalne, coraz większe poparcie dla idei *universal health coverage*. Nawet w krajach, gdzie zdrowie jest uważane za sprawę osobistą i bronione tak samo jak prawo do posiadania broni, a ludzie nieubezpieczeni, dla których choroba może stać zagrożeniem egzystencjalnym – jest tam kilkadziesiąt milionów.

Pandemia wyraźnie pokazała, jak zasadnicze znaczenie ma dla ludzi system opieki zdrowotnej. Szczególnie posiadający cechy, które pozwalają kwalifikować go jako „odporny”. Czyli taki, który jest w stanie adekwatnie reagować na niespodziewane zagrożenia, ale jednocześnie rozwiązywać bieżące problemy zdrowotne ludzi. A zdarzało się tak: dziś czas na COVID-19, reszta musi poczekać. *Ad Kalendas Graecas?*

Kolejnym czynnikiem, którego znaczenie krytycznie potwierdziła pandemia, jest posiadanie dobrej, solidnej i cieszącej się zaufaniem społecznym służby zdrowia publicznego. Ludzi i infrastruktury, ale nie do „ganiań” restauratorów, a do monitorowania, oceny i wdrażania środków oraz narzędzi zdrowia publicznego. I znowu nie chodzi tutaj o zwalnianie szefów służb nadzoru epidemiologicznego, co jest relatywnie proste, a zapewnienie materialnych i kadrowych uwarunkowań kompetentnego i sprawnego działania.

Tak samo jak potrzebny jest silny system opieki medycznej, tak samo niezbędny jest system zdrowia publicznego. Dla holistycznego spojrzenia na zdrowie społeczeństw *conditio sine qua non* uwzględnienia przesłanek sprawnościowych.

Stąd dość powszechnie uważa się, że zdrowie publiczne jako nauka i działalność praktyczna „wróciło do łask”. Bądź, jak chce jeden z autorów – stała się „sexy”. I to w nowoczesnym ujęciu, kiedy zaczyna się rozumieć w skali globalnej, że chodzi o wpływanie „na przyczyny przyczyn”. To zjawisko jest tym bardziej ciekawe i „dobrze rokujące”, że zwykle wysiłki na rzecz zdrowia społeczeństwa są mało zauważalne, a sama dyscyplina nie cieszyła się nigdy popularnością.

Pandemia może oczywiście utrudniać działanie na rzecz zdrowia zarówno w odniesieniu do niektórych krajów, jak i globalnie. Szczególnie dotyczy to państw o niskim poziomie dochodu narodowego, gdzie nie rozwiązano problemów infrastrukturalnych, ale także *stricte* zdrowotnych, jak AIDS czy różne choroby tropikalne. Także zgonów dzieci z powodu biegunek czy zapaleń dolnych dróg oddechowych, co wydaje się Europejczykowi zgoła niepojęte.

Krajom biednym nie starcza środków. Paradoksalnie podobna przyczyna może mieć miejsce w krajach bogatych w odniesieniu do przewlekłych chorób niezakaźnych. Jeżeli nie zwiększy się nakładów na opiekę zdrowotną, to trzeba przesunąć środki na to, co bardziej pilne, do tego co bardziej *citowe*. Bardziej widoczne w oglądzie społecznym? Tu warto przypomnieć znaną w środowisku ludzi zdrowia publicznego opinię o finansowaniu działań na rzecz zdrowia publicznego: rządy przeznaczają na zdrowie nie tyle, ile mogą, a tyle, ile chcą. Wybitni znawcy dodają: w zasadzie tyle, na ile ich zmuszą okoliczności. Często pozazdrowotne.

Badania opinii publicznej z końca lutego wykazały, że wielu Europejczyków jest bardziej krytycznych wobec sposobu, w jakim rządy radzą sobie z kryzysem, i są skłonni wierzyć w teorie spiskowe. Ponad 36% respondentów we Francji, 32% we Włoszech i Niemczech oraz 31% w Wielkiej Brytanii zgodziło się z poglądem, że rządy współpracowały z firmami farmaceutycznymi, żeby ukryć ryzyko szczepień. Ankietowano prawie 8 tys. ludzi. W innym badaniu aprobata działań rządów spadła o kilkadziesiąt punktów procentowych.

Czas w końcu powiedzieć o wielkim sukcesie ludzkości – czymś w rodzaju cudu naukowego, czyli uzyskaniu wielu dobrych szczepionek. To, nad czym normalnie pracowano latami, dziś opracowano w kilkanaście miesięcy. Oczywiście pojawiły się w tej sytuacji inne, nowe pytania i wątpliwości. „Lepsze” i „gorsze” szczepionki, mutacje wirusa, długość okresu ochronnego. Może tak jak w przypadku grypy trzeba będzie się szczepić co roku i to obowiązkowo. Mimo wszystko to lepsza alternatywa niż drastyczne obrazy niewydolności systemu opieki zdrowotnej w niektórych krajach na prognozę 2020 r.

Pandemia może być punktem wyjścia do wielkiego przyspieszenia tempa innowacji w medycynie i opiece zdrowotnej. Bardziej owocnej współpracy na tym polu, wykorzystującej środki budżetowe krajów w innowacyjnym sektorze prywatnym. Sektor publiczny może być katalizatorem innowacji w sektorze prywatnym. Także w odniesieniu do projektów, szczególnie w farmacji, gdzie z uwagi na niepewny sukces biznesowy nie podejmuje się działań. Te zmiany mogą stać się szansą oczywiście pod warunkiem, że skończy się z uspołecznianiem strat i jednostronnym nagradzaniem sukcesu.

Jednocześnie pojawiają się głosy o poddaniu chociażby pod dyskusję niektórych zagadnień prawa patentowego w odniesieniu do leków. Dziś obowiązuje umowa TRIPS obejmująca wszystkie kraje należące do Światowej Organizacji Handlu. Okres ochronny leków innowacyjnych to 20 lat. Koncerny farmaceutyczne nawet po tym okresie czynią różne sztuczki, by przedłużyć monopol rynkowy na swoje produkty i nie dopuszczać leków generycznych. Tak samo dobrych, ale znacznie tańszych.

Świat rozpoczął masowe szczepienia i jesteśmy zapewne na dobrej drodze do uzyskania odporności stadnej. Wraz ze zwiększającym się procentem „wyszczepionych” ludzi nastroje będą się poprawiać, a wprowadzone obostrzenia i ograniczenia praw – będą sukcesywnie znoszone.

Spotyka się także podejście, że nie ma co się radować. Po prostu przeszliśmy do nowej fazy pandemii i niepewność jest jak najbardziej uzasadniona. Co dalej – to zależy od ewolucji SARS-CoV-2, postępów nauki, postaw obywateli, decyzji rządów odnośnie do sposobów walki z wirusem i współdziałania.

Czyż nie ma prognoz, jak będzie się rozwijać sytuacja? Koncepcji, które mogą być podstawą do planowania funkcjonowania systemów społecznych? Wiąże się wielkie nadzieje z grupą wybitnych ekspertów światowych powołanych w lutym 2021 r. przez Międzynarodową Radę Nauki w porozumieniu z WHO i Biurem ONZ d/s redukcji ryzyk katastrof, która w ciągu kilku miesięcy ma przedstawić społeczności międzynarodowej scenariusze rozwoju pandemii.

Oczywiście jak zwykle podnoszą się głosy, że system zdrowia zużytkuje każde środki. I jeszcze trochę. Należy więc „coś uszczelnić”, „poprawić efektywność” i itp. Antynomia czy casus prokuratorowski?

Nie należy także robić zapasów. Nie trzymać bez sensu, zarówno na poziomie jednostek i krajów. W razie czego dowiozą. Czy na pewno dowiożą?

W normalnych czasach szpitale mają niewielkie rezerwy. W niektórych systemach wynika to z mizerności posiadanych środków, w innych z przyjętych form łańcucha dostaw np. leków. W normalnych czasach. Jednak zdarzają się sytuacje nienormalne. Każdy kraj powinien mieć system rezerw strategicznych ochrony zdrowia. Do wykorzystania w sytuacjach zagrożenia zdrowia publicznego. Z różnych powodów: pandemii czy awarii w fabryce, która dostarcza substancji dla połowy świata. Jeżeli takie instytucje istnieją, to często są niedofinansowane. Czasami wykorzystywane do zakupów „politycznych”, źle zarządzane. Perturbacje z rezerwami dla opieki zdrowotnej w jednym z dużych krajów Europy Środkowo-Wschodniej nie są wyjątkiem.

Ostatnio zwraca uwagę ponowne „postawienie na wokandzie” podejścia systemowego w ochronie zdrowia i opiece zdrowotnej. Tylko taki sposób badania rzeczywistości i rozwiązywania problemów zdrowotnych daje rękojmię sukcesu. Cała sztuka polega na dostrzeżeniu wszystkich czynników w ich wzajemnych uwarunkowaniach i sprzężeniach. Z jednym – o znaczeniu fundamentalnym i integrującym, zaufaniu społecznym na linii obywatel – państwo, przekonania, że chodzi o dobro wspólne, a nie o władzę, wpływy i pieniądze. Bądź o możliwość jeżdżenia na nartach w zimie *per fas et nefas*.

Życie wykazuje także, że często nie wystarcza *evidence based public health*, ale głęboka, wynikająca z praktyki znajomość niuansów funkcjonowania skomplikowanych systemów społecznych.

Mimo szczytnych hasel o równouprawnieniu i równoprawnej współpracy międzynarodowej obserwatorzy globalnego zdrowia publicznego nadal mają przekonanie o poczuciu pewnej wyższości krajów o wysokim dochodzie narodowym. Nawet gdy udzielają rzetelnej i pełnej serca pomocy humanitarnej czy rozwojowej.

Dziś jednak widać wyraźnie, że wszystkie systemy opieki zdrowotnej są wrażliwe, a współpraca międzynarodowa winna je uczynić bardziej odpornymi na sytuacje i zjawiska tyleż niespodziewane, co potężne. I wcale nie jest pewne, że recepty leżą w krajach bogatej Północy. Przecież niektóre kraje Azji dają sobie wysmienicę radę. Może przewzięły antynomię: wskazania nauki i działanie polityki?

Należy rozważyć, czy nie skończył się – jak chcą niektórzy – okres centralistycznego modelu zdrowia globalnego z zasadniczą rolą USA? Dziś jest on bardziej zdecentralizowany, a rozwiązywanie globalnych problemów każe szukać aliansów. Takim charakterystycznym objawem emancypowania się różnych ośrodków i państw była odmowa dyrektora ACDC testowania w Afryce (właśnie!) nowej szczepionki przeciw TBC w kontekście ochrony przez SARS-CoV-2.

Ze zjawiskiem postępującej decentralizacji „geograficznego” wpływu na zdrowie globalne związane są także zmiany podmiotów i metod. Znaczącą siłą stają się podmioty prywatne, organizacje pozarządowe i „last but not least” – osoby filantropii, o czym świadczą miliardy Fundacji Billa i Melindy Gatesów dla walki z AIDS czy też GAVI z jego partnerstwem publiczno-prywatnym.

Postępujący proces decentralizacji, a także krytykowane zachowania kierownictwa organizacji zmuszają także do zastanowienia się nad funkcjonowaniem i rolą Światowej Organizacji Zdrowia. Ale nie znowu w stylu jednego z prezydentów wielkiego kraju.

Światowa Organizacja Zdrowia w zasadzie była krytykowana od zarania, w większym lub mniejszym stopniu, z reguły niesłusznie.

Postronny obserwator może tego nie zauważyć, ale organizacja od lat walczy o zwiększenie regularnego budżetu, by mieć możliwość ujawnienia całego swojego

potencjału i doświadczeń wyspecjalizowanej w zdrowiu, unikatowej instytucji. Głównym punktem nadzoru nad chorobami i odniesienia prawa do zdrowia jako prawa człowieka. Odczuwalne jest to także teraz. Ale przecież wszystko zależy od krajów członkowskich i dziś jest dobry czas, by się określić. Przypisywanie coraz większej liczby zadań, a jednocześnie ograniczanie *de facto* środków sprawia wrażenie, że celem jest upadek, a nie rozwój Światowej Organizacji Zdrowia.

Patrząc z perspektywy pandemii COVID-19, być może WHO ma mandat, który przekracza jej możliwości? Może zakres działania powinien być bardziej celowy? Coś w rodzaju „globalnej zdrowotnej straży pożarnej”? A może wręcz przeciwnie? Może powinien to być jeden kompetentny światowy ośrodek wiedzy i „namysłu” – „mózg” zdrowia globalnego – jak chcą jedni. Bądź agencja monitorująca ogniska chorób zakaźnych i przekazująca dane krytyczne – jak chcą inni.

Niektórzy twierdzą, że także *modus operandi* WHO jest przestarzały – a w każdym razie nieadekwatny do sytuacji nadzwyczajnych. Z kolei kierownictwa oparte na konsensusie działają o niebo gorzej niż sprawne podmioty prywatne. Sprawniejsze podmioty prywatne. *Nihil novi sub sole*. Przypominają się dyskusje o przewadze Świąt Bożego Narodzenia nad Świętami Wielkanocy.

A może antynomia tkwi w tym, że każdy kraj lub „znawca” widziałby inną agencję. I każdej nadawałby priorytet odpowiadający innym celom. Najczęściej swoim. Dla krajów bogatych naturalnym priorytetem są na przykład przewlekłe choroby niezakaźne, NTD to zainteresowanie krajów Sahelu, walka z TBC to znaczący problem krajów azjatyckich, „kraje upadłe” marzą o pomocy technicznej dla odtworzenia infrastruktury opieki zdrowotnej itd. Antynomia czy usprawiedliwiony eklektyzm?

W tej wydawałoby się trudnej sytuacji, parę rzeczy winno być bezdyskusyjnych dziś. Na przykład wzmocnienie egzekutywy Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. Zbyt często przepisy sobie, a rozwiązania krajowe sobie. Organizacja nie powinna być także forum walki politycznej.

Okres pandemii, mimo że trwa nadal, może być podzielony na dwa etapy: przed i po wprowadzeniu szczepionek. W pierwszym etapie stosowano różnego rodzaju restrykcje, które ogólnie rzecz biorąc miały ograniczyć transmisję koronawirusa. Nie umniejszając ich znaczenia i konieczności dalszego stosowania – głównym zagadnieniem drugiego etapu były dostęp i alokacja szczepionek. W kontekście sprawiedliwego podziału ograniczonych, w każdym razie na początku, dostaw i realizacji różnych mechanizmów zamówień.

Warto przytoczyć dwa przykłady: pierwszy to unijny mechanizm zamówień i podziału szczepionek, oceniany pozytywnie szczególnie w kontekście przykładowego „egoizmu” Wielkiej Brytanii. Oczywiście nie uniknięto popełnienia kilku błędów, co zresztą przyznała przewodnicząca Komisji Europejskiej. Zbyt optymistycznie patrzono na „bezawaryjność” masowej produkcji i dostaw. Mechanizm autoryzacji eksportu szczepionek poza Unię broni się sam, gwarantując równość i sprawiedliwość podziału.

I drugi przykład. Europa i inne kraje o wysokim, a nawet średnim poziomie dochodu narodowego w zasadzie nie mają problemów ze sfinansowaniem zakupów. Ale tak nie jest wszędzie – pomoc w tym zakresie jest udzielana w ramach ACT-A (The Access to COVID-19 Tools).

Jest to największa na świecie w okresie pokojowym koalicja: rządów, globalnych organizacji, ale także producentów, naukowców, członków społeczeństw obywatelskich

i w końcu filantropów, mająca na celu przyspieszenie rozwoju i sprawiedliwego dostępu do narzędzi COVID-19. Czyli czterech filarów: diagnostyki, leczenia, szczepionek i wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej jako *conditio sine qua non* realizacji całości.

