

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA



# Wyzwania zdrowotne dla Polski po pandemii COVID-19

Redakcja naukowa  
Bogdan Wojtyniak



Warszawa 2024

Materiały z III Kongresu Demograficznego. Część 19



RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

# Wyzwania zdrowotne dla Polski po pandemii COVID-19

Redakcja naukowa  
Bogdan Wojtyniak



**Materiały z III Kongresu Demograficznego. Część 19**

Warszawa 2024

**Recenzent**

Prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas  
Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego  
Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

**Redakcja językowa i korekta**

Dorota Bojarska-Lis

**Koordinacja prac wydawniczych**

Departament Opracowań Statystycznych GUS

**Prace wydawniczo-poligraficzne**

Zakład Wydawnictw Statystycznych – zespół pod kierunkiem Macieja Adamowicza

**Druk i oprawa**

Zakład Wydawnictw Statystycznych

Publikacja dostępna na stronie [kd.stat.gov.pl](http://kd.stat.gov.pl); przy cytowaniu prosimy o podanie źródła.  
Artykuły zawarte w niniejszej publikacji wyrażają własne poglądy autorów.

Warszawa 2024

© Copyright by Rządowa Rada Ludnościowa

© Copyright by Główny Urząd Statystyczny

**ISBN 978-83-67809-00-9**

**e-ISBN 978-83-67809-01-6**

# Przedmowa

Monografia, którą oddajemy do Państwa rąk, jest pokłosiem jednej z konferencji III Kongresu Demograficznego, organizowanego w latach 2021–2022 z inicjatywy Rządowej Rady Ludnościowej wspólnie z Głównym Urzędem Statystycznym i Polskim Towarzystwem Statystycznym. Kongres stanowi dobrą formę przekazania społeczeństwu wiedzy o stanie i strukturze ludności, a także upowszechnienia wyników spisów powszechnych. Dlatego od początku kongresy są powiązane ze spisami: pierwszy odbył się w 2002 r., po przeprowadzeniu NSP 2001, a drugi – w 2012 r., po przeprowadzeniu NSP 2011. Program III Kongresu Demograficznego zawierał prezentację wyników NSP 2021.

Na III Kongres Demograficzny złożyło się ok. 25 konferencji i debat prowadzonych we wszystkich regionach Polski, w miastach wojewódzkich i powiatowych oraz w gminach, pod wspólnym hasłem „Wyzwania demograficzne Polski na XXI wiek”. Celem kongresu było przedstawienie wyników pogłębionych analiz i badań dotyczących zmian sytuacji demograficznej, jakie następują w kraju oraz w poszczególnych jednostkach administracyjnych. Zmiany te cechują się silnym zróżnicowaniem przestrzennym zarówno pod względem zakresu, jak i charakteru i w coraz większym stopniu wpływają na wszystkie wymiary życia społecznego i rozwój gospodarki. Prezentowane na kongresie analizy statystyczne oraz wyniki badań prowadzonych przez przedstawicieli wielu dyscyplin naukowych pozwoliły wyjaśnić przyczyny oraz skutki zachodzących procesów i zjawisk demograficznych, zwłaszcza depopulacji i migracji, oraz poznać ich uwarunkowania społeczne i ekonomiczne, dotyczące przede wszystkim zdrowia, gospodarki, pracy, edukacji i kwalifikacji, ubezpieczeń społecznych, rolnictwa, zagospodarowania przestrzennego i suburbanizacji. Poszczególne konferencje poświęcono wyodrębnionym demograficznie grupom i problemom: rodzinie i uwarunkowaniom prokreacji, młodzieży, osobom starszym i procesom podwójnego starzenia się populacji, zdrowiu dzieci i sytuacji osób z niepełnosprawnościami.

W III Kongresie Demograficznym uczestniczyli pracownicy urzędów statystycznych, członkowie Polskiego Towarzystwa Statystycznego, przedstawiciele Polskiej Akademii Nauk, szkół wyższych i instytutów naukowych oraz eksperci. Do udziału w wydarzeniu zostali zaproszeni również posłowie, ministrowie, kierownicy instytu-

Przedmowa

cji publicznych, przedstawiciele samorządów lokalnych, administracji rządowej i samorządowej, naukowcy, nauczyciele akademicy, studenci, członkowie organizacji obywatelskich i mediów. Współorganizatorami konferencji byli wojewodowie, samorządy regionalne i lokalne, PAN i uczelnie. Dzięki hybrydowej formie w każdej z nich uczestniczyło kilkaset osób. Nagrania z konferencji są dostępne na kanale Głównego Urzędu Statystycznego w serwisie YouTube.

Konferencje naukowe III Kongresu Demograficznego otrzymały wsparcie finansowe Narodowego Banku Polskiego, Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń i Fundacji Orlen.

Prezes  
Głównego Urzędu Statystycznego



dr Dominik Rozkrut

Warszawa, luty 2024 r.

# Spis treści

<b>Przedmowa</b> (dr Dominik Rozkrut, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego) .....	<b>3</b>
<b>Wprowadzenie</b> .....	<b>7</b>
<b>Otwarcie konferencji</b> .....	<b>9</b>
 <b>Sesja Narodowego Instytutu Kardiologii – Państwowego Instytutu Badawczego Ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia jako cel strategiczny polityki zdrowotnej i ludnościowej w Polsce</b>	
<b>Dr n. med. Aleksandra Piwońska</b> Choroby układu krążenia jako priorytet zdrowia publicznego: uwarunkowania epidemiologiczne, trendy zmian, konieczne działania w celu redukcji chorobowości i umieralności .....	<b>18</b>
<b>Prof. dr hab. n. med. Wojciech Drygas</b> Promocja zdrowia i nowoczesna zintegrowana profilaktyka chorób układu krążenia jako podstawa strategii redukcji zachorowalności i umieralności przedwczesnej .....	<b>23</b>
<b>Prof. dr hab. n. med. Rafał Dąbrowski</b> Wpływ pandemii COVID-19 na funkcjonowanie wysokospecjalistycznych ośrodków kardiologicznych na przykładzie Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie .....	<b>30</b>
 <b>Sesja Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego</b>	
<b>Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski</b> Szczegółowa analiza wpływu pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej .....	<b>36</b>
<b>Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk</b> Krajowa Sieć Onkologiczna jako odpowiedź na problemy w kontroli chorób nowotworowych w dobie pandemii .....	<b>40</b>
<b>Dr hab. n. med. Joanna Didkowska</b> Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce – wyzwania .....	<b>45</b>
 <b>Sesja Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego Priorytety zdrowia publicznego w świetle pandemii COVID-19</b>	
<b>Dr hab. n. o zdr. Magdalena Rosińska</b> <b>Dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz</b> Nowa perspektywa kontroli chorób zakaźnych po dwóch latach pandemii COVID-19 .....	<b>50</b>
<b>Prof. dr hab. Włodzimierz Cezary Włodarczyk</b> Nowy paradygmat zdrowia publicznego CZTERY WNIOSKI PO PANDEMII .....	<b>64</b>
<b>Debata</b> .....	<b>82</b>
<b>Zakończenie</b> .....	<b>88</b>



# Wprowadzenie

Szanowni Państwo,

w imieniu organizatorów III Kongresu Demograficznego<sup>1</sup> witam współorganizatorów dzisiejszej konferencji, pana profesora Rafała Gierczyńskiego, dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego; pana profesora Lucjana Wyrwicza, zastępcę dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii; pana profesora Łukasza Szumowskiego, dyrektora Narodowego Instytutu Kardiologii. Witam wszystkich prelegentów, którzy wygłoszą referaty na konferencji. Witam gości obecnych w Sali Konferencyjnej oraz gości uczestniczących w konferencji online. Konferencja zaplanowana na luty 2022 roku ze względu na pandemię odbywa się w październiku 2022 roku.

Konferencja jest zorganizowana w ramach III Kongresu Demograficznego, który obraduje pod honorowym patronatem pana prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej dra Andrzeja Dudy. Celem III Kongresu Demograficznego jest przekazanie pełnej, rzetelnej informacji o zmieniającej się sytuacji demograficznej, o konsekwencjach zmian oraz wyzwaniach demograficznych dla polityki społecznej, gospodarczej, zdrowotnej. Postępujące zmiany demograficzne stawiają przed władzami państwa oraz samorządami nowe, trudne wyzwania. Sytuację demograficzną w Polsce charakteryzuje: niska dzietność – współczynnik dzietności od kilku dekad nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń, zmniejszająca się populacja kobiet w wieku prokreacyjnym; zmieniająca się struktura wieku ludności; przyspieszony proces starzenia się populacji, wzrastająca liczba i udział ludzi starszych, w tym osób osiągających bardzo zaawansowany wiek, zmniejsza się udział dzieci i młodzieży w ogólnej liczbie ludności.

Głębokie zmiany, które nastąpiły w Polsce po 1989 roku w procesie powstawania i wymiany pokoleń są wynikiem złożonych i wzajemnie zależnych procesów i zjawisk demograficznych: powstawania i rozpadu rodzin, narodzin, umieralności i czasu trwania życia, migracji wewnętrznych i zewnętrznych. Złożoność procesu zmiany demograficznej jest skutkiem wzajemnie powiązanych zjawisk i procesów

---

<sup>1</sup> III Kongres Demograficzny został zorganizowany przez Rządową Radę Ludnościową, Główny Urząd Statystyczny, Urzędy Statystyczne, Polskie Towarzystwo Statystyczne. Współorganizatorami poszczególnych konferencji są: eksperci, instytuty naukowe, uczelnie wyższe, administracja rządowa i samorządowa, ministerstwa, organizacje obywatelskie, media. Materiały wszystkich konferencji kongresowych są dostępne na stronie internetowej III Kongresu: [kd.stat.gov.pl](http://kd.stat.gov.pl).



kształtujących struktury demograficzne ludności. Zmiana procesów ludnościowych, ich uwarunkowania, przebieg i konsekwencje ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju ekonomicznego i społecznego państwa. Zmiany demograficzne dotyczą wszystkich ważnych dziedzin życia społecznego. W zmieniających się uwarunkowaniach sytuacja demograficzna staje się głównym zagadnieniem o fundamentalnym znaczeniu dla rozwoju państwa; wymaga to kompleksowego ujmowania wszystkich procesów demograficznych w wielu systemowych rozwiązaniach, w tym także w polityce ochrony zdrowia.

III Kongres Demograficzny organizowany jest w formie tzw. hybrydowej; obrady odbywają się w salach konferencyjnych, można w nich uczestniczyć także online. Konferencje III Kongresu Demograficznego odbywają się we wszystkich województwach, w wybranych miejscowościach w Polsce. Prezentowane w trakcie obrad zmiany demograficzne w różnym stopniu i charakterze dotyczą wszystkich jednostek administracyjnych; gmin, powiatów, regionów, miast. Charakter zmian demograficznych jest silnie zróżnicowany przestrzennie ze względu na liczbę i struktury mieszkańców.

Konferencje III Kongresu Demograficznego dużą wagę przywiązują do zagadnień ochrony i stanu zdrowia, gdyż stanowi to ważną część oceny sytuacji demograficznej związanej ze wszystkimi dziedzinami, których rozwój uwarunkowany jest sytuacją ludnościową; m.in. ubezpieczenia społeczne, zatrudnienie, migracje oraz sytuacja osób niepełnosprawnych oraz w zaawansowanym i sędziwym wieku. W ramach III Kongresu odbyły się konferencje bezpośrednio odnoszące się do stanu ochrony zdrowia poświęcone urodzeniom, osobom starszym i niesamodzielnym, sytuacji młodzieży i osób młodych wstępujących na rynek pracy. W Uniwersytecie Medycznym w Gdańsku 27 października 2022 roku odbędzie się konferencja poświęcona wyłącznie zdrowiu dzieci.

Dzisiejsza konferencja jest poświęcona wpływom funkcjonowania ochrony zdrowia na procesy i zjawiska demograficzne oraz zdrowiu Polaków po pandemii COVID-19. W programie konferencji zaplanowano trzy sesje zorganizowane przez Narodowe Instytuty: Instytut Onkologii, Instytut Kardiologii oraz Instytut Zdrowia Publicznego mające zasadnicze znaczenie dla kształtowania stanu zdrowia ludności, profilaktyki i leczenia chorób wywierających zasadniczy wpływ na stan zdrowia, poziom zachorowalności i umieralności. Po wystąpieniach i prezentacjach przedstawicieli trzech instytutów – współorganizatorów tej konferencji – przewidujemy czas na pytania i odpowiedzi. Końcowa debata będzie miała miejsce po wygłoszeniu wszystkich referatów. Materiały III Kongresu Demograficznego są dostępne w sieci internetowej, na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego, w zakładce Rządowej Rady Ludnościowej. Materiały z poszczególnych konferencji opublikujemy w wersji papierowej (po uzyskaniu materiałów od autorów).

**Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz**  
Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej  
Uniwersytet Warszawski

# Otwarcie konferencji

**Dr hab. n. med. Rafał Gierczyński,**

**Prof. NIZP PZH-PIB**

Zakład Bakteriologii i Zwalczania Skażeń Biologicznych,  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB

Szanowni Państwo,

bardzo mi miło powitać Szanownych Państwa w progach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego. Serdecznie witam gości, przedstawicieli ministerstw i szacownych instytucji. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, od ponad 100 lat, zajmuje się zdrowiem Polaków i problemy demograficzne stanowią istotne wyzwanie w naszej działalności. Wyróżnieniem jest dla nas pełnienie roli gospodarza dzisiejszej konferencji. Życzę Państwu owocnych obrad.

**Dr hab. n. med. Lucjan Wyrwicz, prof. nadzw.**

**Narodowego Instytutu Onkologii**

Zastępca dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Curie-Skłodowskiej –  
Państwowego Instytutu Badawczego

## **Sytuacja zdrowotna ludności Polski po dwóch latach pandemii COVID-19**

Szanowni Państwo,

chciałem Państwu przekazać serdeczne pozdrowienia i podziękowania od pana profesora dr hab. Jana Walewskiego za zaproszenie do udziału w konferencji. Niestety, pan profesor nie może uczestniczyć w dzisiejszych obradach. Pan profesor dr hab. Jan Walewski z jednej strony dziękuje za zaproszenie, a z drugiej strony przeprasza za swoją nieobecność. Zdajemy sobie sprawę z wagi zaproszenia dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii do wzięcia udziału w obradach III Kongresu Demograficznego. W tytule konferencji wpisano „wyzwania po pandemii”. Warto zaznaczyć, że pandemia COVID-19 nie skończyła się definitywnie, tylko przechodzi w inny etap funkcjonowania. Przykładowo, dziś na oddziale, którym kieruję, połowa chorych jest

nosicielem aktywnej infekcji COVID-19, a druga połowa nie. Dlaczego zaistniał układ 50% na 50%? Odpowiedź jest prosta: nawet w najtrudniejszych warunkach pandemicznych populacje onkologiczne chorują, a lekarze muszą leczyć ludzi chorych w warunkach szpitalnych, w szczególnych sytuacjach, z pandemią cały czas za pan brat.

W Polsce, w skali roku, dochodzi do 160 tysięcy zachorowań i 500 przypadków dziennie. Liczba zachorowań zmienia się w zależności od tego, jak zdefiniujemy chorobę nowotworową, i jak ją szczegółowo będziemy rozpoznawać. Co roku około 100 tysięcy pacjentów umiera w Polsce z powodu nowotworu. Szacując skalę umieralności na nowotwory, przełożmy je na liczbę zgonów związanych z pandemią COVID-19. Tylko trzykrotnie w czasie pandemii liczba zgonów z powodu COVID-19 przekroczyła średnią wieloletnią liczby zgonów onkologicznych. Było to w grudniu 2020 roku, w kwietniu 2021 roku i, o dziwo, w styczniu 2022 roku. Możemy domniemywać, że nie były to zgony czysto związane z pandemią, ponieważ osoby w osłabionej formie biologicznej lub w wieku podeszłym mogły częściej chorować na nowotwory i częściej w wypadku zachorowania na COVID-19 umierać. Dziś (22 października 2022) odnotowano około 29 zgonów z powodu COVID-19. Czy jesteśmy zatem po pandemii COVID-19? Jeżeli 29 osób, w skali roku, umarłoby na nowotwór, w Narodowym Instytucie Onkologii uznalibyśmy, że spotykamy się rzadkim nowotworem albo ultrarazadkiem. Na co dzień onkolodzy mają do czynienia z około 200 zdefiniowanymi chorobami nowotworowymi i wpływ pandemii COVID-19 na nowotwory był kompletnie różny. Z jednej strony, spodziewamy się np. spadku chorobowości z powodu raka trzustki. Dlaczego? Bo wiek zachorowania jest wysoki, a średnia długość życia trochę się skróciła. Z drugiej strony, spodziewamy się wzrostu zachorowań z powodu raka jelita grubego. Dlaczego? Ponieważ w Polsce, tak jak w wielu innych krajach, obserwujemy trend do wzrostu zachorowań w populacji osób młodych. Stosujemy programy przesiewowe, skierowane do populacji osób troszkę starszych, czyli powyżej 50. roku życia. Niestety, w trakcie pandemii, mniej osób korzystało z badań profilaktycznych, co nie oznacza, że pandemia COVID-19, brzydko mówiąc, zablokowała onkologię. Chciałbym w tym miejscu podziękować panu ministrowi Adamowi Niedzielskiemu, który uczestniczy w dzisiejszej konferencji, za to, że onkologia była wyjęta z obciążenia walki z pandemią. W trakcie trwania pandemii COVID-19 podejmowano, na różnych szczeblach administracji państwowej i samorządowej, bardzo słuszne decyzje, które nie pozwalały lekarzom-onkologom i całemu personelowi medycznemu ograniczać działań, a więcej umożliwiały realizowanie zadań onkologicznych w trudniejszych warunkach. Zmienia się demografia, zmienia się też demografia pacjenta onkologicznego. Przyczynom i skutkom demografii pacjenta onkologicznego będzie poświęcony wykład zarówno pana profesora dr hab. n. med. Piotra Rutkowskiego, jak i dr n. med. Joanny Didkowskiej.

