

Demograficzne implikacje pandemii COVID-19. Perspektywa zdrowia publicznego

Demographic implications of the COVID-19 pandemic. A public health perspective

Janusz Szymborski

Rządowa Rada Ludnościowa

Wszelchnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie

ORCID: [0000-0003-1101-905X](https://orcid.org/0000-0003-1101-905X)

Streszczenie

Celem opracowania jest próba oceny wpływu pandemii COVID-19 na cztery główne segmenty polityki ludnościowej Polski: politykę rodzinną nakierowaną na tworzenie warunków sprzyjających realizacji planów prokreacyjnych; politykę senioralną, politykę migracyjną oraz politykę zdrowotną zorientowaną na poprawę stanu zdrowia ludności i ograniczaniu umieralności. Wykazano, że pandemia wywiera szkodliwy wpływ na pogłębienie już i tak niekorzystnie rozwijających się procesów demograficznych w Polsce. Odnotowano przede wszystkim dramatyczny wzrost umieralności i ujemny przyrost naturalny na niespotykaną dotąd skalę. Omówiono także zjawiska, które stanowią istotną przeszkodę w zwalczaniu pandemii (infodemia) oraz te, których uwzględnienie może pomóc w zrozumieniu specyfiki przebiegu infekcji i ułatwić ograniczenie jej następstw zdrowotnych, społecznych i demograficznych (syndemia). Wiele wskazuje na to, że niekorzystny rozwój trzeciej fali pandemii w Polsce, a także w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej ma swe źródła z jednej strony w niezadowalającym stanie zdrowia ludności, z drugiej zaś wynika z niedostatków w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Zaproponowano otwartą listę kilkudziesięciu tematów badawczych, których podjęcie może się przyczynić do zaktualizowania celów i kierunków polityki ludnościowej w Polsce. W kontekście przemian demograficznych omówiono przesłanki do debaty nad redefinicją podejścia do zdrowia publicznego w polskim systemie ochrony zdrowia z naciskiem na edukację zdrowotną, legislację, opiekę społeczną.

Słowa kluczowe

pandemia COVID-19, demografia, nadwyżka umieralności, system ochrony zdrowia

Abstract

The aim of the study is to try to assess the impact of the COVID-19 pandemic on four main segments of Poland's population policy: family policy aimed at creating conditions conducive to the implementation of reproductive plans; senior policy, migration policy and health policy aimed at improving the health of the population and reducing mortality. It has been shown that the pandemic has a detrimental effect on the deepening of already adversely developing demographic processes in Poland. First of all, there was a dramatic increase in mortality and negative population growth on an unprecedented scale. The phenomena that constitute a significant obstacle in the fight against pandemics (infodemia) and those whose

consideration may help in understanding the specificity of the course of infection and help reduce its health, social and demographic consequences (syndemia) are also discussed. There are many indications that the unfavorable development of the third wave of the pandemic in Poland, as well as in other countries of Central and Eastern Europe, is due to, on the one hand, the unsatisfactory health condition of the population, and on the other hand, it results from deficiencies in the functioning of the health care system. An open list of several dozen research topics has been proposed, which may contribute to updating the goals and directions of the population policy in Poland. In the context of demographic changes, the reasons for the debate on the redefinition of the approach to public health in the Polish health care system were discussed, with an emphasis on health education, legislation and social care.

Keywords

COVID-19 pandemic, demography, excess mortality, health care system

JEL: I18, J11

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 jest wyzwaniem dla życia społeczno-gospodarczego na całym globie. W przeszłości na świecie i na ziemiach polskich wyniszczające epidemie prowadziły nie tylko do strat demograficznych, upadku gospodarczego, rewolucji politycznych, lecz także do przeobrażeń kulturowych rzutujących na indywidualne i zbiorowe postawy ludzi wobec zarazy i osób cierpiących z jej przyczyny¹. W czasach współczesnych z powodu tragicznych następstw drugiej wojny światowej prawdziwym problemem społecznym w Polsce były epidemie duru wysypkowego, duru brzuszego, durów rzekomych, gruźlicy, kiły, błonicy, choroby Heinego-Medina². Mimo rozpowszechnienia i wysokiej śmiertelności tych chorób utrzymywało się dodatnie saldo przyrostu naturalnego, ze względu na dużą liczbę urodzeń.

W okresie ostatniego trzydziestolecia sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych była określana jako stosunkowo korzystna i względnie stabilna, choć stałym przedmiotem niepokoju była narastająca lekooporność, utrzymywanie się starych i pojawianie się nowych patogenów oraz niedostatki diagnostyki i luki w zgłaszalności tych chorób³. Istotnej wiedzy na temat problemów w zwalczaniu chorób zakaźnych i różnicowanego do nich podejścia dostarcza raport Rzecznika Praw Obywatelskich⁴ oraz późniejsza korespondencja RPO dr. Janusza Kochanowskiego (1940–2010) z ministerstwem zdrowia (MZ), dotycząca pandemii

¹ J. Kracik, *Staropolskie postawy wobec zarazy*, Wydawnictwo Petrus, Kraków 2012, s. 6–10.

² J. Szymborski, *Kultura zdrowotna*, [w:] M. Szyszkowska (red.), *Świat kultury czasów Polski Ludowej*, Wydawnictwo „Kto jest kim”, Warszawa 2020, s. 123–141.

³ B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020, s. 285–342.

⁴ J. Szymborski (red.), *Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009 – Biała Księga*, Biuletyn RPO – Źródła, Warszawa 2009, s. 630–722.

grypy AH1N1. Rządowa Rada Ludnościowa (RRL) od I Kongresu Demograficznego w Polsce (2000/2001) także podejmowała prace analityczno-programowe odnoszące się do zapobiegania i zwalczania chorób o podłożu infekcyjnym, epidemiologii i statystyki medycznej⁵.

Celem opracowania jest próba oceny wpływu pandemii COVID-19 na cztery główne segmenty polityki ludnościowej Polski. Chodzi nie tylko o kontekst bieżącej, niepokojącej sytuacji epidemicznej, lecz także o namysł nad sposobami skutecznych działań zaradczych wobec przyszłych zagrożeń epidemicznych. Dlatego oprócz prezentacji danych demograficznych i zdrowotnych, wyszczególnienia problemów badawczych odnoszących się do wpływu pandemii COVID-19 na politykę ludnościową poczyniono uwagi do podejmowanych w Polsce działań na rzecz kontroli epidemii, jak również zarysowano istotne z punktu widzenia polityki ludnościowej przesłanki do debaty na temat redefinicji podejścia do zdrowia publicznego w krajowym systemie ochrony zdrowia (SOZ).

Wybrane dane demograficzne i zdrowotne

Jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) zebranych w tabeli 1 w dniu 31 grudnia 2019 r. kraj nasz liczył 38 382,6 tys. osób, zaś 31 grudnia 2020 r. odnotowano 38 265 013 osób, co oznacza zmniejszenie populacji Polski o 118 tys. osób, czyli o 0,3%.

Tabela 1. Stan, ruch naturalny i migracje zagraniczne ludności w latach 2011, 2015, 2019 i 2020

Rok	Liczba ogółem	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny	Migracje zagraniczne na pobyt stały		
						imigracje	emigracje	saldo
	W tysiącach (lata 2011-2019)							
2011	385,38	206,5	388,4	375,5	12,9	15,5	19,9	-4,3
2015	384,37	188,8	369,3	394,9	-25,6	12,3a	28,1a	-15,8a
2019	383,83	183,4	375,0	409,7	-34,8	16,9	10,7	6,2
2020	382 650,13	145 045	355 309	477 355	-122 046	132 63	8780	4483

a – dane za 2014 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

⁵ J. Szymborski, W. Zatoński, *The activities of the Government Population Council aimed at limiting health care inequalities*, „J Health Inequal” 1, 2017, nr 3, s. 30–40.