Nie ulega wątpliwości, że stworzenie koalicji, a *de facto* platformy o tak szeroko zarysowanych celach, sposobie finansowania, a także systemie wartości jest ważnym przykładem solidarności oraz współpracy na rzecz zdrowia globalnego. Co nie oznacza znowu, że ta kolejna sprawa jest załatwiona do końca. COVAX, czyli filar ACT-A zajmujący się szczepionkami, w połowie lutego ma podpisane umowy z producentami na 2 mld dawek. Z czego 1,3 mld przeznaczona jest dla 92 krajów o niskich i średnim poziomie dochodu narodowego, co wystarczy, żeby zaszczepić około 20% ich populacji. Natomiast kraje bogate zarezerwowały ponad połowę dawek, mimo że stanowią zaledwie 14% światowej populacji.

Starszym generacjom nadzór i dochodzenie epidemiologiczne kojarzą się nadal z opracowaniem źródła i szukaniem kontaktów. I nadal jest to ważne. Jednak dziś chodzi o dostęp i zarządzanie ogromnymi zbiorami danych, ich generowanie i ostateczne wykorzystanie. Dylematy z tym związane nie tyle mają związek z zagadnieniami technologicznymi, ile etycznymi: chronieniem jednostek przed nadużyciami reżimów autorytarnych.

Z jednej strony rozwój gospodarczy i społeczny wielu krajów przyspieszał wraz ze zwiększaniem zdolności monitorowania obywateli, co dawało dokładniejsze prognozy różnych aspektów życia społecznego. Z drugiej totalna inwigilacja dla celów zdrowotnych może być także użyteczna dla innych – różne służby tajne, jawne i dwupłciowe? Mimo to demokracje liberalne nie powinny bać się rozszerzenia swych możliwości i uprawień do nadzoru dla celów zdrowia publicznego. Zbiory takie powinny być jednak wyodrębnione i chronione. Jak twierdzą specjaliści, także bez możliwości rutynowego dodawania innych danych nie wiadomo skąd.

Przegląd niektórych zagadnień trwającej pandemii rozpoczęliśmy od wątpliwości, czy wyciągane są wnioski z przeszłości, a kończymy, w pewnym stopniu przypadkowo, na zagadnieniach zbierania i przetwarzania danych. Jeżeli przypadkowo, to nie znaczy niesłusznie. Posiadanie informacji to pierwszy krok do władzy. Władza a zdrowie publiczne? Tu nie ma antynomii. Zmiany zdrowia publicznego to nie *perpetuum mobile*. Chodzi tylko o to, by ci, co mają władzę, mieli też i wiedzę.

Bibliografia

- [1] Brackman S., Garretsen H., van Witteloostuijn A., *The turn from just-in-time to just-in-case globalization in and after times of COVID-19: an essay on the risk re-appraisal of borders and buffers*, Social Science and Humanities Open, 2020, vol. 2, art. 100034. doi:10.1016/j.ssaho.2020.100034
- [2] Brown K., Congjang Wang R., *Politics and science: the case of China and Coronavirus*, Asian Affairs, 2020, vol. 51, nr 2, s. 247-264. <https://doi.org/10.1080/03068374.2020.1752567>
- [3] Davies S. E., *Reporting disease outbreaks in a world with no digital borders*, [w:] *The Oxford Handbook of Global Health Politics*, ed. C. McInnes, K. Lee, J. Youde, Oxford 2020. doi:10.1093/oxfordhb/9780190456818.001.0001
- [4] van Dorn A., Coney R. E., Sabin M. L., *Covid-19 exacerbating inequalities in the US*, Lancet, 2020, vol 395, nr 10232, s. 1243-1244. doi:10.1016/S0140-6736(20)30893-X
- [5] *From risk to resilience: An equity approach to COVID-19. Report on the State of Public Health in Canada, 2020*, [dokument elektroniczny] <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19.html> [dostęp: 12.01.2021].
- [6] Huang Y., *Why the world lost to the pandemic. Politics and security fears crippled the collective response*, Foreign Affairs, 2021, January, <https://www.foreignaffairs.com/articles/united-states/2021-01-28/why-world-lost-pandemic>
- [7] Nuzzo J., *To stop a pandemic. A better approach to global health security*. Foreign Affairs, 2021, January/February <https://www.foreignaffairs.com/articles/china/2020-12-08/stop-pandemic>
- [8] Osterholm M. T., *Preparing for the next pandemic*, Foreign Affairs, 2005, July/August, s. 24-37. <https://www.foreignaffairs.com/articles/2005-07-01/preparing-next-pandemic>
- [9] Pilonis H., *Kruszenie dogmatu*, Służba Zdrowia, 2021, luty, s. 16-19.
- [10] Shadmi E., Chen Y., Dourado I., Faran-Perach I., Furler J., Hangoma P., Hanvoravongchai P., Obando C., Petrosyan V., Rao K. D., Ruano A. L., Shi L., de Souza L. E., Spitzer-Shohat S., Sturgiss E., Suphanchaimat R., Uribe M. V., Willems S., *Health equity and COVID-19: global perspectives*. International Journal for Equity in Health, 2020, vol. 19, nr 1, art. 104. doi:10.1186/s12939-020-01218-z
- [11] *A world at risk. Annual report on global preparedness for health emergencies*, Global Preparedness Monitoring Board, 2019 [dokument elektroniczny] <https://www.gpmb.org/annual-reports> [dostęp: 12.01.2021].
- [12] *A World in Disorder. GPMB 2020 Annual Report*, Global Preparedness Monitoring Board, 2020 [dokument elektroniczny] <https://www.gpmb.org/annual-reports> [dostęp: 12.01.2021].

Recenzje

GRZEGORZ JUSZCZYK

Antynomie systemu ochrony zdrowia. Między zdrowiem publicznym a medycyną naprawczą

Monografia „Antynomie ochrony systemu zdrowia” podejmuje niezwykle ważną tematykę problemów, wyzwań i paradoksów stojących przed zdrowiem publicznym w Polsce. Choć ostatnie z nich rzadko i niesłusznie, czego dowodzą autorzy, są przedmiotem dyskusji, to tym razem znajdują się w centrum zainteresowania. Mamy więc zdrowie traktowane w kategorii najwyższej wartości i niski poziom kompetencji zdrowotnych (*health literacy*). Zdrowie cenione wyżej niż dobrobyt i niechęć do płacenia wyższej składki zdrowotnej. Brak możliwości finansowych, problemy organizacyjne, rosnące wymagania technologiczne, klimat i zaangażowanie polityczne tylko dopełniają złożoności problemu, z którym się mierzymy.

Książka jest interesująca z punktu widzenia różnorodności tematyki zarówno dla praktyków medycyny, jak i polityków czy ekonomistów, którzy podejmować muszą istotne decyzje o wysokości nakładów i ich alokacji na poszczególne działy medycyny. Wysoka jakość merytoryczna opracowań, bogata literatura przedmiotu, trafna metodologia badawcza oraz inspirujące wnioski to kolejne zalety monografii.

Zdrowie ma charakter wielowymiarowy i wielodyscyplinarny, taki też jest skład autorów monografii. Czytelnik uzyskuje dostęp do analiz prowadzonych z różnorodnych punktów widzenia oraz zasób wiedzy do wykorzystania w praktyce zdrowia publicznego. Obszar dialogu jest niezwykle rozległy, co wymaga podkreślenia, ponieważ autorzy skupili się nie tylko na szczegółowym omówieniu wybranego zagadnienia, ale również na szeregu refleksji systemowych i rekomendacji do działań usprawniających.

Treści zawarte w monografii ugruntowują przekonanie, że bez ścisłej współpracy między zdrowiem publicznym i medycyną naprawczą szalenie trudno będzie osiągnąć szybką i trwałą poprawę stanu zdrowia Polaków. W kilku niezależnych definicjach terminu „zdrowie publiczne” dominuje pogląd, że jest to zorganizowany wysiłek całego społeczeństwa ukierunkowany na promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom. Medycyna naprawcza rozpoczyna swoje działania na etapie diagnozowania choroby, także utajonej, zmierzając do jej pełnego wyleczenia i/lub łagodzenia jej skutków. Natomiast w praktyce linia demarkacyjna przypomina raczej meandrującą rzekę, wciskającą się na

oba terytoria, okresowo zalewając jedną lub drugą stronę. Dla przykładu, przedstawiciele zdrowia publicznego pomagają w tworzeniu i optymalizacji systemu ochrony zdrowia, finansowania i organizacji realizacji świadczeń, a przedstawiciele medycyny naprawczej angażują się w edukację zdrowotną i zachęcanie do badań przesiewowych czy szczepień ochronnych. Uważny obserwator tych procesów zwróci na pewno uwagę na to, że wały przeciwpowodziowe po stronie zdrowia publicznego są znacznie słabsze i rzeka graniczna łatwiej przenosi przedstawicieli medycyny naprawczej na poletka osób zdeterminowanych do zapobiegania chorobom. Metafora ta oczywiście nie powinna budzić podejrzeń, że fale tej rzeki są wrogiem dla którejkolwiek ze stron. Po prostu medycyna naprawcza stanowi bardziej rozległy, gęściej zaludniony i znacznie bardziej zamożny obszar kontynentu ochrony zdrowia.

Zdrowie publiczne to jednak ogromna siła oddziaływania, ponieważ zorganizowanie wysiłku społecznego angażującego wielu interesariuszy, daleko wykraczającego poza medycyną naprawczą, pozwala na zmiany dotyczące każdego obywatela. Wymaga to umiejętności szczególnych, a osiągnięcie sukcesu jest efektem długotrwałego, żmudnego procesu. Dla medycyny naprawczej sukces ma twarz pacjenta, nawet tysięcy pacjentów, podczas gdy w zdrowiu publicznym ojcowie sukcesu i osoby z niego korzystające mogą być anonimowe. Nawet we współcześnie cyfrowo uspołecznionym świecie.

Przyjrzyjmy się zatem bliżej praktyce zdrowia publicznego, o której dyskutuje się wyłącznie w gronie ekspertów, a przecież jej efekty dotyczą całego społeczeństwa. Kluczową kwestią jest finansowanie. Dokładne określenie kwoty wydatków na zdrowie publiczne nie jest prostym zadaniem, gdyż w przeciwieństwie do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej działania zdrowia publicznego nie opierają się wyłącznie o procedury biomedyczne realizowane przez szpitale czy poradnie. Mają one większą liczbę płatników oraz realizatorów.

Według Narodowych Rachunków Zdrowia wydatki na działania profilaktyczne w większości krajów na świecie oscylują wokół 2-4% wszystkich wydatków na zdrowie. Ten dość wąski zakres wyprzedzają szczególnie Wielka Brytania (4,8%) i Kanada z poziomem 6,2%. W Polsce wartość ta w 2019 r. (dane OECD, metodyka Narodowych Rachunków Zdrowia) wynosiła 2,1%. Równocześnie według danych sprawozdawczych wszystkich podmiotów realizujących Narodowy Program Zdrowia (NPZ) w 2019 r., a należą do nich instytucje publiczne i samorządy terytorialne, suma wydatków na realizację tych zadań wyniosła niemal 6,2 mld zł. Przy szacowanym przez GUS poziomie wydatków całkowitych na zdrowie w wysokości 134 mln, ta wartość odpowiadałaby 4,6%. Oszacowania te wskazują, że na działania prewencyjne wydajemy już stosunkowo dużo, więc powinniśmy skutecznie realizować zdefiniowane priorytetowo działania promujące zdrowie i prowadzące do zapobiegania chorobom.

W dyskusjach ekspertów przebija się zatem pogląd, że system zdrowia publicznego w Polsce w mniejszym stopniu potrzebuje dodatkowego, dużego zasilenia środkami publicznymi. Podstawowym wyzwaniem staje się koordynacja działań z zakresu zdrowia publicznego, aby odpowiadały rzeczywistym potrzebom i wykorzystywały programy z potwierdzoną naukowo skutecznością. Tylko w realizacji przywołanego już Narodowego Programu Zdrowia w latach 2016-2019 brało udział 3200 podmiotów, które przeprowadziły ponad 140 tys. programów/działań, które przyporządkowane zostały do jednego z 6 celów operacyjnych NPZ. Aż 57% z nich to inicjatywy samorządów

terytorialnych, w dominującej większości gmin. Możemy zatem ulec wrażeniu, że zadania zdrowia publicznego są realizowane lokalnie, blisko mieszkańców, zatem z możliwością dokładnej analizy ich potrzeb.

Analiza jakościowa zakresu tematycznego tych działań prowadzi jednak do zgoła odmiennych wniosków. Wśród wszystkich zadań około 20% dotyczy prewencji nadwagi i otyłości, a ponad 40% zapobieganiu i leczeniu uzależnień. Dramatycznie brakuje tu interwencji wspierających rzucanie palenia, najważniejszego czynnika ryzyka utraty lat życia w zdrowiu Polaków. Około 5% to zadania wspierające zdrowie psychiczne. Natomiast relatywnie często pojawiają się istotne społecznie działania finansujące szczepienia ochronne, głównie przeciw grypie. Niewątpliwie ograniczają one lokalnie zapadalność i skutki chorób zakaźnych, ale nie zmieniają w sposób znaczący sytuacji zdrowotnej mieszkańców. Najważniejszą jednak obserwacją jest skala nierówności, ponieważ liczba i jakość działań prozdrowotnych samorządów lokalnych uzależniona jest od posiadanych zasobów, w tym najtrudniejszych do pozyskania kadr wyspecjalizowanych w zakresie zdrowia publicznego. Złożone i zaawansowane programy prozdrowotne są znacznie łatwiej dostępne dla mieszkańców zamożnych gmin, powiatów miejskich, dużych miast wojewódzkich.

Nie ulega wątpliwości, że ten system trzeba zmienić, zachowując już wypracowane mechanizmy realizacji zadań, ale wspierając je merytorycznie i finansowo. Kolejność nie jest przypadkowa. Wobec zidentyfikowanych sum wydatkowanych przez realizatorów musimy zadbać przede wszystkim o redystrybucję już wydatkowanych środków. Wsparcie merytoryczne natomiast będzie trudniejsze, szczególnie wobec niedoboru kadr zajmujących się zdrowiem publicznym pomimo wielu lat doświadczeń z kształceniem uniwersyteckim na tym kierunku. Kilkanaście tysięcy absolwentów dawno już znalazło pracę w innych obszarach ochrony zdrowia i niezwykle trudno będzie nakłonić ich do powrotu „do korzeni”.

Obecnie dysponujemy dokładnym obrazem najważniejszych wyzwań w zakresie redukcji uniwersalnych czynników ryzyka odpowiadających za utratę lat życia w zdrowiu. Badania krajowe w ramach projektu Global Burden of Diseases znalazły swoje podsumowanie w raporcie NIZP-PZH „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2020” (red. B. Wojtyński, P. Goryński) jak również w „Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026”. Diagnoza pozwala już na opracowanie pakietu świadczeń profilaktycznych i innych świadczeń zdrowia publicznego opartych na dowodach naukowych i spełniających kryterium zapewnienia równego dostępu. Wymaga to określenia minimalnej koniecznej aktywności samorządów terytorialnych, ale w trybie ewolucyjnym. Tak duża zmiana społeczna, angażująca tysiące osób zajmujących się planowaniem i realizowaniem interwencji zdrowia publicznego, nie zmaterializuje się szybko nawet po wejściu w życie niezbędnych regulacji prawnych.

Przypomnieć należy, że istnieją określone prawnie obowiązki władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do ochrony zdrowia przy obserwowanych lukach w działaniach profilaktycznych na poziomie lokalnym, ograniczających realizację tego obowiązku. Ta swoista mozaikowość działań stoi w kontraście do systemu świadczeń gwarantowanych ze źródeł publicznych. Najbardziej oczywisty przykład to podstawowa opieka zdrowotna, kluczowy element uniwersalnego dostępu do ochrony zdrowia wg WHO, gdzie w Polsce zakres świadczeń jest precyzyjnie zdefiniowany i dostępny w każdym podmiocie z kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Gdyby ten obszar opieki zorganizowano w sposób zbliżony do obecnego systemu zdrowia publicznego, to w niektórych gminach POZ gwarantowałby pełen zakres zalecanych szczepień ochronnych i złożoną diagnostykę obrazową, a w innych jedynie lekarza z najbardziej podstawowym sprzętem diagnostycznym.