Warto podkreślić jeszcze jeden ważny element zmian demograficznych – zmianę demografii personelu medycznego. Nadszedł moment, kiedy z jednej strony nasi nauczyciele chcą odpocząć od medycyny, a z drugiej strony napotykamy na największy w historii nabór na studia medyczne i na kierunki okołomedyczne. W ostatnim tygodniu 10 tysięcy studentów medycyny rozpoczęło nauczanie. Co to oznacza? Oznacza to, że należy wyszkolić kadry i do współczesnej kardiologii, i do współczesnych wyzwań onkologii. Będzie to bardzo trudne zadanie. Powiem więcej, jedno z najtrudniejszych zadań współczesnej medycyny w Polsce. Po pandemii COVID-19 obserwujemy nagłe odejście wielu osób ze szpitali. Przypomnę, że szpitale to są miejsca, w których lekarze, pielęgniarki uczą młode kadry medyczne. Mamy niepokojące trudności z pozyskaniem kadry do pracy w szpitalach, ponieważ rozregulował się rynek pracy i płacy w szpitalnictwie, powodując, że za obecne stawki rynkowe, brzydko mówiąc, nie da się zatrudnić nauczyciela akademickiego. Lekarze będą musieli dokonać wyboru: praca w prywatnej przychodni albo nauczanie? Starajmy się zatem połączyć satysfakcjonujące stawki za pracę z możliwością wychowania i kształcenia młodej kadry medycznej, która będzie w przyszłości mogła nas leczyć.

Pozwoliłem sobie poruszyć kilka różnych wątków, które mam nadzieję, będą przedmiotem debaty. Dzisiejsza konferencja to konferencja zdrowia, a nie choroby. Na onkologii – skupiamy się na chorowaniu, a chcemy mówić o zdrowieniu. Warto uwzględnić, że onkologia wymaga ogromnych nakładów finansowych. Nie mówiłoby się tak często o onkologii, gdyby to leczenie było tanie. Przed nami stoi istotne wyzwania ekonomiczne, ponieważ koszty onkologiczne będą lawinowo rosły wraz z przyrostem innowacji technologicznych. Tak więc nie można mówić o postępie w onkologii, jeżeli nie będziemy mówić o ograniczeniu zachorowań. Szczęśliwie, Narodowa Strategia Onkologiczna „buduje” profilaktykę. Szczęśliwie profilaktyka wraca po pandemii COVID-19, choć pewnych rzeczy się już nie nadrobi, tak jak straconych diagnoz, które można było postawić wcześniej. Drogie Panie, mamy październik – październik jest miesiącem świadomości raka piersi. Odpytajcie przy rodzinnym stole, w niedzielę, członków swojej rodziny, czy samobadają piersi, czy uczestniczą w profilaktyce, bo mogli zapomnieć o tych zadaniach w ciągu ostatnich dwóch lat. Tak więc bardzo bym prosił: jak dyskutujemy o onkologii, mówmy o profilaktyce, o zagrożeniach, które można ograniczyć, ponieważ inaczej nie poradzimy sobie z wyzwaniami demograficznymi, jakie płyną za chorobami onkologicznymi występującymi w naszej populacji. Dziękuję bardzo.

**Prof. dr hab. n. med. Łukasz Szumowski**

Dyrektor Narodowego Instytutu im. Stefana kardynała Wyszyńskiego  
Państwowy Instytut Badawczy

Warto sobie uświadomić, jaki wpływ miała pandemia COVID-19 na zdrowie Polaków w obszarze chorób sercowo-naczyniowych. Dwie choroby, czyli onkologia i choroby sercowo-naczyniowe, a właściwie choroby sercowo-naczyniowe i onkologia, są przyczyną największej umieralności Polaków. W latach 90. ubiegłego wieku wydłużało się życie Polaków. W wielu krajach europejskich przeprowadzono badania *Impact study*, z których wynikało, że główną przyczyną, która miała wpływ na wydłużenie długości życia była zmiana nawyków żywieniowych oraz stylu życia. Można powiedzieć, że należy przyznać medal dużym sieciom handlowym, które wprowadziły zdrową żywność, typu ryby, dieta śródziemnomorska i spowodowały, że nastąpił gwałtowny „boom” zdrowego, dietetycznego jedzenia. Pamiętajmy, że w ostatnich latach, gwałtowne przyspieszenie długości życia zostało zahamowane. Podobnie wygląda sytuacja z chorobami nowotworowymi i chorobami układu sercowo-naczyniowego. Spadek umieralności „wypłaszczył” się w chorobach sercowo-naczyniowych, co spowodowało, że nadal choroby układu krążenia są główną przyczyną problemów zdrowotnych. Analizując przyczyny zgonów, ok. 21% ludzi umiera z powodu chorób sercowo-naczyniowych, 19%, z powodów nowotworów, 20% z powodu pozostałych, niezidentyfikowanych chorób. Pojawia się pytanie, jak walczyć z umieralnością Polaków.

Palenie, niewłaściwa dieta oraz wysoki poziom cukru stanowią tzw. czynniki ryzyka zgonów i DALY, czyli długości życia w zdrowiu czy liczby lat w zdrowiu. Stosując odpowiednią profilaktykę, możemy niwelować złe obyczaje Polaków. Wysoki wskaźnik BMI stanowi kolejny czynnik ryzyka, który możemy modyfikować. Przy szalejącej modzie zdrowego jedzenia, spożywania warzyw i owoców, korzystania z zbilansowanych kalorycznie posiłków, używania suplementów, ilu jednak mamy ludzi otyłych, ilu mamy ludzi z ogromną nadwagą. Ciekawa rzecz – analiza interwencji i polityk zdrowotnych, ale też polityk fiskalnych, pokazuje spadek sprzedaży napojów gazowanych o 36%, a „małpek”, czyli alkoholu w małych opakowaniach o 17 i 30%, po wprowadzeniu podatku cukrowego oraz podatku od „małpek”. Presja fiskalna czasami działa i przynosi dobre efekty.

Możemy zadać pytanie, jakie skutki przyniosła pandemia COVID-19? Obserwaliśmy dramatyczną sytuację w wysokości wykonanego ryczałtu, czyli leczyliśmy i diagnozowaliśmy niższą liczbę pacjentów. W 2021 roku wykonano 92% chemioterapii w stosunku do roku 2020. W radioterapii przeprowadzono 91% zabiegów w stosunku do roku poprzedniego. Prawdziwy dramat rozegrał się w kardiologii. W 2021 roku wykonano 80% zabiegów w stosunku do 2020 roku. Nastąpił gwał-

towny spadek przeprowadzonej diagnostyki i terapii, w tym, co ciekawe, leczenia zawału serca. Wykonano mniej zabiegów ablacji, czyli zaburzeń rytmu serca oraz drugiego istotnego elementu kardiologicznego, czyli wszczepienia urządzeń wspomagających. W Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej (AOS) nastąpił spadek, czyli wykonano 80% zabiegów w stosunku do roku poprzedniego.

Skutkiem COVID-19 był wzrost umieralności nadmiarowej, przy czym w początkowym okresie pandemii wzrost umieralności nie był tak gwałtowny, jak przy kolejnych falach. Wzrost umieralności nie dotyczył tylko ludzi starszych. Analiza umieralności osób w wieku 15–64 wskazuje, że w początkowej fazie pandemii zanotowano niższe wskaźniki umieralności nadmiarowej, które przy kolejnych falach wzrastały. Podobna sytuacja dotyczyła młodzieży i dzieci. W 2020 roku odnotowaliśmy zatrważającą liczbę zgonów nadmiarowych w stosunku do 2019 roku. Powinniśmy się zastanowić, dlaczego nastąpił tak gwałtowny wzrost umieralności nadmiarowej. Jeżeli przeanalizujemy liczbę osób, które umarły na udary w czasie pandemii, to nie odnotujemy wzrostu wskaźnika, a wręcz przeciwnie w początkowej fazie pandemii zaobserwujemy jego spadek. Podobna sytuacja dotyczy samobójstw. W większości krajów w początkowej fazie lockdownu nastąpił spadek liczby samobójstw, natomiast odnotowano wzrost wskaźnika osób z depresją. Analizy zamieszczone w *New England Journal of Medicine* wskazują na wzrost zapadalności na COVID-19 i na liczbę zawałów serca. Wzrost zapadalności na COVID-19 spowodował spadek liczby zawałów. Natomiast wzrósł wskaźnik śmierci serca pozaszpitalnej. Oznacza to, że w czasie pandemii nie mieliśmy mniejszej liczby osób z chorobą wieńcową czy z zawałami serca, tylko ci ludzie nie przyjeżdżali do szpitala. I tu jest pies pogrzebany. Analiza liczby nadmiarowych zgonów wskazuje, że umieralność na COVID-19 nie zdominowała liczby zgonów spowodowanych chorobą niedokrwienną serca, udarem, rakiem płuc, zapaleniem płuc, rakiem jelita grubego. Wpływ pandemii na zdrowie Polaków miał wymiar wieloczynnikowy. Powinniśmy przeanalizować, dlaczego doszło do nadmiarowych zgonów i w jaki sposób możemy im zapobiegać w przyszłości. Jestem przekonany, że będziemy świadkami podobnych fal pandemicznych. Zobaczymy kolejne iteracje wpływu pandemii na system ochrony zdrowia, na niewykonane ryczałty, na teleporady, które są świetnym narzędziem, które należy wykorzystywać w sposób ograniczony do osób wymagających takiej pomocy, a nie w stosunku do wszystkich pacjentów. Teleporada to brak fizycznego kontaktu lekarza z pacjentem, co powoduje, że powinna być stosowana w wyjątkowych przypadkach.

Jakie powinniśmy stosować remedia w falach pandemicznych? Przede wszystkim „koordynowana opieka”. Określenie „koordynowana opieka” jest używane we wszystkich odmianach, we wszystkich przypadkach i możliwych barwach. Jeżeli popatrzymy na śmiertelność pacjentów z zawałem, którzy kontaktują się tylko

z kardiologiem oraz przechodzą odpowiednią rehabilitację, to wskaźnik zgonów spada do 30%. Priorytetowym zadaniem jest upowszechnianie profilaktyki oraz uświadomienie społeczeństwu, zwłaszcza mężczyznom, iż w określonym wieku należy przeprowadzić diagnostykę kardiologiczną. Potrzebna jest analiza wskaźników wzrostów, spadków czy nakładów na innowacyjne terapie, ale kluczowym elementem jest moment, kiedy pacjent trafia do lekarza i przechodzi niezbędną rehabilitację. 30%! Nie znam żadnego specyfiku, który by powodował taką redukcję śmiertelności. W zakresie chorób układu krążenia wprowadzono program pilotażowy Strategia Kardiologiczna podobny do wdrożonej już Strategii Onkologicznej. Na razie jest to program pilotażowy, ale mam nadzieję, że wkrótce zostanie wdrożony, a efekty będą takie jak w Narodowej Strategii Onkologicznej. Mamy jasno określone cele, zagwarantowane środki finansowe i powinniśmy zwrócić uwagę na priorytetowe działania. Z jednej strony, wdrażamy na poziomie lokalnym i ogólnym innowacyjne terapie; przeprowadzamy innowacyjne zabiegi; stosujemy najnowszą technologię w opiece kardiologicznej, ale z drugiej strony system opieki kardiologicznej nie jest wyłącznie jednorazową terapią jednostkowego pacjenta, tylko jest długoterminową opieką nad pacjentem. Zastosowanie długoterminowej opieki kardiologicznej pomoże zredukować np. wskaźniki śmiertelności wśród pacjentów z zawałem serca. Na tych działaniach powinniśmy się skupić, żeby zredukować nadmiarowe zgony.

Pani profesor dr hab. Józefina Hryniewicz mówiła o analizie demografii polskiej. Polska jest krajem wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Obserwujemy w Polsce duże ruchy ludnościowe, mamy gości z Ukrainy, w tym wiele kobiet cierpiących na różne schorzenia. Przed rozpoczęciem obrad rozmawiałem z profesorem Lucjanem Wyrwiczem, który dostrzegł już wzrost liczby Ukrainek chorych onkologicznie, które rozpoczęły leczenie w Narodowym Instytucie Onkologicznym. Goście z Ukrainy, którzy przebywają w Polsce, stanowią dużą populację, w której nie ma równomiernego rozkładu płci. Jest to populacja młoda, z przeważającą liczbą kobiet i dzieci. Musimy się zastanowić, jak zachorowalność i wskaźniki zgonów Ukrainek wpłyną na podstawowy system opieki zdrowotnej czy opieki szpitalnej. Od dziesiątków lat w Polsce nie było podobnego zjawiska. Powinniśmy przygotować się na przykład do sytuacji, kiedy w większości kobiety w wieku około 40 lat, które przyjechały do Polski, objęte opieką zdrowotną, będą wymagały przeprowadzenia diagnostyki, nowoczesnych terapii, zabiegów czy rehabilitacji. Będzie to dotyczyło wszystkich sektorów opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej, szpitalnej, sanatoryjnej i itd. Albo teraz, albo za chwilę. Bardzo dziękuję.

**Dr hab. n. med. Rafał Gierczyński,**  
**Prof. NIZP PZH-PIB**

Zakład Bakteriologii i Zwalczania Skażeń Biologicznych  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB

Szanowni Państwo,

moi przedmówcy poruszyli bardzo ciekawe kwestie i przypomnieli rolę tzw. masowych zabójców, czyli wskazali czynniki zdrowotne, które są przyczyną największej liczby zgonów w populacji naszego kraju. Tegoroczny kongres upływa pod hasłem „po pandemii COVID-19”. Jedną ze sfer działalności Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego są choroby zakaźne. Pandemia COVID-19 uświadomiła nam, że choroby zakaźne i zakażenia stanowią zagrożenie dla zdrowia populacji i potrafią w ciągu kilku miesięcy zmienić globalnie życie ludzi. Lockdown oznaczał przemianę życia gospodarczego, społecznego, zdrowotnego. Ludzie siedzieli zamknięci w domach, pozamykano biura, fabryki, restauracje, itp., COVID-19 przeformatował także nasze normalne, standardowe podejście do profilaktyki ochrony zdrowia. Pandemia COVID-19 objęła cały świat, stwarzając globalne zagrożenie dla zdrowia i życia populacji. Do tej pory przyzwyczailiśmy się, że fale pandemiczne obejmują wybrany teren, stanowią lokalne zagrożenie, a możliwość globalnego rozprzestrzeniania się choroby była marginalizowana. Zakładaliśmy, być może słusznie, że kontrolujemy choroby zakaźne i w określony sposób nimi zarządzamy. Mam na myśli na przykład profilaktykę szczepień, które ograniczyły zapadalność na choroby zakaźne, umieralność dzieci. W świecie współczesnych technologii żyliśmy w przekonaniu, że choroby zakaźne nie stanowią już globalnego zagrożenia. COVID-19 zmienił zarówno nasze życie, jak i nasze wyobrażenie o możliwości kontrolowania czy zarządzania chorobami zakaźnymi. Pandemia uświadomiła nam, że jednym z kluczowych elementów ochrony zdrowia jest dezynfekcja, dbanie o higienę rąk, ust, stosowanie maseczek medycznych unikanie dotykania obcych przedmiotów, stosowanie efektywnej wentylacji pomieszczeń, unikanie kurzu, roztoczy.

Mówiąc o skutkach pandemii COVID-19, muszę wspomnieć o zakażeniach wywoływanych przez bakterie wielolekooporne.

Wierzę, że jeżeli będziemy stosować wypracowane już środki, w tym profilaktykę w postaci szczepień, jesteśmy w stanie zarządzać pandemią COVID-19. Nie powinno być tak, że wirus SARS-CoV-2 będzie nami zarządzał. Jednak patrząc w przeszłość i przyszłość, obawiam się narastania problemu antybiotykooporności. Wielu ekspertów z Europejskiego Centrum ds. Kontroli i Zapobiegania Chorób uważa problem antybiotykooporności za priorytetową kwestię w zakresie zagrożeń związanych z zakażeniami. W czasie pandemii COVID-19, chroniąc personel medyczny przed zakażeniami, w szpitalach stosowano środki zapobiegające przenoszeniu się wirusa SARS-CoV-2 oraz używano środków dezynfekcyjnych, noszono maseczki, kombine-



zony. W przypadku „normalnych” zakażeń szpitalnych bakteriami lekoopornymi chronić musimy w pierwszej kolejności pacjentów przed przeniesieniem bakterii wielolekoopornych, zakażenia którymi są trudne do leczenia. Możemy mówić o wielolekoopornych bakteriach takich jak chociażby *Klebsiella pneumoniae* New Delhi odporna na karbapenemy, które były lekami stosowanymi w ciężkich zakażeniach czy na inne antybiotyki. Coraz częściej mamy do czynienia z bakteriami, które można zwalczać jedynie pojedynczymi antybiotykami, które wyciągamy z dawno nie otwieranej szuflady. Kiedyś opracowano prototypowy antybiotyk, kolistynę, która miała wiele wad i nie była masowo stosowana. Okazało się jednak, że przez to, że nie wprowadzono masowo kolistyny do produkcji i masowo jej nie stosowano, bakterie nie zdążyły się przeciw temu antybiotykowi uodpornić. W przypadku, gdy nie ratują życia karbapenemy, gdy nie ma już antybiotyku, którego można by pacjentowi podać, pozostaje właśnie kolistyna. Ale też na kolistynę bakterie bardzo szybko się uodporniają. Obserwujemy to zjawisko, w Europie, i w Polsce.

Od samego początku Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego był zaangażowany w COVID-19, w diagnostykę zakażenia SARS-CoV-2, w raportowanie danych z nadzoru epidemiologicznego i ich analizę, w ocenę jakości diagnostyki COVID-19. Na początku marca 2020 roku w Instytucie mieliśmy potwierdzenie pierwszego przypadku COVID-19 w Polsce. Nie omawiam tej kwestii szczegółowo. Dziękuję wszystkim pracownikom Instytutu i innym osobom, które uczestniczyły w walce z COVID-19 za ich pracę i poświęcenie. Chciałbym się jednak skupić na jednym z problemów popandemicznych, czyli w jaki sposób wykorzystać zdobytą wiedzę i doświadczenie do tego, żeby ograniczyć szerzenie się zakażeń bakteriami lekoopornymi wśród pacjentów przebywających w szpitalach, którzy mają najsłabszą ochronę immunologiczną i narażeni są na wszelkie obciążenia zdrowotne. Mówimy o kontekście kompletnej, całkowitej ochrony zdrowia, czyli o procesie rozpoczynającym się od prostych zabiegów po hospitalizację. Na każdym etapie diagnostyki i terapii mogą pojawić się bakterie, które pozornie należą do gatunków, których nie powinniśmy się obawiać. Bakterie te jednak coraz częściej posiadają mechanizmy genetyczne, które doskonały się na poziomie molekularnym przez dekady, wprowadzając nowe enzymy lub modyfikując swoje enzymy w taki sposób, że nasze antybiotyki nie są przeciw nim skuteczne.

Dramat polega na tym, że nie ma możliwości szybkiego stworzenia kolejnego, skutecznego antybiotyku. Zbliżamy się do takiej sytuacji, jaką napotkaliśmy na początku szerzenia się pandemii COVID-19, kiedy najskuteczniejszą formą ograniczenia szerzenia się zakażeń było ograniczenie dróg transmisji SARS-CoV-2. Tak samo musimy postępować, aby ograniczyć zakażenia bakteriami wielolekoopornymi do czasu, gdy nowa technologia, tak jak wprowadzenie szczepionek mRNA w COVID-19, pozwoli opanować problem narastania antybiotykoodporności.