W ostatnim roku dekady 2011–2020 radykalnie zmieniła się, w miarę stabilna dotąd, liczba nowo zawieranych małżeństw – w roku 2020 zarejestrowano ich zaledwie 145 045, o 38,4 tys. mniej niż rok wcześniej, tj. ok. 21%. Mimo że urodzenia małżeńskie mają miejsce tylko w trzech czwartych ogółu urodzeń, to jednak tak niska liczba małżeństw w 2020 r. może mieć istotny wpływ na zmniejszenie się liczby urodzeń w kolejnych latach. W 2020 r. odnotowano najniższą w ostatnim dziesięcioleciu liczbę urodzeń żywych: 355 309, o niemal 20 tys., tj. o ok. 5,3%, mniej niż w roku 2019. Co do umieralności to już w drugiej połowie ostatniej dekady odnotowywano zwiększanie się liczby zgonów, jednak prawdziwy dramat nastąpił w 2020 r., kiedy to zarejestrowano aż 477 355 zgonów, o 67,7 tys., tj. o ok. 16,5%, więcej niż w roku poprzednim. Fakt ten, wobec zmniejszenia się liczby urodzeń żywych, spowodował w roku 2020 niespotykany dotychczas spadek przyrostu naturalnego ludności. Różnica między liczbą urodzeń żywych i ogólną liczbą zgonów wyniosła -122 046 i w porównaniu z rokiem poprzednim zwiększyła się o -87,2 tys. Według danych MZ wzrost umieralności wygenerowały przede wszystkim zgony, które wystąpiły w czwartym kwartale, a 43% nadwyżki stanowiły zgony na SARS-CoV-2, zwłaszcza wśród osób, u których rozpoznano choroby przewlekłe. Najwyższy relatywny wzrost odnotowano wśród osób cierpiących na choroby układu krążenia (16,69%) i cukrzycę (15,88%)⁶. Wyniki analiz zespołu prof. W. Zatońskiego, uwzględniające publikacje międzynarodowe, wskazują, że Polska jest w grupie krajów o najwyższym ryzyku zgonu z powodu COVID-19, a wyrażony w procentach przyrost umieralności ogółem – w Polsce 14,4% – jest najwyższy na świecie, przed USA⁷.

Problemy badawcze odnoszące się do wpływu pandemii COVID-19 na procesy demograficzne w Polsce

Rządowa Rada Ludnościowa pod kierunkiem prof. Zbigniewa Strzeleckiego (1949–2016) wypracowała *Założenia polityki ludnościowej Polski*, w których określiła cztery główne cele. W ich ramach przyjęto priorytetowe cele operacyjne, kierunki działań realizacyjnych, zadania szczegółowe, wskazano podmioty odpowiedzialne i źródła finansowania. W niniejszym opracowaniu jedynie zarysowano istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego problemy badawcze dotyczące możliwego wpływu pandemii COVID-19 na realizację trzech celów głównych polityki ludnościowej, dotyczących polityki rodzinnej, senioralnej i migracyjnej. Ze względu na dramatyczny wzrost liczby zgonów, co zdecydowanie pogorszyło wskaźniki demograficzne, skupiono się szczególnie na

⁶ Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku, Ministerstwo Zdrowia, luty 2021.

⁷ W. Zatoński, *O koronawirusie wiemy, że nic nie wiemy*, „Menadżer Zdrowia”, 23.03.2021, <https://www.termidia.pl/mz/O-koronawirusie-wiemy-ze-nic-nie-wiemy,41818.html> [dostęp: 17.04.2021].

wpływie pandemii na sytuację zdrowotną ludności. Należy jednak zaznaczyć, że istnieje ścisły związek zdrowia publicznego i medycyny z możliwością realizacji pozostałych celów głównych polityki ludnościowej⁸.

Ocena wpływu pandemii COVID-19 na politykę rodzinną, w tym na określony przez RRL cel, jakim jest „Tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, przede wszystkim poprzez zawieranie małżeństw i realizację planów prokreacyjnych”, powinna według RRL objąć m.in. „warunki powstawania i funkcjonowania rodzin oraz problemy rozrodczości; warunki rozwoju młodego pokolenia w rodzinie; możliwości zapobiegania wykluczeniu i marginalizacji społecznej, zwłaszcza rodzin w trudnych sytuacjach”. Jest zbyt wcześnie na naukową interpretację wstępnych danych za rok 2020, ale ważne są dalsze, wielodyscyplinarne obserwacje i naukowe analizy dotyczące epidemicznych uwarunkowań planów małżeńskich i prokreacyjnych, przy czym polityka rodzinna nie może się skupiać wyłącznie na aspekcie ilościowym (wzroście dzietności). Należy także uwzględnić poprawę jakości funkcjonowania rodziny we wszystkich jej wymiarach, na kolejnych etapach cyklu życia rodziny, potrzeby zdrowotne rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji i potrzeby starszego pokolenia. Ponadto pojawiają się nowe typy i formy życia rodzinnego mogące w specyficzny sposób oddziaływać na sytuację zdrowotną rodziny⁹. Problemy zdrowotne, także związane z chorobami infekcyjnymi, mogą wywierać negatywny wpływ na wszystkie funkcje rodziny – prokreacyjną, opiekuńczą, socjalizacyjno-wychowawczą, emocjonalną, rekreacyjną i ekonomiczną. Sprostanie tym wyzwaniom leży często poza możliwościami rodziny, wymaga bowiem wcześniejszego przygotowania ze strony jej członków. Istotna jest rola władz publicznych w realizacji zbiorowych działań zaradczych obejmujących zarówno opiekę leczniczą i rehabilitacyjną, jak i promocję zdrowia, edukację zdrowotną, profilaktykę chorób i zagrożeń zdrowotnych na każdym etapie cyklu życia rodziny¹⁰.

W ocenie wpływu pandemii na politykę senioralną i kolejny cel główny polityki ludnościowej: „Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starszych, niesamodzielných i niepełnosprawnych” należy według RRL uwzględnić m.in.: „możliwości skutecznego przeciwdziałania ubóstwu; dostępność seniorów, zwłaszcza osób niesamodzielných, do usług opieki zdrowotnej i socjalnej oraz rehabilitacji; aktywność

⁸ J. Szymborski (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012; Z. Strzelecki, E. Kowalczyk (red.), *Polska w Europie – przyszłość demograficzna*, II Kongres Demograficzny, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.

⁹ J. Szymborski, *Polityka zdrowia publicznego wobec problemów współczesnej rodziny – cele i zadania*, [w:] A. Kubów, J. Szczepaniak (red.), *Współczesne wyzwania polityki społecznej wobec rodziny*, „Prace Naukowe UE we Wrocławiu” nr 146, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2010, s. 286–307.