Definiowanie zakresu działań zdrowia publicznego nie będzie dotyczyło tylko czynników ryzyka, ale grup docelowych i wybranych lokalizacji. Grupą, która powinna być w jak największym stopniu objęta interwencjami zdrowia publicznego, są mężczyźni, żyjący średnio ok. 8 lat krócej niż kobiety. Szczególnie że za krótsze życie polskich mężczyzn w porównaniu z mieszkańcami większości innych krajów UE w decydującym stopniu odpowiada większa ich umieralność w wieku aktywności zawodowej, tzn. 25-64 lata, a przede wszystkim w wieku 45-64 lata. Z informacji o stanie zdrowia ludności od lat wybija się wniosek, że najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej. Duże zróżnicowanie długości życia związane jest z powiatem zamieszkania. Mężczyźni w najlepszym powiecie żyją o niemal 8 lat dłużej niż mieszkający w powiecie o najkrótszej długości życia. W przypadku kobiet różnica ta wynosi poniżej 6 lat. To kolejne dowody na to, że redystrybucja środków na profilaktykę powinna bazować na lokalnej sytuacji zdrowotnej, ponieważ wtedy skuteczne będzie wyrównywanie nierówności w zdrowiu.

W podsumowaniu warto postawić pytanie, czy sukces systemu zdrowia publicznego będzie równocześnie odciążeniem medycyny naprawczej. Przywoływane często hasło „profilaktyka jest tańsza niż leczenie” odnosi się głównie do zapobiegania wystąpieniu choroby, zatem ograniczania chorobowości. Mieści w sobie także zachętę do wczesnego wykrywania chorób i stosowania mniej dolegliwych i tańszych form terapii, ale to już obszar dedykowany raczej medycynie naprawczej. Trzeba odnotować, że koncentrując się na uniwersalnych czynnikach ryzyka, jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta czy nadmierna masa ciała, uzyskane efekty będą dotyczyły wielu chorób przewlekłych, które trzeba równolegle uwzględnić w analizach kosztów i efektywności. Obserwowana w medycynie naprawczej tendencja do przypisywania uniwersalnym czynnikom ryzyka wpływu na zapadalność na wybrane grupy chorób, rodzi szereg konsekwencji w postaci powielania działań w różnych strategiach ukierunkowanych na zapobieganie już konkretnym chorobom. Nadmierna podaż soli to ryzyko pojawienia się zarówno chorób układu sercowo-naczyniowego, jak i nowotworów układu pokarmowego, a palenie tytoniu oprócz nowotworów płuca i chorób układu oddechowego niszczy układ sercowo-naczyniowy. Rozpiętość szkodliwego oddziaływania nadwagi i otyłości jest jeszcze szersza, obejmując nawet choroby układu mięśniowo-szkieletowego i urazy.

Niewątpliwie sukcesem zdrowia publicznego będzie wydłużenie długości życia. Choroby przewlekłe pojawiają się nieuchronnie, lecz później w cyklu życia i z mniejszą skalą upośledzania jego jakości. Nie sposób prognozować zmniejszenia zapotrzebowania na medycynę naprawczą, szczególnie w obliczu rozwoju technologii lekowych czy bionicznych. Sprawnie funkcjonujący system zdrowia publicznego, dokładnie monitorowany, z poprawną ewaluacją i regularnymi modyfikacjami jest niezbędnym uzupełnieniem wysiłków medycyny naprawczej. O ile da się go zaprojektować przy zaangażowaniu zespołów eksperckich i konsultacji społecznych, o tyle do jego wdrożenia konieczni są ludzie działający „w terenie”. Nie można do tego zaangażować już dra-

matycznie przeciążonych reprezentantów medycyny naprawczej. Chyba nadszedł już czas na nowy zawód „profilaktyka”, którego przedstawiciele dołączą do innych zawodów medycznych i będą planować i realizować zadania o zakresie oddziaływania populacyjnego. Niech oni zasiedlają ten ciągle nieco pustynny obszar zdrowia publicznego, współpracując z przedstawicielami medycyny naprawczej. Nie chodzi wszak o uregulowanie rzeki granicznej, nawiązując do metafory ze wstępu, ale o budowanie mostów. A przy okazji, aby przy reformowaniu systemu nie spalić mostów, które już powstały w czasie dotychczasowych realizacji interwencji zdrowia publicznego.

Bibliografia

- [1] *IHME GBD Compare*, baza danych [dokument elektroniczny] <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [dostęp: 12.09.2021].
- [2] *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*, Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, 2021, poz. 69.
- [3] *OECD.stat*, baza danych [dokument elektroniczny] <https://stats.oecd.org/> [dostęp: 12.09.2021].
- [4] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, pod red. B. Wojtyniaka i P. Goryńskiego, Warszawa 2020. [dokument elektroniczny] <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa> [dostęp: 12.09.2021].
- [5] *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Warszawa ; Kraków 2020. [dokument elektroniczny] <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2019-roku,1,10.html> [dostęp: 12.09.2021].

Antynomie systemu ochrony zdrowia. Nauka, etyka, polityka

Nikt nie ma chyba wątpliwości, że efektywna organizacja systemu opieki zdrowotnej jest jednym z najważniejszych wyzwań stojących przed współczesnymi społeczeństwami. Odnosząc się do tego wyzwania i podkreślając szeroko wieloaspektowe znaczenie zdrowia obywateli, uznani eksperci podjęli się przedstawienia nierozwiązywalnych od lat sprzeczności, leżących u podstaw systemów ochrony zdrowia i utrudniających ich doskonalenie. „Antynomie systemu ochrony zdrowia” jest więc książką niezwykle aktualną, rzucającą nowe spojrzenie na konflikty wynikające z braku możliwości finansowych, problemów organizacyjnych i rosnących wymagań technologicznych. Z tej perspektywy ważne wydają się zagadnienia poruszone w rozdziale „Antynomie w onkologii – analiza Narodowej Strategii Onkologicznej”. Jego autorzy – Piotr Rutkowski, Sławomir Gadomski, Joanna Didkowska i Piotr Czuderna słusznie zauważają, że w onkologii tak jak w soczewce ogniskują się wszystkie problemy naszego systemu ochrony zdrowia: niskie nakłady, odbiegające od średniej unijnej, ograniczony dostęp do leków i innowacyjnych terapii, brak kadr, co gorsza brak zainteresowania przyszłych rezydentów specjalizacjami onkologicznymi i zaskakująco niska świadomość społeczeństwa co do czynników ryzyka. Czy długo wyczekiwana NSO zlikwiduje istniejące sprzeczności w ciągu najbliższej dekady? Czas pokaże...

Równie interesujący wydaje się rozdział „Zawał mięśnia sercowego w Polsce – gdzie byliśmy, gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy?” Mariusza Gąsiora i Lecha Polońskiego, pokazujący, że sam postęp w leczeniu to nie wszystko. Chociaż w wyniku wysiłków polskich kardiologów standaryzowany wg wieku współczynnik zgonów z powodu zawału serca na przestrzeni ostatnich 20 lat uległ obniżeniu, to niedostateczne zaangażowanie w profilaktykę pierwotną spowodowało, że liczba chorych w Polsce z zawałem serca nie maleje. Zwiększa się za to częstość występowania klasycznych czynników ryzyka: nadwagi i otyłości, niskiej aktywności fizycznej, nadciśnienia tętniczego i cukrzycy.

Czy w takim razie zwiększenie wydatków publicznych na ochronę zdrowia do poziomu 6% PKB do 2024 r., będące zresztą „nierealnym postulatem”, czego dowodzą autorzy rozdziału „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce” – Krzysztof Opolski i Marek Zuber, zagwarantuje nam pełen sukces? Śmiem twierdzić, że nie...

Tytułowych antynomii na kolejnych stronach monografii jest jednak dużo więcej, a ich źródłem wydaje się dwoistość patrzenia na ludzkie zdrowie – z jednej strony

powszechne traktowanie zdrowia jako nadrzędną wartość o kluczowym znaczeniu dla funkcjonowania współczesnego społeczeństwa, z drugiej zaś jako produktu rutynowej działalności prowadzonej przez służby medyczne w oderwaniu od oczekiwań konkretnego pacjenta, przy ograniczonych środkach. Mówiąc inaczej, istnieje konflikt między głęboko ludzkimi, humanitarnymi oczekiwaniami wobec systemu opieki zdrowotnej, a optymalizującymi koszty ekonomicznymi przesłankami świadczonych usług. U podstaw opisanego problemu można bez trudu dostrzec sprzeczność między oczekiwaniami społecznymi odwołującymi się do naczelnych wartości przypisywanych słusznie zdrowiu obywateli, a wpływającą na polityczne decyzje gotowością obywateli do ponoszenia wysokich kosztów związanych z realizacją tych oczekiwań, na co zwraca uwagę dr Krzysztof Chlebuz w rozdziale „Płatynowe biodro, czyli jak spełnić oczekiwania dwóch pacjentów z problemami kardiologicznymi”. Oba wymienione stanowiska obfitują zresztą w wewnętrzne bolączki, gdyż obywatele jako beneficjenci bardzo różnych charakterystyk systemu mają często sprzeczne oczekiwania w sprawie jego udoskonalenia, natomiast politycy w swych decyzjach zbyt często odwołują się do fragmentarycznych czy wręcz populistycznych argumentów.

Nikt nie wątpi, jak słusznie zauważył prof. Tomasz Zdrojewski w rozdziale „Czego nauczyliśmy się w dwóch ostatnich dekadach?”, że nakłady na ochronę zdrowia i sytuacja ekonomiczna kraju mają istotny wpływ na zdrowie obywateli. Prawdziwa jest jednak także zależność odwrotna – zdrowie publiczne ma znaczący wpływ na gospodarkę. Nie jest wyłącznie kosztem dla budżetu, ale przekłada się wprost na rozwój gospodarczy kraju. Czym zdrowsze jest bowiem społeczeństwo, tym bardziej efektywna jest praca jego obywateli, niższa absencja chorobowa, mniejsze problemy z dbałością o wychowanie dzieci i większy optymizm przy podejmowaniu nowych wyzwań.

Jak wiadomo, podwyższanie wydatków na ochronę zdrowia, obok oczywistej empatii dla cierpiących, służy w końcowym efekcie nam wszystkim, także tym (jeszcze) zupełnie zdrowym. Rośnie jednak powszechna świadomość, że wzrostowi budżetu na ochronę zdrowia towarzyszyć musi umiejętne zarządzanie całym systemem, a to ciągle pozostawia wiele do życzenia także z powodu braku precyzyjnych danych dotyczących kosztowej efektywności świadczonych usług. Część winy za aktualny, daleki od optymalnego stan sektora ochrony zdrowia, plasujący nas w ocenach międzynarodowych ekspertów na odległym miejscu w rankingach państw europejskich, ponosi brak szeregu ponadpartyjnych uzgodnień politycznych co do sposobów jego poprawy, wymagającej konsekwentnych działań wykraczających poza pojedyncze kadencje wyborcze. Opracowanie kompleksowego i długofalowego programu naprawy sektora zdrowia jest dzisiaj pilną potrzebą niezbędną do uruchomienia wiarygodnych działań naprawczych.

W opinii piszącego te słowa, nie-lekarza, do kluczowych działań służących poprawie systemu należą szerokie upowszechnianie wiedzy o zdrowiu w społeczeństwie, promocja i wspomaganie profilaktyki zdrowotnej łącznie z edukacją w tym zakresie prowadzoną od najmłodszych lat, personalizacja leczenia oraz racjonalne wykorzystywanie nowych technologii powstających dzisiaj na bazie szeroko prowadzonych, interdyscyplinarnych badań naukowych. Upowszechnianie wiedzy o zdrowiu jest ważne, bowiem, z jednej strony, pogłębiona społeczna świadomość sytuacji ułatwia uzyskanie szerokiego poparcia dla proponowanych reform systemu, a z drugiej pozwala pacjentom realnie oceniać sytuację zdrowotną wśród swych najbliższych. To z kolei wpływa

na świadomość potrzeb profilaktyki zdrowotnej coraz lepiej w Polsce promowanej dzięki m.in. takim inicjatywom jak ostatnio powołane Narodowe Centrum Profilaktyki Zdrowotnej.

Wyzwania związane z wykorzystywaniem w diagnostyce i terapii pojawiających się nieustannie nowych technologii są olbrzymie, choć nie wolno zapominać o także tu istniejących antynomiach, czyli zagrożeniach niesionych przez ich niedostatecznie przemyślane stosowanie. Spośród wielu już obszarów efektywnego stosowania nowych technologii, takich jak telemedycyna, robotyka chirurgiczna niebawem zapewne z wykorzystaniem nanorobotów wędrujących w organizmie pacjenta, inżynieria genetyczna, zdalne monitorowanie zdrowia czy wręcz budowa całych inteligentnych domów monitorujących stan zdrowia mieszkańców, wybierzmy dla przykładu olbrzymich korzyści, ale także możliwych zagrożeń, problematykę zastosowań sztucznej inteligencji (w skrócie SI). SI w ochronie zdrowia oznacza wykorzystywanie zaawansowanego oprogramowania naśladującego poznawcze zdolności człowieka do analizy złożonych danych medycznych i sugerowanie na tej podstawie diagnozy i ewentualnych działań leczniczych. Innymi słowy, SI jest zdolnością komputerowych algorytmów do formułowania opinii w złożonych problemach medycznych przydatnych dla lekarzy bez bezpośredniego sięgania po ich opinię. Zastosowania SI różnią się istotnie od tradycyjnych metod medycyny umiejętnością pozyskiwania wielkiej liczby informacji, ich przetwarzania i formułowania na tej podstawie sugerowanych działań. Fundamentalną cechą stosowanych algorytmów jest ich zdolność do uczenia się na drodze rozpoznawania istotnych cech charakteryzujących przetwarzane dane i tworzenia na tej podstawie własnych opinii na temat analizowanego problemu. Ważnym celem stosowania SI w ochronie zdrowia jest dostarczanie analiz wykorzystujących olbrzymie bazy danych i opisujących relacje między diagnozą i zastosowaną terapią a najbardziej prawdopodobnym efektem leczenia. Dysponujemy dzisiaj terabajtami danych pochodzących z badań klinicznych, szeroko rozumianej praktyki medycznej, firm ubezpieczeniowych oraz aptek, dotyczących wszelkich dręczących ludzi dolegliwości i poważnych schorzeń. Naukowcy i praktykujący lekarze korzystają oczywiście od zawsze z takich informacji, ale możliwości ich pełnej analizy przez najlepiej nawet przygotowanych badaczy są ze względu na ilość danych, ich złożoność i brak wypracowanej struktury z natury rzeczy bardzo ograniczone. W sukurs przychodzi właśnie sztuczna inteligencja. Metody SI weszły już do standardów badawczych w wielu różnych obszarach medycyny. Przykładami ilustrującymi aktualne osiągnięcia w tym zakresie mogą być opracowane ostatnio oprogramowanie pozwalające z dokładnością 70-80% przewidzieć wśród osób zarażonych koronawirusem te, u których rozwinie się ciężka postać COVID-19, lub system przewidujący z dokładnością 95%, które osoby zachorują w ciągu swego życia na cukrzycę. Możliwości SI są jednak bardzo szerokie i daleko wykraczają poza diagnostykę tego typu. Wymieńmy kilka z medycznych zastosowań SI, które z dużym prawdopodobieństwem mieć będą ważne znaczenie w nadchodzących latach, dodając do każdego z nich, wyłącznie przykładowo, choć jedną z już dostępnych możliwości oferowanych przez daną technologię:

- Wnikliwa analiza obrazowania medycznego – zdjęć rentgenowskich, rezultatów rezonansu magnetycznego czy tomografii komputerowej. Stwierdzono na przykład, że opracowany w Australii i bazujący na SI program XRAIT diagnozuje na podstawie zdjęć rentgenowskich osteoporozę znacznie trafniej niż najbardziej

doświadczeni lekarze – dalsze zastosowania inteligentnej analizy obrazów medycznych będą z pewnością niebawem się pojawiać.