Kończąc swoją wypowiedź, przytoczę tylko jedną liczbę, a mianowicie 33 tysiące osób, zgodnie z oceną Europejskiego Centrum ds. Kontroli Chorób, które zmarło w 2019 roku z powodu zakażeń bakteriami lekoopornymi. To jest wierzchołek góry lodowej. Każdy szczebel opieki zdrowotnej należy przeanalizować i wyszukać obszary, które pozwoliły na szerzenie się zakażeń antybiotykoopornymi drobnoustrojami. Mam nadzieję, że w trakcie dzisiejszej konferencji będziemy mieli okazję dyskutować nad problemem antybiotykooporności, która istnieje od lat i nie jest zagrożeniem krótkoterminowym jak COVID-19, który się pojawił i mam nadzieję, że niebawem zniknie.

Bardzo Państwu dziękuję za udział w kongresie, za to, że możemy Was gościć w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego. Dziękuję moim przedmówcom za poruszenie bardzo ważnych kwestii. i myślę, że możemy przejść do kolejnych etapów kongresu.

**Sesja Narodowego Instytutu Kardiologii  
im. Stefana kardynała Wyszyńskiego –  
Państwowego Instytutu Badawczego  
Ograniczenie zachorowalności i umieralności  
z powodu chorób układu krążenia jako cel strategiczny  
polityki zdrowotnej i ludnościowej w Polsce**

**Moderator: Mariusz Gierej**

Rzecznik Prasowy Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie  
Państwowy Instytut Badawczy

Rozpoczynamy sesję Narodowego Instytutu Kardiologii – Państwowego Instytutu Badawczego pod tytułem *Ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia jako cel strategiczny polityki zdrowotnej i ludnościowej w Polsce*. O zabranie głosu poproszę panią dr n. med. Aleksandrę Piwońską, która będzie mówiła nt. *Choroby układu krążenia jako priorytet zdrowia publicznego: uwarunkowania epidemiologiczne, trendy zmian, konieczne działania w celu redukcji chorobowości i umieralności*.

**Dr n. med. Aleksandra Piwońska**

Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia,  
Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego

**Choroby układu krążenia jako priorytet zdrowia publicznego:  
uwarunkowania epidemiologiczne, trendy zmian,  
konieczne działania w celu redukcji chorobowości i umieralności**

Szanowni Państwo,

postaram się Państwu przybliżyć dane związane z epidemiologią chorób układu krążenia, trendami zmian na przestrzeni lat oraz na koniec powiem, co należałoby zrobić, żeby poprawić sytuację.

Choroby układu krążenia to choroby cywilizacyjne, a więc związane z rozwojem cywilizacyjnym, odpowiedzialne są za większość kosztów społecznych, pogorszenie jakości życia, skrócenie jego długości. W Polsce choroby przewlekłe, czyli *chronic illness, chronic diseases*, stanowią ok. 90% zgonów wśród mężczyzn i ponad 90% zgonów wśród kobiet. Kolejny slajd pokazuje najważniejsze problemy zdrowotne, mierzone *disability adjusted life years* w 2019 roku. Do najważniejszych problemów zdrowotnych zaliczają się choroby układu krążenia, na drugim miejscu plasują się nowotwory, co na pewno nikogo nie dziwi, później urazy itd. Jeżeli chodzi o choroby

układu krążenia, to struktura utraconych lat życia w zdrowiu przedstawia się w taki sposób, że najwięcej lat utraconych w zdrowiu związane jest z chorobą niedokrwienną serca. Na drugim miejscu jest udar mózgu, na trzecim kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego. To są 3 największe problemy zdrowotne w Polsce, które skracają czas trwania życia w zdrowiu.

Myślę, że wszystkie osoby obecne na sali doskonale wiedzą, że w Polsce jest duże rozpowszechnienie czynników ryzyka. Pojęcie czynnika ryzyka wprowadził w 1961 roku prof. Kannel na podstawie badań Framingham Study i po raz pierwszy użył tego określenia właśnie w odniesieniu do chorób układu krążenia. Kolejny slajd pokazuje dane, pochodzące z 3 badań: badania NATPOL, badania WOBASZ i PolSenior2. Podana jest przewidywana liczba Polaków z wymienionymi czynnikami ryzyka oraz odsetki w populacji. Jeżeli weźmiemy pod uwagę te najważniejsze, główne czynniki ryzyka chorób układu krążenia, to nadciśnienie tętnicze ma około 35% populacji Polski, hipercholesterolemię – powyżej 60%, pali tytoń – 26%, cukrzycę ma ok. 9%, a otyłość – 22%; w milionach to są naprawdę duże liczby. Okazuje się, że behawioralne czynniki ryzyka w Polsce w sumie odpowiadają za prawie 36% utraty lat przeżytych w zdrowiu (na podstawie wskaźnika DALY), przy czym większa utrata zdrowia dotyczy populacji mężczyzn niż kobiet.

Liczby osób w populacji z czynnikami ryzyka są już w tej chwili bardzo duże, a prognozy do 2035 roku nie są korzystne. Jeżeli chodzi np. o osoby z nadciśnieniem tętniczym, prognozuje się, że ich liczba będzie rosła do 2035 roku i będzie wynosiła około 14 milionów. Jedynym czynnikiem spośród przedstawionych, co do którego prognozy przewidują spadek liczby osób, jest palenie tytoniu, prognozuje się że w 2035 roku będzie paliło tytoń około 2 miliony Polaków. Przybędzie też znacznie osób otyłych oraz osób z cukrzycą.

Na kolejnym slajdzie jest pokazany ranking czynników ryzyka dla populacji Polski związanych z obciążeniem chorobowym (na podstawie standaryzowanych na wiek wartości DALY, czyli utraconych lat życia w zdrowiu) oraz zmiany, jakie nastąpiły między rokiem 1990 i 2019. Najbardziej z obciążeniem chorobowym zarówno w latach 90-tych, jak i obecnie, wiąże się palenie tytoniu. Na drugim miejscu obecnie jest wysokie BMI, czyli otyłość. Wysokie ciśnienie skurczowe przesunęło się na trzecie miejsce. W rankingu awansowało używanie alkoholu – z siódmego miejsca na piąte. Wysoko na czwartym miejscu jest wysokie stężenie glukozy. Na następnym slajdzie są pokazane te same czynniki ryzyka, tylko w odniesieniu do zgonów. Jeżeli chodzi o umieralność, to największe znaczenie ma wysokie skurczowe ciśnienie krwi, na drugim miejscu jest palenie tytoniu, a na trzecie wysunęło się wysokie stężenie glukozy; poprzednio był to wysoki poziom cholesterolu LDL.

Jednym z najważniejszych wskaźników mówiących o stanie zdrowia populacji, jest przeciętne trwanie życia, które w Polsce od lat 90-tych rosło systematycznie. W 2019 roku polskie kobiety żyły średnio około 82 lata, a mężczyźni około 74. To i tak były

wskaźniki znacznie gorsze niż w Unii Europejskiej, dlatego że średnia dla mężczyzn w Unii Europejskiej jest o ponad 4 lata wyższa, a dla kobiet o niecałe 2 lata. Obecnie, w związku z pandemią COVID, w 2020 roku nastąpił spadek przeciętnego trwania życia – u kobiet o około rok, a u mężczyzn o półtora roku.

Oczywiście nie tylko ważne jest ile żyjemy, ale też w jakim komforcie. Na prawym slajdzie jest pokazana długość życia w zdrowiu i porównanie do średniej w Unii Europejskiej. W 2019 roku mężczyźni żyli w zdrowiu średnio niewiele ponad 60 lat, kobiety ponad 64 lata. I o ile kobiety są powyżej średniej dla Unii Europejskiej, o tyle mężczyźni są znacznie poniżej.

Kolejne 2 slajdy przedstawiają standaryzowane współczynniki zgonów mężczyzn i kobiet w Polsce (czerwone trójkąty) oraz w wybranych krajach Unii Europejskiej. Widać wyraźnie, że mamy wyższe współczynniki zgonów ogółem od krajów starej Unii Europejskiej, tu akurat to są Niemcy i Szwecja, oraz od Czech. Natomiast jeszcze wyższe od nas współczynniki mają Węgrzy. Dostyc podobna sytuacja jest w populacji kobiet. Patrząc na te 2 wykresy możemy zauważyć, że mężczyźni mają znacznie wyższe współczynniki zgonów ogółem niż kobiety, odpowiednio 1546 i 922. W zestawieniu tylko w odniesieniu do chorób układu krążenia, sytuacja wygląda dostyc podobnie. Ponownie mężczyźni mają wyższe współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia w porównaniu do kobiet. Bez względu na liczbę zgonów z powodu chorób układu krążenia jest wyższa u kobiet, ale kobiety żyją znacznie dłużej, więc jeśli zrobimy standaryzację ze względu na wiek, to okazuje się, że jednak u mężczyzn choroby układu krążenia są dużo ważniejsze.

Na podstawie obliczeń pana profesora Bogdana Wojtyniaka dotyczących zgonów z powodu chorób układu krążenia możemy zobaczyć, że wg prognozy z trendu, jaki był do tej pory (standaryzowane współczynniki od lat 90-tych systematycznie spadały), to w 2020 roku współczynnik u mężczyzn powinien wynosić 572,9, a faktycznie wynosił 633. Czyli widać, że mamy nadmiar zgonów. Taka sama sytuacja u kobiet: współczynnik prognozowany 398, faktyczny 418. W tym samym ujęciu, ale zgony z powodu chorób układu krążenia osób w wieku produkcyjnym (25–64 lata). Pomimo spadków tego standaryzowanego współczynnika od lat 90-tych, w stosunku do Unii Europejskiej wyglądamy gorzej, mamy wyższe współczynniki. Wyższe od nas współczynniki mają kraje postkomunistyczne, tutaj akurat pokazane są Węgry.

To jest kolejny slajd pana profesora Bogdana Wojtyniaka – standaryzowane współczynniki umieralności według płci z powodu zawału serca do 2020 roku. Widać, że od lat 90-tych te współczynniki bardzo spadały, zwłaszcza w populacji mężczyzn. Prognozowane z trendu dane na 2020 rok – współczynnik powinien być 50, ale rzeczywisty wskaźnik jest 62 u mężczyzn, czyli wzrost znaczący, u kobiet 22 prognozowany, prawie 26 rzeczywisty. Czyli znowu nadmiar zgonów z powodu zawału serca w stosunku do prognozy.

Następny slajd przedstawia odsetek zgonów z powodu chorób krążenia w ogólnej liczbie zgonów w czasie ostatnich 40 lat. Obserwacja zaczyna się od lat 80-tych, w latach 90-tych nastąpił duży wzrost odsetka zgonów, potem systematyczny spadek, aż do 2016, 2017 roku, kiedy wystąpiło zahamowanie trendu spadkowego. Następne dane to dane za ostatnie 3 lata: 2019, 2020, 2021 – możemy zobaczyć po raz kolejny, że choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów, na drugim miejscu nowotwory. Również wśród przyczyn uwzględniony jest COVID, w 2020 roku stanowił około 7–8% zgonów, w 2021 już ponad 15% zgonów spowodowanych było przez COVID. Dodatkowo należy podkreślić, że w 2020 roku nastąpił bardzo duży wzrost liczby zgonów ogółem w stosunku do roku 2019, aż o 68 tysięcy. A w 2021 roku dalszy wzrost, o kolejne 42 tysiące. To są bardzo duże wzrosty, największe od 50 lat w Polsce.

Kolejny slajd pokazuje zróżnicowanie współczynników zgonów z powodu chorób układu krążenia pomiędzy województwami. Jeżeli popatrzymy na lata najbliższe nam, 2017–2018, to najniższe współczynniki były w województwie mazowieckim, najwyższe w województwie świętokrzyskim. Ogólnie jest dosyć znaczne zróżnicowanie regionalne.

Polska od ponad 20 lat zaliczana jest ze względu na współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia do krajów o wysokim ryzyku. To jest slajd, który pokazuje standaryzowane na wiek współczynniki umieralności we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Przy czym pierwszy na górze wiersz to średnia dla Unii Europejskiej, na niebiesko w ramce oznaczyłam Polskę, a czerwone strzałki wskazują choroby układu krążenia. Przeanalizowano 30 przyczyn zgonów i spośród tych 30 przyczyn Polska ma wyższe niż średnia unijna współczynniki umieralności dla 13 z nich: prawie dwukrotnie wyższe współczynniki umieralności na 100 tysięcy mieszkańców z powodu choroby niedokrwiennej serca, prawie półtora raza wyższe dla udaru mózgu. Również wysokie współczynniki, trzykrotnie wyższe niż dla Unii Europejskiej, dotyczą kardiomiopatii i zapalenia mięśnia sercowego.

Kolejny slajd przedstawia ranking 25 przyczyn w odniesieniu do: po lewej stronie umieralności, a po prawej utraty lat życia w zdrowiu (DALY), z tym że to są dane dla całej Unii Europejskiej (porównanie pomiędzy latami 2007 i 2017). Jeżeli chodzi o umieralność – na podium niezmiennie te same przyczyny: pierwsze miejsce choroba niedokrwienności serca, drugie – udar, trzecie – choroba Alzheimera. Natomiast w przypadku utraconych lat życia w zdrowiu, to w 2007 roku choroba niedokrwienności serca była na pierwszym miejscu, w 2017 – na pierwszym miejscu znalazły się bóle grzbietu. Ale chciałam przypomnieć, że w Polsce w 2019 roku na podstawie DALY – na pierwszym miejscu nadal była choroba niedokrwienności.

Przyczyny zgonów osób poniżej 75 roku życia możemy podzielić na przyczyny możliwe do uniknięcia, którym można skutecznie zapobiegać oraz przyczyny, które można skutecznie leczyć. Wskaźniki zgonów możliwych do uniknięcia oraz zgonów, które można skutecznie leczyć mówią o stanie służby zdrowia w kraju. Na rycinie widać, że współczynniki dla chorób możliwych do zapobiegania są znacznie wyższe niż dla tych, które są możliwe do leczenia. Od lat 90-tych w/w współczynniki systematycznie malały, natomiast w tej chwili, od 2015, 2016 roku mamy zahamowanie tego trendu, nie ma dalszej poprawy w tym zakresie. Jeżeli chodzi o hospitalizacje, po lewej stronie mamy hospitalizacje z ogółu przyczyn, po prawej – z powodu chorób układu krążenia. To są analizy z lat 2003–2018. W tych latach nastąpił w Polsce wzrost hospitalizacji ze wszystkich przyczyn o 25%, a z powodu chorób układu krążenia o 12%. Patrząc na te rysunki widzimy, że jesteśmy mniej więcej w środku, jeżeli chodzi o porównanie do Unii Europejskiej. Natomiast w 2020 roku nastąpił spadek hospitalizacji o ponad 23% w stosunku do roku 2019.

Na koniec krótkie podsumowanie. Od kilku lat nie obserwuje się dalszej poprawy sytuacji zdrowotnej mieszkańców Polski, ocenianej na podstawie takich wskaźników jak długość trwania życia czy współczynników umieralności czy chorobowości. Korzystny trend spadkowy liczby zgonów i związane z tym wydłużenie czasu życia zapoczątkowane w latach 90-tych uległ zahamowaniu po 2014 roku, a w tej chwili nawet jest to trend spadkowy. W latach 2020–2021 wystąpiła największa od 50 lat liczba zgonów ogółem. Wieloletnia tendencja spadkowa współczynników zgonów możliwych do uniknięcia również uległa zahamowaniu. W Polsce nadal obserwujemy bardzo duże rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia i w dalszym, ciągu uważa się, że będzie ono jeszcze rosło.

Konieczne działania: poprawa koordynacji opieki nad pacjentem kardiologicznym; zredukowanie poziomu klasycznych czynników ryzyka; polityka antytytoniowa, walka z otyłością, z wysokim ciśnieniem tętniczym krwi; cykliczne oceny sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, np. przez przekrojowe badania populacyjne; rozwój działalności szkoleniowej kadr medycznych; rozwój badań naukowych w dziedzinie kardiologii. Dziękuję bardzo.

### **Moderator: Mariusz Gierej**

Dziękujemy bardzo pani doktor. Zanim poproszę następnego prelegenta, chciałbym przywitać pana profesora dr hab. Michała Kleibera, który zaszczyił nas swoją obecnością na sali. Witam pana, Panie Profesorze. Zapraszam pana profesora dr hab. Wojciecha Drygasa.

**Prof. dr hab. n. med. Wojciech Drygas**

Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego,

Calisia University – Kalisz

Państwowy Instytut Badawczy

Konsultant krajowy ds. epidemiologii i prewencji ChUK

Koordynator merytoryczny programu KORDIAN w makroregionie centralnym

**Promocja zdrowia i nowoczesna zintegrowana profilaktyka chorób układu krążenia jako podstawa strategii redukcji zachorowalności i umieralności przedwczesnej**

Szanowni Państwo!

muszę powiedzieć, że z dużą przyjemnością, uczestniczę w kongresach i konferencjach interdyscyplinarnych, w czasie których możemy się wiele od siebie nauczyć, wymienić doświadczenia, zanalizować wyniki badań. Pani dr n. med. Aleksandra Piwońska bardzo jasno scharakteryzowała sytuację dotyczącą epidemiologii chorób serca i naczyń. Po raz trzeci pokazuję wykres, który wcześniej pokazał pan profesor dr hab. n. med. Łukasz Szumowski, wskazujący, że Polska należy ciągle do krajów wysokiego ryzyka zgonów z powodu chorób serca i naczyń, co stanowi bardzo niekorzystne zjawisko. Proszę popatrzeć, zielony kolor wskazuje kraje Europy Zachodniej, część krajów skandynawskich, żółty kolor – nieźle funkcjonujące kraje leżące na zachód od Polski, a im dalej na wschód, tym barwy robią się coraz bardziej czerwone. To nie tylko krew, ale to są niestety nadmiarowe zgony z powodu chorób serca i naczyń.

W 2010 roku bardzo znana agencja KPMG, zajmująca się opracowywaniem prognoz, szacunków i analiz, prowadziła prognozę dotyczącą umieralności z powodu chorób układu krążenia w Polsce, nakładów finansowych, ale z drugiej strony także liczby zgonów. Ze względu choćby na starzenie się społeczeństwa polskiego przewiduje się niestety systematyczny wzrost liczby zgonów z powodu chorób serca i naczyń, co znajdzie odzwierciedlenie również w sytuacji demograficznej, ale także będzie stanowiło ogromne obciążenie dla systemu ochrony zdrowia. W 2012 roku prezentowaliśmy wskazane dane na specjalnym posiedzeniu Sejmu i Senatu, poświęconemu sprawom zdrowotnym, które wywołały wówczas spore zaniepokojenie ówczesnych rządzących. Rycina pokazuje łączną kwotę kosztów bezpośrednich i pośrednich. Widać stały, systematyczny jego wzrost, o ile oczywiście nie będziemy bardziej skuteczni przede wszystkim w profilaktyce promocji zdrowia, bo trudno liczyć na to, żeby koszty leczenia same się zmniejszyły.