¹⁰ B. Balcerzak-Paradowska, J. Szymborski (red.), *Polityka rodzinna w krajach UE – wnioski dla Polski*, „Biuletyn RPO, Mat.” nr 67, BRPO, Warszawa 2009.

społeczną, w tym zatrudnienie, ludzi starszych; możliwość ograniczania dyskryminacji, przemocy oraz na zapewnienie bezpieczeństwa osobom starym, niepełnosprawnym i nie-samodzielnym”. Osoby z niepełnosprawnościami zostały w różny sposób dotknięte COVID-19 m.in. wskutek zwiększonego ryzyka złego rokowania samej choroby, ograniczonego dostępu do opieki podstawowej, specjalistycznej i rehabilitacji oraz niekorzystnych skutków społecznych zastosowanych restrykcji przeciwepidemicznych. Stąd istotne są badania nad opieką i transferem usług między generacjami oraz badania więzi społecznych i możliwego wzrostu napięć międzypokoleniowych. Pandemia COVID-19 w obliczu poważnych zmian struktury demograficznej ludności oraz rosnących wyzwań socjalnych w starzejącym się społeczeństwie uwypukliła potrzebę publicznej debaty na temat roli państwa i rodziny w zaspokojeniu potrzeb socjalnych osób starszych oraz wykorzystania w opiece zdrowotnej i socjalnej zaawansowanych technologii informacyjnych, komunikacyjnych, sprzętowych, diagnostycznych i terapeutycznych możliwych do zastosowania w miejscu zamieszkania¹¹. Położenie nacisku na senioralny filar polityki ludnościowej jest uzasadnione nie tylko nawarstwiającymi się w dobie pandemii problemami społecznymi i zdrowotnymi doświadczanymi przez ludzi starszych, ale również możliwością aktywnego uczestnictwa w rozpoczętej w bieżącym roku Dekadzie Zdrowego Starzenia ogłoszonej przez ONZ. Dekada kładzie nacisk na konieczność fundamentalnych zmian nie tylko w podejmowanych przez nas działaniach, lecz także w sposobie myślenia o starzeniu się. Dekada zajmuje się czterema obszarami działań, które są ważne także dla Polski, dziś i w przyszłości: 1) środowiska fizyczne, społeczne i ekonomiczne przyjazne osobom starszym; 2) zwalczanie stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji wobec osób starszych; 3) zintegrowana opieka medyczna w zakresie profilaktyki, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, dostępu do leków, opieki stomatologicznej, nowych technologii; 4) opieka długoterminowa umożliwiająca godne życie osobom niesamodzielnym¹².

„Określenie zasad i kierunków polityki migracyjnej Polski” to cel polityki ludnościowej, z ustalonymi przez RRL priorytetami: „możliwości utrzymywania więzi z rodzinami i Polakami przebywającymi za granicą i w kraju w dużych odległościach w kontekście zróżnicowanej sytuacji epidemicznej; przestrzennej (regionalnej) i zawodowej orientacji dotyczącej obszarów i struktury wyjazdów zarobkowych, z uwzględnieniem sytuacji epidemicznej na lokalnych rynkach pracy; możliwości realizacji postulatów dotyczących imigracji zawartych w dokumencie «Polityka Migracyjna Polski», w tym dotyczących reemigracji, repatriacji, uchodźców, migracji edukacyjnych, w tym

¹¹ J. Szymborski, *Zdrowie publiczne i polityka senioralna*, [w:] B. Kłos, P. Russel (red.), *Przemiany demograficzne w Polsce i ich społeczno-ekonomiczne konsekwencje*, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2016, s. 221–262.

¹² *UN Resolution A/75/L.47 United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)*, Seventy-fifth United Nations General Assembly, Dec 8, 2020, United Nations, New York 2020.

w zakresie studiów wyższych za granicą; emigracji krajowego i imigracji zewnętrznego personelu medycznego”. Zagadnienia migracji w całej swej palecie – emigracji, reemigracji/repatriacji, imigracji – powinny być istotnym obszarem zainteresowania zdrowia publicznego, jednak w praktyce polityki migracyjne wielu krajów nie odnoszą się do społecznych determinantów migracji i zdrowia i pomijają konieczność traktowania migracji jako ważnego obszaru zainteresowania zdrowia publicznego, daleko wykraczającego poza problematykę zdrowotnych zagrożeń transgranicznych¹³. W dyskusji nad dokumentami dotyczącymi polityki migracyjnej Polski na konferencjach zorganizowanych przez RRL 14 stycznia 2019 r. oraz 25 czerwca 2019 r. podkreślano, że bez uwzględnienia i sprecyzowania roli zdrowia publicznego w obrębie polityki migracyjnej nie będzie możliwe zrealizowanie priorytetów społeczno-gospodarczych polityki migracyjnej przyjętych przez Radę Ministrów w dniu 23 marca 2018 r. W obecnej sytuacji epidemiologicznej istotnym problemem dla SOZ i sytuacji zdrowotnej ludności Polski może być emigracja lekarzy i personelu medycznego. Dlatego wskazane jest pilne podjęcie analiz badawczych w tym zakresie i zaproponowanie stosownych środków zaradczych. W przypadku imigracji zarobkowej chodzi nie tylko o bezpieczeństwo i higienę pracy, zapobieganie wypadkowości i urazom, o dostęp do profilaktyczno-leczniczej opieki zdrowotnej, w tym do szczepień ochronnych, lecz także o możliwości i warunki (w tym etyczne) imigracji fachowego personelu medycznego.

Odnosnie do celu polityki ludnościowej „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności” w ostatniej, z początku 2016 r., wersji *Założeń Polityki Ludnościowej* RRL określiła siedem priorytetowych obszarów działań: „poprawa opieki profilaktyczno-leczniczej nad matką i dzieckiem oraz młodzieżą szkolną; ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia; oraz z powodu chorób nowotworowych; poprawa jakości żywienia i aktywności fizycznej społeczeństwa; zdrowie psychiczne; profilaktyka i zwalczanie zakażeń i chorób infekcyjnych; oraz promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych”. W świetle napływających doniesień naukowych z całego świata, także danych na temat umieralności w Polsce przedstawionych w tej pracy oraz specyficznych dla naszego kraju wyzwań zdrowotnych i społeczno-demograficznych, wydaje się konieczne uszczegółowienie i uzupełnienie istotnych dla polityki ludnościowej problemów badawczych w dziedzinie zdrowia publicznego. Ich lista przedstawiona w tabeli 2 nie stanowi katalogu

¹³ I. Abubakar, R.W. Aldridge, D. Devakumar, M. Orcutt, R. Burns, M.L. Barreto, P. Dhavan, F.M. Fouad, N. Groce, Y. Guo, S. Hargreaves, M. Knipper, J. J. Miranda, N. Madise, B. Kumar, D. Mosca, T. McGovern, L. Rubenstein, P. Sammonds, S.M. Sawyer, K. Sheikh, S. Tollman, P. Spiegel, C. Zimmerman, on behalf of the UCL–Lancet Commission on Migration and Health, *The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7) [dostęp: 12.12.2018].

zamkniętego, zmienia się w miarę uzyskiwania nowych danych naukowych, a miejsce w zestawieniu nie jest tożsame z hierarchią ważności. Wszystkie problemy badawcze w dziedzinie zdrowia publicznego są komplementarne do tych widzianych z perspektywy medycyny, jednak analiza ściśle medycznych problemów i pytań badawczych wymaga osobnego omówienia.