- Personalizacja leczenia. Diagnoza jest oczywiście wstępem do leczenia i tu też, szczególnie w aspekcie coraz szerzej docenianej idei indywidualnego traktowania pacjentów, SI zaczyna odgrywać coraz większą rolę. Amerykańscy badacze opracowali na przykład program analizujący rozległe dane kliniczne i pozwalający szybko i skutecznie zaplanować u konkretnego pacjenta radioterapię nowotworu, co ma olbrzymie znaczenie dla skuteczności leczenia.
- Szybsze wprowadzanie na rynek nowych, doskonalszych leków. SI nie ma tu jeszcze zbyt wielu spektakularnych sukcesów, choć takie przykłady jak skuteczne zastosowanie przez amerykańskich badaczy zaawansowanych metod uczenia maszynowego do opracowania nowego antybiotyku zwalczającego różnorodne bakterie, a w szczególności pewien wyjątkowo trudny w terapii rodzaj bakterii wywołującej zapalenie płuc, budzą nadzieje na przyszłość. Ze względu na fakt, iż wprowadzenie nowego leku na rynek kosztuje dzisiaj średnio prawie 3 mld dolarów, a 90% opracowywanych propozycji przepada w różnych fazach badań klinicznych, powodując olbrzymie marnotrawstwo środków, potencjał SI jest w tym zakresie bardzo duży, algorytmy uczenia maszynowego mogą bowiem przeanalizować miliony związków zawężając opcje do konkretnego celu poszukiwań.
- Zastosowania inteligentnej robotyki. Inteligentne oprogramowanie można oczywiście łączyć z różnego rodzaju urządzeniami, w tym z coraz popularniejszymi robotami chirurgicznymi. Będą one w przyszłości odgrywać zapewne ważną rolę, wspomagając chirurgów w przeprowadzaniu zabiegów, dokonując na bieżąco szczegółowej analizy obrazu pola operacyjnego – dostępny szeroko już dzisiaj także w Polsce robot da Vinci był niejako pierwszym krokiem na tej drodze.
- Poprawa dokumentacji medycznej. Chyba nikt nie ma wątpliwości, że kluczowym elementem dokumentacji medycznej muszą stać się niebawem elektroniczne karty dokumentów. Złożoność i ilość zapisanych w nich danych dotyczących przebiegów wizyt, wyników badań laboratoryjnych i wszystkich innych ważnych informacji o zdrowiu pacjenta przesądza o potencjalnej wielkiej przydatności SI, mogącej wspomóc lekarza w szybkiej ocenie stanu zdrowia badanego w sposób uwzględniający różnorodne możliwe konsekwencje stawianej diagnozy.
- Udoskonalenie metod kształcenia studentów. Powiązanie SI z systemami wirtualnej rzeczywistości pozwala na przykład już dzisiaj na demonstrowanie skomplikowanych operacji bez potrzeby przeprowadzania rzeczywistych sekcji zwłok.
- Zdalne konsultacje medyczne i opieka zdrowotna w domu. Coraz popularniejsze stają się cyfrowe czujniki monitorujące stan zdrowia pacjenta (tętno, temperatura, praca serca, bioelektryczna aktywność mózgu) i przekazujące uzyskane w trybie ciągłym dane do centrum diagnostycznego, gdzie SI poddaje je analizie i informuje o ewentualnym pogorszeniu się stanu zdrowia badanego wraz z oceną prawdopodobieństwa wystąpienia choroby. Zgodnie z tym system może także przypominać o porach zażywania właściwych leków i zachęcać do zachowań prozdrowotnych.

- Pomoc w rozpoznawaniu chorób. Przykładem możliwości SI w tym zakresie może być opracowany niedawno przez brytyjskich badaczy na podstawie analizy różnorodnych symptomów chorobowych u milionów chorych system SI bardzo skutecznie określający prawdopodobieństwo zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Nie ulega wątpliwości, że SI w ochronie zdrowia ma olbrzymi potencjał. Jak powiedzieliśmy, jej zastosowania nie są jednak wolne od poważnych dylematów etycznych czy wręcz niebezpieczeństw nieprzemysłanego stosowania. Dwa główne dzisiaj wyzwania to ochrona prywatności danych pacjentów oraz etyczne problemy związane z zakresem komputerowego wspomaganie lekarza w podejmowaniu ważnych decyzji o ludzkim zdrowiu, nie mówiąc już o ich samodzielnym podejmowaniu przez SI. Dylematów etycznych będzie zaś w przyszłości z pewnością jeszcze więcej – trudno nie odczuwać przerażenia słysząc np. o planach inteligentnego wspomaganie w genetycznym profilowaniu dzieci w procesach *in vitro*, mającego „optymalizować” ich przyszłą urodę i zdrowie. Plany takiego „projektowania” dzieci budzą już dzisiaj olbrzymie kontrowersje. Przestrzec więc należy przed entuzjastami widzącymi w SI systemy w pełni zastępujące lekarzy i rewolucjonizujące powszechne zasady bioetyczne, możemy bowiem dzisiaj odpowiedzialnie mówić wyłącznie o potencjalnie bardzo przydatnej i zasługującej na przemyślane wsparcie ofercie ze strony tej technologii. Z pełną świadomością potencjału SI, ale także zagrożeń, które może powodować jej pochopne stosowanie, zacytujmy w tym kontekście prognozę pewnego amerykańskiego profesora medycyny: **SI na pewno nie zastąpi w przyszłości lekarzy, ale lekarze, którzy będą po nią rozsądnie sięgać, zastąpią tych, którzy jej nie będą w ogóle używać.**

Problemów etycznych nie brakuje w innych zastosowaniach nowych technologii. Po przeprowadzeniu badania swego genomu, co dzisiaj staje się coraz tańszym, standardowym postępowaniem, w Stanach Zjednoczonych można przykładowo kupić informacje o naszych najbardziej prawdopodobnych chorobach, najkorzystniejszym dla nas wzorcu spania, pochodzeniu naszych przodków i setkach innych zakodowanych w naszym genomie sekretów. Brzmi to wspaniale tyle, że utrzymanie tych bardzo osobistych informacji w całkowitej tajemnicy jest w dzisiejszym świecie zupełnie nie-realne i już widać zainteresowanie nimi naszych pracodawców czy ubezpieczycieli. Trudno, poza tym nie zadać sobie pytania o kierunek takich innowacji – zmierzamy tylko w kierunku innowacyjnych metod diagnozy i terapii medycznej, czy też może raczej w stronę eugeniki? Czy, jak już wspomnieliśmy powyżej, zabraknie na przykład chętnych do „ulepszania” swoich dzieci na drodze modyfikacji genetycznych? I jaki będzie ten pożądany wzorzec superczłowieka?

Przytoczmy jeszcze jeden przykład dylematów etycznych. Ludzko-zwierzęce hybrydy na poziomie komórkowym tworzone są od lat, ale ostatnie doniesienia w prasie specjalistycznej posuwają sprawę znacznie dalej. Nadchodzi czas, kiedy nie będzie zapewne problemem wszczepianie do zwierzęcego zarodka komórek człowieka i wychowywanie odpornych na odrzucenie zastępczych narządów dla tej osoby. Medyczne znaczenie takiej procedury może wydawać się bardzo atrakcyjne, ale krytycy widzą w tym niedopuszczalne zacieranie międzygatunkowych granic, mogące w konsekwencji prowadzić do stworzenia nowych „mieszanych” stworzeń z pogranicza człowieka i zwierzęcia. Pojawiające się pytania typu – czy jeden procent ludzkich komórek w świni to już człowiek, czy jeszcze świnia, a jeśli to jest pięćdziesiąt procent to...? Opisane dylematy budzą przerażenie u wszystkich chyba obserwatorów rozwoju nauki!?

jest jasna – musimy ze wszystkich sił stworzyć wspólnie standardy etyczne pozwalające na wykorzystanie osiągnięć nauki i technologii tak, by optymalnie służyło to dobru wspólnemu, bezwzględnie przeciwstawiając się działaniom niezgodnym w naszym rozumieniu z troską o godność i rozwój człowieka w jego społecznym i naturalnym środowisku.

Wracając jednak optymistycznie do problematyki cyfryzacji medycyny, zauważmy na koniec, że SI nie tylko stanie się zapewne w nieodległej przyszłości ważnym elementem przemyślanego wspomaganie lekarzy w ich odpowiedzialnej pracy, ale także pozwoli w pewnym przynajmniej stopniu zaradzić innej bolączce współczesnych systemów ochrony zdrowia. Według danych WHO sprzed paru lat na świecie brakowało ponad 7 mln lekarzy, a w 2035 r. deficyt ten osiągnie wielkość 13 mln. W konsekwencji prawie połowa globalnej populacji nie ma możliwości uzyskania jakiegokolwiek pomocy medycznej, zaś dostęp do specjalisty wymaga parotygodniowego bądź jeszcze dłuższego oczekiwania nawet w najbogatszych krajach świata. Może więc właśnie stosowanie SI przyspieszy procedury diagnostyczne i terapeutyczne, dając szansę na poprawę tej sytuacji?

W konkluzji powiedzmy, że ze względu na wagę problematyki zdrowia dobrze, że w niniejszym zbiorze artykułów napisanych przez czołowych polskich ekspertów poruszamy problemy istniejących antynomii, których świadomość i konsekwentne rozwiązywanie odegrać powinny ważną rolę w procesie doskonalenia naszego systemu ochrony zdrowia.

Biogramy Autorów

Małgorzata Balwicka-Szczyrba – dr hab., prof. UG

Katedra Prawa Handlowego
Uniwersytet Gdański

ORCID 0000-0002-7981-5602

malgorzata.balwicka@prawo.ug.edu.pl



Wykładowca akademicki na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego, od wielu lat współpracująca z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym. Tutor akademicki, w latach 2020-2021 koordynator Zespołu Tutorów Akademickich na WPiA UG, radca prawny.

Autorka licznych publikacji naukowych z obszaru prawa cywilnego oraz prawa ochrony zdrowia, a także wielu opinii prawnych i analiz z zakresu prawa ochrony zdrowia, w tym dla Światowej Organizacji Zdrowia, w latach 2019-2020 ekspert Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny.

Członek organizacji krajowych i międzynarodowych, w tym Layers Circle Forum by Tobacco Free Kids, European Scientific Network on Law and Tobacco, European Law Institute z siedzibą w Wiedniu oraz ELI Polska.

Łukasz Balwicki – dr hab. med., prof. uczelni

Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej
Gdański Uniwersytet Medyczny

ORCID 0000-0002-8821-7911

lukasz.balwicki@gumed.edu.pl



Lekarz, specjalista zdrowia publicznego, kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Od ponad 10 lat kierownik Uniwersyteckiej Poradni Antytytoniowej. Autor wielu publikacji naukowych z zakresu *tobacco control* w tym epidemiologicznych aspektów używania elektronicznych papierosów wśród młodzieży oraz prawa antytytoniowego. Autor praktycznych poradników z zakresu pomocy dla uzależnionych od palenia papierosów. Koordynator wielu programów i kampanii antytytoniowych realizowanych we współpracy z pracodawcami, samorządami terytorialnymi i instytucjami administracji rządowej.

Autor i lider programów polityki antytytoniowej finansowanych z grantów Bloomberg Initiative prowadzonych w koordynacji ze Światową Organizacją Zdrowia i Campaign for Tobacco-Free Kids. Był Zastępcą Dyrektora Wydziału Rozwoju Społecznego ds. zdrowia publicznego w Urzędzie Miejskim w Gdańsku. Współpracuje w charakterze eksperta z WHO i The European Observatory on Health Systems and Policies oraz Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego.

Prywatnie żonaty, ojciec czwórki dzieci. Interesuje się rozwojem osobistym, wychowaniem dzieci i utrzymaniem odpowiedniego *work-life balance*.

Krzysztof Chlebus – dr n. med., MBA

I Klinika Kardiologii
Gdański Uniwersytet Medyczny

ORCID 0000-0001-6546-0858
krzysztof.chlebus@gumed.edu.pl



Adiunkt I Katedry i Kliniki Kardiologii na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Ukończył studia podyplomowe w zakresie „Zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej” Uniwersytetu Gdańskiego oraz prestiżowe studia Executive MBA (Carlsson School of Management University of Minnesota oraz SGH w Warszawie). Od 2012 do 2014 roku Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w rządzie Donalda Tuska. Stypendysta Tempus w ThoraxCentre w Rotterdamie oraz Polish-American Foundation for Medical Education na Loyola University w Chicago. W kadencji 2007-2009 członek Zarządu Głównego i Sekretarz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK).

Od 2014 członek Komisji PTK ds. współpracy z administracją rządową i Parlamentem RP, zaś od 2021 r. członek Zarządu Sekcji Prewencji i Epidemiologii PTK. Krajowy koordynator Projektu Narodowego Programu Zdrowia „Diagnostyka kliniczna i genetyczna pacjentów z wysokim ryzykiem hipercholesterolemii rodzinnej wraz z diagnostyką kaskadową ich krewnych”. Członek Rady Programowej Projektu MZ KORDIAN „Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca dla mieszkańców makroregionu północnego.” W latach 2010-2012 sędzia Okręgowego Sądu Lekarskiego przy OIL w Gdańsku. Od 2008 roku Fellow ESC.

Zastępca Kierownika Klinicznego Centrum Kardiologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Prezes Centrum Innowacji Medycznych sp. z o.o. Pełnomocnik Rektora GUMed ds. Innowacji i Transferu Wiedzy. Członek FHSC Steering Committee European Atherosclerosis Society oraz Homozygous Familial Hypercholesterolemia International Clinical Collaborators.

Twórca autorskiej koncepcji modelowej opieki nad pacjentem z hipercholesterolemią rodzinną (FH), obejmującej koordynację diagnostyki i terapii oraz kompleksowość usług medycznych dla pacjenta oraz jego rodziny. Koordynator Krajowego Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej w Gdańsku.

Twórca i koordynator Krajowego Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej rejestrującego przypadki nowych rozpoznań FH u probantów oraz członków ich rodzin.

Piotr Czauderna – prof. dr hab. n. med.

Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży
Gdański Uniwersytet Medyczny

ORCID 0000-0002-5266-8665

piotr.czauderna@gumed.edu.pl



Kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Pełni również funkcję przewodniczącego Rady Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju w Kancelarii Prezydenta RP.

Jest prezesem Sekcji Chirurgii Dziecięcej w ramach Europejskiej Unii Specjalistów Medycznych (UEMS). Pełni również funkcję przewodniczącego Państwowej Komisji Akredytacyjnej ds. Chirurgii Dziecięcej.

W latach 2012-2014 był prezesem Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, obecnie jest członkiem jego Zarządu Głównego. Przez dwie kolejne kadencje był przewodniczącym Międzynarodowej Grupy Strategii

Nowotworów Wątroby u Dzieci (SIOPEL) i członkiem Komitetu Naukowego Międzynarodowego Towarzystwa Onkologii Pediatricznej (SIOP). Był też konsultantem ds. chirurgii dziecięcej w województwie pomorskim.

Jego zainteresowania naukowe obejmują głównie problematykę leczenia nowotworów, zwłaszcza guzów wątroby oraz wideochirurgię u dzieci. Uczestniczył w wielu krajowych i zagranicznych projektach naukowych jako wykonawca lub ich kierownik. Jest współautorem wielu rozdziałów w polskich i zagranicznych podręcznikach medycznych oraz współautorem blisko 200 artykułów naukowych publikowanych w najbardziej cenionych czasopismach na świecie, m.in. „New England Journal of Medicine”, „Lancet Oncology” i „Journal of Clinical Oncology”. Łączny współczynnik „impact factor” jego publikacji to prawie 500, a liczba cytowań to blisko 6000. Regularnie pełnił funkcję eksperta dla polskiego Ministerstwa Zdrowia, jak i innych organizacji krajowych i ciał międzynarodowych, a także recenzenta programów badawczych w Unii Europejskiej (7PR i Horyzont 2020). Odpowiadał za przygotowanie koncepcji Krajowej Sieci Onkologicznej, a także brał udział w przygotowaniu ustaw o Narodowej Strategii Onkologicznej i Funduszu Medycznym.

Joanna Aleksandra Didkowska – dr hab. n. med.

Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów i Krajowego Rejestru Nowotworów
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie

ORCID 0000-0001-9160-9118

joanna.didkowska@pib-nio.pl



Epidemiolog związana z Zakładem Epidemiologii Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów i Krajowego Rejestru Nowotworów. Ekspert krajowy i międzynarodowy w dziedzinie epidemiologii i monitorowana chorób nowotworowych w Polsce i Europie. Inicjator i współautor opracowań dotyczących analizy przeżywalności polskich pacjentów. Badacz populacyjnych czynników ryzyka zachorowalności na nowotwory złośliwe (tytoń, dieta, procesy demograficzne) oraz geograficznego zróżnicowania zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce.

W latach 2016-2020 dyrektor WHO Collaborating Center for Tobacco Control. Dorobek to ponad 70 publikacji i rozdziałów w książkach. Członek Krajowej Rady do spraw Onkologii i zespołu ds. Narodowej Strategii Onkologicznej przy Ministrze Zdrowia, przedstawiciel NIO w Rządowej Radzie Ludnościowej, członek KN Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. Brała udział w pracach międzynarodowych zespołów, m.in. MADAME (Mathematical Methods and Modelling in the Sciences 2000-2003), CONCORD-2, CONCORD-3, Eurocare-6 (analiza przeżyć), ECIS (European Cancer Information System). Jest członkiem Polskiego Komitetu TNM International Union Against Cancer, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (członek ZG), Polskiej Unii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Rakiem Piersi. Redaktor w polskich i zagranicznych czasopismach naukowych. Koordynator projektu „Utworzenie pierwszej w Polsce informatycznej platformy naukowej do wymiany wiedzy o zagrożeniu nowotworami złośliwymi w Polsce”; od 2019 roku realizator projektu e-KRN+ finansowanego z Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa. Uczestniczy w pracach zespołów powołanych przez MZ, MNiSW, ekspert AOTMiT. Od wielu lat działa społecznie w Polskiej Lidze Walki z Rakiem (członek Zarządu).

Grażyna Dykowska – dr n. o zdr.

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

ORCID 0000-0001-5644-627X

grazyna.dykowska@wum.edu.pl



Specjalistka z organizacji i zarządzania, pracownik naukowy WUM. Studia doktoranckie na Wydziale Nauk Ekonomicznych UW.

Autorka ponad 170 publikacji i rozdziałów w książkach w tym prac analizujących m.in. jakość w ochronie zdrowia, o łącznej punktacji 23,18 punktów IF oraz 812 punktów MNiSW.

W roku 2016 uzyskała dyplom specjalisty w dziedzinie organizacji i zarządzania. W roku 2012 ukończyła studia podyplomowe na Wydziale Prawa UW Ochrona Własności Intelektualnej.

W 2002 r. odbyła szkolenie w Holandii ADPT UE „Public Health in the European Union”, w 1999 Studium

Integracji Europejskiej z Ecole Nationale Administration.

W 2002-2010 pracownik GUS, udział w pracach nad Narodowymi Rachunkami Zdrowia w grantach Eurostat w Luksemburgu, Madrycie, Lizbonie oraz Wilnie. Udział na UW na Wydziale Zarządzania w projekcie MUNROS (Health Care Reform: the iMpaCt on practice, oUtcomes and costs of New roles for health pROfeSsionals) we współpracy z 9 uczelniami partnerskimi, finansowanymi przez Komisję Europejską 7 Programu Ramowego Wspólnoty Europejskiej .

Na lata 2012-2014 została powołana przez Ministra Zdrowia do Komisji Egzaminacyjnej ze specjalizacji pielęgniarek i położnych z zakresu medycyny pracy oraz organizacji i zarządzania.

Od 2002 r. jest członkiem Rady Fundacji Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową w Warszawie. Organizator corocznych konferencji „Bezpieczeństwo pacjenta” na WUM. Laureatka nagród za osiągnięcia naukowe.

Sławomir Janusz Gadomski

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

sekretariat-sg@mz.gov.pl



Polski menedżer, audytor wewnętrzny i urzędnik państwowy, od 5 czerwca 2018 roku podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Posiada wykształcenie wyższe z zakresu finansów i bankowości (Szkoła Główna Handlowa w Warszawie) oraz matematyki finansowej (Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach), jest na końcowym etapie zdobywania uprawnień biegłego rewidenta.

Posiada 10-letnie doświadczenie w audycie wewnętrznym w sektorze finansowym, w zakładach ubezpieczeń w Grupie PZU, w tym ponad 4 lata jako zarządzający zespołami audytowymi. Specjalizował się w realizacji zadań doradczych z zakresu finansów, kontrolingu, zarządzania ryzykiem, zarządzania inwestycjami, sprawozdawczości finansowej i rachunkowości.

Posiada 4-letnie doświadczenie jako zarządzający w sektorze ochrony zdrowia.

Od 2016 do 2018 r. pracował jako Zastępca Dyrektora w największym, medycznym instytucie badawczym w Polsce – Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie (obecnie Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy). Kierując pionem Zarządzania i Finansów, odpowiadał przede wszystkim za skuteczną restrukturyzację finansową Instytutu, a także zmiany organizacyjne i procesowe w następujących obszarach: zarządzanie strategiczne, zarządzanie korporacyjne, controlling, HR, IT, inwestycje, zakupy, audyt wewnętrzny, bezpieczeństwo.

Od 5 czerwca 2018 r. pełni stanowisko Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

W Ministerstwie Zdrowia nadzoruje i koordynuje wszystkie działania resortu w zakresie kompleksowej reformy polskiej onkologii. Nadzoruje również wszystkie inwestycje MZ i projekty finansowane ze środków budżetowych, programów unijnych oraz programów polityki zdrowotnej.

Jest odpowiedzialny także za nadzór i projekty optymalizacyjne w podległych Ministrowi Zdrowia instytucjach badawczych, a także jednostkach publicznej służby krwi (Narodowe Centrum Krwi i regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa) oraz transplantologii (Poltransplant), których głównym celem jest zwiększenie efektywności operacyjnej i finansowej, w tym m.in. projekty informatyczne usprawniające działania w obszarach zarządzania krwią czy też transplantologii.

Robert Gałązkowski – prof. dr n. med. i n. o zdr.

Dyrektor Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

ORCID 0000-0002-7205-2219

r.galazkowski@lpr.com.pl



Kierownik Zakładu Ratownictwa Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Prodziekan ds. Dietetyki, Ratownictwa Medycznego i Zdrowia Publicznego WUM oraz Członek Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu WUM.

W całym okresie kariery zawodowej związany z ratownictwem medycznym i medycyną ratunkową. Pracował w zespole karetki reanimacyjnej, na oddziale intensywnej opieki medycznej, w lotniczym zespole ratownictwa medycznego (HEMS) i samolotowym zespole transportu sanitarnego.

Jako wykładowca prowadził zajęcia między innymi na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika Collegium Medicum w Bydgoszczy, Akademii Obrony Narodowej w Warszawie, Collegium Mazovia w Siedlcach. Jest autorem i współautorem ponad 200 artykułów w czasopismach naukowych polskich i zagranicznych. Członek Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej i Stowarzyszenia Na Rzecz Leczenia Ciężkich Krwotoków.

W latach 2012-2018 był członkiem zarządu Europejskiego Komitetu HEMS i Pogotowia Lotniczego (EHAC). Inicjator powstania i redaktor naczelny czasopisma naukowego „Emergency Medical Service – Ratownictwo Medyczne”.

Był ekspertem w obszarze zabezpieczenia medycznego przy Rządowym Zespole do Spraw Przygotowania Wizyty Jego Świątobliwości Papieża Franciszka w Rzeczypospolitej Polskiej w 2016 r. Był zastępcą Przewodniczącego Zespołu Doradczego Wojewody Małopolskiego odpowiedzialnym za koordynację działań w sytuacjach nadzwyczajnych podczas Światowych Dni Młodzieży.

29 października 2020 r. został Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia ds. koordynacji systemu pozaustrojowego utlenowania krwi u pacjentów z ostrą niewydolnością oddechową w przebiegu choroby COVID-19.

Dorota Gardias

Przewodnicząca Forum Związków Zawodowych

gardias.dorota@wp.pl



Działaczka związkowa i pielęgniarka z zawodu. Od 2015 roku Przewodnicząca Forum Związków Zawodowych, trzeciej co do wielkości reprezentatywnej centrali związkowej, o największej grupie zrzeszonych pracowników medycznych. Od kilkadziesiąt lat związana z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych. W latach 2005-2011 Przewodnicząca OZZPiP. Współorganizatorka „Białego Miasteczka”, jednego z najbardziej spektakularnych protestów po 1989 r. i jednego z największych sprzeciwów społecznych środowisk pracowniczych od czasów protestów Pierwszej Solidarności. Obecnie Przewodnicząca Zakładowej Organizacji Związ-

kowej OZZPiP w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Janusza Korczaka w Słupsku. Członkini Komisji Trójstronnej ds. społeczno-gospodarczych, a także jej następczyni – Rady Dialogu Społecznego. Powołana w jej skład w 2016 r. Przewodnicząca RDS w latach 2018-2019, organizatorka stołu negocjacyjnego pomiędzy środowiskiem związkowym a stroną rządową w trakcie Strajku Nauczycieli w 2019 r. Członkini Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego. Liderka inicjatywy (zakończona sukcesem) uznania przez organy Unii Europejskiej kwalifikacji pielęgniarskich w UE. Od wielu lat zaangażowana w pomoc osobom uzależnionym.

Mariusz Gąsior – prof. dr hab. n. med.

Kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii w Zabrzu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

ORCID 0000-0001-6775-1392

m.gasior@op.pl



Od początku swojej pracy związany ze Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, w którym przez 15 lat pełnił funkcję Dyrektora ds. medycznych. Główne zainteresowania kliniczne i naukowe: interwencyjne leczenie ostrych zespołów wieńcowych, w tym wstrząsu kardiogenego, niewydolność serca, prewencja pierwotna i wtórna schorzeń sercowo-naczyniowych, leczenie hybrydowe. Propagator tworzenia i wykorzystywania dużych baz danych, współpracujący ze środowiskiem medycznym, ale i jednostkami organizującymi system leczenia w Polsce. Współtwórca i wykonawca jednego z największych w Europie Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowych PL-ACS, twórca Śląskiej

Bazy Sercowo-Naczyniowej SILICARD, realizowanej we współpracy z NFZ. Autor i współautor ponad 500 prac naukowych oraz kilkunastu rozdziałów w książkach i podręcznikach. Ze względu na opóźnienia przedszpitalne w leczeniu zawału serca, które należą do najdłuższych w Europie i są krytycznym momentem w terapii, zainicjował i realizował ogólnopolską kampanię społeczną „Zawał serca – czas to życie”. Patronat nad kampanią objęła Pierwsza Dama RP – Pani Agata Kornhauser-Duda. Członek Krajowej Rady do spraw Kardiologii. Wieloletni inspirator i nauczyciel młodej kadry naukowej. Promotor 21 obronionych i 3 rozpoczętych przewodów doktorskich. Wielokrotnie nagradzany i wyróżniany za swoją pracę kliniczną, naukową, dydaktyczną i organizacyjną, m.in. przez PTK, Rektora ŚUM, a także przez Ministra Zdrowia RP za udział we wdrożeniu modelu inwazyjnego leczenia zawału serca oraz „Podręcznika kardiologii: lekarze i studenci dla studentów i lekarzy”. Laureat Platynowego Lauru Umiejętności i Kompetencji „Pro Publico Bono”, przyznawanego osobom w dowód uznania ich działalności na rzecz dobra społeczności, a także wyróżnienia Św. Kamila za pełnioną od ponad 30 lat, pełną poświęcenia i empatii służbę na rzecz chorych.

Agata Gemzik-Salwach – dr n. ekon.

Katedra Ekonomii i Finansów, Kolegium Zarządzania
Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie (WSliZ)

ORCID 0000-0001-7781-4369

agemzik@wsiz.edu.pl



Pracownik naukowo-dydaktyczny Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie. Jej zainteresowania naukowe i badawcze koncentrują się wokół tematu bankowości, finansjalizacji, nowych regulacji finansowych i ich ekonomicznych skutków, rynku kredytów bankowych i instytucji pożyczkowych. Jest autorką wielu publikacji naukowych oraz raportów badawczych w dziedzinach takich jak: zarządzanie finansami, bankowość i ekonomia.

Dziekan Kolegium Zarządzania w Wyższej Szkole Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie (WSliZ). W latach 2017-2019 była Prodziekanem trzech kierunków: Ekonomii, Finansów i Rachunkowość oraz Zarządzania, a w latach 2017-2019 pełniła funkcję Kierownika Katedry Finansów WSliZ. W latach 2015-2019 była przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego trzech międzynarodowych konferencji naukowych poświęconych tematyce finansjalizacji. W roku 2018 pracowała jako kierownik grantu dotyczącego tematu finansjalizacji, finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki. Koordynator Szkoły Giełdowej w Wyższej Szkole Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie, a od 2016 roku kierownik Laboratorium Finansowego (Laboratorium Adaptacji Innowacji Ekonomii w Obiektywnych Technologiach Informatycznych) w Wyższej Szkole Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie. Była pomysłodawcą i kierownikiem studiów podyplomowych „Audyt wewnętrzny” oraz „Bankowość”. W latach 2013-2014 pracowała jako członek Komitetu Inwestycyjnego Funduszu InnoFund. W latach 2006-2008 była zatrudniona jako doradca ds. wdrożenia programów naprawczych w przedsiębiorstwach w projekcie Equal „System przeciwdziałania powstawaniu bezrobocia na terenach słabo zurbanizowanych”.

Grzegorz Gielerak – prof. dr hab. n. med.

Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego

ORCID 0000-0002-6239-7918

ggielerak@wim.mil.pl

www.wim.mil.pl



Gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak, absolwent Wydziału Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej, Szkoły Głównej Handlowej oraz Akademii Leona Koźmińskiego; specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii, MBA. Od 2007 roku Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie.

Członek Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie choroby wewnętrzne oraz w dziedzinie kardiologii, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, European Society of Cardiology oraz International Society for Holter & Noninvasive Electrocardiology, a także Rady ds. Zdro-

wia Publicznego przy Ministrze Zdrowia oraz Zespołu ds. Nagród przy Prezesie Rady Ministrów. Konsultant Krajowy ds. Obronności w dziedzinie medycyny – choroby wewnętrzne.

Głównym przedmiotem zainteresowań naukowych są zagadnienia kliniczne dotyczące schorzeń układu sercowo-naczyniowego, w tym m.in. badania nad patomechanizmami neurohormonalnymi takich zjawisk jak omdlenia sercowo-naczyniowe, niewydolność serca i nadciśnienie tętnicze. Autor 200 pełnotekstowych prac naukowych, współautor 2 monografii oraz 18 rozdziałów w monografiach. Kierownik 20 projektów badawczych oraz 10 prac badawczo-wdrożeniowych.

Za osiągnięcia w działalności organizacyjnej, zarządczej oraz w dziedzinie innowacji nagrodzony tytułem „Menedżera Roku w Ochronie Zdrowia 2012 r. Laureat konkursu Liderzy Zmian w Ochronie Zdrowia – 2013 w kategorii Zarządzanie Kapitałem Ludzkim. Laureat Portretów Polskiej Medycyny 2016 w kategorii Menedżer Rynku Zdrowia (placówki publiczne). Odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi, odznaczeniami resortowymi oraz wpisem w Księdze Honorowej Wojska Polskiego.

Wojciech Hanke – prof. dr. hab. n. med.

Zakład Epidemiologii Środowiskowej
Instytut Medycyny Pracy w Łodzi

ORCID 0000-0001-7162-2569

wojciech.hanke@imp.lodz.pl



Jest od przeszło 40 lat związany z Instytutem Medycyny Pracy. Pracę w tej instytucji rozpoczął na Studium Doktoranckim (1979), a następnie szkolił się w dziedzinie epidemiologii zawodowej i środowiskowej w Narodowym Instytucie Bezpieczeństwa i Zdrowia w USA (1981-1983). Jest kierownikiem Zakładu Epidemiologii Środowiskowej oraz Sekretarzem Naukowym w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi. Jego zainteresowania naukowe dot. negatywnego wpływu środowiska, w tym na stan zdrowia kobiet w ciąży oraz ich dzieci. Badania w tym zakresie prowadzone są w ramach kohorty Matka i Dziecko Repro_pl .