Rządowa Rada Ludnościowa docenia znaczenie problematyki ograniczenia zachorowalności i umieralności zarówno z powodu chorób układu krążenia, jak i z powo-



du chorób nowotworowych. Traktuję je jako priorytetowy obszar zdrowia publicznego w obrębie polityki ludnościowej. W dokumencie z 2015 roku były przedstawione konkretne działania oraz propozycje w zakresie promocji zdrowia, prewencji pierwotnej i wtórnej chorób oraz restytucji zdrowia pacjentów cierpiących na schorzenia kardiologiczne i onkologiczne. Można powiedzieć, że jesteśmy wspólnymi partnerami w tych działaniach i powinniśmy wspólnie proponować pewne rozwiązania, a jeszcze lepiej – wdrażać je i realizować.

Wszyscy z nas znają badanie epidemiologiczne dotyczące czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych, czyli Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności – WOBASZ. Mieliśmy do tej pory dwie edycje tego badania. Na tablicy pokazano podstawowe informacje, których nie będę ze względu na ograniczony czas przedstawiał, ale w I turze badania wylosowano i zbadano ponad 13 tysięcy osób we wszystkich województwach. Przeprowadzono badanie reprezentatywne dla każdego województwa w Polsce. Na zielonej mapce, widzicie Państwo, serduszka – czyli ośrodki akademickie, które uczestniczyły w badaniu pod przewodnictwem Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie. Zbadano wówczas ponad 13 tysięcy osób. Ponowne badanie miało miejsce w latach 2013–2014. Tym razem, ze względów oszczędnościowych, przewidziano do badań mniej osób, czyli ponad 6 tysięcy osób było wówczas zbadanych. I i II tura badań pozwalają nam dokonać ciekawych analiz i przewidywalnych prognoz. Ze smutkiem dodam, że mimo naszych ogromnych starań nie udało się do tej pory przeprowadzić trzeciego badania WOBASZ. W Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Finlandii tego typu badania są realizowane rokrocznie i pozwalają na ustalenie opartej na faktach polityki zdrowotnej. Natomiast, w Polsce, mimo wielokrotnych starań dyrekcji Narodowego Instytutu Kardiologii i ośrodków współuczestniczących, ciągle czekamy na możliwość przeprowadzenia kolejnego badania.

Jakie są rezultaty tych badań? Moi przedmówcy pokazywali bardzo wysoką częstość czynników ryzyka: hipercholesterolemii, niskiej aktywności fizycznej, nadciśnienia tętniczego. Polska jest jednym z krajów o najwyższej częstości nadciśnienia tętniczego, a przed chwilą dr n. med. Aleksandra Piwońska powiedziała, że jest to jeden z głównych czynników ryzyka powodujących wysoką częstość takich chorób jak choroba niedokrwienna serca, udary mózgu czy niewydolność serca lub częstość otyłości. Ciągle jeszcze, mimo sukcesów w tej dziedzinie, podkreślimy, że częstość palenia tytoniu w Polsce jest wyższa niż w wielu innych krajach. Dalej rosnąca częstość występowania cukrzycy, która jest bardzo groźną chorobą, wpływającą na rokowania choćby w przypadku COVID-u. Szczególnie ważne jest to, że czynniki ryzyka kumulują się, występując wspólnie u wielu osób. Jeszcze raz podkreślam, że badana populacja była losowo wybrana i nie byli to pacjenci z oddziałów kardiologicznych. Teoretycznie każdy z nas mógł się znaleźć wśród wylosowanych osób,

jeżeli mieścimy się w przedziale wieku 20–74 lata. Okazało się, że dwa lub trzy czynniki ryzyka czy czasem cztery czynniki ryzyka dotyczy ponad 50% populacji Polski, czyli jesteśmy właściwie społeczeństwem ludzi – nie chcę tego słowa użyć – chorych, o nie najlepszym stanie zdrowia, mówiąc najbardziej delikatnie. A ci, którzy mają pięć czy sześć czynników ryzyka, a takich osób było około 5%, znajdują się na oddziałach kardiologicznych, jeżeli doczekają tego momentu i nie odejdą z tego świata w mechanizmie nagłego zgonu. Jest to obraz bardzo pesymistyczny.

Popatrzymy na przykład na otyłość i nadwagę, o której wcześniej wspomniano. W dorosłej populacji Polski około 70% wszystkich Polaków, kobiet i mężczyzn, to są osoby z nadwagą i otyłością. Wiemy doskonale, że narasta problem otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce, a COVID-19 tylko pogłębił tę niekorzystną sytuację. To samo moglibyśmy powiedzieć o aktywności fizycznej. Nie mam dość czasu, żeby dokładnie omawiać tę kwestię, ale dane w jednej z naszych WOBASZ-owych publikacji, pokazują zmniejszający się odsetek mężczyzn systematycznie ćwiczących przez większość dni tygodnia i wzrost liczby osób, które nie wykonują żadnych ćwiczeń fizycznych. W Warszawie widzimy na ścieżkach rowerowych sporo osób ćwiczących, ale to jest niestety pewien margines naszego społeczeństwa. Doskonale Państwo wiecie jako rodzice lub jako dziadkowie, że nasze dzieci spędzają *gros* czasu w pozycji siedzącej przy komputerach, laptopach, smartfonach i to jest ich główna aktywność fizyczna. Wydatek energetyczny z tym związany jest, niestety, niezwykle skromny.

Proszę Państwa, żeby nie być posądzonym, że opieramy się na wynikach naszych własnych badań, chcę pokazać, że korzystamy z wartościowych badań innych ośrodków. Przykład – bardzo cenne badanie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; pani profesor dr hab. Dorota Szostak-Węgierek, z zespołem, oceniali nieprawidłowości w sposobie żywienia nie tylko seniorów, ale dorosłych osób w populacji. Zostałem proszony o to, żebyśmy przeprowadzili ocenę zwyczajów żywieniowych Polaków na przestrzeni XXI wieku. Analizowaliśmy różne źródła, nasze własne badania, badania innych ośrodków. Jakie były wnioski? Istotne z punktu widzenia chorób metabolicznych, z otyłością na pierwszym miejscu, mamy zbyt wysokie, nadmierne spożycie czerwonego mięsa i przetworzonych produktów mięsnych, nasyconych kwasów tłuszczowych, soli kuchennej, wyrobów cukierniczych, napojów słodzonych, nieprawidłowy asortyment produktów zbożowych, czyli po prostu zbyt dużo pieczywa pszennego; a zbyt niskie albo niedostateczne spożycie warzyw i owoców, błonnika pokarmowego, który ma wielki wpływ na nowotwory jelita grubego, ryb, orzechów włoskich, olejów roślinnych, niedobory witamin, składników mineralnych. Czyli lista jest niezwykle długa. A co uważa społeczeństwo? Badania CBOS pokazują, że 80% dorosłych Polaków jest przekonana, że odżywia się zdrowo lub bardzo zdrowo, a tylko 17% deklaruje, że ich dieta jest niezdrowa. Czyli mamy

społeczeństwo zadowolone z siebie, ze swoich, przynajmniej niektórych, zachowań zdrowotnych, uważające, że odżywia się prawidłowo. 3% jedynie nie potrafiło udzielić odpowiedzi.

Najnowsze badania, które braliśmy pod uwagę, to jest Narodowy Test Zdrowia Polaków, czyli portal medyczny Medonet tworzony przy współpracy środowiska naukowego przede wszystkim z Krakowa i z Gdańska. W pierwszej turze, o ile pamiętam, odpowiedziało 370 tysięcy osób, a w drugiej turze bodaj 330 tysięcy osób. Epidemiolog powie: to są internauci, to nie jest próba losowa. Liczby mówią same za siebie. Okazało się, że w trakcie pandemii COVID-19 złe nawyki się jeszcze pogłębiły; mniejsza była aktywność fizyczna, gorsze zwyczaje żywieniowe, większy stres, większe obciążenie psychiczne. Można powiedzieć, że niekorzystne zdrowotne efekty się nasiliły.

Co można zrobić, jakie jest remedium? Diagnoza ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia wskazuje, że około 80% chorób serca, udarów mózgu oraz cukrzycy typu II, a także 40% nowotworów można by uniknąć, gdyby udało się wyeliminować najważniejsze czynniki ryzyka. Oczywiście wyeliminowanie jest niemożliwe, ale można je ograniczać. Na tym tle widać, jak mało środków finansowych, zaledwie 3% w najzamożniejszych krajach należących do organizacji OECD, jest wydatkowanych na ochronę zdrowia, na programy prewencji i promocji zdrowia. Dominuje medycyna naprawcza w kosztach, co jest sytuacją kompromitującą dla systemów ochrony zdrowia w większości krajów.

Ten problem dostrzegło również Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne i inne europejskie towarzystwa naukowe, ponieważ początkowo głównym orędownikiem działań na rzecz prewencji i promocji zdrowia była Światowa Organizacja Zdrowia. Przez lata nie wszystkie medyczne towarzystwa naukowe z wielkim entuzjazmem podchwytywały tę ideę, ale sytuacja się zmieniła zdecydowanie na korzyść i w zeszłym roku zostały wydane bardzo obszerne wytyczne europejskich towarzystw medycznych, z Towarzystwem Kardiologicznym, Diabetologicznym, Medycyny Rodzinnej itd., itd. W naszym instytucie, w ubiegłym roku, odbyło się sympozjum, gdzie między innymi jedna z sesji była poświęcona kwestiom prewencji pierwotnej – co wynika i co warto wdrożyć z zaleceń z 2021 roku.

Pozwolę sobie przekazać kilka uwag, ponieważ od 47 lat zhamuję się prewencją, dotyczącą najbardziej istotnych zaleceń. Polska należy do grupy krajów wysokiego ryzyka w zakresie wytycznych szczególnego znaczenia, pierwotnej profilaktyki chorób serca i naczyń oraz znaczenia klasycznych czynników ryzyka w profilaktyce pierwotnej i wtórnej. Od 40 lat lekarze-kardiolodzy, na całym świecie, i w Polsce, mówią nieustannie o zaburzeniach lipidowych, nadciśnieniu tętniczym, paleniu, otyłości, cukrzycy. Niestety jesteśmy mało skuteczni w skali populacyjnej, a często

w skali indywidualnej, w modyfikacji czynników ryzyka. Podkreślamy znaczenie czynników zależnych od stylu życia, czyli aktywności fizycznej, zdrowego żywienia, niepalenia itd., itd. Pominę punkty czysto medyczne jak: nowe skale, nowy sposób analizy, które są bardziej interesujące dla środowiska lekarskiego. Warto zwrócić jeszcze większą uwagę na dobrą komunikację lekarz – pacjent, na wspólne podejmowanie decyzji interwencyjnych i terapeutycznych z pacjentem. Wszyscy lekarze się z tym zgodzą, że niekoniecznie jesteśmy mistrzami w sferze komunikacji z pacjentem; mówię w liczbie mnogiej, o naszym środowisku medycznym. Po drugie, należy wyeksponować strategię populacyjną w profilaktyce chorób serca i naczyń.

Program profilaktyki chorób układu krążenia realizowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia zrodził się z działań łódzkiego środowiska medycznego na początku naszego stulecia, XXI wieku. Stworzony został program profilaktyki finansowany przez Wydział Zdrowia Publicznego, który poddany został starannemu pilotażowi, czyli wytypowany w konkursie. Placówki medyczne zapraszały pacjentów, analizowano czynniki ryzyka i zapewniano edukację i interwencję. Chcę podkreślić, że samo badanie epidemiologiczne jest niewystarczające, pacjent musi dostać pewne wskazówki, a jeszcze najlepiej, jak poprowadzi się go za rękę i pomoże mu się w zdobyciu właściwych nawyków zdrowotnych. Program profilaktyki spodobał się kierownictwu Narodowego Funduszu Zdrowia, i na prośbę ówczesnego kierownictwa, został bezpłatnie udostępniony Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Zaczął być realizowany później jako zadanie własne zlecone przez ministra zdrowia, a w 2005 roku NFZ realizuje program jako zadanie własne. Program miał cele zasadnicze i dodatkowe: obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania i natężenie czynników ryzyka. Widzicie Państwo dodatkowe cele programu. NFZ zaczął ze sporym entuzjazmem realizować program, typując osoby w wieku 35–55 lat, do tej pory zdrowe, które nie korzystały ze świadczeń kardiologicznych udzielanych w ramach programu. Takie były początkowe założenia. Oceniano najważniejsze czynniki ryzyka, a także sposób odżywiania i aktywność fizyczną.

W 2005 i 2006 roku liczba osób objętych programem była dość, powiedziałbym, imponująca, po kilkaset tysięcy rocznie. W efekcie badań stwierdzono, że około 16% osób będzie wymagało dalszej opieki medycznej, czyli są to osoby chore, z wysokim poziomem ciśnienia tętniczego czy z hiperlipidemią, czy ze świeżo rozpoznaną cukrzycą. Na dole ryciny mamy zaznaczony jednostkowy koszt wyłonienia z badanej populacji osoby chorej. Koszt był niski i nie przekraczał 300 złotych. Niestety, później zaczęto prowadzić różne modyfikacje programu, korzystne i niekorzystne. Utraciliśmy kontrolę autorską, mimo że złożona była obietnica, że „będziecie Państwo mogli mieć wpływ na realizację programu”. Bardzo dobrze, że program został zinfomatyzowany, niestety później różne zmiany i niedostateczne jego finansowanie

spowodowało zmniejszającą się liczbę uczestników. Udało nam się uzyskać dane z NFZ, jak zmniejszała się liczba uczestników programu – z pierwotnych 300 tysięcy rocznie na 80, 90, 60 tysięcy osób itd., itd. Program coraz gorzej zaczął funkcjonować, coraz mniejsze było zainteresowanie lekarzy POZ. W rezultacie w formie szczytkowej program jeszcze żyje, ale ma się bardzo lichutko.

Pytanie, które postawiły sobie media: Czy lekarze boją się profilaktyki? Przeczytajcie Państwo informację z łódzkiej Gazety Wyborczej wydanej ileś lat temu, dlaczego tak słabo program jest realizowany.

Dziś zdobywamy doświadczenia z nowo wprowadzonym programem Profilaktyka 40 Plus Ministerstwa Zdrowia. Okazuje się, że Polacy nie bardzo chcą z niego korzystać. Ostatnia szczegółowa informacja, którą znaleźliśmy w mediach, dotyczy faktu, że z programu może skorzystać około 11 milionów osób. Natomiast, ile osób skorzystało, nie wiem. Mamy informację, że w lutym 2022 roku zbadanych zostało około 350 tysięcy osób, a pozostałe osoby wypełniły ankiety i oczekują w kolejce. Z tego, co zdołałem wyczytać, entuzjastycznie do programu podeszły placówki diagnostyki laboratoryjnej, które zgłosiły się w wielu różnych miejscach i rzeczywiście pacjent miał możliwości bez trudu, nawet w małych miejscowościach, skorzystać z badań laboratoryjnych przewidzianych w tym programie.

Czy programy profilaktyczne w Polsce skazane są na niepowodzenie? Na szczęście nie. Chcę podać przykład bardzo pozytywny placówki – Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach, bardzo duży POZ grupujący 17 placówek w województwie mazowieckim i łódzkim. Proszę popatrzeć na informację, która również zainteresuje onkologów, że w przeciwieństwie do średniej dla województwa mazowieckiego i lubelskiego zdecydowanie lepiej radziło sobie Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach z badaniami profilaktycznymi. Odsetek realizacji sięgał nawet 50, 60 czy 70%, podczas kiedy średnia dla całego województwa w przypadku chorób układu krążenia (na dole na żółto) to zaledwie 2%. Czyli są możliwości, są dobre przykłady, tylko trzeba działać lepiej i bardziej skutecznie.

10 lat temu, przed jednym z kongresów kardiologicznych postawiliśmy sobie zasadnicze pytania: 1) Czy profilaktyka chorób układu krążenia jest skuteczna? Tak, jest na to wiele dowodów. 2) Czy jest opłacalna? Tak, jest wiele na to dowodów. 3) Czy profilaktyka jest możliwa do realizacji w warunkach polskich? Tak. Ale na następne pytania: 4) Czy polscy lekarze są dobrze przygotowani do profilaktyki w czasie studiów medycznych, w trakcie szkoleń dyplomowych, poprzez samokształcenie? Tutaj stawiam delikatnie znak zapytania, natomiast nie chciałbym odpowiedzieć trzy razy NIE. Mamy różne przykłady z różnych uczelni i w niektórych uczelniach ten problem jest dostrzegany i realizowany w sposób właściwy. Kolejne pytanie: 5) Czy dysponujemy odpowiednimi narzędziami do skutecznej profilaktyki, a zatem czy są wytyczne, czy są istniejące programy profilaktyki? Tu odpowiedź brzmi TAK. Środki

finansowe? Wielce dyskusyjne – niby są, ale niekoniecznie i nie zawsze. 6) Czy lekarze POZ-u są dobrze umotywowani i przekonani do celowości działań profilaktycznych? Niektórzy tak, większość chyba niestety nie. 7) Czy społeczeństwo polskie jest zainteresowane uczestnictwem w programie profilaktyki chorób układu krążenia? Tu niestety też bywa bardzo różnie. Cały czas trzeba społeczeństwo w nowoczesny i skuteczny sposób edukować, przekonywać, a to jest zadanie wcale niełatwe.

Na zakończenie mojej wypowiedzi, chciałbym powiedzieć kilka słów o bardzo ważnym Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032. Pan profesor dr hab. n. med. Łukasz Szumowski wspomniał, że struktura programu została przygotowana na wzór programu onkologicznego (patrz prezentowana plansza). Myśmy – mówię „myśmy”, bo współpracowaliśmy z dr n. med. Aleksandrą Piwońską przedstawili profesorowi dr hab. n. med. Tomaszowi Hryniewieckiemu, ówczesnemu dyrektorowi Narodowego Instytutu Kardiologii w Aninie, program założeń Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, czyli najważniejsze obszary działań takie jak: inwestycje w kadry, w edukację, profilaktykę, zmianę stylu życia, inwestycje w pacjenta, w naukę i innowacje, w system opieki kardiologicznej i, wreszcie, w monitorowanie realizacji programu. Są to identyczne obszary jak w Narodowej Strategii Onkologicznej, która jest już wdrożona i posiada środki finansowe. Narodowa Strategia Kardiologiczna jest w fazie nie chcę powiedzieć „pobożnych życzeń”, ale jakichś ustaleń legislacyjno-rządowych i innych wielce skomplikowanych negocjacji. Według mojej wiedzy, środki finansowe przeznaczone na realizację Narodowej Strategii Kardiologicznej nie zostały uruchomione, a mają być środkami pokaźnymi, bo wynoszącymi 200 milionów złotych rocznie. Miejmy nadzieję, że tak się stanie i to byłby optymistyczny wniosek, że kolejna duża strategia narodowa zostałaby uruchomiona, i na pewno, przełożyłaby się korzystnie na sytuację demograficzną w Polsce.