Tabela 2. Uszczegółowienie i uzupełnienie problemów i pytań badawczych w zakresie zdrowia publicznego oraz opieki medycznej istotnych dla polityki ludnościowej

Lp.	Problemy badawcze w zakresie zdrowia publicznego
1.	Jakość przekazu kierowanego do społeczeństwa na tematy związane z pandemią przez kanały oficjalne, przedstawiciele zawodów medycznych, środki masowego przekazu, media społecznościowe.
2.	Skuteczność stosowanych metod przekazu informacji służących budowaniu zaufania społecznego oraz obalaniu mitów, spiskowych teorii, przeciwdziałaniu rozpowszechnianiu opinii o procedurach leczniczych niepopartych badaniami naukowymi; zjawisko <i>infodemii</i> .
3.	Określenie roli i stworzenie warunków rozwoju edukacji zdrowotnej i pedagogiki zdrowia dla budowania świadomości zdrowotnej (alfabetyzacja zdrowotna) w całym cyklu życia oraz w celu skutecznego ograniczenia zjawiska <i>infodemii</i> .
4.	Ocena jakości dotychczas stosowanych metod budowania zaufania społecznego do szczepień i szczepionek, sposobów reakcji na aktywność ruchów antyszczepionkowych oraz ocena procedur związanych z niepożądanymi odczynami poszczepiennymi, w tym ich zgłaszalności i zaspokajania roszczeń pacjentów.
5.	Badania dla ustalenia, czy odporność na SARS-CoV-2 poszczepienna i po zakażeniu jest pełna czy częściowa, trwała czy tymczasowa, jaki jest jej mechanizm i jak najlepiej ją mierzyć.
6.	Skuteczność pozafarmakologicznych procedur profilaktycznych (w tym: maseczki, dystans fizyczny, higiena rąk, testy, izolacja, śledzenie kontaktów, kwarantanna, ograniczenia dotyczące zgromadzeń) i ocena skutków zdrowotnych naruszania tych procedur.
7.	Ocena możliwości przenoszenia SARS-CoV-2 z matki na dziecko w okresie prenatalnym, okołoporodowym lub poporodowym oraz wpływ infekcji COVID-19 podczas ciąży na rozwój płodu i stan zdrowia noworodka.
8.	Ryzyko rozprzestrzeniania się infekcji na starszych członków rodziny i osoby dorosłe, w tym opiekunów, nauczycieli), przez dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym.
9.	Wpływ pandemii COVID-19 na stopień i jakość realizacji programów profilaktyki chorób i zagrożeń zdrowotnych adresowanych do poszczególnych grup ludności.
10.	Wpływ na rozwój, kondycję fizyczną i psychiczną dzieci i młodzieży, wszelkich okoliczności związanych z wprowadzonymi ogólnokrajowymi procedurami profilaktycznymi i obostrzeniami, w tym z zamknięciem placówek oświatowo-wychowawczych. Metody rewitalizacji zachowań sprzyjających zdrowiu.
11.	Ocena podatności na infekcje różnych grup społecznych pod względem cech biologicznych (wiek, płeć), statusu rodzinnego i zawodowego, typu mobilności dziennej itp., także w wymiarze terytorialnym i w związku z cechami środowiska naturalnego i antropogenicznego (zmienność klimatyczno-fenologiczna, bioklimatologia człowieka, wpływ pogody i topoklimatu, np. cyrkulacja powietrza, zjawiska smogowe i in.).
12.	Analiza ewentualnego wpływu SARS-CoV-2 na potencjał prokreacyjny mężczyzn i kobiet.

Lp.	Problemy badawcze w zakresie zdrowia publicznego
13.	Dyspanseryzacja ozdrowieńców w celu zbadania możliwych, odległych następstw zdrowotnych i społecznych COVID-19 oraz w celu wyboru efektywnych metod zaradczych.
14.	Analiza porównawcza przebiegu, skuteczności metod profilaktyki i postępowania leczniczego u osób zakażonych SARS-CoV-2 oraz osób chorujących na inne, znane choroby wirusowe.
15.	Skuteczność i bezpieczeństwo metod profilaktyki zakażeń z zastosowaniem osocza rekonwalescentów, przeciwciał monoklonalnych i szczepionek, na poziomie indywidualnym i populacyjnym.
16.	Ocena rozpowszechnienia w okresie pandemii i po jej wygaśnięciu głównych czynników ryzyka (tytoń, niska aktywność fizyczna, nadwaga i otyłość, niska świadomość zdrowotna) ze szczególnym uwzględnieniem alkoholu.
17.	Stopień upowszechnienia w okresie pandemii zmodyfikowanych zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, w tym resuscytacji krążeniowo-oddechowej i zewnętrznej automatycznej defibrylacji oraz ocena ich skuteczności i bezpieczeństwa;
18.	Problem dyspersji i dyfuzji przestrzennej związanej z rozpoznaniem mechanizmów i sposobów geograficznego rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2 i innych chorób zakaźnych, w tym np. oddziaływania tzw. ognisk zakaźnych, kanałów transmisji itd., co może mieć duże znaczenie we wprowadzeniu racjonalnych i efektywnych sposobów ograniczania mobilności na określonych obszarach (terytorializacja polityki przeciwepidemicznej).
19.	Rozwiązania infrastrukturalne, urbanistyczne i architektoniczne (np. kwestia klinów nawietrzających w miastach i wentylacji pomieszczeń).
20.	Racjonalność i efektywność usług medycznych, profilaktycznych i in., w tym problem optymalnej organizacji przestrzennej i lokalizacji obiektów medycznych różnego typu, ważna z powodu silnych różnicowań międzyregionalnych między podażą tych usług a popytem na nie (także w związku ze spodziewanymi silnymi przeobrażeniami struktury demograficznej i osadniczej w Polsce).
21.	Monitoring epidemii: prowadzenie wyczerpujących i rzetelnych (ale zanonimizowanych) baz danych o pacjentach, pozwalających na monitoring zakażeń pod względem zakaźności w różnych grupach biologicznych, społeczno-zawodowych, terytorialnych itp., pozwalający skutecznie i efektywnie (selektywnie) reagować na rozwój sytuacji, także pod względem syndemicznym.
22.	Problem rozprzestrzeniania się wirusa w rodzinach wielopokoleniowych w kontekście zachowania dystansu społecznego, jak i potrzeb związanych ze spójnością rodzin oraz wzajemną pomocą międzypokoleniową.
23.	Ocena socjologiczna zjawisk demograficznych i społecznych związanych z pandemią COVID-19, w tym opieki i transferu usług między generacjami, więzi społecznych i możliwego wzrostu napięć międzypokoleniowych, skłonności do emigracji w sytuacji braku pracy oraz spodziewanych bankructw gospodarstw domowych.
24.	Pogłębiona ocena programów kształcenia w dziedzinie zdrowia publicznego pod kątem przygotowania do zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych; ocena miejsca i roli tysięcy absolwentów kierunku zdrowie publiczne w opanowaniu epidemii COVID-19.
25.	Analiza nakładów finansowych Narodowego Centrum Nauki (NCN) i Ministerstwa Zdrowia na badania naukowe dotyczące różnych aspektów COVID-19, innych zakażeń, chorób zakaźnych i infekcyjnych pod kątem równoważnego traktowania badań w dziedzinie zdrowia publicznego w porównaniu z medycyną naprawczą.
26.	Analiza korzyści, także w odniesieniu do ludzi w starszym wieku, upowszechnienia „podejścia syndemicznego” w profilaktyce i leczeniu COVID-19.