Jako Konsultant Krajowy Ministra Zdrowia w dziedzinie Zdrowia Środowiskowego (2015-2020) angażował się w upowszechnienie wiedzy z zakresu jakości powietrza i jego wpływu na zdrowie oraz wypracowanie i promowanie dobrych praktyk w celu poprawy jakości powietrza i tym samym ograniczenia ekspozycji na jego zanieczyszczenia. Dostarczał również argumentów prozdrowotnych Rządowi dla dobrej legislacji w celu redukcji epizodów smogowych i ekspozycji długookresowych.

Od 2004 prowadzi zajęcia dydaktyczne z zakresu Zdrowia Publicznego i Epidemiologii w ramach Oddziału Anglojęzycznego w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Członek wielu kadencji Komitetu Zdrowia Publicznego. W lutym 2020 został wybrany na przewodniczącego obecnej kadencji. Przewodniczący Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektoracie Sanitarnym (2020- aktualnie) oraz Zespołu ds. wpływu zanieczyszczeń powietrza na zdrowie przy Radzie Narodowego Programu Zdrowia. Jest członkiem Rady Naukowej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi oraz Instytutu Zdrowia Publicznego Narodowego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego.

Marcin Jacek Jabłoński – dr hab. n. med. i n. o zdr.

Katedra Psychopatologii i Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii
Akademia Ignatianum w Krakowie

ORCID 0000-0002-3430-5932

marcin.jablonski@ignatianum.edu.pl



Lekarz, internista i specjalista psychiatrii, certyfikowany psychoterapeuta Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, certyfikowany psychoonkolog Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego oraz superwizor psychoonkologii. Nauczyciel akademicki i pracownik naukowy Akademii Ignatianum w Krakowie. Współpracuje też z Uniwersytetem Humanistycznospołecznym SWPS w Warszawie, Katolickim Uniwersytetem Lubelskim oraz Uniwersytetem Medycznym w Łodzi w zakresie studiów podyplomowych z Psychosomatyki i Somatopsychologii, Psychoonkologii i Psychoterapii klinicznej. Jest członkiem Zarządu Polskiego Towarzystwa

Psychoonkologicznego, a uprzednio był wieloletnim członkiem Zarządu i Prezesem (w latach 2010-2013) Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W latach 2000-2013 kolejno pracował w Klinice Psychiatrii Dorosłych UJ CM, był ordynatorem Oddziału Psychiatrii i Psychosomatyki Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o., oraz dyrektorem zarządzającym Centrum Medycznego Medycyna Rodzinna (grupa LUXMED) w Krakowie. W latach 2012-2015 został powołany do Małopolskiej Rady Zdrowia Psychicznego. Jest członkiem komitetów redakcyjnych i rad naukowych czasopism: „Psychiatria”, „Oncology in Clinical Practice”, „Paliative Medicine in Practice”. Jest współautorem, w części dotyczącej konsultacji psychoonkologicznej, rekomendacji dotyczących ujednoczenia procedur „Oncofertility” u pacjentów poddanych terapiom gonadotoksycznym Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej. Uczestniczył w pracach Zespołu ds. opracowania standardów opieki psychoonkologicznej Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Jest autorem i współautorem artykułów i rozdziałów w podręcznikach z dziedziny psychiatrii, psychoterapii i psychoonkologii. Jego zainteresowania naukowe obejmują problematykę psychologiczną i społeczną osób z chorobami somatycznymi oraz społeczne, medyczne i biznesowe konteksty psychoterapii.

Paweł Jaworski – dr n. med.

Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego
CMKP. SPSK im. prof. W. Orłowskiego

ORCID 0000-0001-5648-5332

pawel.jaworski@cmkp.edu.pl



Absolwent Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Specjalista Chirurgii Ogólnej pracujący w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego – Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Witolda Orłowskiego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Jako wykładowca w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego bierze aktywny udział w kursach podstawowych i doskonalących, propagując chirurgię bariatryczną i metaboliczną jako skuteczny i trwały sposób leczenia otyłości i chorób jej towarzyszących. Od początku swojej pracy zawodowej związany z Oddziałem Klinicznym Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Witolda Orłowskiego – stworzonym od

podstaw przez prof. dr hab. n. med. Wiesława Tarnowskiego ośrodkiem zajmującym się kompleksowym leczeniem pacjentów z otyłością, a także operacyjnym leczeniem cukrzycy typu 2, gdzie uczestniczy aktywnie w unikatowych na skalę europejską badaniach klinicznych i projektach (OAGB u pacjentów z BMI 30-35 kg/m², badanie kliniczne implantacji systemu Tantalus II w leczeniu cukrzycy typu 2, PROSS – Polish Revision Obesity Surgery Study).

Specjalizuje się w małoinwazyjnych technikach chirurgicznych, chirurgicznym leczeniu otyłości olbrzymiej.

Jest autorem i współautorem licznych prac naukowych, rozdziałów w książkach, wystąpień podczas konferencji naukowych, Członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich, Sekcji Wideochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich, Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich, członkiem EAES (ang. European Association for Endoscopic Surgery) oraz członkiem Komitetu Organizacyjnego 28. Kongresu EAES.

Grzegorz Juszczyk – dr hab. n. o zdr.

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH
– Państwowego Instytutu Badawczego

ORCID 0000-0002-6794-2786

gjuszczyk@pzh.gov.pl



Ekspert w dziedzinie zdrowia publicznego. Od 2003 roku jest pracownikiem naukowym w Zakładzie Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Współpracował z Medcover i Grupą LUX MED, gdzie z pracodawcami planował i wdrażał działania prozdrowotne w miejscu pracy. W Grupie LUX MED kierował Biurem Edukacji Zdrowotnej. Reprezentował polskich pracodawców w Komitecie Doradczym Komisji Europejskiej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa w Miejscu Pracy.

We wrześniu 2017 r. został powołany na stanowisko dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego, którego mi-

sją jest kształtowanie i wspieranie systemu zdrowia publicznego w Polsce. W Instytucie realizowane są m.in. programy w ramach Narodowego Programu Zdrowia obejmujące tematykę: senioralną, prewencji zakażeń HCV, antynikotynową, ochrony przed promieniowaniem UV. W 2019 r. kierował procesem połączenia NIZP PZH - PIB oraz Instytutu Żywności i Żywienia, który zakończył się z dniem 1 lutego 2020 i umożliwił rozszerzenie zespołu naukowego i działalności NIZP PZH – PIB o badania sposobu odżywiania i prowadzenie edukacji żywieniowej. We wrześniu 2020 r. powołany na Przewodniczącego Zespołu do spraw monitorowania i prognozowania przebiegu epidemii COVID-19 w Rzeczypospolitej Polskiej przy Ministerstwie Zdrowia.

Jest autorem i współautorem kilkudziesięciu oryginalnych prac naukowych. W swoim dotychczasowym dorobku naukowym uwagę skupiał na ocenie stanu zdrowia i działaniach profilaktycznych kierowanych do osób w wieku produkcyjnym.

Michał Kleiber – prof. dr hab.

Instytut Podstawowych Problemów Techniki PAN

ORCID 0000-0003-3469-068X

mkleiber@pan.pl



Profesor zwyczajny w PAN, Przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO oraz Prezes Europejskiego Forum Nauk o Materiałach. Członek Austriackiej Akademii Nauk, Academia Europea oraz Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk. Były Prezes Polskiej Akademii Nauk, doradca Prezydenta RP ds. badań i rozwoju, Minister Nauki i Informatyzacji, Prezes Europejskiego Stowarzyszenia Metod Komputerowych w Naukach Stosowanych, Wiceprezes Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk, członek senatu Narodowej Akademii Nauk RFN Leopoldina, członek Europejskiej Rady Badań, Ambasador ds. Nowej Narracji dla Europy przy Komisji Europejskiej.

Absolwent Politechniki Warszawskiej i Uniwersytetu Warszawskiego. Specjalista w zakresie mechaniki, matematyki stosowanej i informatyki oraz zastosowań nowoczesnych technik komputerowych w nauce, technice i medycynie. Zajmuje się także innowacyjnością polskiej gospodarki oraz problematyką Unii Europejskiej. Autor bądź współautor ponad 300 prac naukowych oraz 9 książek opublikowanych w wydawnictwach o światowej renomie – dwie z tych książek zyskały status bestsellerów wydawnictwa John Wiley&Sons. Przez wiele lat prowadził badania i wykłady na uczelniach w Stuttgarcie, Hanowerze, Bochum oraz Darmstadt (RFN), Berkeley (USA), Tokio (Japonia) i Hong Kongu. Redaktor naczelny dwu czasopism o globalnym obiegu: Archives of Computational Methods in Engineering (Springer) oraz Computer Assisted Methods in Engineering and Science (PAN), członek komitetów redakcyjnych 14 międzynarodowych czasopism naukowych. Doktor honoris causa 11 uczelni w Polsce, RFN, Belgii, Francji oraz Polskiego Uniwersytetu na Obczyźnie w Londynie. Przewodniczący kapituł konkursów Teraz Polska (Fundacja Polskiego Godła Promocyjnego), Ranking Uczelni Wyższych (Fundacja Edukacyjna Perspektywy) oraz Popularyzator Nauki (PAP i MNiSW). Laureat licznych nagród i odznaczeń państwowych i naukowych.

Jakub Kraszewski

Dyrektor Naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

jkraszewski@uck.gda.pl



Absolwent wyższych studiów prawniczych na Uniwersytecie Gdańskim. Ukończył także studia MBA Gdańskiej Fundacji Kształcenia Menedżerów, studia podyplomowe z zakresu zarządzania kadrami w Wyższej Szkole Bankowej w Poznaniu oraz Studium Kierowników Projektów Unijnych Agencji Rozwoju Pomorza. Ma za sobą liczne kursy i szkolenia z zakresu HR, finansów i zarządzania jednostkami ochrony zdrowia.

Pracował jako wykładowca Podyplomowego Studium Zarządzania Kadrami na Politechnice Gdańskiej i w Wyższej Szkole Psychologii Społecznej oraz jako dyrektor personalny w Stoczni Gdynia S.A.

Z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym związany jest od 2009 r., początkowo jako zastępca dyrektora naczelnego ds. personalnych, w listopadzie 2016 r. objął stanowisko dyrektora naczelnego. Za osiągnięcia zawodowe w 2019 r. nagrodzono go tytułem Menedżera Roku 2019 w Ochronie Zdrowia w konkursie organizowanym przez wydawnictwo medyczne Termedia. Uczestniczy w licznych konferencjach, seminariach i panelach jako ekspert w ochronie zdrowia. Członek Rady do spraw Taryfikacji przy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Przewodniczący Rady Dyrektorów Szpitali przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Zasiadał w Radach Nadzorczych prawa handlowego z branży medycznej. Wykładowca studiów MBA Uczelni Łazarskiego. Publikuje w dwumiesięczniku „Menedżer Zdrowia”.

Jerzy Leppert – prof. dr hab. n. med.

Centre for Clinical Research, Uppsala University, Central Hospital Västerås

ORCID 0000-0003-1433-0329



Życiorys

Urodzony w Polsce w 1945 r. Lekarz, ukończył Akademię Medyczną we Wrocławiu w 1969 r. W 1973 r. uzyskał szwedzki certyfikat lekarski. Od 1976 roku specjalista medycyny rodzinnej. W 1989 r. obronił pracę doktorską pt. „Objaw Raynauda w populacji kobiet” na Uniwersytecie w Uppsali. Następnie został kierownikiem jednostki badawczej w szpitalu wojewódzkim w Västerås oraz pracował jako lekarz rodzinny. Od 1994 r. profesor nadzwyczajny medycyny rodzinnej na Uniwersytecie w Uppsali, a od 1998 r. starszy wykładowca przy Katedrze

Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu w Uppsali. Od 1999 r. kierownik Ośrodka Badań Klinicznych, przy szpitalu wojewódzkim w Västerås (filia uniwersytecka). W 2005 r. uzyskał stopień profesora medycyny rodzinnej na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Uppsali. Od 2013 doktor *honoris causa* Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. W czasie swojej kariery zawodowej pełnił liczne stanowiska administracyjne kierując zarówno pracą kliniczną jak i naukową w województwie Västmanland w Szwecji.

Prowadzi badania w różnych dziedzinach: epidemiologia, badania metodologiczne, badania terapeutyczne, badania podstawowe, patofizjologia objawu Raynauda, korelacja polimorfizmu genetycznego z czynnikami środowiskowymi i psychospołecznymi a zachowaniami dewiacyjnymi u młodzieży oraz szereg projektów w różnych dziedzinach klinicznych, takich jak kardiologia, urologia i medycyna ogólna. Przewodniczący lub członek wielu komitetów priorytetowych ds. grantów badawczych w różnych częściach Szwecji. Autor lub współautor ponad 120 artykułów opublikowanych w recenzowanych międzynarodowych czasopismach medycznych. Aktualnie przewodniczący lub aktywny członek komitetów sterujących różnymi badaniami w wielu regionach Szwecji i za granicą. Promotor sześciu rozpraw doktorskich i promotor pomocniczy dla kilkunastu innych doktorantów, którzy obronili swoje prace doktorskie w latach 2003-2020.

Andrzej Marcinkiewicz – dr hab. n. med. i n. o zdr.

Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra J. Nofera w Łodzi

ORCID 0000-0001-9733-1890

andrzej.marcinkiewicz@imp.lodz.pl



Lekarz, specjalista medycyny pracy, specjalista zdrowia publicznego. Absolwent 2-letniego Studium Organizacji, Zarządzania i Ekonomiki w Opiece Zdrowotnej.

Od 1997 r. pracownik naukowy i wykładowca w Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi (IMP): kierownik Pracowni Polityki Zdrowotnej w Klinice Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego oraz kierownik Ośrodka Kształcenia Lekarzy w zakresie Zdrowia Publicznego. Kierownik 10 projektów badawczych realizowanych w IMP, w tym jednego we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia w ramach WHO Collaborating Centre. Dorobek to ponad 10 książek i rozdziałów w książkach, ponad 50 artykułów opublikowanych w czasopismach indeksowanych i 20 w czasopismach popularnonaukowych, ponad 50 wystąpień na konferencjach naukowych. Uczestnik panelu ekspertów podczas ogólnopolskich konferencji medycyny pracy oraz Forum Zdrowia w ramach Forum Ekonomicznego w Krynicy. Współwykonawca 32 projektów badawczych, finansowanych ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Programu Zdrowia, Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka POIG oraz międzynarodowych. Członek Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy (w Prezydium ZG PTMP – skarbnik towarzystwa), Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie Medycyna Pracy, zespołu redakcyjnego czasopisma „Medycyna Pracy”. Ponad 20-letnie doświadczenie w dziedzinie medycyny pracy: 70 tys. przeprowadzonych lekarskich badań profilaktycznych pracowników (od 2001 r.), działalność konsultacyjna w zakresie ochrony zdrowia pracujących dla wielu firm i instytucji.

Sławomir Murawiec – dr n. med.

Centrum Medyczne Psychomedica Allenort



Lekarz specjalista psychiatra, certyfikowany psychoterapeuta Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, rzecznik prasowy PTP. Redaktor Naczelny kwartalnika naukowego „Psychiatria”. W latach 1996-2013 pracownik Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, m.in. na stanowisku adiunkta III Kliniki Psychiatrycznej i Kierownika Mokotowskiego Zespołu Leczenia Środowiskowego. Aktualnie Dyrektor Medyczny do spraw Opieki Ambulatoryjnej Allenort w Warszawie.