Chciałbym podać jeszcze jeden pozytywny przykład. Uczestniczymy na konferencji III Kongresu Demograficznego, zatem chciałbym Państwu pokazać najnowsze wydawnictwo naszego młodego kolegi, dra Witolda Śmigielskiego z Uniwersytetu Łódzkiego, który przygotował bardzo interesującą monografię pod tytułem „Trwanie życia Polaków i innych mieszkańców krajów słowiańskich”, gdzie w perspektywie, właściwie od czasów prehistorycznych po współczesność, jest przedstawiona analiza z bardzo ciekawymi przykładami, np. ile lat żyli królowie i królowe w Polsce w czasach jagiellońskich czy w okresie późniejszym. Bardzo interesujące dane, czyta się tę książkę z wielką przyjemnością. Publikacja jest dostępna również w wersji elektronicznej, nie tylko w wersji papierowej. Kończąc, chcę zacytować słowa Geoffreya Rose’a, jednego z pionierów i liderów profilaktyki w skali populacyjnej. Mamy wersję angielską, może tutaj przytoczę jego słowa w wersji polskiej: „Lepiej być zdrowym niż chorym lub martwym. To jest początek i koniec prawdziwych argumentów w dyskusji na temat znaczenia medycyny prewencyjnej”. Dziękuję bardzo za uwagę.

**Moderator: Mariusz Gierej**

Dziękujemy panu profesorowi za bardzo interesujący wykład. Nie wiem, czy Państwo odnoszą podobne wrażenie, że czynnik ludzki jest kluczowy zarówno jeśli chodzi o pacjenta, jak i o kadry. Proszę o głos pana profesora dr hab. n. med. Rafała Dąbrowskiego.

**Prof. dr hab. n. med. Rafał Dąbrowski**

Klinika Choroby Wieńcowej i Rehabilitacji Kardiologicznej  
Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego –  
Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

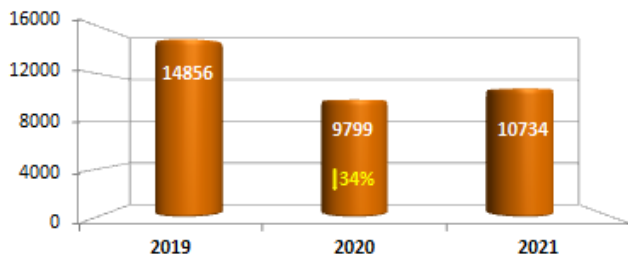
**Wpływ pandemii COVID-19 na funkcjonowanie  
wysokospecjalistycznych ośrodków kardiologicznych  
na przykładzie Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie**

Szanowni Państwo!

Chciałbym przedstawić może w nieco inny sposób, niż moi przedmówcy, skutki pandemii COVID-19 w wysokospecjalistycznym ośrodku kardiologicznym. W Narodowym Instytucie Kardiologii pracuje obecnie około 1 300 osób. Sytuacja jest zmienna, ponieważ okresowo borykamy się z trudną sytuacją kadrową. W szpitalu zatrudniamy obecnie 250 lekarzy i 500 pielęgniarek. Jak wyglądała sytuacja kliniczna na przestrzeni lat 2019–2021? Porównując do roku 2019, w 2021 roku zmalała liczba hospitalizacji o 30%. Jeżeli chodzi o wskaźnik śmiertelności, który wynosił 1,36%, potem wzrósł w 2020 roku, czyli w najgorszym roku pandemii, natomiast w 2021 roku uległ istotnemu obniżeniu (wykr. 1).

**Wykr. 1.** Liczba hospitalizacji i zgonów w latach 2019–2021

**Liczba hospitalizacji w latach 2019-2021**

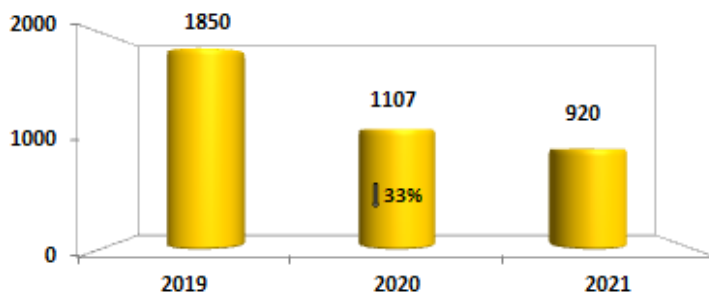


2019	2020	2021
Liczba zgonów 131	Liczba zgonów 153	Liczba zgonów: 122
<u>Wsk. śmiertelności 1.36%</u>	<u>Wsk. śmiertelności 1.58%</u>	<u>Wsk. śmiertelności: 1.15 %</u>

Wskaźnik średniego pobytu pacjentów w latach 2019–2021 nie ulegał istotnej zmianie. W kwestii wykorzystania łóżek, czyli wskaźnika przelotowości doszło do 30% redukcji. Na końcu prezentacji odniosę się do potencjalnych argumentów dotyczących zaistniałej sytuacji. Również wskaźnik wykorzystania łóżek uległ redukcji o 20%.

Kwestie rozpoznania chorób są zgodne z tym, o czym mówili moi przedmówcy. Przewlekła choroba niedokrwienna serca dotyczyła 25% leczonych pacjentów, niewydolność serca 11%, zaburzenia rytmu, czyli najbardziej powszechnie występujące migotanie przedsionków – 11% i stenoz aortalna około 9%. Pozostałe jednostki chorobowe występowały w mniejszych odsetkach. Spadła liczba zabiegów kardiologicznych z 1850 do 1100 – redukcja o 33%. W rozkładzie zabiegów kardiologicznych najbardziej spadła liczba operacji zastawkowych, które są z założenia operacjami planowymi, do których pacjenci są przygotowywani, diagnozowani i na które mogą poczekać w domu. Rzadko są to operacje ze wskazań życiowych. Spadła również liczba planowanych operacji wieńcowych, biorąc pod uwagę często stabilny przebieg choroby wieńcowej, także w przypadku choroby wielonaczyniowej. Muszę dodać, że często pacjent, który oczekiwał na operację, czytając prasę i słuchając przekazów od znajomych o możliwości większego ryzyka zakażenia się COVID-19 w szpitalu, po prostu bał się zgłosić do szpitala (wykr. 2).

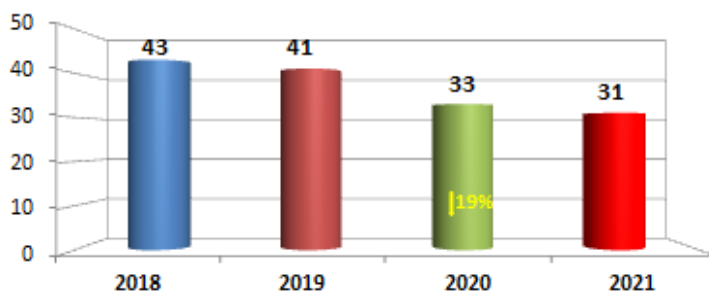
**Wykr. 2.** Liczba zabiegów kardiologicznych w latach 2019–2021



Jeżeli chodzi o liczbę przeszczepień serca, to odnotowaliśmy spadek o 20%, aczkolwiek nie można mówić, na szczęście, o dramatycznej redukcji. Ilość zabiegów hemodynamicznych spadła o 20%. Pacjenci unikali zgłaszania się w wyznaczonym terminie do szpitala. Rozkład tych zabiegów specjalnie się nie różnił (wykr. 3).



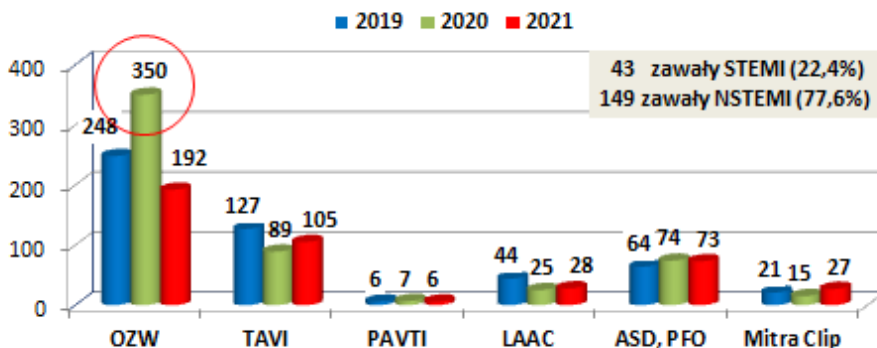
**Wykr. 3.** Liczba zabiegów przeszczepień serca w latach 2018–2021



Biorąc pod uwagę elektrofizjologię, czyli zabiegi implantacji urządzeń wszczepialnych, ablację zaburzeń rytmu serca, ilość zabiegów spadła o 16%. Były to również w większości zabiegi planowe, do których chorzy byli starannie przygotowywani. Pacjenci mieli testy na COVID-19, stąd redukcja nie była istotnie duża.

Muszę dodać, że w okresie pandemii Narodowy Instytut Kardiologii nie miał statusu szpitala covidowego, z racji konieczności pilnego leczenia chorych z zawałami serca czy pęknięciem aorty i innych równie dramatycznych powikłań chorób układu sercowo-naczyniowego. Szpital musiał być gotowy na postępowanie w nagłych przypadkach. Na poparcie tych słów, chciałbym państwu pokazać na wyk. 4 pierwsze trzy słupki. W 2020 roku, czyli w najgorszym roku pandemii, w Narodowym Instytucie Kardiochirurgii wzrosła liczba leczenia chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi, czyli zawałami serca aż o 100 w stosunku do lat 2019 i 2021. Pomimo pandemii COVID-19, wszyscy pacjenci, którzy mieli zawał serca, byli leczeni interwencyjnie z wszczepianiem stentów, czyli zawały były leczone prawidłowo, tak jak w latach poprzednich. W Narodowym Instytucie Kardiochirurgii stworzono warunki, dla których pandemia nie stanowiła przeszkody (wykr. 4).

**Wykr. 4.** Liczba zabiegów kardiologii interwencyjnej w latach 2019–2021



**Skróty: OZW: ostre zespoły wieńcowe; TAVI – wszczepienie zastawki aortalnej; PAVTI – zabiegi przezcewnikowej implantacji zastawki pnia płucnego; LAAC – zabiegi zamknięcia uszka lewego przedsionka; ASD, PFO: zamknięcie ubytków w przegrodzie międzyprzedsionkowej, MitraClip – naprawa niedomykalności zastawki mitralnej.**

W sferze innych planowych procedur, takich jak liczba kontroli stymulatorów i kardiowerterów nastąpił spadek o 25%. Spadła liczba badań radiologicznych, co było związane z mniejszą liczbą hospitalizacji. Nastąpił spadek liczby innych procedur diagnostycznych, w tym badań echokardiograficznych oraz procedur rehabilitacji kardiologicznej. Pacjenci wielokrotnie odmawiali zgłoszenia się do szpitala na rehabilitację kardiologiczną, bojąc się ryzyka zakażenia COVID-19. W liczbie udzielonych porad ambulatoryjnych spadek nie był duży i wynosił około 12%.

Jaki był zatem wpływ pandemii na funkcjonowanie ośrodka? Od początku trwania pandemii, w Zakładzie Biologii Medycznej Narodowego Instytutu Kardiologii uruchomiono całodobowo wykonywanie testów genetycznych oraz testów antygenowych w kierunku rozpoznania COVID-19. W Instytucie stworzono optymalne warunki, które pozwalały nam w każdej chwili sprawdzić, czy pacjent jest zakażony czy nie, jeśli był przygotowywany do zabiegu. Pacjenci byli testowani, żeby mieć pewność, że nie są zarażeni COVID-19.

W miesiącach grudzień 2020 – luty 2021 stworzono 16-lóżkowy izolowany oddział dla chorych na COVID-19. Nastąpił wtedy wzrost liczby pacjentów hospitalizowanych zakażonych COVID-19 i chodziło o to, żeby zapewniając im komfort i bezpieczeństwo, nie przenosić ich do innych szpitali oraz odizolować od reszty chorych. W sumie opracowaliśmy 12 procedur związanych z COVID-19, szczegółowo regulujących pracę ośrodka. W tworzeniu procedur brali udział m.in.: dyrekcja instytutu do spraw epidemiologii, Zespołu Zakażeń Szpitalnych, Dział Jakości i Nadzoru, Dział Organizacji Opieki Kardiologicznej.

W skrócie przytoczę najważniejsze punkty podjętych procedur, a mianowicie:

- organizację punktu przyjęć w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego. Dotyczyło to przyjęć w trybie planowym;
- przyjęcia pacjenta oczekującego w trybie pilnym na transplantację serca, jeżeli pojawił się dawca;
- postępowania z ciałem po śmierci pacjenta zakażonego koronawirusem;
- zasady stosowania środków ochrony indywidualnej dla personelu;
- zasady bezpieczeństwa epidemiologicznego obowiązujące podczas odwiedzin pacjentów – nasi pacjenci są niestety pacjentami wysokiego ryzyka i kontakt z rodzinami jest dla nich bardzo ważny, czasami stanowi kwestię życia i śmierci dla osób bardzo ciężko chorych;

- procedurę postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia – personel medyczny obawiał się, że zostanie zakażony przez pacjentów lub przez innych członków personelu;
- zasady wewnątrzszpitalnego transportu pacjenta;
- procedurę postępowania w przypadku hospitalizacji pacjenta z podejrzeniem lub zakażeniem COVID-19;
- procedurę postępowania w przypadku pracowników z dodatnim wynikiem zakażenia wirusem SARS-CoV-2;
- zasady postępowania podczas wypisu pacjenta z COVID-19 do domu.

Jak Państwo widzą, w trakcie pandemii COVID-19 napotykałiśmy różne problemy związane z przyjęciem pacjenta do szpitala, hospitalizacją czy wypisem ze szpitala. Dotyczyły samych pacjentów, ale także zaniepokojonych rodzin czy personelu medycznego.

W Narodowym Instytucie Kardiologii prowadzono szeroko zakrojoną akcję edukacyjno-profilaktyczno-kliniczną oraz akcję szczepień według zaleceń Ministerstwa Zdrowia dla całego personelu medycznego. Utrzymanie bezpieczeństwa sanitarnego i warunków pracy umożliwiło, pomimo ograniczeń, kontynuowanie działalności leczniczej i statutowej w okresie pandemii COVID-19. Redukcja nie była duża i szpital cały czas pracował.

W 2020 roku mieliśmy 109 pacjentów z rozpoznaniem COVID-19 hospitalizowanych w Narodowym Instytucie Kardiologii, wystąpił 1 zgon, a w 2021 roku: 81 pacjentów. Nie przenosiliśmy pacjentów do innych szpitali, leczyliśmy ich i wyniki leczenia zakażonych pacjentów były bardzo dobre.

Jakie były główne przyczyny spadku liczby hospitalizowanych pacjentów? To, o czym już mówiłem, czyli niezgłaszanie się pacjentów na wizyty i zabiegi z powodu obawy zakażenia się w szpitalu oraz konieczność izolacji chorych i pacjentów z dodatnim wynikiem testu. W jednej sali mógł przebywać tylko jeden pacjent, co redukowało liczbę potencjalnych łóżek dla innych pacjentów. Personel medyczny zarażony COVID-19 był leczony w warunkach szpitalnych bądź domowych, a to prowadziło do izolacji osób kontaktujących się z osobami chorymi. Wymienione przeze mnie przyczyny miały wpływ na zmniejszenie się liczby przeprowadzanych procedur leczniczych. Wystarczało, że w jednym oddziale był na przykład jeden pacjent z potwierdzonym zakażeniem i wszystkie osoby, które poprzedniego dnia czy tego dnia się z nim kontaktowały, były izolowane na kilkanaście dni. Praktycznie więc czasami dochodziło do obniżenia zdolności pracy danego oddziału o połowę czy nawet więcej.

Reasumując, utrzymano bezpieczeństwo sanitarne i bezpieczeństwo warunków pracy, co umożliwiło kontynuowanie działalności leczniczej i statutowej w okresie

pandemii. Utrzymano stabilną sytuację w strukturze zatrudnienia, pomimo trudnych warunków na rynku pracy. Zaobserwowano korzystne trendy w zakresie wzrostu liczby procedur leczniczych i diagnostycznych w roku 2021 pomimo okresowych fal pandemii. Po prostu nauczyliśmy się postępować z zakażonymi pacjentami i nauczyliśmy się nie bać tych pacjentów.

W trakcie dzisiejszej konferencji zastanawiamy się także, dlaczego w naszym kraju wzrosła liczba zgonów. Niestety, muszę przyznać, że wynikało to z pewnej inercji personelu medycznego, szczególnie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy z zasady odmawiali pacjentom pomocy, leczyli ich niedostatecznie, aplikując im preparaty przeciwgorączkowe i witaminę C oraz metody domowe leczenia. Powodowało to nierzadko w ciągu kilku dni rozwój zapalenia płuc i wtedy pozostawało już tylko wezwanie karetki oraz hospitalizacja. Uważam, że gdyby wcześniej lekarz pierwszego kontaktu zadziałał prawidłowo, można by uniknąć rozwoju choroby i hospitalizacji. O tym się nie mówiło, bo to jest temat bardzo trudny. Jako praktyk wiem jedno, jeżeli pacjent gorączkuje wysoko trzeci dzień, nie reagując na podawane zwyczajowo środki, zawsze należy podać osłonowo antybiotyk. Pacjenci, którzy mieli podany antybiotyk o szerokim spektrum działania, mieli znacznie lepsze rokowania, ponieważ infekcja wirusowa obniża znacząco odporność i toruje drogę infekcjom bakteryjnym. Na nieszczęście nigdzie, w żadnym przekazie medialnym, nie słyszałem takich sugestii. A zalecane leki przeciwwirusowe cechowały się ograniczoną skutecznością. Pacjenci, u których wdrożono właściwe postępowanie nie musieli iść do szpitala i bardzo często kończyli infekcję z dobrym skutkiem w domu. Bardzo dziękuję za uwagę.