Lp.	Problemy badawcze w zakresie zdrowia publicznego
27.	Problem zapewnienia odpowiedniej obsługi społeczno-medycznej osób starszych, które zamieszkują peryferyjne obszary wiejskie, oraz ochrony przed zakażeniem osób starszych w obszarach o najbardziej intensywniej codziennej aktywności w centrach większych miast.
28.	Przejrzystość i sprawiedliwość w dostępie do środków ochrony osobistej, szczepionek i leków na COVID-19 oraz przeciwdziałanie zjawiskom korupcyjnym. Sposób finansowania i dostępność świadczeń opieki medycznej pod kątem nierówności w zdrowiu w celu opracowania działań na rzecz zmniejszenia tych nierówności.
29.	Wielodyscyplinarne analizy jakości prawa w podstawowych jego funkcjach: normatywnej, zarządczej i orzeczniczej w obszarze systemu ochrony zdrowia (zdrowie publiczne, w tym promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, profilaktyka pierwotna, wtórna i trzeciorzędowa; diagnostyka laboratoryjna, w tym mikrobiologiczna; restytucja zdrowia – leczenie i rehabilitacja, organizacja; finansowanie; personel medyczny i paramedyczny) w celu wypracowania niezbędnych korekt i uzupełnień, ważnych z punktu widzenia efektywnego zwalczania zagrożeń epidemicznych.
30.	Możliwość redefinicji podejścia do chorób infekcyjnych w zmodyfikowanym krajowym systemie ochrony zdrowia ze stworzeniem realnych warunków do harmonijnego funkcjonowania zdrowia publicznego (m.in. przez zapewnienie krajowego przywództwa w dziedzinie zdrowia publicznego – <i>leadership</i>), solidnej legislacji i strukturalnego powiązania opieki społecznej ze zdrowiem.
31.	Rozwój badań naukowych w obszarze zdrowia publicznego, w tym chorób o podłożu infekcyjnym, w kontekście realizacji zadań wynikających z Agendy 2030.
32.	Jakość wypełniania kart zgonów osób zmarłych na COVID-19 i kompleksowa analiza przyczyn nadmiernej umieralności z powodu COVID-19 i chorób towarzyszących.
33.	Ocena porównawcza działań przeciwepidemicznych podejmowanych przez poszczególne kraje, w tym w zakresie wprowadzania ograniczeń i ich znoszenia, z punktu widzenia zdrowia, gospodarki, życia społecznego i praw człowieka.
34.	Ocena współpracy międzynarodowej na rzecz zwalczania COVID-19: dwustronnej, w ramach UE, ze Światową Organizacją Zdrowia i wnioski na przyszłość.
Lp.	Wybrane problemy badawcze w zakresie opieki medycznej
35.	Randomizowane oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanych procedur leczniczych u osób z objawami COVID-19 leczonych ambulatoryjnie w celu zapobieżenia SARS.
36.	Randomizowane oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanych procedur leczniczych u osób hospitalizowanych z powodu ciężkiego, ostrego zespołu zaburzeń oddychania.
37.	Identyfikacja markerów ryzyka śmiertelności na COVID-19 – poza wiekiem i chorobami współistniejącymi.
38.	Analiza skuteczności i bezpieczeństwa różnych metod tlenoterapii nieinwazyjnej, pozaustrojowego utlenowania krwi (ang. <i>extracorporeal membrane oxygenation</i> , ECMO), leczenia przy użyciu respiratora osób chorych na SARS.
39.	Skuteczność i bezpieczeństwo zmodyfikowanych zasad udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz ocena funkcjonowania w dobie COVID-19 kluczowych podmiotów systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (Zespoły Ratownictwa Medycznego, Szpitalne Oddziały Ratunkowe, system powiadamiania).
40.	Analiza sercowo-naczyniowych konsekwencji zakażenia COVID-19, w tym ryzyka dla osób ze współistniejącym nadciśnieniem tętniczym i ryzyka uszkodzenia mięśnia sercowego.

Lp.	Wybrane problemy badawcze w zakresie opieki medycznej
41	Badanie ryzyka bezpośredniego zajęcia ośrodkowego układu nerwowego i zapalenia mózgu wywołanego przez COVID-19 oraz długotrwałych objawów neuropsychiatrycznych w zespole po COVID-19.
42	Analiza ryzyka związanego z zakażeniem SARS-CoV-2 u pacjentów z obniżoną odpornością, np. w trakcie leczenia raka.
43	Analiza ryzyka przeniesienia wirusa w czasie wykonywania procedur medycznych generujących aerozole (większość zabiegów małoinwazyjnych), a także konieczność stosowania środków ochrony oczu i środków ochrony indywidualnej.
44	Analiza częstości występowania i znaczenia schorzeń oczu u pacjentów z COVID-19 oraz ryzyka przeniesienia zakażenia tą drogą.
45	Badanie wpływu pandemii COVID-19, koniecznych restrykcji i spowolnienia gospodarczego na kondycję psychiczną pacjentów, personelu medycznego i poszczególnych grup ludności.
46	Analiza konsekwencji COVID-19 dla możliwości pełnej realizacji wszystkich zadań opieki zdrowotnej (opieka podstawowa, specjalistyczna ambulatoryjna, szpitalna, rehabilitacyjna), w tym problemy organizacyjne, logistyczne, kadrowe, finansowe.
47	Analiza możliwości rozwoju medycyny precyzyjnej opartej na badaniach genetycznych wskazujących, że przyczyną COVID-19 nie jest identyczny genetycznie wirus RNA, ale ewoluujący patogen z wieloma mutacjami, liniami i wariantami. Warianty te można zidentyfikować za pomocą sekwencjonowania genetycznego i mogą mieć różny wpływ na przenoszenie, antygenowość i zjadliwość.
48	Analiza konsekwencji COVID-19 dla kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy, pielęgniarek, diagnostów i pozostałego personelu ochrony zdrowia.
49	Analiza dostępności i efektywności teleopieki i możliwości jej rozwoju.
50	Rozwój badań naukowych oraz nowoczesnych metod diagnostyki i terapii chorób o podłożu infekcyjnym (infrastruktura, kadry, legislacja, finansowanie), w obrębie medycyny i dziedzin współdziałających w innych sektorach.

Źródło: Opracowanie własne.

Dyskusja

Kształtowanie się procesów demograficznych w pożądanym z punktu widzenia rozwoju kraju kierunku wymaga skoordynowanych działań w obrębie wszystkich polityk publicznych, jednak rola polityki zdrowia publicznego bywa pomijana w debatach i opracowaniach dotyczących demografii. Pandemia COVID-19 uzmysławia, iż jednym z filarów polityki ludnościowej jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa i ograniczanie umieralności. O ile pełna ocena wpływu pandemii na wskaźniki urodzeń i ruch wędrowny będzie możliwa w nieco późniejszym czasie, o tyle nie ulega wątpliwości, że wzrost liczby zgonów jest dziś podstawową przyczyną dramatycznego spadku przyrostu naturalnego. Dane GUS, MZ i publikowane wyniki analiz badawczych powinny skłaniać do

rozważań na temat przyczyn tak dużego wzrostu umieralności w Polsce i innych krajach naszego regionu w trakcie drugiej i trzeciej fali pandemii – sześć z dziesięciu krajów o najwyższej w świecie umieralności sytuuje się w Europie Środkowej i Wschodniej¹⁴.