Dorobek to ponad 200 artykułów i 45 rozdziałów w monografiach i podręcznikach. Główne obszary publikacji to: subiektywne i psychologiczne aspekty leczenia farmakologicznego w psychiatrii, neurobiologia psychoterapii, neuropsychoanaliza, różnice płci w występowaniu, manifestacjach klinicznych i leczeniu zaburzeń psychicznych, precyzyjny dobór leków w leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz wpływ kontaktu z naturą na zdrowie psychiczne. Redaktor (wraz z dr C. Żechowskim) książki: „Od neurobiologii do psychoterapii” (IPiN Warszawa 2009) oraz zbioru wywiadów „Z psychiatrami o psychiatrii” (ViaMedica, Gdańsk 2012). Współautor książek „Depresja 2016” i „Depresja 2017” „Farmakoterapia w psychiatrii ambulatoryjnej” (wraz z dr. P. Wierzińskim) oraz „Ornitologia terapeutyczna (pierwszy autor prof. Piotr Tryjanowski). Laureat nagród: nagroda im. Stefana Ledera (2014) Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, nagroda „Aktywny w walce z Depresją (2015), Złota Synapsa w kategorii „Zasłużony dla psychiatrii” (2018), „Promotor Wiedzy” przyznana przez „Puls Medycyny”, i nagroda Aureliusza w kategorii „Postać” (2019).

Zuzanna Opolska

zuza.opolska@gmail.com



Redaktor, wydawca programów video i dziennikarz portalu Medonet, będącego wiodącym serwisem zdrowotnym w Polsce. Specjalizuje się w wywiadach i reportażach o tematyce społeczno-obyczajowej i medycznej.

Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji i podyplomowych studiów dziennikarstwa i komunikacji społecznej na Uniwersytecie Warszawskim. Doświadczenie dziennikarskie zdobywała jako stażystka w „Echu Miasta”, dziale zagranicznym dziennika „Polska The Times” i dziale kulturowym „Wprost Online”. W latach 2012-2013 związana z prasą kobiecą (magazyn „Elle”). Od 2015 r. stała współpracowniczką portalu Onet. Od 2018 r. do dzisiaj dziennikarz serwisu zdrowotnego Medonet. Od 2021 r. wydawca nowego formatu zdrowotnego Onetu „Zdrowie Rano”. Od 2021 r. wydawca pierwszego w Polsce talk-show o zdrowiu, prowadzonego przez Wojtkę Jagielskiego. W swoich artykułach niejednokrotnie podejmowała niełatwe tematy dotyczące jakości opieki okołoporodowej w Polsce, błędów medycznych, uzależnień behawioralnych, depresji u dzieci. Autorka wywiadów z pisarzami zagranicznymi: Meikiem Wikingiem, Garym Bishopem, Shobhą Rao, Kristen Rouponian, Christiną Dalcher, Kevinem Duttonem. Jej zainteresowania to medycyna stylu życia, prawo medyczne, innowacje w medycynie.

Grzegorz Opolski – prof. dr hab. n. med.

I Katedra i Klinika Kardiologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny

ORCID 0000-0003-4744-2554

grzegorz.opolski@wum.edu.pl



Lekarz, specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii, nauczyciel akademicki i pracownik naukowy. Kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 1998-2021. Członek korespondent Polskiej Akademii Nauk. Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii w latach 2002-2014. Przewodniczący Rady Programowej Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD w latach 2003-2012. Prorektor ds. klinicznych i inwestycji Akademii Medycznej w Warszawie w latach 2002-2005. Członek Sekcji IV Nauk Medycznych Centralnej Komisji d/s Stopni i Tytułów w latach 2010-2020.

Członek Polskiego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC). W latach 2006-2008 członek komitetu Euro Heart Survey ESC.

Zainteresowania naukowe obejmują następujące zagadnienia: prewencja chorób sercowo-naczyniowych, niewydolność serca, choroba wieńcowa, migotanie przedsionków, elektroterapia serca, kardionkologia.

Współautor ponad 600 artykułów naukowych. Współautor i/lub współredaktor 60 monografii książkowych i podręczników, w tym takich pozycji jak pierwsze polskie monografie tematyczne: „Migotanie przedsionków”, „Algorytmy postępowania w ostrych stanach kardiologicznych”, „Ostre zespoły wieńcowe”, „Leki hamujące układ renina angiotensyna aldosteron”, „Statyny”, „Opieka paliatywna w niewydolności serca”, „Postępowanie w powikłaniach sercowo-naczyniowych w raku piersi”, „Postępowanie w powikłaniach sercowo-naczyniowych w raku płuca” „Zespół takotubo”, „Telecardiology in heart failure”.

Janusz Tadeusz Opolski – dr n. med.

Wydział Inżynierii i Zarządzania
Wyższa Szkoła Ekologii i Zarządzania w Warszawie

ORCID 0000-0001-9556-7859

janusz.opolski@wseiz.edu.pl



Lekarz, specjalista zdrowia publicznego i organizacji ochrony zdrowia, Master of Public Health, internista, nauczyciel akademicki i pracownik naukowy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Wyższej Szkoły Ekologii i Zarządzania, urzędnik państwowy i organizacji międzynarodowych. Ekspert krajowy i międzynarodowy w dziedzinie zdrowia publicznego, organizacji systemów zdrowia, bezpieczeństwa i polityki zdrowotnej, podstawowej opieki zdrowotnej, kształcenia kadr dla zdrowia. Autor ponad 50 publikacji naukowych; rozdziałów w książkach i monografiach, w tym oryginalnych prac badawczych dotyczących organizacji i funkcjonowania systemów zdrowia. Redaktor naukowy dwutomowego

podręcznika „Zdrowie publiczne”. Kierownik programów badawczych dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej i planowania kadr.

Związany z CMKP od chwili powstania Uczelni: ostatnio Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego i kierownik Zakładu Ekonomii, Prawa i Zarządzania. Wieloletni czasowy doradca WHO, Liason Officer to Poland, WHO Executive Board Alternate Member, przez pewien czas członek Komisji Zdrowia Publicznego Rady Europy.

W administracji służby zdrowia i urzędach państwowych, m.in. Dyrektor Naczelny Zespołu Opieki Zdrowotnej Warszawa-Mokotów, Dyrektor Gabinetu Ministra Zdrowia, Prezes Agencji Rezerw Sanitarnych a następnie V-ce Prezes Agencji Rezerw Strategicznych; Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2004-2005.

Przez wiele lat Sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej; członek założyciel i V-prezes I kadencji Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej.

Krzysztof Opolski – prof. dr hab. n. ekon.

Katedra Zarządzania i Technologii Informatycznych, Wydział Nauk Ekonomicznych
Uniwersytet Warszawski

ORCID 0000-0001-8191-5031

wkopolski@wne.uw.edu.pl



Jego zainteresowania naukowe i badawcze koncentrują się wokół problematyki bankowości i audytu strategicznego. W swoim dorobku ma liczące się opracowania z dziedziny zarządzania jakością i ryzykiem w opiece zdrowotnej. Jest promotorem kilkunastu doktoratów z dziedziny finansów i bankowości oraz efektywności i jakości funkcjonowania instytucji publicznych i placówek medycznych (np. „Ocena efektywności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w woj. podkarpackim przy wykorzystaniu metody analizy obwiedni danych”, obronionego w 2016 roku przez Joannę Podgórską). Recenzent wielu rozpraw doktorskich i habilitacyjnych, służy także jako ekspert Narodowego Centrum Nauki. Jest pomysłodawcą i kierownikiem studiów podyplomowych „Audyt strategiczny w instytucjach publicznych i prywatnych”, organizowanych na Wydziale Nauk Ekonomicznych UW.

Wieloletni Kierownik Katedry Bankowości, Finansów i Rachunkowości na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego. Bierze aktywny udział w życiu gospodarczym (m.in. będąc doradcą strategicznym w sferze biznesu, członkiem rad nadzorczych). W latach 2009-2010 był szefem zespołu doradców strategicznych Prezesa Narodowego Banku Polskiego. Członek Kapituły Konkursu „Teraz Polska”. Działa w międzynarodowych organizacjach i stowarzyszeniach naukowych, takich jak CHER (Consortium for Higher Education Researches) i IRSPM (International Research Society for Public Management). Przewodniczy Radzie Redakcyjnej czasopisma „MAZOWSZE – Studia Regionalne” i zasiada w Radzie Naukowej kwartalnika „Central European Economic Journal” (wcześniej: „Ekonomia. Rynek, gospodarka, społeczeństwo”).

Joanna Podgórska – dr n. ekon.

Katedra Ekonomii i Finansów
Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

ORCID 0000-0002-6625-2767

jpodgorska@wsiz.edu.pl



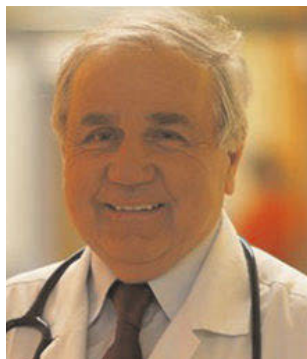
Adiunkt w Katedrze Ekonomii i Finansów. Od 2019 r. Prodziekan Kolegium Zarządzania ds. Kierunku Zarządzanie w Wyższej Szkole Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie. Od 2013 r. zastępca redaktora naczelnego czasopisma o zasięgu międzynarodowym „The Financial Internet Quarterly”. W latach 2012-2019 członek zespołu Instytutu Badań i Analiz Finansowych WSiIZ w Rzeszowie. W 2014 r. ukończone studia doktoranckie na Uniwersytecie Warszawskim, Wydział Nauk Ekonomicznych, kierunek: Gospodarka i rynek – Instytucje Finansowe i Strategie Gospodarcze Firm. Wykładowca studiów podyplomowych MBA w ochronie zdrowia, a także przedmiotów z zakresu zarządzania, rynków finansowych i negocjacji. Zainteresowania naukowe i badawcze koncentrują się wokół tematu efektywności podmiotów leczniczych, zarządzania w sektorze usług zdrowotnych, a także negocjacji w biznesie. Autorka publikacji z zakresu ekonomii i finansów m.in. w zakresie obszaru sektora zdrowia, a także raportów, autorskich kursów i warsztatów. Specjalista ds. organizacji spotkań brokerskich i konferencji. Członek Komitetu Organizacyjnego trzech międzynarodowych konferencji naukowych poświęconych tematyce finansjalizacji. Uczestnik projektów naukowo-badawczych o tematyce efektywności podmiotów leczniczych, uwarunkowań efektywności funkcjonowania sektora publicznego, ubezpieczeń w jednostkach samorządu terytorialnego, finansowania opieki zdrowotnej. Uczestnik zagranicznych pobytów naukowych: Kore University of Enna, Włochy (2017), Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugalia (2016), Yasar University, Turcja (2015), Istanbul Commerce University, Turcja (2014). Stypendystka Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w latach 2006/2007, 2007/2008 oraz 2008/2009.

Lech Poloński – prof. dr hab. n. med.

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

ORCID 0000-0003-3733-4904

l.polonski@sccs.pl



Zatrudniony w II Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii w latach 1972-1998.

Kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Śląskiego UM w latach 1998-2015.

Prodziekan Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze w latach 1996-1999, a następnie dziekan tego wydziału w latach 1999-2005. Członek Senatu SUM w latach 1999-2012. Przewodniczący Senackiej Komisji ds. Szpitali Klinicznych SUM 2002-2005. oraz Komisji ds. Rozwoju Uczelni.

Konsultant wojewódzki z zakresu kardiologii w województwie częstochowskim w latach 1985-1999; Konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii w województwie śląskim w latach 2001-2015. Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2002-2008. Członek Rady Programowej Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD 2006-2008

Główne obszary zainteresowań: ostre zespoły wieńcowe, niewydolność serca, nadciśnienie płucne.

Nagrody i wyróżnienia: Wilhelm Weber Preises, Essen 2005; Nagroda Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego „za wybitne osiągnięcia naukowe w kategorii Badania na Rzecz Rozwoju Społeczeństwa 2012; Kryształowy Laur Umiejętności i Kompetencji z Diamentem Regionalnej Izby Gospodarczej w Katowicach 2019.

Autor lub współautor 521 prac opublikowanych w recenzowanych czasopismach. Index Hirscha 33, liczba cytowań 5490. Promotor 43 przewodów doktorskich. Opiekun 6 przewodów habilitacyjnych.

Piotr Łukasz Rutkowski – prof. dr hab. n. med.

Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –
Państwowy Instytut Badawczy

ORCID 0000-0002-8920-5429

piotr.rutkowski@pib-nio.pl



Specjalista w zakresie chirurgii ogólnej i onkologicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, Zastępca Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych, pełnił funkcję Wiceprzewodniczącego Rady Naukowej Narodowy Instytut Onkologii; absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi. Głównym przedmiotem jego zainteresowania są czerniaki skóry oraz mięsaki tkanek miękkich i kości (w tym GIST). Członek takich stowarzyszeń, jak ASCO, Connective Tissue On-

cology Society (były członek Board of Directors CTOS), PTO, ESSO, Europejskiej Organizacji do Badań i Leczenia Raka — EORTC (Ex-Chair of Membership Committee), Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej oraz członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Autor i współautor ponad 140 oryginalnych prac naukowych opublikowanych w czasopismach krajowych i zagranicznych (Impact Factor ponad 4000, indeks cytowań powyżej 20000, indeks-H 62) oraz kilku podręczników (m.in. uhonorowany nagrodą zespołową Ministra Zdrowia za podręcznik „Chirurgia nowotworów”) i rekomendacji klinicznych polskich i międzynarodowych.

Uczestnik wielu międzynarodowych programów badawczych (m.in. dotyczących biopsji węzła wartowniczego w czerniaku skóry, badań molekularnych u chorych na mięsaki, czerniaki skóry i GIST, wielośrodkowych badań klinicznych), współkoordynator Rejestru Klinicznego GIST i Polskiej Grupy Mięsakowej, członek Rady Agencji Badań Medycznych, członek International Affair Committee of ASCO, przedstawiciel Centrum Onkologii — Instytutu w Warszawie w Network of Core Institutions EORTC, Przewodniczący Rady Naukowej Akademii Czerniaka.

Przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej.

Patryk Rzońca – dr hab. n. med. i n. o zdr.

Zakład Ratownictwa Medycznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

ORCID 0000-0001-7008-1721

patryk.rzonca@wum.edu.pl



Ratownik medyczny, nauczyciel akademicki i pracownik naukowy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Członek załogi Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS) i zastępcą Dyrektora ds. Ratownictwa Medycznego, Organizacji i Planowania Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Autor i współautor licznych publikacji w polskich i zagranicznych czasopismach naukowych dotyczących m.in. medycyny ratunkowej, ratownictwa medycznego, organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz zdrowia publicznego. Członek komitetów naukowych i organizacyjnych oraz prelegent na konferencjach i kongresach o zasięgu krajowym i międzynarodowym.

Członek Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych. Instruktor Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA), w zakresie Podstawowych Zabiegów Resuscytacyjnych (BLS) i Zaawansowanych Zabiegów Resuscytacyjnych (ACLS). Od 2009 r. praca zawodowa związana z wykonywaniem zawodu ratownika medycznego w zespołach ratownictwa medycznego (ZRM), a następnie od 2014 r. w lotniczych zespołach ratownictwa medycznego (LZRM). Od 2011 do 2020 r. nauczyciel akademicki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Od 2020 r. nauczyciel akademicki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W ramach pracy nauczyciela akademickiego realizuje zajęcia przygotowujące do praktycznego wykonywania zawodu, głównie na kierunku ratownictwo medyczne. Laureat nagród za osiągnięcia naukowe, organizacyjne, dydaktyczne i upowszechnianie nauki.

Henryk Skarżyński – prof. dr hab. n. med.

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu i Światowego Centrum Słuchu

ORCID 0000-0001-7141-9851

skarzynski.h@ifps.org.pl



Doktor *honoris causa* trzech uniwersytetów krajowych oraz profesor honorowy uniwersytetów w USA, Europie i Azji. Jako pierwszy w świecie przeprowadził operacje wszczepienia implantów słuchowych osobom z częściową głuchotą. Autor kilkuset opowiadań i wierszy, kilkudziesięciu scenariuszy filmów dokumentalnych, naukowych, fabularnych, libretta musicalu, tekstów piosenek poświęconych swoim pacjentom. Inicjator i organizator pierwszego w świecie Międzynarodowego Festiwalu Muzycznego Osób z Zaburzeniami Słuchu „Ślimakowe Rytmy”.