## **Sesja Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego**

### **Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski**

Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków  
Pełnomocnik Dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych  
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut  
Badawczy Warszawa  
Przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej  
Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

### **Szczegółowa analiza wpływu pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej**

Przygotowaliśmy szczegółową analizę wpływu pandemii COVID-19 na funkcjonowanie Narodowego Instytutu Onkologicznego w ramach analiz, które prowadzi Dział Monitorowania i Koordynacji Narodowej Strategii Onkologicznej. We wcześniejszych wypowiedziach, koledzy z Narodowego Instytutu Kardiologii, przedstawili wpływ pandemii na działanie i funkcjonowanie szpitala. W Narodowym Instytucie Onkologii sytuacja wyglądała podobnie jak w Narodowym Instytucie Kardiologii i w innych dużych szpitalach, które mają zasięg ogólnopolski. W 2021 roku przygotowaliśmy odnośny raport. W tym roku pokażę najnowszą dokumentację, tworzącą obszerny zbiór analityczny, która zawiera dane o testach i wynikach testów w kierunku wirusa SARS-Cov-2, o karcie DILO, czyli o wynikach diagnostyki i leczenia onkologicznego, o świadczeniach rozliczonych z NFZ, o badaniach przesiewowych oraz opracowaniach KRN-u (Krajowego Rejestru Nowotworów). Zebrałiśmy dane, porównaliśmy je z danymi z poprzednich lat, zdefiniowaliśmy grupy kluczowych zagadnień w tym zakresie, czyli dynamikę zmian, wstawianych kart DILO, rozpoznań onkologicznych. Przygotowaliśmy interaktywne raporty dla ekspertów, z których może korzystać Ministerstwo Zdrowia, choć nie wydaje się, żeby korzystało. W każdym razie przygotowane przez nas raporty można aktywnie generować i wskazane dane mogą być zasilane nowymi danymi.

W raporcie z ubiegłego roku, wskazano jednoznacznie, jakie obszary zostały najbardziej dotknięte skutkami epidemii: profilaktyka, czyli wykonane badań przesiewowych, rehabilitacja onkologiczna i diagnostyka pod kątem nowych rozpoznań onkologicznych. W okresie ścisłego lockdownu spadła liczba rehabilitowanych pacjentów prawie do zera, ponieważ nastawiliśmy się wtedy na medycynę ratunkową, bez działań dotyczących opieki po leczeniu czy opieki związanej z prewencją. Spadła liczba przeprowadzonych mammografii, która po pandemii wróciła do poprzednich wyników. Spadła też liczba przeprowadzonych cytologii czy kolonoskopii.

Istotnym elementem był bezpośredni wpływ pandemii i zachorowania na COVID-19 wśród pacjentów onkologicznych. Poziom zachorowalności na COVID-19 wśród pacjentów onkologicznych był na wyższym poziomie, co może wynikać z dwóch przyczyn. Po pierwsze, pacjenci onkologiczni byli rutynowo testowani tak jak w Narodowym Instytucie Kardiologii. W związku z tym chorzy, którzy są hospitalizowani albo w trakcie aktywnego leczenia byli znacznie częściej testowani niż reszta społeczeństwa. W Instytucie Onkologii mamy do czynienia z większą grupą osób w starszym wieku, naturalnie bardziej podatnych na zakażenia, co przekłada się na nadwyżkę zgonów w grupie chorych na nowotwory. Grupa chorych na nowotwory jest bardzo różna. W grupie osób chorych na nowotwory piersi czy czerniaki zakażenie wirusem SARS-CoV-2 nie miało takiego wpływu jak w grupie osób chorych na raka płuc. Rak płuc jest chorobą atakującą płuca, a koronawirus jest również wirusem atakującym płuca, w związku z tym nałożenie się dwóch jednostek chorobowych przy uszkodzonych płucach zwiększało śmiertelność chorych. Jak Państwo widzą, śmiertelność w tej grupie chorych była bardzo duża. Co więcej, w czasie pandemii choroby raka płuc w wielu przypadkach nie zostały rozpoznane. Chorzy nie mieli rozpoznanego raka płuca i zmarli z powodu wirusa SARS-CoV-2. Taki sam trend dotyczył jeszcze jednego nowotworu, czyli raka wątrobowokomórkowego, monitorowanego przez lekarzy chorób zakaźnych. Oddziały chorób zakaźnych były głównie zamienione w oddziały leczące COVID, podobnie zresztą jak oddziały pulmonologiczne i w związku z tym chorzy na te nowotwory mieli znacznie gorsze rokowania. Spadek rejestrowanej liczby zachorowań na nowotwory był bardzo gwałtowny w 2020 roku, zresztą to też dotyczyło konsyliów.

Po pierwsze, jeżeli patrzemy na szczegółowe (najnowsze) dane, zgodne ze sprawozdawczością I kwartału 2022 roku, to dokonano w Polsce rekordową liczbę rozpoznań nowotworów wskaźnikowych, czyli raka jelita grubego, raka płuca, raka piersi czy czerniaka. Wzrosła do wysokiego poziomu liczba pierwszorazowych hospitalizacji, dłuższych hospitalizacji, liczba konsyliów DILO.

Po drugie, jeżeli popatrzymy na grupę podwyższonego ryzyka wystąpienia ciężkiej infekcji koronawirusem, to mamy na myśli osoby z rozpoznaniem raka płuc, osoby w trakcie aktywnego leczenia onkologicznego, szczególnie leczenia cytostatycznego czy osoby chore na nowotwory onkohematologiczne. W przypadku gorszego przebiegu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 na miejscu pierwszym plasowała się onkohaematologia, a na miejscu drugim nowotwory lite, które były leczone chemioterapią. Z analizy danych z początku epidemii i jej trwania wynika, że zakażenie koronawirusem wiąże się ze zwiększonym odsetkiem śmiertelności w populacji chorych na nowotwory, szczególnie osób, które otrzymywały chemioterapię lub miały raka płuca. Tak, jak powiedziałem, nowotwór lity *per se* nie ma tak negatywnego wpływu. Gorszy stan sprawności, wyższy stopień zaawansowania choroby onkologicznej wiąże się

z większym ryzykiem zgonu. Ryzyko w tej grupie wzrasta o około 50–60% i generalnie jest związane z przyjmowaniem chemioterapii cytotoksycznej.

Kolejne dawki szczepień przeciw COVID-19 podawane w grupie osób podwyższonego ryzyka, leczonych chemioterapią cytotoksyczną zmniejszały ryzyko zgonu, choć wytwarzanie przeciwciał w dłuższym okresie czasu było na niższym poziomie i szybciej dochodziło do ich spadku. Odnotowaliśmy mniejszą skuteczność szczepień w grupie chorych na nowotwory, szczególnie w odniesieniu do wariantu Omikron. Tak zwani chorzy *immunocompromised*, czyli grupa osób po przeszczepach, osoby chore na nowotwory hematologiczne, na nowotwory lite otrzymujące chemioterapię cytotoksyczną tworzą grupę wysokiego ryzyka narażoną na wszelkie zakażenia i dlatego też szpitale onkologiczne mimo że finansują to z własnych kosztów, nie rezygnują z testów w kierunku wirusa SARS-CoV-2. Wpuszczenie pacjenta, który nie jest wytestowany do szpitala onkologicznego czy skierowanie go na badanie powoduje zwiększenia ryzyka ogniska epidemiologicznego i zagrożenia mimo wszystko chorych nawet szczepionych. Oczywiście szczepienie pozostaje podstawową metodą prewencji, ale w tej grupie niewystarczającą. Za każdym razem zwracam na to uwagę.

Mówiąc o wpływie pandemii na opiekę onkologiczną, apelujemy zarówno o dostęp do aktywnych terapii dla chorych onkologicznych w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, jak i o działania proekspozycyjne takie jak np. możliwość korzystania z kombinacji dwóch przeciwciał, które są zarejestrowane, i które tysiące czy miliony ludzi na świecie w tych wskazaniach otrzymuje. W Polsce niestety ludzie nie otrzymują owej kombinacji przeciwciał. W Polsce stosujemy bardzo drogie i wyrafinowane terapie w kierunku leczenia chorych na nowotwory, ale nie mamy możliwości wykonania podstawowych działań prewencyjnych, oprócz szczepień. A tak, jak powiedziałem, w grupie osób chorych na nowotwory szczepienia są niewystarczające.

W 2021 roku i dwa lata wcześniej nastąpił istotny wzrost liczby chorych biorących udział w programach lekowych, co wskazuje pośrednio na sytuację, że mamy do czynienia z bardziej zaawansowanym stadium nowotworów. W Narodowym Instytucie Onkologicznym nie posiadamy stuprocentowych, wiarygodnych, ogólnopolskich danych, które by wskazywały, że część chorych zmarła, bo nie miała rozpoznanych nowotworów. Domyślamy się, że taka sytuacja miała miejsce wśród osób chorych na niektóre nowotwory. Miejmy nadzieję, że za rok wszystko się w miarę ustabilizuje. Odnotowujemy dużo większy udział chorych uczestniczących w programach lekowych, czyli w większości przypadków, gdzie jest bardzo zaawansowana choroba. Warto dodać, że w 2020 i 2021 roku w ośrodkach onkologicznych, które wprowadziły podstawowe zasady epidemiologiczne, rozpoczęcie leczenia czy terminowość nie zostały zaburzone. Jak wspominał jeden z moich przedmówców, w czasie

pandemii pacjent miał utrudnioną ścieżkę rozpoznania choroby, ponieważ ambulatoryjna opieka specjalistyczna, część szpitali rejonowych, a przede wszystkim POZ-y były częściowo zamknięte. Po rozpoznaniu choroby, dostaniu się do wielospecjalistycznego onkologicznego szpitala, po wystawieniu kart DILO nie była zaburzona terminowość rozpoczęcia leczenia.

Z analizy danych wynika, że koszty opieki zdrowotnej w szpitalach onkologicznych uległy istotnemu zwiększeniu podczas pandemii, m.in., i w dniu dzisiejszym, w związku z kosztami środków ochrony osobistej i testami w kierunku SARS-CoV-2. Mamy podobny przyrost zgonów u pacjentów chorych onkologicznie do ogółu populacji. W 2021 roku w zależności od konkretnego rozpoznania spadek liczby rozpoznań nowych nowotworów był rzędu 10–20% i to jest porównywalne do tego, co działo się na świecie. Elementem kluczowym stało się terminowe rozpoczęcie leczenia chorych nowo zdiagnozowanych przypadków, wzrost liczby uczestniczących pacjentów i realizowanych programów lekowych. Chorzy na nowotwory, tak jak powiedziałem, nie byli istotnie zagrożeni zachorowaniem na COVID-19, ponieważ wprowadzono niezbędne procedury epidemiologiczne w szpitalach oraz serię szczepień i dzisiaj procent pacjentów onkologicznych zaszczepionych jest podobny do procenta osób w populacji ogólnej. Niestety bardzo mały procent pacjentów onkologicznych chce, mimo naszych apeli, korzystać z czwartej dawki szczepionki. Według danych WHO 55% krajów miało problem z zapewnieniem prawidłowego funkcjonowania opieki onkologicznej podczas pandemii. Problemy dotyczyły przede wszystkim realizacji badań przesiewowych, diagnostyki, leczenia i obserwacji chorych. W Polsce, na samym początku pandemii, spadek był bardzo duży, ale tak jak powiedziałem, porównywalny z innymi krajami.

Nasze rekomendacje dotyczyły spójnej komunikacji, monitorowania danych, dostępu do infolinii onkologicznej, która ma być wdrożona w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Niestety, mimo że wprowadzono w życie Narodową Strategię Onkologiczną, Krajowa Sieć Onkologiczna (patrz październik 2022) nie została nadal wdrożona, ponieważ cały czas istnieją opóźnienia w tym zakresie. Proponowaliśmy działania proaktywne, które na szczęście ruszyły, są, działają, czyli mówimy o dostępie do informacji, o rozpoczętych kartach DILO, tak żeby chorzy nie ginęli z systemu. W czasie pandemii uregulowano porady zdalne, przeprowadzono kampanie edukacyjne w zakresie profilaktyki pierwotnej, jak też wtórnej.

W tym roku, od 10 miesięcy, nie mamy dostępu do badań kolonoskopowych screeningowych. To jest przerażające i trudne do wytłumaczenia, ponieważ finansowanie badań przesiewowych wiąże się z opóźnieniami Ministerstwa Zdrowia. Muszę z przykrością powiedzieć, że finansowanie badań przeszło do koszyka gwarantowanych świadczeń. To nie jest *rocket science*, żeby badania przesiewowe, które mogą być finansowane z normalnych środków, musiały być finansowane z wyodrębnio-



nych środków. Finansowanie musi być zapewnione, musi sprawnie działać i być koordynowane, a Receptą jest koordynacja procesu leczniczego w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, zapewnienie stałego dostępu informacji do dostępnych ośrodków onkologicznych, badań diagnostycznych i profilaktycznych, rehabilitacji i obowiązujących standardów opieki onkologicznej. Jako eksperci Polskiego Towarzystwa Onkologicznego wspólnie z Polskim Towarzystwem Hematologów, Transfuzjologów i Transplantologów pod przewodnictwem specjalisty chorób zakaźnych, pana profesora dr hab. n. med. Krzysztofa Tomaszewicza wydaliśmy rekomendacje dotyczące profilaktyki infekcji SARS-CoV-2 u chorych immunoniekompetentnych. Bardzo dziękuję też mojemu zespołowi z Narodowego Instytutu Onkologii.

**Moderator: Mariusz Gierej**

Dziękujemy bardzo. W tej chwili będzie się z nami zdalnie łączył pan profesor Adam Maciejczyk.

**Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk**

Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

## **Krajowa Sieć Onkologiczna jako odpowiedź na problemy w kontroli chorób nowotworowych w dobie pandemii**

Szanowni Państwo,

chciałbym nawiązać do wypowiedzi pana profesora dr hab. n. med. Piotra Rutkowskiego i zadać pytanie: w jaki sposób stworzyć Krajową Sieć Onkologiczną, która mogłaby sobie poradzić z problemami i wyzwaniami takimi jak zagrożenia globalne związane choćby z pandemią COVID-19 czy wzrastającą liczbą zachorowań na nowotwory związane ze starzeniem się społeczeństwa.

Stworzenie Krajowej Sieci Onkologicznej nie jest nowym pomysłem, ponieważ od lat dokonywano analiz i badań związanych z utworzeniem sieci informatycznej, która by zapewniała dostęp do kompleksowej i dobrze koordynowanej opieki onkologicznej, o przejrzystej, zrozumiałej dla wszystkich strukturze. Problem onkologii to jest problem społeczny dotyczący właściwie wszystkich obywateli.

W 2018 roku przygotowano dokument opisujący koncepcję Krajowej Sieci Onkologicznej, w którym uwzględniono powstanie centrów kompetencji, czyli tzw. unitów. Na początku tworzenia unitów problematyczną kwestią stała się koncepcja unitów raka piersi, która w dniu dzisiejszym została poprawiona i uregulowana. Podobna sytuacja była z unitami w zakresie chorób przewodu pokarmowego. Mówimy o działaniach, które są komplementarne w stosunku do siebie, czyli nie ma sprawnie działających unitów bez Sieci Onkologicznej. Warunkiem koniecznym stało się

stworzenie unitów, szczególnie wiodących w regionach ośrodkach onkologicznych. Sama idea Sieci w Polsce ma długą tradycję i co warto zaznaczyć jest to projekt realizowany i wdrażany w całym świecie. Europejskie standardy *comprehensive cancer centers* są dobrze znane w ośrodkach onkologicznych na całym świecie. Pod patronatem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, przy współpracy z panią Dorotą Dudek-Godeau uzyskaliśmy europejski certyfikat Comprehensive Cancer Center dla naszego szpitala (DCOPiH) we Wrocławiu. Mieliśmy też okazję dyskutować na temat Planu Walki z Rakiem w Unii Europejskiej. Przypomnę, że koncepcja stworzenia Krajowej Sieci Onkologicznej znalazła się jako flagowy zapis w europejskim projekcie Planu Walki z Rakiem (European Beating Cancer Plan). Ten dokument został wdrożony w Unii Europejskiej w zeszłym roku.

Tak wygląda schemat Krajowej Sieci Onkologicznej, dokumentu, który jest podstawą do uchwalenia ustawy, która lada tydzień, miesiąc znajdzie się w Sejmie. Schemat Krajowej Sieci Onkologicznej zakłada stworzenie centrów kompetencji, ośrodków współpracujących, ośrodków satelitarnych. Generalnie wszystkie szpitale, które chcą się zajmować onkologią, są podzielone na trzy poziomy referencji wraz z ośrodkami kooperującymi. W każdym województwie jest stworzony wojewódzki ośrodek monitorujący, nad całością czuwa Krajowy Ośrodek Monitorujący. Krajowa Rada Onkologiczna działa bezpośrednio pod Ministrem Zdrowia. Struktura Krajowej Sieci Onkologicznej zakłada, że szpitale onkologiczne są wyodrębnione, dzięki czemu wszystkie problemy związane z onkologią będzie można zdefiniować w jednym konkretnym miejscu i złożyć wnioski o dalsze regulacje do określonego miejsca. Wszelkie kwestie onkologiczne są regulowane w Ministerstwie Zdrowia. Efektem naszych analiz jest koncepcja transferu danych niezbędnych do monitorowania dostępu do opieki onkologicznej w systemie informatycznym KSO, stworzonym przez CeZ. Planowane jest wdrożenie nowej formy karty DiLO (eDiLO), która będzie stanowić podstawowy moduł systemu informatycznego KS.

Krajowa Sieć Onkologiczna ma być siecią otwartą dla wszystkich, którzy będą mieli obowiązek realizowania podstawowych standardów onkologicznych. Z kolei Unity onkologiczne to jednostki, które zajmują się całym procesem onkologicznym (od profilaktyki aż po kontrolę po leczeniu) wybranego typu nowotworu, np. raka piersi. Dbalność o odpowiedni poziom koordynacji i współpracy między ośrodkami spada na wojewódzkie ośrodki monitorujące.

Główny cel tworzenia Krajowej Sieci Onkologicznej związany jest z walką z nierównością dostępu do opieki onkologicznej. Jak Państwo wiecie, we wszystkich częściach i regionach Polski mamy osoby, które są chore na nowotwory. Ponieważ nie wszyscy mogą przyjechać do instytutów onkologicznych ulokowanych w wielkich miastach, powstała koncepcja leczenia osób z nowotworami jak najbliżej miejsca zamieszkania i koordynowania opieki onkologicznej w taki sposób by najcięższych

chorych pacjentów kierować do ośrodków najwyższej referencyjności. Krajowa Sieć Onkologiczna jest tak naprawdę kontynuacją pakietu onkologicznego, dużo bardziej doszczegółowioną i opisaną na podstawie konkretnych dokumentów. W tym roku w czterech województwach realizowany jest program pilotażowy. Znaczna część danych, które zgromadziliśmy w systemie informatycznym pilotażu KSO wprowadzane były automatycznie z systemów informatycznych szpitali. Przetestowana przez nas koncepcja rozwoju sieci jest możliwa do wprowadzenia i pozwoli odciążyć lekarzy od zabierającej im czas biurokracji.