Z jednej strony nadwyżkę zgonów w Polsce można tłumaczyć gorszą niż w krajach zachodnich kondycją zdrowotną ludności¹⁵. W tym kontekście celowe wydaje się traktowanie COVID-19 jako syndemii interakcji biologicznych i społeczno-ekologicznych. Syndemia oznacza jednoczesowe, epidemiczne występowanie chorób przewlekłych niezakaźnych i chorób infekcyjnych, addytywne interakcje między nimi przy niekorzystnym wpływie czynników społecznych, demograficznych i środowiskowych¹⁶. Przyjęcie tej koncepcji może mieć istotne znaczenie dla opanowania COVID-19 oraz jej następstw zdrowotnych i społecznych, ukazuje bowiem znacznie szerszy kontekst działań niż tylko kontrolę epidemii i leczenie pacjentów z ciężkim, ostrym zespołem zaburzeń oddychania¹⁷. Zrozumienie i zastosowanie podejścia syndemicznego może być szczególnie korzystne w polskich warunkach, ze względu na specyfikę problemów zdrowotnych i cechy demograficzne, w tym charakterystykę polskiej starości. Starość w naszym kraju, poza feminizacją, singularyzacją i niską aktywnością społeczną, cechują wysokie wskaźniki wielochorobowości, niesprawności i zespołu kruchości. Według danych MZ aż 94% nadwyżki liczby zgonów w 2020 r. dotyczyło osób powyżej 60. roku życia. Badania J. Lee, S. Lau, E. Meijer, P. Hu, wykazały w dekadzie 2004–2014 różnorodne trendy czasowe występowania niesprawności umiarkowanej i zaawansowanej w kilkunastu krajach europejskich. Między najgorzej i najlepiej ocenianym krajem w 2004 r. oraz w 2014 r. odnotowano różnicę odpowiednio trzyipół- i prawie trzykrotną w grupie wieku 60+ oraz jedenasto- i sześciokrotną w grupie wieku 80+¹⁸. W każdym zestawieniu najgorszą pozycję zajęła Polska, co potwierdza dotychczasową wiedzę, iż wchodzimy w okres starości z gorszym niż ludność krajów zachodnich stanem zdrowia, a sposób reakcji na pierwsze oznaki niesprawności jest nieadekwatny do potrzeb. Tak znaczne różnice między Polską a wieloma innymi krajami UE pokazują, że oprócz leczenia i rehabilitacji potrzebne są systemowe działania w zakresie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, prewencji zagrożeń zdrowotnych i chorób, opieki długoterminowej i opieki społecznej. Tych zagadnień dotyczą liczne, zestawione w tym opracowaniu, propozycje analiz badawczych.

¹⁴ *COVID-19: building a stronger Europe*, s. 1157, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00720-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00720-0) [dostęp: 10.04.2020].

¹⁵ B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *op. cit.*, s. 15–202 oraz s. 517–534.

¹⁶ A.C. Tsai, E. Mendenhall, J.A. Trostle, I. Kawachi, *Co-occurring epidemics, syndemics, and population health*, s. 978–982, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30403-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30403-8) [dostęp: 11.04.2020].

¹⁷ R. Horton, *COVID-19 is not a pandemic*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6) [dostęp: 05.10.2020].

¹⁸ J. Lee, S. Lau, E. Meijer, P. Hu, *Living Longer, With or Without Disability? A Global and Longitudinal Perspective*, „J Gerontol A Biol Sci Med Sci” 75, 2020, nr 1, s. 162–167.

W dobie pandemii COVID-19 okazało się, że oprócz zaangażowania całego systemu ochrony zdrowia i wszystkich struktur państwowych kluczową rolę w rozwiązywaniu realnych problemów w zwalczaniu choroby odgrywa indywidualna i zbiorowa gotowość obywateli do rozumienia i przestrzegania zasad ochrony przed transmisją wirusa (stosowanie maseczek, higiena osobista, ograniczenia kontaktu fizycznego, zakazy uczestniczenia w zgromadzeniach masowych, limity spotkań grupowych, zdalne nauczanie, poddawanie się testowaniu, przestrzeganie kwarantanny i izolacji, a także np. częstsze korzystanie z zakupów przez internet itp.). Ważną rolę odgrywa przekazywanie społeczeństwu takich informacji, które są zrozumiałe, przejrzyste, spójne, wolne od hurraoptymizmu, pozbawione cech stygmatyzacji grup ludzi, dochowujące standardów pedagogiki zdrowia, dzięki czemu mogą być skuteczniej, z większą ufnością absorbowane przez większość ludzi. W tym kontekście szczególną uwagę należy zwrócić na fundamentalne znaczenie edukacji zdrowotnej w rozwijaniu świadomości zdrowotnej (alfabetyzacja zdrowotna – ang. *health literacy*). Edukacja zdrowotna jest obecna w kolejnych edycjach podstaw kształcenia w naszych placówkach oświatowo-wychowawczych, jednak pojawiają się poważne wątpliwości co do rzeczywistej skali wprowadzania treści zdrowotnych i co do właściwości stosowanych metod dydaktycznych¹⁹. Proces alfabetyzacji zdrowotnej rozwijany w przedszkolu i szkole, doskonalony na studiach i w miejscu pracy, będący podstawowym warunkiem aktywnej, zdrowej, twórczej starości powinien być prowadzony trójwymiarowo. Wymiar informacyjny jest tożsamy z oświatą zdrowotną i obejmuje dostarczanie wiedzy o zdrowiu, jego zagrożeniach i możliwościach zachowania i ochrony zdrowia. Wymiar czynnościowy, tożsamy z wychowaniem zdrowotnym, dotyczy nabywania i rozwijania w życiu codziennym zachowań, które są korzystne dla zdrowia. Wymiar motywacyjny obejmuje takie pobudzanie aktywności uczestników na rzecz zdrowia, by wyzwolić w nich satysfakcję z „bycia zdrowym”, wewnętrzną potrzebę utrzymania zdrowia oraz zainteresowanie sposobami podnoszenia jego stanu. Niestety pandemia COVID-19 już w pierwszych miesiącach trwania ujawniła na całym świecie zjawisko upowszechniania się we wszystkich dostępnych mediach – nie tylko społecznościowych – wielu sprzecznych, fragmentarycznych lub fałszywych informacji zdrowotnych²⁰. To szkodliwe zjawisko zyskało nazwę infodemii. Dlatego potrzeba rozwoju świadomości zdrowotnej poprzez powszechną edukację zdrowotną jest jeszcze bardziej aktualna niż kiedykolwiek. Problem niepełnej świadomości zdrowotnej zaostrza się wówczas, gdy przedwczesne, niekompletne, a nawet mylne informacje wpływają ze

¹⁹ J. Szymborski, *Pedagogika zdrowia – współczesne cele*, [w:] M. Szyszkowska (red.), *Mistrzowie, Pedagodzy, Nauczyciele*, Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie, Warszawa 2020.

²⁰ J. Zarocostas, *How to fight an infodemic. WHO's newly launched platform aims to combat misinformation around COVID-19*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X) [dostęp: 10.05.2020].

środowiska medycznego lub zarządczego²¹. W Polsce doświadczyliśmy takich zjawisk przed dekadą, w trakcie epidemii wywołanej przez wirusa grypy AH1N1, co stało się paliwem dla gwałtownego rozwoju ruchów antyszczepionkowych²².