Autor 5084 publikacji, doniesień kongresowych, 59 monografii naukowych i popularnonaukowych. Laureat 312 odznaczeń międzynarodowych i krajowych, wyróżnień, m.in. Prezydenta RP, Gruzji, Ukrainy, Króla Belgii i Papieża Franciszka. Prezydent 2 kongresów europejskich, 3 światowych, organizator ponad 200 konferencji, sympozjów, warsztatów naukowych, głównie międzynarodowych. Przeprowadził ponad 210 tys. procedur chirurgicznych, w tym ponad 1250 operacji pokazowych w kraju oraz w krajach Azji, Ameryki Południowej i Europy odzwierciedlających osiągnięcia nauki i medycyny polskiej. Autor ponad 150 nowych rozwiązań w medycynie. Członek 22 najważniejszych organizacji międzynarodowych, w tym prestiżowych amerykańskich i światowych – jako pierwszy lub jeden z nielicznych Polaków w historii. Członek Polskiej Akademii Nauk i Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk. Laureat plebiscytu „Człowiek Wolności” w 25. rocznicę odzyskania wolności w kategorii nauka. Honorowy obywatel Warszawy i miasta Czyżew. Pomysłodawca, organizator i dyrektor ośrodka „Centrum Implantów”, Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu i Światowego Centrum Słuchu, w którym wykonywanych jest najwięcej w świecie operacji poprawiających słuch.

Wiesław Tarnowski – prof. dr hab. n. med.

Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

ORCID 0000-0003-2638-8595

tarnowskiwieslaw@me.com



Lekarz, chirurg, nauczyciel akademicki, pracownik naukowo-dydaktyczny. Po ukończeniu studiów rozpoczęła pracę w Klinice Chirurgii Ogólnej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, gdzie pracuje do dzisiaj, pełniąc funkcję Kierownika Kliniki. Stworzył od podstaw ośrodek zajmujący się kompleksowym leczeniem pacjentów z otyłością, a także operacyjnym leczeniem cukrzycy typu 2 (OAGB u pacjentów z BMI 30-35 kg/m², badanie kliniczne implantacji systemu Tantalus II w leczeniu cukrzycy typu 2).

Pełnił lub obecnie pełni funkcje m.in.: Prezesa Sekcji Wideochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich, członka Honorowego Sekcji ESWL Polskiego Towarzystwa Urologicznego, członka honorowego Sekcji Wideochirurgii TChP, członka Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich, członka Zarządu Sekcji Chirurgii Bariatrycznej i Metabolicznej TChP, członka Editorial Board of Videosurgery and other mini-invasive techniques, członka komitetu redakcyjnego „Polskiego Przeglądu Chirurgicznego”.

Na dorobek naukowy składa się ponad 170 pozycji opublikowanych w czasopismach polskich i zagranicznych. Jest członkiem wielu towarzystw naukowych, m.in.: Towarzystwo Chirurgów Polskich (TChP), European Association for Endoscopic Surgery (EAES), International Federation for the Surgery of Obesity (IFSO).

Od wielu lat prowadzi szkolenia w zakresie zaawansowanych operacji laparoskopowych, ze szczególnym uwzględnieniem technik laparoskopowych w operacjach chirurgii bariatrycznej i metabolicznej, raka jelita grubego, nieswoistych chorób zapalnych jelit, a także choroby refluksowej przełyku i przepukliny rozworu przełykowego przepony.

Włodzimierz Cezary Włodarczyk – prof. dr hab.

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

ORCID 0000-0001-9616-391X

wlodzimierz.wlodarczyk@uj.edu.pl



Nauczyciel akademicki i pracownik naukowy od 1995 r. IZP CM UJ w Krakowie, w latach 1991-2016 w Wydziale Prawa i Administracji UŁ w Łodzi. Ekspert krajowy i międzynarodowy w dziedzinie badania polityki zdrowotnej, zdrowia publicznego, systemów zdrowotnych i ich reformowania.

W latach 1976-1990 adiunkt w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, 1990-1991 dyrektor Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie, w latach 1997-2000 dyrektor najpierw Szkoły, potem Instytutu Zdrowia Publicznego, ponownie w latach 2012-2016. Przez dwie kadencje prodziekan Wydziału ds. naukowych.

W latach 1980-1995 ekspert i czasowo pracownik Biura Regionalnego WHO w Kopenhadze (koordynacja programu „Health Care Reforms in Countries of Central and Eastern Europe”), w roku 1990 delegowany do Mongolii jako konsultant. W latach 2005-2006 ekspert Rady Europy.

Od 1980 r. członek wielu zespołów przygotowujących opracowania dotyczące reformowania opieki zdrowotnej, w 2004 r. przewodniczący takiego zespołu. Od roku 2012 w Komitecie Zdrowia Publicznego PAN, jako przedstawiciel Komitetu w 2013 r. przedstawiał referat plenarny na konferencji „Zdrowie Polaków” na Zamku Królewskim. Jest samodzielnie autorem siedmiu książek (monografii) – ostatnia, to wydane pod jego redakcją „Systemy zdrowotne” (PZWL 2001), współautorem, redaktorem i współredaktorem kilku kolejnych. Napisał ponad 250 artykułów i rozdziałów w książkach, recenzentem wielu prac doktorskich i habilitacyjnych. Od 2003 r. jest redaktorem naczelnym czasopisma „Zdrowie i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia”.

Paweł Zagożdżon – prof. dr hab. n. med.

Zakład Higieny i Epidemiologii
Gdański Uniwersytet Medyczny

ORCID 0000-0002-2809-0955
pawel.zagozdzon@gumed.edu.pl



Lekarz chorób wewnętrznych, psychiatra, nauczyciel akademicki i pracownik naukowy GUMed w Gdańsku. Był współautorem wielu badań z zakresu epidemiologii klinicznej w elektrokardiologii i elektrofizjologii serca, oceny jakości życia, farmakoepidemiologicznej analizy rejestrów lekowych w psychiatrii oraz epidemiologii żywienia. Prowadził badania nad umieralnością i jakością życia osób po utracie pracy w ramach kohortowego badania obejmującego populację Gdańska i powiatu gdańskiego. Współautor prac będących wynikiem dużych badań przekrojowych przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie populacji polskiej NATPOL2 i POL-SENIOR2. Jego dorobek obejmuje ponad 200 publikacji

i rozdziałów w książkach związanych z szeroko rozumianymi uwarunkowaniami zdrowia publicznego, w tym również chorób zakaźnych i z zagadnieniami z zakresu kardiologii klinicznej i psychiatrii. Od września 2020 r. pełni funkcję Prodziekana ds. Dydaktycznych Wydziału Lekarskiego GUMed. Jest członkiem Komitetu Zdrowia Publicznego PAN oraz Rady Doradczej Polskiej Filii Cochrane, instytucji zajmującej się upowszechnianiem wiarygodnej wiedzy medycznej. Propagator zdrowego życia w oparciu o dowody z dobrej jakości badań naukowych. Podejmuje próby ujęcia w szerszej perspektywie roli religijności i uwarunkowań filozofii nauki dla praktyki opieki zdrowotnej w psychiatrii. Wcześniej współpracował również z firmami badawczymi, organizując i nadzorując badania kliniczne fazy III i IV w programach badawczych nad rozwojem i nowymi zastosowaniami leków.

Piotr Zapadka – dr hab. n. praw., prof. UKSW

Wydział Prawa i Administracji
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

ORCID 0000-0002-8866-9635

p.zapadka@uksw.edu.pl



Adwokat, nauczyciel akademicki, pracownik naukowy Wydziału Prawa i Administracji UKSW, Kierownik Katedry Prawa Finansowego, wieloletni Prodziekan i Dyrektor Instytutu Nauk Prawnych UKSW. Ekspert w zakresie prawa rynku usług finansowych, prawa gospodarczego oraz prawa karnego. Autor cenionych publikacji naukowych, wykładowca szkół wyższych i kursów specjalistycznych z zakresu prawa rynku finansowego, prawa bankowego i prawa obrotu instrumentami finansowymi. Członek licznych gremiów doradczych oraz rad nadzorczych spółek kapitałowych. Od 1998 r. zawodowo związany z rynkiem finansowym jako prawnik kluczowych instytucji rynku finansowego, a także jako doradca w wiodących warszawskich kancelariach prawniczych. Pracował m.in. dla Generalnego Inspektoratu Nadzoru Bankowego, jako Doradca Prezesa NBP, dla Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., dla firmy konsultingowej z tzw. „Wielkiej Czwórki”, a także dla wiodących warszawskich kancelarii prawniczych. Aktualnie prowadzi indywidualną kancelarię adwokacką w Warszawie.

Tomasz Zdrojewski – prof. dr hab. n. med.

Zakład Prewencji i Dydaktyki, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny
Komitet Zdrowia Publicznego PAN

ORCID 0000-0001-6015-8561

tomasz.zdrojewski@gumed.edu.pl



Lekarz, internista, nauczyciel akademicki i pracownik naukowy GUMed w Gdańsku i NIZP-PZH w Warszawie. Ekspert krajowy i międzynarodowy w dziedzinie monitorowania, prewencji i modelowania chorób niezakaźnych, w szczególności chorób serca i naczyń, czynników ryzyka: nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych i cukrzycy, oraz w polityce zdrowotnej.

W latach 2012-2020 przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego PAN. Dorobek to ponad 350 publikacji (sumaryczny IF wynosi ponad 1030 pkt) i rozdziałów w książkach, w tym 170 prac oryginalnych analizujących m.in. sytuację zdrowotną w Polsce, Europie i USA. Stypendysta Fundacji Kościuszkowskiej w Uniwersytecie w Bostonie i Columbus w USA oraz A. von Humboldta w Wuerzburgu. W latach 2002-2008 sekretarz oraz 2016-2017 przewodniczący zespołu ds. opracowania Narodowego Programu POLKARD, były doradca Prezydenta RP ds. zdrowia; w latach 2016-2020 członek Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia oraz ogólnopolskich zespołów w zakresie chorób serca i geriatrici. W okresie 2011-2014 członek Komitetu Naukowego European Society of Cardiology (CPC ESC). Od 2014 r. przewodniczący Komisji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) ds. współpracy z administracją rządową i Parlamentem RP, zaś od 2019 r. przewodniczący Sekcji Prewencji i Epidemiologii PTK. Autor lub współautor ogólnopolskich i regionalnych projektów: NATPOL 1997, 2002 i 2011, Polski Projekt 4 Miast, Polski Projekt 400 Miast, Zdrowie dla Pomorzán 2005-2013, SOPKARD 1999-2018, WOBASZ 2004-2006, WOBASZ Senior, WOBASZ II, PolSenior, PolSenior2, NOMED-AF oraz Rejestru AMI-PL. Współautor analizy IMPACT oraz FRESHER dla Polski. Krajowy koordynator projektu Euroheart Survey II. W ostatniej dekadzie organizator cyklu konferencji „Jak poprawić zdrowie Polaków” na Zamku Królewskim w Warszawie. Laureat nagród za osiągnięcia naukowe, organizacyjne, dydaktyczne i upowszechnianie nauki.

Andrzej Zieliński – prof. dr hab. n. med.

ORCID 0000-0002-4513-9415

aziel2711@gmail.com



Dyplom lekarza uzyskał w Akademii Medycznej w Warszawie w 1965 r., a studia w dziedzinie epidemiologii ukończył w State University of New York, School of Public Health w 1998 r. Jest specjalistą chorób wewnętrznych II stopnia oraz specjalistą epidemiologii.

Po ukończeniu studiów przez 14 lat pracował w Zakładzie Fizjologii Człowieka Akademii Medycznej w Warszawie. Przez kolejne dziesięć lat pracował jako lekarz internista, a w 1999 r. podjął pracę w Zakładzie Epidemiologii PZH (obecnie NIZP-PZH-BIP), w którym pracował do 2018 r. W latach 2003-2010 był kierownikiem tego Zakładu. Od 2002 r. do 2013 r. – Krajowy

Konsultant ds. Epidemiologii. Od 2000 r. do 2017 r. Redaktor Naczelny „Przeglądu Epidemiologicznego”.

W latach 2004-2010 był członkiem Advisory Forum ECDC (Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób)

Obecnie, od 10 maja 2021 jest zatrudniony jako doradca w Głównym Inspektoracie Sanitarnym w Departamencie Przeciwdemicznym i Ochrony Sanitarnej Granic.

Jest autorem ponad 200 publikacji naukowych. We wczesnym okresie pracy naukowej zajmował się elektrofizjologią układu bodźczo-przewodzącego serca oraz neuroregulacją krążenia. W okresie pracy w dziedzinie epidemiologii jego głównym przedmiotem zainteresowania było bezpieczeństwo i skuteczność szczepień oraz rozumowania przyczynowe w badaniach epidemiologicznych i warunki poprawności wniosków wyprowadzanych z tych badań.

Marek Zuber

zubermar@gmail.com



Studiował na Wydziale Finansów i Bankowości Akademii Ekonomicznej w Krakowie oraz na Wydziale Elektroniki, Automatyki i Elektroniki Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie. Po studiach pracował jako analityk i ekonomista w Banku Przemysłowo-Handlowym i połączonym BPH PBK. Doświadczenie zawodowe zdobywał również jako Główny Ekonomista w firmie doradztwa Finansowego TMS i TMS Brokers, oraz Główny Ekonomista Internetowego Domu Maklerskiego. Był także wykładowcą w Akademii Toyoty. Obecnie jest wykładowcą na studiach MBA oraz na studiach podyplomowych w Akademii WSB oraz w Akademii Leona Koźmińskiego. Prowadzi także zajęcia na studiach podyplomowych na SGH.

Równoległe od 2002 roku prowadzi działalność w zakresie sporządzania prognoz makroekonomicznych i rynkowych, analizy przedsiębiorstw, zarządzania finansami. Jest także inwestorem.

Zasiada lub zasiadał w wielu radach nadzorczych. Jest członkiem rady naukowej Euro-cash.

Był szefem doradców ekonomicznych premiera Kazimierza Marcinkiewicza, nagrodzonym nagrodą „Polityczny doradca roku”.

Był także m.in. członkiem Zespołu do Spraw Reformy Służby Zdrowia przy ministrze Zbigniewie Relidze i doradcy do spraw zdrowia prezydenta Lecha Kaczyńskiego Tomaszu Zdrojewskim.

Jego komentarze dotyczące kwestii gospodarczych regularnie ukazują się w mediach.



Monografia „Antynomie systemu ochrony zdrowia” podejmuje niezwykle ważną tematykę problemów, wyzwań i paradoksów stojących przed zdrowiem publicznym w Polsce. Choć ostatnie z nich rzadko i niesłusznie, czego dowodzą autorzy, są przedmiotem dyskusji, to tym razem znajdują się w centrum zainteresowania. Książka jest interesująca z punktu widzenia różnorodności tematyki zarówno dla praktyków medycyny, jak i polityków czy ekonomistów, którzy podejmować muszą istotne decyzje o wysokości nakładów i ich alokacji na poszczególne działy medycyny.

dr hab. nauk o zdrowiu Grzegorz Juszczyk

Nikt nie ma wątpliwości, że efektywna organizacja systemu opieki zdrowotnej jest jednym z najważniejszych wyzwań stojących przed współczesnymi społeczeństwami. Odnosząc się do tego wyzwania i podkreślając szeroko wieloaspektowe znaczenie zdrowia obywateli, uznani eksperci podjęli się przedstawienia nierozwiązywalnych od lat sprzeczności, leżących u podstaw systemów ochrony zdrowia i utrudniających ich doskonalenie. „Antynomie systemu ochrony zdrowia” jest więc książką niezwykle aktualną rzucającą nowe spojrzenie na konflikty wynikające z braku możliwości finansowych, problemów organizacyjnych i rosnących wymagań technologicznych.

prof. dr hab. Michał Kleiber



PAN
POLSKA AKADEMIA NAUK

ISBN 978-83-66847-10-1