Jednym z kluczowych elementów sieci jest wzmocnienie roli koordynatorów, którzy tworzą specjalną grupę przeszkolonych pracowników, świetnie znających problemy organizacji lokalnej sieci usług onkologicznych. Koordynator powinien posiadać doświadczenie, przejść szkolenia, zdobyć niezbędną wiedzę czy informację na temat dostępności do urologa, onkologa, radiologa. Powinny to być osoby wyposażone w niezbędne narzędzia chociażby telefon komórkowy czy checklisty. Niezbędne jest, aby koordynatorzy mogli się komunikować się między sobą i współpracować w ramach wszystkich szpitali, które są zainteresowane opieką onkologiczną w regionie. W województwie dolnośląskim mamy 16 szpitali, które przystąpiły do programu pilotażowego. Jesteśmy otwarci na działalność wszystkich szpitali, które jednak powinny wykonywać usługi onkologiczne na odpowiednim poziomie.

Ważnym elementem staje się możliwość współpracy i weryfikacji działań lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych w zakresie zachęcania do badań profilaktycznych, monitorowania stopnia zaawansowania choroby pacjenta zgłaszającego się do lekarza rodzinnego. Krajowa Sieć Onkologiczna pozwoli komunikować się z lekarzami rodzinnymi i dyskutować z nimi o stanie zdrowia pacjenta, stadium zaawansowania klinicznego jego choroby.

Należy zadać pytanie: jak struktura Krajowej Sieci Onkologicznej ma się do struktury Pakietu Onkologicznego. W ramach szybkiej terapii onkologicznej, czyli pakietu onkologicznego wprowadzono zasadę „wejścia” do systemu opieki onkologicznej dla wszystkich chętnych, nie patrząc na to, czy w danej miejscowości czy poradni jest w ogóle zatrudniony lekarz onkolog. Do programu pilotażowego w województwie dolnośląskim, w którym pojawiły się niewielkie wymagania związane z doświadczeniem jednostki, do koordynacji opieki onkologicznej z trudem zakwalifikowano 16 podmiotów.

Jeżeli przyjrzymy się szczegółowo liczbie leczonych pacjentek z rakiem piersi, to tylko cztery szpitale leczą więcej niż 100 pacjentek rocznie. Norma powinna być zdecydowanie wyższa – około 150 pacjentów na szpital. W dniu dzisiejszym na Dolnym Śląsku mamy tylko dwa szpitale, które realizują określone normy leczenia pacjentek z rakiem piersi. Pozostałe 10 szpitali, które zadeklarowały zajmowaniem się rakiem piersi, w sumie leczą 119 pacjentek rocznie. Dane te pochodzą z Narodowego Funduszu Zdrowia. Powiem wprost: taki stan organizacji opieki onkologicznej nie gwarantuje odpowiedniej jakości usług.

W programie pilotażowym testowaliśmy różne formy komunikacji z pacjentem – klasyczną infolinię ale też bramki smsowe czy też aplikację mobilną. Co to dało? Przede wszystkim zdecydowany wzrost liczby osób, które zgłaszają się na wizytę u lekarza onkologa w krótkim czasie. W ciągu dwóch lat odnotowano wzrost liczby pacjentów, którzy skorzystali z przygotowanej dla nich infolinii, o ponad 30%. Miesięcznie takich połączeń mamy ponad 15 tysięcy, a liczba połączeń przez bramkę internetową też stale wzrasta, szczególnie wśród osób młodych.

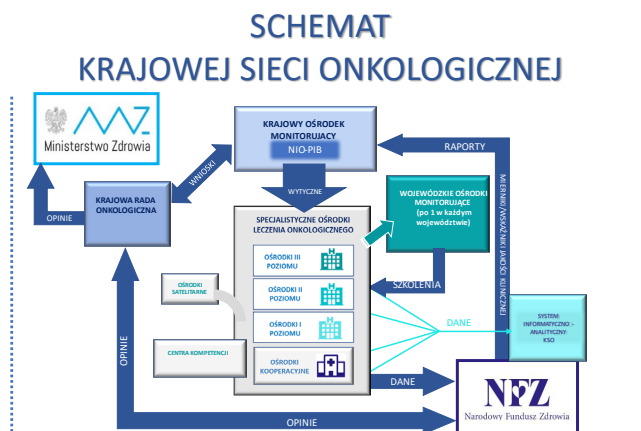
W trakcie pilotażu przygotowano szereg dokumentów, które opisują, w jaki sposób należy mierzyć jakość usług onkologicznych. Wnioski z naszych analiz zostały wykorzystane w raporcie przygotowanym przez Narodowy Instytut Onkologii we współpracy z towarzystwami naukowymi dotyczącym kryteriów oceny jakości opieki onkologicznej. Proces zbierania danych jakościowych wymaga digitalizacji – nie ma zbierania dobrej jakości danych bez digitalizacji procesu. Jeżeli powstanie dobrze zorganizowana Krajowa Sieć Onkologiczna, jesteśmy w stanie objąć opieką onkologiczną jak największą liczbę pacjentek pod warunkiem właściwego zdefiniowania jakości opieki onkologicznej.

Elementem kluczowym w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej powinno być opisanie ścieżki pacjenta, z wyznaczeniem dokładnego momentu, w którym oceniamy stopień zaawansowania choroby. Stopnie i stadia choroby są bardzo zróżnicowane. Na Dolnym Śląsku mamy bardzo duży problem z dużą liczbą pacjentów z IV stopniem zaawansowania raka płuca. W czasach pandemii nastąpił wzrost liczby pacjentów z IV stopniem zaawansowania. Pandemia COVID-19 pogorszyła sytuację pacjentów z rakiem płuc, co odbiło się na wyższej śmiertelności tej grupy pacjentów, o czym mówił już profesor dr hab. n. med. Piotr Rutkowski.

Pan profesor dr hab. n. med. Piotr Rutkowski pokazywał dane z pierwszej fali pandemii, które wskazywały na wyraźny spadek zachorowalności na nowotwory, spowodowany głównie brakiem rozpoznania np. raków piersi i brakiem przeprowadzonych mammografii, czyli NFZ wstrzymał na trzy miesiące realizację badań profilaktycznych. W związku z tym nie było pacjentek, ponieważ rak piersi wykrywany jest w badaniach profilaktycznych. Spadek liczby pacjentów z rakiem płuca był związany z kolejnymi falami pandemii i brakiem dostępu do pulmonologa. Szpitale pulmonologiczne były zamieniane w szpitale covidowe i zasadniczy ciężar opieki onkologicznej spadł na szpitale onkologiczne. Ciężar dużo większy niż się spodziewaliśmy. Tej sytuacji nie było tak wyraźnie widać w bazie danych z karty DILO. W analizie kart DILO, o tym też wspominał profesor dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, odnotowano jedynie spadek w zakresie raka płuca. Istotą problemu jest więc właściwe monitorowanie całej ścieżki pacjenta, a nie tylko pojedynczych wskaźników, diagnostyki, rozpoczęcie leczenia zaznaczonych w karcie DILO.

Omawiając strukturę Krajowej Sieci Onkologicznej i możliwości zastosowania jej w trudnych sytuacjach pandemicznych, warto zastanowić się, jak pacjenci odbierali naszą działalność. Najlepiej ilustrują to wyniki ankiety satysfakcji, która była przygotowywana przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia, i oczywiście z naszym udziałem. Pacjenci bardzo pozytywnie ocenili testowane zmiany. Szczególnie zaskoczyła nas pozytywna ocena czasu przyjęcia pacjenta do szpitala. Ankiety satysfakcji były przygotowane przez ekspertów od kontroli jakości, którzy zajmują się problemem oceny jakości za pomocą ankiet na co dzień i nie są związani z środowiskiem medycznym.

Najważniejsza jest dla nas perspektywa pacjenta. Dane przekazane przez pacjentów dają nam przede wszystkim informację o miejscach, w których można szybko oraz dobrze się diagnozować i leczyć. To jest bardzo wartościowa informacja. Chciałbym podziękować za ciężką pracę przy pilotażu KSO i przeprowadzeniu procesu certyfikacji iPAAC'a całemu zespołowi Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii.



### Moderator: Mariusz Gierej

Dziękuję, Panie Profesorze, za wykład. Nie wiem, jak Państwo, ale dla mnie kluczową istotą wykładu było to, że pan profesor wskazał na to, że mamy gigantyczne rozdrobienie wśród świadczeniodawców usług onkologicznych przy skromnych zasobach lekarzy. Mam nadzieję, że Krajowa Sieć Onkologiczna byłaby rozwiązaniem na tę bolączkę. Następny wykład poprowadzi pani dr hab. n. med. Joanna Didkowska pod tytułem „Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce – wyzwania”.

**Dr hab. n. med. Joanna Didkowska**

Narodowy Instytut Onkologii

Państwowy Instytut Badawczy im. M. Skłodowskiej-Curie

## **Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce – wyzwania**

Bardzo dziękuję pani profesor dr hab. Józefinie Hrynkiewicz za zaproszenie do dzisiejszego panelu. Chciałabym Państwu przybliżyć epidemiologię nowotworów złośliwych, o których mówimy w trakcie naszej konferencji i pokazać wyzwania, jakie przed nami stoją. Pierwotnie miałam inną koncepcję prezentacji, ale uczestniczyłam przedwczoraj na jednym z wydarzeń Kongresu Epidemiologicznego, w czasie którego pan profesor dr hab. Piotr Szukalski pokazał slajd, który mną wstrząsnął. Proszę zobaczyć, jak będzie wyglądała polska populacja w 2050 roku. Widzicie Państwo, że w piramidzie populacji począwszy od 60. roku życia pojawia się jakby ogromny nawis starszych osób. Proszę zobaczyć, jak wygląda dół tej piramidy. Historycznie to się nazywa „Piramida wieku”, ale ten obraz nie ma już nic wspólnego z piramidą, prawda? Chciałam Państwu pokazać „Piramidę wieku” w kontekście kolejnego slajdu.

Podkreślam, że to zmiany demograficzne, socjologiczne i zdrowotne w Polsce po II wojnie światowej doprowadziły do sytuacji, o której dzisiaj rozmawiamy – do wzrostu liczby osób z chorobami przewlekłymi. W większości przypadków wynika to ze zmian stylu życia. Chciałabym Państwu też pokazać kilka procesów, które się dokonały w Polsce, dotyczących właśnie przemodelowania stylu życia. Po pierwsze, zmiany obyczajowe, które tak nazwałam, ponieważ częściowo wiążą się ze zmianami obyczajowymi, ale częściowo też ze wzrostem dobrobytu w Polsce. Obserwujemy rosnący przeciętny wiek rodzących kobiet i bardzo mocno rosnący wiek rodzących pierwsze dziecko. Jak wiadomo, urodzenie pierwszego dziecka przed 30. rokiem życia jest czynnikiem ochronnym dla kilku nowotworów związanych z pęcią u kobiet. Notuje się też malejącą dzietność. Proszę zauważyć, że wyrównała się w tej chwili dzietność kobiet na wsi i w mieście – wszędzie napotykamy niski próg dzietności.

Hołdujemy pewnemu sposobowi zachowania, o którym też dzisiaj była mowa, czyli picciu alkoholu. Nawet nie chcę wspominać o nadmiernym picciu alkoholu, bo okazuje się, że każda ilość alkoholu ma działanie karcinogenne. Proszę zwrócić uwagę, jaka frakcja zgonów nowotworowych w Polsce jest przypisana picciu alkoholu – u mężczyzn 6,3%, u kobiet 2,5%, a gdybyśmy spojrzeli wyłącznie na raka piersi, to jest to aż 9%. To nie do wiary, że alkohol jest odpowiedzialny za 9% zgonów z powodu raka piersi. Kolejny czynnik ryzyka, o czym też była mowa, to palenie tytoniu. W Polsce szacuje się, że około 26% zgonów mężczyzn i około 14% zgonów kobiet jest związanych z paleniem tytoniu. Frakcję nowotworów związanych z nad-

wagę szacujemy na poziomie 3% wśród mężczyzn, w populacji kobiet na 10%. Wszystkie wspomniane czynniki po kolei sumują się, dając nam w gruncie rzeczy ogromną rzeszę drobnych czynników, które same w sobie są mało znaczące, ale w sumie tworzą masę – o tym mówił pan profesor dr hab. Wojciech Drygas – które znacząco zwiększają ryzyko zachorowania. Warto też pokazać frakcję czerniaków skóry związanych z ekspozycją na promieniowanie słoneczne - w Polsce w przypadku mężczyzn to jest 77%. Jak się zastanawiałam, dlaczego taka duża frakcja jest przypisana męskiej populacji a nie żeńskiej, to sobie przypomniałam letnie wycieczki samochodem i pracowników drogowych, którzy bez żadnego zabezpieczenia przed słońcem pracują całymi dniami w dużej ekspozycji słonecznej.

Teraz wróć do piramidy wieku. Proszę zobaczyć, jak się zmienia ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe w zależności od wieku. Ono mniej więcej wzrasta dziesięciokrotnie co dwie, co trzy dekady życia człowieka, a po 60–65. roku życia jest najwyższe i wynosi 1 tysiąc na 100 tysięcy populacji w tym wieku.

Mówiliśmy o tym, że nowotwory są problem społecznym, ponieważ przyczyniają się do ogromnej liczby zgonów. Pomijam fakt, że są drugą przyczyną zgonów ogółem. Proszę zwrócić uwagę, że 1/3 zgonów dotyczy młodych kobiet i kobiet w średnim wieku. Tak jak w przypadku chorób układu krążenia mówi się o nadumieralności mężczyzn w średnim wieku, to w przypadku nowotworów mamy nadumieralność kobiet młodych i w średnim wieku. W tych grupach wiekowych nowotwory są najczęstszą przyczyną zgonów!

Chcę Państwu pokazać, jak wyglądają trendy zachorowalności i umieralności w Polsce w ostatnim okresie. Nie będę się odnosiła do tego, co się stało w dobie COVID-19, dlatego że o tym bardzo szczegółowo mówił zarówno pan profesor dr hab. Piotr Rutkowski, jak i pan dr hab. Adam Maciejczyk. Proszę zwrócić uwagę na zatrzymanie rosnącego trendu zachorowalności mężczyzn i obserwowany już od dwóch dekad spadek umieralności mężczyzn. To jest bardzo korzystna tendencja. Natomiast w przypadku kobiet niestety mamy do czynienia ze wzrostem zachorowalności i spadkiem umieralności też mniej więcej od dwóch dekad, co również cieszy.

Chciałabym przedstawić kilka najważniejszych, najczęstszych nowotworów w Polsce. Zaczę od nowotworów płuca, gdzie wśród mężczyzn mamy spadek częstości zachorowań i zgonów. To się dzieje mniej więcej już od połowy lat 90. XX wieku. Warto przypomnieć postać pana profesora dr hab. n. med. Witolda Zatońskiego, który był pierwszym, największym orędownikiem akcji, żeby edukować społeczeństwo o szkodliwości palenia tytoniu. Udało się to tylko niestety w przypadku mężczyzn, w przypadku kobiet owe działania nie odniosły żadnego skutku i nadal widzimy wzrost zachorowalności i umieralności na raka płuca wśród kobiet. Z kolei spadek zachorowalności na raka żołądka należy traktować jako sukces, którego me-

dycyna nie potrafi wytłumaczyć. Obserwujemy spadek zachorowalności, umieralności u obu płci na całym świecie. Wydaje się, że to jest spowodowane zmianami żywienia, czyli zmniejszeniem ilości soli w pożywieniu i zmianą sposobu przechowywania żywności, w szczególności mięsa.

Kolejny nowotwór, którego częstość, jeśli chodzi o zachorowalność wzrasta, to jest rak jelita grubego. Ale mamy też dobre wiadomości. Po pierwsze, zatrzymał się bardzo szybki wzrost umieralności wśród mężczyzn i mniej więcej od półtorej dekady odnotowujemy stabilizację, a przynajmniej niewielki wzrost umieralności. Natomiast wśród kobiet wydaje się że udało się osiągnąć to, o co walczył od lat pan profesor dr hab. n. med. Jarosław Reguła, spadek umieralności w przypadku raka jelita grubego. Obserwujemy wzrost liczby osób chorujących na raka gruczołu krokowego, który plasuje się na pierwszym miejscu w populacji mężczyzn. Do niedawna to rak płuca uważany był za najczęściej spotykany nowotwór wśród mężczyzn. Chciałabym zwrócić uwagę na bardzo niekorzystną zmianę trendu umieralności. Wydawało się, że mniej więcej od 2000 roku będziemy mieli do czynienia ze spadkiem umieralności, ale niestety od kilku lat mamy do czynienia ze wzrostem umieralności z powodu raka gruczołu krokowego. Nowotwory pęcherza moczowego zajmują czwarte miejsce w populacji mężczyzn; u kobiet ten rodzaj nowotworu pojawia się bardzo rzadko. Wydaje się, że w tym przypadku zatrzymał się rosnący trend zarówno w zachorowalności, jak i w umieralności.

Dwa nowotwory w populacji kobiet, czyli rak piersi i rak jajnika. Rak piersi plasuje się na pierwszym miejscu, a rak jajnika na czwartym miejscu. Po pierwsze, mamy stale rosnący trend zachorowalności na raka piersi. Wydawało się, że mniej więcej od połowy lat 90. ubiegłego wieku do końca lat 2000 obserwowany spadek umieralności utrzyma się. Niestety, od 2010 roku obserwujemy wzrost umieralności na raka piersi. Takiej sytuacji nie ma nigdzie w Europie, w żadnym kraju europejskim nie rośnie umieralność z powodu raka piersi. Gdy chodzi o raka jajnika notowaliśmy wzrost zachorowalności i umieralności. W tej chwili wydaje się, że wzrost zachorowalności i umieralności został zatrzymany. Kolejnym nowotworem kobiet, który nas szalenie niepokoi, jest rak trzonu macicy. To jest trzeci nowotwór kobiet, dla którego utrzymuje się wzrost zachorowalności. Przez lata obserwowano spadek umieralności z powodu tego nowotworu, jednak od 2005 roku nastąpiło odwrócenie trendu umieralności na raka trzonu macicy i wzrost umieralności nieobserwowany w innych krajach europejskich. Przy raku trzonu macicy bardzo szybko pojawiają się niepokojące objawy i wydawało się, że powinien być rozpoznawalny we wczesnych stadiach zaawansowania. Korzystnym zjawiskiem jest oczywiście spadek zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy. Swój udział mają w tym zarówno badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, jak i poprawa świadomości kobiet. Mam nadzieję, że wkrótce zostaną wprowadzone powszechne



szczepienia przeciwko HPV, które pozwolą kolejnym pokoleniom kobiet uchronić się przed tym nowotworem. Na slajdzie pokazane są zmiany zachorowalności i umieralności na czerniaka. Tak, jak wspominałam, następuje wzrost zachorowalności na ten rodzaj nowotworu. Mamy tutaj do czynienia ze zjawiskiem rozwierających się nożyc, czyli mimo szybkiego wzrostu zachorowalności, nie następuje wzrost umieralności w stosunku do wzrostu zachorowalności, co by świadczyło o tym, że znacząco poprawiają się metody leczenia.