Z drugiej strony przyczyną zwiększenia umieralności może być relatywna słabość systemu ochrony zdrowia. W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, występują złożone, często sprzeczne, wzajemne relacje między pacjentem, lekarzem, płatnikiem i właścicielem. Polską specyfiką jest jednak niska pozycja zdrowia publicznego, promocji zdrowia/edukacji zdrowotnej w SOZ, często marginalna pozycja zdrowia w innych politykach publicznych, niedostateczne powiązanie z opieką społeczną, a także niedostatki w koordynacji działań międzyresortowych i wewnątrz SOZ oraz w myśleniu strategicznym, pojmującym wydatki na zdrowie jako inwestycję w przyszłość²³. Pojawiają się dane co do negatywnego wpływu COVID-19 na możliwość pełnej realizacji wszystkich zadań opieki zdrowotnej (podstawowej, specjalistycznej, szpitalnej i rehabilitacyjnej), co dotyczy w szczególności osób starszych. Z informacji MZ dla sejmowej komisji polityki senioralnej wynika, że w 2020 r. odsetek porad dla seniorów powyżej 65. roku życia zmniejszył się o ok. 5% w podstawowej opiece zdrowotnej, o ok. 6,5% w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i o ok. 30% w zakresie geriatry²⁴. Obecnie nasuwa się potrzeba pogłębionej oceny funkcjonowania SOZ w warunkach epidemicznych, przede wszystkim w celu wyciągnięcia wniosków i lepszego przygotowania się na kolejne tego typu wyzwania. Biorąc pod uwagę proces starzenia się ludności w Polsce, wydaje się, że pandemia COVID-19 przynosi kolejny ważki argument za koniecznością traktowania opieki społecznej jako istotną składową systemu ochrony zdrowia. W 1960 r. bezpartyjny Minister Zdrowia prof. Rajmund Barański (1894–1971) doprowadził do włączenia opieki społecznej do Ministerstwa Zdrowia, lecz w 1999 r. z chwilą rozpoczęcia reformy SOZ opieka społeczna została „wyprowadzona” z tego resortu. Nie można wykluczyć, że odizolowanie zdrowia od opieki społecznej wywiera istotny wpływ na występowanie negatywnych zjawisk w funkcjonowaniu SOZ opisywanych w ostatnim dwudziestoleciu²⁵. Wielodyscyplinarne analizy jakości prawa w podstawowych jego funkcjach – normatywnej, zarządczej

²¹ S. D. Halpern, MD, R.D. Truog, F.G. Miller, *Cognitive Bias and Public Health Policy During the COVID-19 Pandemic*, *JAMA*. 2020;324(4):337-338. doi:10.1001/jama.2020.11623 [dostęp: 13.07.2020].

²² A. Dmochowski, *Afera grypowa*, Prohibita, Warszawa 2015.

²³ M. Gujski, W.P. Kalbarczyk, A. Ścibek, Z. Tytko, Raport „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.

²⁴ Sejmowa Komisja Polityki Senioralnej, posiedzenie nr 15, 13 kwietnia 2021 r., pełny zapis przebiegu posiedzenia, Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych, <https://orka.sejm.gov.pl/zapisy9.nsf/0/7B3875BEABC8313FC12586BF0031F975/%24File/0115309.pdf> [dostęp: 08.07.2021].

²⁵ J. Szymborski (red.), *Raport o korespondencji i kontaktach...*; W.A. Zatoński, K. Janik-Koncewicz, M. Zatoński, A. Wojtyła, *Pogorszenie stanu zdrowia Polaków po 2002 r. Epidemia zgonów alkoholowych*, „Menedżer Zdrowia” 2020, s. 7–8 oraz 118–123; W.A. Zatoński, *One hundred years of health in Poland*, „J Health Inequal” 5, 2019, nr 1, s. 11–19.

i orzeczniczey w obszarze systemu ochrony zdrowia – mogą ułatwić wypracowanie niezbędnych korekt i uzupełnień, ważnych z punktu widzenia funkcjonowania SOZ i efektywnego zwalczania zagrożeń epidemicznych. Chodzi m.in. o zapewnienie krajowego przywództwa w dziedzinie zdrowia publicznego (*leadership*) i strukturalnego powiązania opieki społecznej ze zdrowiem. RRL w ramach konsultacji ustawy o zdrowiu publicznym w 2015 r. przedstawiła uwagi m.in. w kwestii usytuowania kluczowej dla powodzenia tego przedsięwzięcia instytucji Pełnomocnika Rządu ds. Zdrowia Publicznego i dookreślenie zadań Pełnomocnika, w tym w zakresie dysponowania Funduszem Zdrowia Publicznego (RRL/00021-6/2015). Postulaty te nie zostały uwzględnione, jednak obecnie uzasadnione wydaje się przeprowadzenie oceny przydatności przepisów ustawy o zdrowiu publicznym i Narodowego Programu Zdrowia w ich obecnym kształcie do zapobieżenia i do sprostania tak destrukcyjnym zjawiskom jak pandemia COVID-19. W zrozumieniu specyfiki przebiegu pandemii, wyborze metod zapobiegających kolejnym falam zakażeń SARS-CoV-2, a także w odpowiednim przygotowaniu społeczeństwa na podobne wyzwania w przyszłości istotną rolę mają do odegrania międzynarodowe, interdyscyplinarne, wykraczające poza sferę medyczną debaty naukowe i prace analityczno-badawcze. Wyniki dyskusji i opracowań naukowych mogą pomóc w urzeczywistnieniu ambitnego, globalnego celu – „COVID-19: niech to będzie ostatnia pandemia”²⁶. W tym kontekście na podkreślenie zasługuje inicjatywa Instytutu Nauk Ekonomicznych na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, który wspólnie z Urzędem Statystycznym we Wrocławiu zorganizował w dniach 20–21 maja 2021 r. piątą edycję Międzynarodowej Konferencji Naukowej Zdrowie i Style Życia z tematyką poświęconą ekonomicznym, społecznym i zdrowotnym skutkom pandemii we współczesnym świecie²⁷. Poprzednie wielodyscyplinarne edycje tej konferencji poświęcone różnym aspektom stylu życia oraz socjoekologicznym i biomedycznym uwarunkowaniom zdrowia w ujęciu regionalnym, krajowym i globalnym wniosły istotny wkład teoretyczny i praktyczny w dziedzinie zdrowia publicznego²⁸.

²⁶ The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *COVID-19: make it the last pandemic*, https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf [dostęp: 12.05.2021]. Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *How an outbreak became a pandemic. The defining moments of the COVID-19 pandemic*, https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/How-an-outbreak-became-a-pandemic_final.pdf [dostęp: 12.05.2021].

²⁷ <https://wicl.uni.wroc.pl/index.php/pl/> [dostęp: 05.04.2021].

²⁸ W. Nowak, K. Szalonka (red.), *Zdrowie i style życia: wyzwania ekonomiczne i społeczne*, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2019, DOI: [10.34616/23.19.108](https://doi.org/10.34616/23.19.108); W. Nowak, K. Szalonka (red.), *Zdrowie i style życia. Determinanty długości życia*, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2020, DOI: [10.34616/23.20.106](https://doi.org/10.34616/23.20.106).

Zakończenie

Wstępne analizy badawcze wskazują na negatywne następstwa pandemii COVID-19 dla kształtowania się procesów demograficznych w Polsce. Badania te powinny być kontynuowane w trakcie i po ustąpieniu infekcji, w celu określenia uwarunkowań tego wpływu na plany prokreacyjne, sytuację osób starszych, procesy migracyjne oraz w celu podjęcia stosownych kroków zaradczych. Ze względu na dramatyczny wzrost umieralności szczególnego zainteresowania wymagają działania w sektorze zdrowia i powiązanych polityk publicznych. Wydaje się, że wyostrzone przez pandemię COVID-19 spojrzenie na systemy ochrony zdrowia na świecie jest mocno uzasadnione rozpowszechnieniem starych i nowych czynników ryzyka oraz zobowiązaniami zrównoważonego rozwoju na rzecz współczesnych i przyszłych pokoleń²⁹. Wiele globalnych problemów związanych z zagrożeniami epidemicznymi, zdrowiem publicznym i funkcjonowaniem SOZ znanych jest od lat. Pandemia COVID-19 jedynie uwypukliła te problemy, nadając jednocześnie aktualność i nagły charakter niezbędnym działaniom zaradczym, co w odniesieniu do Polski jest uwarunkowane specyfiką przemian społeczno-demograficznych, niezadowolającą sytuacją zdrowotną ludności i niedostatkami w funkcjonowaniu SOZ. Zwiększająca się populacja ludzi w podeszłym wieku w stosunku do populacji osób w wieku produkcyjnym, wielochorobowość, niepełnosprawność i niesamodzielność, utrzymujące się nierówności zdrowotne, nadmierna zachorowalność i umieralność z powodu chorób, którym można skutecznie zapobiegać, to tylko niektóre problemy stojące przed polskim systemem ochrony zdrowia w nadchodzących latach. Sprostanie wyzwaniom przyszłości będzie wymagało większego skupienia się na promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i zapobieganiu chorobom oraz na skoordynowanych wysiłkach na rzecz rozwiązania licznych czynników społecznych, środowiskowych i ekonomicznych, które leżą u podstaw złego stanu zdrowia i nierówności zdrowotnych. Głównym priorytetem SOZ będzie łagodzenie bezpośrednich i długofalowych skutków zdrowotnych pandemii COVID-19, ale system będzie też musiał wzmocnić swą zdolność do ograniczania negatywnego wpływu wielu innych czynników ryzyka, w tym narastającej lekooporności, oraz do funkcjonowania w zmieniającym się otoczeniu społeczno-gospodarczym.

Podziękowania

Składam uprzejme podziękowanie Głównemu Urzędowi Statystycznemu – Pani Dyrektor Dorocie Szałtys i Pani Małgorzacie Cierniak-Piotrowskiej – za udostępnienie

²⁹ Organizacja Narodów Zjednoczonych, Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne w dniu 25 września 2015 r., *Przekształcamy nasz świat: Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030*, A/RES/70/1.

informacji o ruchu naturalnym i migracjach za 2020 r. Pani dr hab. Marioli Raclaw z Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego, Panu prof. dr. hab. Przemysławowi Śleszyńskiemu z Instytutu Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN oraz Panu prof. dr. hab. Witoldowi Zatońskiemu z Akademii Kaliskiej i Fundacji Promocja Zdrowia gorąco dziękuję za cenne uwagi i uzupełnienia dotyczące wykazu problemów badawczych.

Bibliografia

Literatura

- Balcerzak-Paradowska B., Szymborski J. (red.), *Polityka rodzinna w krajach UE – wnioski dla Polski*, „Biuletyn RPO, Mat.” nr 67, BRPO, Warszawa 2009.
- Dmochowski A., *Afera grypowa*, Prohibita, Warszawa 2015.
- Gujski M., Kalbarczyk W.P., Ścibek A., Tytko Z., *Raport „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”*, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.
- Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku*, Ministerstwo Zdrowia, luty 2021.
- Kracik J., *Staropolskie postawy wobec zarazy*, Wydawnictwo Petrus, Kraków 2012.
- Lee J., Lau S., Meijer E., Hu P., *Living Longer, With or Without Disability? A Global and Longitudinal Perspective*, „J Gerontol A Biol Sci Med Sci” 75, 2020, nr 1, s. 162–167.
- Nowak W., Szalunka K. (red.), *Zdrowie i style życia. Determinanty długości życia*, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2020, DOI: [10.34616/23.20.106](https://doi.org/10.34616/23.20.106).
- Nowak W., Szalunka K. (red.), *Zdrowie i style życia: wyzwania ekonomiczne i społeczne*, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2019, DOI: [10.34616/23.19.108](https://doi.org/10.34616/23.19.108).
- Organizacja Narodów Zjednoczonych, Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne w dniu 25 września 2015 r., *Przekształcamy nasz świat: Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030*, A/RES/70/1.
- Szymborski J., *Kultura zdrowotna*, [w:] M. Szyszkowska (red.), *Świat kultury czasów Polski Ludowej*, Wydawnictwo „Kto jest kim”, Warszawa 2020.
- Szymborski J., *Pedagogika zdrowia – współczesne cele*, [w:] M. Szyszkowska (red.), *Mistrzowie, Pedagodzy, Nauczyciele*, Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie, Warszawa 2020.
- Szymborski J., *Polityka zdrowia publicznego wobec problemów współczesnej rodziny – cele i zadania*, [w:] A. Kubów, J. Szczepaniak (red.), *Współczesne wyzwania polityki społecznej wobec rodziny*, „Prace Naukowe UE we Wrocławiu” nr 146, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2010.
- Szymborski J., *Zdrowie publiczne i polityka senioralna*, [w:] B. Kłos. P. Russel (red.), *Przemiany demograficzne w Polsce i ich społeczno-ekonomiczne konsekwencje*, Wydawnictwo Sejmowe Warszawa 2016.
- Szymborski J. (red.), *Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009 – Biała Księga*, Biuletyn RPO – Źródła, Warszawa 2009.

- Szymborski J. (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.
- Szymborski J., Zatoński W., *The activities of the Government Population Council aimed at limiting health care inequalities*, „J Health Inequal” 1, 2017, nr 3.
- UN Resolution A/75/L.47 *United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)*, Seventy-fifth United Nations General Assembly, Dec 8, 2020. United Nations, New York 2020.
- Wojtyński B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.
- Zatoński W., Janik-Koncewicz K., Pawlikowska-Chechłacz K., Wojtyła A., *O koronawirusie wiemy, że nic nie wiemy*, „Menedżer Zdrowia” 23.03.2021, <https://www.termedia.pl/mz/O-koronawirusie-wiemy-ze-nic-nie-wiemy,41818.html>.
- Zatoński W.A., *One hundred years of health in Poland*, „J Health Inequal” 5, 2019, nr 1.
- Zatoński W.A., Janik-Koncewicz K., Zatoński M., Wojtyła A., *Pogorszenie stanu zdrowia Polaków po 2002 r. Epidemia zgonów alkoholowych*, Menedżer Zdrowia 2020.

Internet

- Abubakar I., Aldridge W.R., Devakumar D., Orcutt M., Burns R., Barreto I. M., Dhavan P., Fouad M.F., Groce N., Guo Y., Hargreaves S., Knipper M., Miranda J.J., Madise N., Kumar K., Mosca D., McGovern T., Rubenstein L., Sammonds P., Sawyer M.S., Sheikh K., Tollman S., Spiegel P., Zimmerman C., on behalf of the UCL–Lancet Commission on Migration and Health, *The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7) [dostęp: 12.12.2018].
- COVID-19: *building a stronger Europe*, s. 1157, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00720-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00720-0) [dostęp: 10.04.2020].
- Halpern S.D., Truog R.D., Miller F.G., *Cognitive Bias and Public Health Policy During the COVID-19 Pandemic*, *JAMA*. 2020;324(4):337-338. doi:10.1001/jama.2020.11623 [dostęp: 13.07.2020].
- Horton R., *COVID-19 is not a pandemic*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6) [dostęp: 05.10.2020].
- <https://wicl.uni.wroc.pl/index.php/pl/> [dostęp: 05.04.2021].
- Sejmowa Komisja Polityki Senioralnej, posiedzenie nr 15, 13.04.2021 r., Pełny zapis przebiegu posiedzenia, Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych. <https://orka.sejm.gov.pl/zapisy9.nsf/0/7B3875BEABC8313FC12586BF0031F975/%24File/0115309.pdf>.
- The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *How an outbreak became a pandemic. The defining moments of the COVID-19 pandemic*, https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/How-an-outbreak-became-a-pandemic_final.pdf. [dostęp: 12.05.2021].
- The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *COVID-19: make it the last pandemic*, https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf. [dostęp: 12.05.2021].
- Tsai A.C., Mendenhall E., Trostle J.A., Kawachi I., *Co-occurring epidemics, syndemics, and population health*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30403-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30403-8) [dostęp: 11.04.2020].
- Zarocostas J., *How to fight an infodemic. WHO's newly launched platform aims to combat misinformation around COVID-19*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X) [dostęp: 10.05.2020].