Podsumowując prezentację, chciałam Państwu pokazać, co się wydarzyło w Polsce w ciągu ostatnich lat. Zmniejszyła się umieralność z powodu większości nowotworów. Jedynie w przypadku raka prostaty obserwujemy wzrost zachorowalności i wzrost umieralności. W przypadku nowotworów ogółem przy wzroście zachorowalności obserwujemy spadek umieralności. Proszę zwrócić uwagę na wartości rocznego tempo wzrostu. U kobiet z kolei obserwujemy wzrost zachorowalności na raka piersi, raka płuca, raka trzonu macicy i ogółem (wszystkie nowotwory), spadek lub stabilizację umieralności w większości nowotworów, z wyjątkiem raka płuca, piersi i raka trzonu macicy.

W 2018 roku przygotowaliśmy prognozy dotyczące zachorowalności i umieralności na różnego typu nowotwory i niestety w dalszym ciągu będziemy obserwowali wzrost zachorowań na raka jelita grubego, na raka gruczołu krokowego i spadek zachorowalności na raka płuca. Nastąpi w dalszym ciągu wzrost zachorowalności kluczowych nowotworów wśród kobiet, czyli raka jelita grubego, płuca i piersi. Chciałabym podkreślić jeszcze raz, że te trzy nowotwory powodują niepokojący nas wzrost umieralności, czego nie doświadczają pacjenci w innych krajach europejskich. Reasumując, utrzymuje się wzrost umieralności z powodu raka gruczołu krokowego, piersi i trzonu macicy.

Na koniec, chciałam Państwu pokazać, jak wyglądała zmiana zgonów z powodu najczęstszych nowotworów w dobie COVID-19. Przedstawiam dane Głównego Urzędu Statystycznego prezentujące zmiany zgonów w stosunku do 2020 i 2021 roku. Zmniejszyła się liczba zgonów, powiem nieładnie, „w sztukach”, ale nie we wskaźnikach. Liczba zgonów w liczbach bezwzględnych się zmniejszyła średnio o 20%. Wynika to z faktu, że pacjenci zmarli z konkurujących przyczyn zgonu. Nie zmarli na nowotwory, bo ich nie rozpoznano i nie było badań profilaktycznych, tylko umarli z innych przyczyn. Na slajdzie widzimy współczynniki zgonów przeliczone na 100 tysięcy populacji. Proszę zobaczyć, że współczynniki zgonów w zależności od nowotworu są niższe o około 20–25% w stosunku do 2020 roku. Można powiedzieć, że jeśli chodzi o umieralność, to pandemia COVID-19 spowodowała, że część osób – jest to tylko hipoteza, którą należałoby sprawdzić – zmarła z powodu innych przyczyn niż nowotwory i miała wpisane w akcie zgonu inną przyczynę, a nie chorobę nowotworową.

Podkreślę jeszcze raz, największy wpływ na zdrowie polskiego społeczeństwa mają zachowania zdrowotne. Absolutnie się zgadzam z wypowiedzią pana profesora dr hab. Wojciecha Drygasa, że tylko i wyłącznie prewencja pierwotna, a w przypadku niektórych nowotworów również prewencja wtórna mają szansę zmienić niekorzystne trendy dotyczące zachorowalności i umieralności na nowotwory.

**Sesja Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego –  
Państwowego Zakładu Higieny –  
Państwowego Instytutu Badawczego  
Priorytety zdrowia publicznego w świetle pandemii COVID-19**

**Moderator: Mariusz Gierej**

Zaczynamy sesję Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego pt. „Priorytety zdrowia publicznego w świetle pandemii COVID-19”.

**Dr hab. n. o zdr. Magdalena Rosińska,**

**Dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz**

Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy

**Nowa perspektywa kontroli chorób zakaźnych  
po dwóch latach pandemii COVID-19**

Pandemia COVID-19, największe jak dotąd wyzwanie, któremu musiały sprostać współczesne systemy zdrowia publicznego, pozostawia nas z szeregiem refleksji dotyczących kontroli chorób zakaźnych w dzisiejszym świecie, biorąc pod uwagę zarówno nowe zagrożenia, jak i rozwój technologiczny stwarzający nowe możliwości.

Podczas ostatnich dwóch dekad przed pandemią nastąpił znaczący spadek obciążenia społecznego związanego z chorobami zakaźnymi [1]. Liczba utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) z powodu chorób zakaźnych spadła w okresie od 2000 roku do 2019 roku o 50% [1,2]. Wiąże się to ze spadkiem zachorowalności na choroby z grup tradycyjnie odpowiedzialnych za największe liczby zgonów i największe liczby utraconych lat życia w zdrowiu, w tym zakażenia dolnych dróg oddechowych i zakażenia żołądkowo-jelitowe. W skali globalnej w 2019 roku nadal zakażenia dolnych dróg oddechowych i choroby biegunkowe znalazły się wśród 10 najczęstszych przyczyn zgonów, a zakażenia dolnych dróg oddechowych, choroby biegunkowe i gruźlica wśród 10 kluczowych schorzeń powodujących największą utratę DALY. Warto zwrócić uwagę, że w drugiej połowie lat 2000-ych wśród 10 najważniejszych przyczyn utraty DALY i zgonów nie znalazły się już HIV/AIDS i malaria.

Te korzystne tendencje można przypisać najogólniej poprawie warunków higienicznych i bytowych oraz dostępu do opieki medycznej w krajach rozwijających się [1], a także sukcesom programów zapobiegania i leczenia niektórych chorób, np. HIV/AIDS [3]. W tym zakresie szczególną uwagę zwracają nierówności pomiędzy poszczególnymi regionami. Przykładowo, podczas, gdy choroby zakaźne w 2019

roku odpowiadały jedynie za 2% zgonów w regionie Europejskim, czy regionie Ameryk, to w regionie Afrykańskim stanowiły 29% wszystkich zgonów. Zwalczanie tych nierówności jest obecnie i będzie z pewnością w najbliższej przyszłości istotnym problemem do rozwiązania w celu poprawy sytuacji w zakresie chorób zakaźnych i zmierzenia się z oczywistym faktem braku granic dla chorób zakaźnych, co wyraźnie pokazała pandemia COVID-19.

### **1. Nowe zagrożenia: nowo pojawiające się i powracające patogeny**

Patrząc z perspektywy ostatnich lat instytucje zajmujące się zwalczaniem chorób zakaźnych coraz częściej muszą brać pod uwagę pojawienie się lub realną możliwość pojawiania się nowych patogenów o znaczeniu dla zdrowia publicznego. Nawet przed pandemią COVID-19 liczba przypadków i liczba zgonów z powodu nowo pojawiających się i powracających zakażeń pozostawała na podobnym poziomie [1], co wskazuje na niewystarczające przygotowanie instytucji zdrowia publicznego do radzenia sobie z tymi problemami. W ciągu ostatnich lat takich kryzysów zdrowia publicznego, wymagających podjęcia szybkich działań w większości lub wielu krajach było kilka do kilkunastu. Między innymi można wymieniać w tym kontekście SARS, MERS, gorączkę Ebola, nowe warianty wirusa grypy, Zikę, czy też nietypowe epidemie dengi w miastach, ogniska cholery czy odry. Już po samej epidemii COVID-19 pojawiły się kolejne wyzwania dla zdrowia publicznego związane z chorobami zakaźnymi, np. ogniska małpiej ospy w 2022 roku [4].

Zwiększona liczba nowo pojawiających się zakażeń nie jest zjawiskiem przypadkowym. Wiele z tych zakażeń to zakażenia odzwierzęce. W przypadku patogenów odzwierzęcych czynnikiem ochronnym dla ludzi jest bariera międzygatunkowa, niektóre patogeny nie posiadają zdolności zakażenia ludzi lub mogą być dla nich niepatogenne. Co więcej do wywołania znaczącej epidemii niezbędne jest również nabycie przez patogen zdolności szerzenia się pomiędzy ludźmi. Ogniska wywołane przez patogeny odzwierzęce często na szczęście pozostają ograniczone do grup ludzi bezpośrednio stykających się z chorymi zwierzętami. Niemniej niektóre patogeny dostosowują się do ludzi, jak koronawirusy czy wirus grypy, i przy obecnie zwiększającym się kontakcie z rezerwuarami zwierzęcymi, uważa się, że jest tylko kwestią czasu, kiedy natrafimy na kolejny patogen zdolny wywołać epidemię w populacji ludzkiej.

W ostatnich latach na skutek zdecydowanego wzrostu populacji ludzkiej coraz nowe obszary są przystosowywane do użytkowania przez ludzi. Człowiek wkracza w habitaty dzikich zwierząt, w wyniku czego dochodzi do interakcji z gatunkami zwierząt i rezerwuarami zwierzęcymi patogenów, z którym wcześniej ludzie się nie stykali. Ponadto na pograniczu takich ekosystemów często prowadzona jest hodowla zwierząt i interakcje pomiędzy dzikimi zwierzętami a zwierzętami hodowlanym

i następnie z człowiekiem stwarzają mechanizm transmisji patogenów na populację ludzi. Jako przykład można podać sytuację z 1999 roku, w której doszło do transmisji wirusa Nipah z nietoperzy na farmy świń w Malezji. Następnie wystąpiło ognisko wśród ludzi pracujących na tych farmach. Ognisko to w wyniku intensywnej wymiany handlowej rozproszyło się również na farmy w Singapurze [5].

Zwiększony popyt na mięso związany ze wzrostem populacji ludzkiej jak i zwiększającym się w skali ogólnoswiatowej standardem życia i ewoluującymi zwyczajami żywieniowymi sprzyja intensyfikacji jego produkcji, a co za tym idzie większemu zagęszczeniu farm hodowlanych, a także użycia antybiotyków w hodowli. Ponadto, jak w przytoczonym powyżej przykładzie, globalizacja handlu żywnością powoduje możliwość zawlekania patogenów na obszary, gdzie do których przemieszczenie się ich w sposób naturalny nie byłoby możliwe.

Oprócz wkraczania człowieka bezpośrednio w habitaty dzikich zwierząt, mamy również do czynienia ze zmianami zasięgów geograficznych występowania patogenów, jak i ich rezerwuarów. Tu z kolei kluczową rolę odgrywają zmiany klimatyczne. Właśnie takim zmianom przypisuje się zwiększenie zasięgu występowania niektórych wektorów. Dotyczy to np. komarów z gatunku *Aedes aegypti*, które są wektorem dla wielu istotnych chorób, jak denga, chikungunya, żółta gorączka czy Zika. Prognozuje się dalszą ekspansję tych chorób między innymi w Europie [6]. Zmiany klimatyczne wiążą się również z nietypowymi zjawiskami pogodowymi, jak na przykład wyższe lub niższe temperatury, okresy suszy i powodzie. Czynniki środowiskowe związane z występowaniem nietypowych okresów suszy i zwiększonych opadów mogą wpłynąć na populację gryzoni i w ten sposób znacząco zwiększyć rezerwuar niektórych patogenów. Taki mechanizm spowodował np. ogniska zakażeń wirusem Hendra wśród hodowców koni w Australii [7].

Dodatkowo mamy do czynienia z dynamicznym wzrostem populacji zamieszkującej miasta, zwłaszcza w regionie Azji Wschodniej i Pacyfiku, ale również w Afryce. Duże miasta, zwłaszcza w krajach o średnim i niskim dochodzie często cechują się generalnie złymi warunkami bytowymi i dużym stłoczeniem, co sprzyja oczywiście takim patogenom jak patogeny oddechowe, które się łatwo szerzą w tych warunkach. Łatwe i szybkie szerzenie się patogenów w populacji z kolei stanowi czynnik ryzyka powstawania nowych wariantów. Nowe warianty, a także mikroorganizmy odporne na leczenie powstają również pod presją działań człowieka takich jak wprowadzanie szczepień ochronnych, a także szerokie stosowanie antybiotyków. W tym ostatnim przypadku szczególnie znaczenie ma stosowanie ich w hodowli zwierząt [8].

Urbanizacja nie tylko ma wpływ na epidemiologię chorób przenoszonych z człowieka na człowieka. Okazało się także, że komary się dobrze adaptują się do środowiska miejskiego. Dotyczyło to na przykład gatunków komarów *Aedes aegypti* i *Aedes albopictus*. Z tym zjawiskiem wiąże się zmianę w ciągu ostatnich dekad profilu epidemiologicznego dengi, która zaczęła dotykać dużych miast.

Wzrost liczebności populacji ludzkiej i rozwój technologiczny spowodowały również wzrost usieciowienia na niespotykaną dotąd skalę. Dotyczy to transportu towarów, a także przemieszczania się osób. Przykładowo liczba podróży samolotowych wzrosła dwukrotnie w latach 2000–2019 [1]. Stwarza to możliwość przemieszczania się wektorów i patogenów i ich wprowadzenie do zupełnie nowych populacji, bez wcześniejszej odporności. To usieciowienie sprawia również, że obecnie każdy nowy patogen z łatwością szerzy się pomiędzy krajami i kontynentami. Podczas pandemii COVID-19 w ciągu kilku tygodni od pojawienia się pierwszych przypadków, przypadki odnotowywano już na wszystkich kontynentach. Potrzeba wspólnych i zharmonizowanych działań przeciwepidemicznych jest więc większa niż kiedykolwiek przedtem.

Zwalczanie chorób zakaźnych oprócz podstawowej działalności związanej z planowaniem długoterminowym i programami zwalczania musi więc rozwijać umiejętność elastycznego reagowania na nowo pojawiające się zagrożenia i być może będzie to główna rola tego sektora w przyszłości. Szybkie reagowanie na zagrożenia wymaga zdolności podjęcia przez sektor zdrowia publicznego badań dotyczących zarówno biologii patogenu, jak i jego cech epidemiologicznych, które warunkują wdrożenie odpowiednich działań przeciwepidemicznych. Badania wirusa SARS-CoV-2 przyczyniły się do szybkiego powstania testów diagnostycznych, szczepień i leków, miały szybkie wymierne wdrożenie, np. określenie okresu inkubacji warunkowało czas kwarantanny, sposób transmisji, utrzymywanie się wirusa na przedmiotach, w powietrzu, filtracja przez maski pozwoliła ocenić, jakie działania mają potencjał ograniczenia szerzenia się wirusa.

## **2. Nowe zagrożenia: postawy społeczne**

Planowanie odpowiednich działań przeciwepidemicznych jest niezwykle ważne, ale równie ważna jest akceptacja społeczna tych działań i wdrożenie ich w praktyce. Od kilkunastu lat narastają postawy niechętnie wobec szczepień ochronnych i wzrasta odsetek niezaszczepionych dzieci. Miało to konkretne konsekwencje w postaci ognisk chorób podlegających eliminacji, jak odra, do których doszło w krajach europejskich, z pełnym dostępem do szczepień [9]. Dodatkowo, grupą o mniejszym stopniu zaszczepienia i o gorszych warunkach bytowych są często migranci i uchodźcy, których motywacje dotyczące spraw zdrowia mogą być jeszcze inne [10]. Problem niechęci wobec szczepień narasta również w Polsce. W naszym kraju liczba osób uchylających się od szczepień, choć nadal pozostaje na niskim poziomie, to w latach 2017–2021 zwiększyła się dwukrotnie [11].

O tym jak ważna jest akceptacja społeczna można się było przekonać podczas pandemii COVID-19. Pomimo opracowania w rekordowym tempie szczepionki przeciwko tej chorobie, w wielu krajach, w tym w Polsce, nie udało się w pełni wyko-

rzystać tej metody prewencji, właśnie z powodu braku pełnej akceptacji społecznej. W cyklicznie wykonywanym badaniu Eurobarometr, w którym między innymi oceniano kontekst postaw wobec szczepień przeciwko COVID-19 wskazano, że Polacy mniej niż średnio w Unii Europejskiej są skłonni się zaszczepić. Jednocześnie więcej osób w Polsce nie jest przekonanych, że szczepionka posiada więcej zalet niż ryzyko, jak również więcej osób niż średnio w UE nie ma pewności co do jej bezpieczeństwa. Co ciekawe, Polacy w większości (74% vs 50% w UE) uznali, że rząd nie poradził sobie dobrze z programem szczepień, choć obiektywnie organizacja tego programu w naszym kraju była dobra. Natomiast, podobnie jak średnia w UE, ok. 40% Polaków wskazało, że UE dobrze poradziła sobie z programem szczepień. Wskazuje to na brak zaufania do możliwości polskiego rządu i nieoptymalną komunikację społeczną w tym zakresie. Problem akceptacji działań przeciwepidemicznych (tzw. restrykcji) podlegał szczegółowym badaniom, zwłaszcza w okresie pandemii, swoistego naturalnego eksperymentu. Poparcie dla działań przeciwepidemicznych i chęć zaszczepienia korelowały z zaufaniem do naukowców. Zaufanie to spadało z czasem w krajach, w których zaufanie do rządu jest stosunkowo niskie, wraz ze wzrostem przekonania o braku niezależności naukowców od rządu. Takie tendencje zaobserwowano m.in. w Polsce, we Włoszech, we Francji i w Brazylii [12]. Wyniki tych badań wskazują na kluczową rolę zaufania społecznego i niezależnych instytucji w odpowiedzi na kryzysy zdrowia publicznego.

Zupełnie innym problemem z kręgu zagadnień społecznych jest stygmatyzacja niektórych chorób i grup społecznych i konsekwencje takich postaw dla zdrowia publicznego. Problem ten nadal dotyczy np. zakażeń HIV czy chorób przenoszonych drogą płciową i przyczynia się do niewielkich postępów w zwalczaniu tych chorób w niektórych krajach [13]. Wskazano między innymi, że w konsekwencji niechętnych postaw społecznych i wykluczających norm, osoby podlegające stygmatyzacji nie korzystają z oferty profilaktycznej i terapeutycznej w celu uniknięcia identyfikacji.

Kwestia budowania zaufania do instytucji publicznych i odpowiedniej komunikacji, w tym przeciwdziałanie stygmatyzacji chorób i zachowań, wyłania się jako jedno z kluczowych wyzwań dla działań przeciwepidemicznych we współczesnym świecie. Po dwóch latach pandemii stało się jasne, że za postępem biomedycznym nie poszedł postęp w zakresie komunikacji i edukacji, przynajmniej jeśli chodzi o szerokie wdrożenie do polityki zdrowia publicznego. W trakcie pandemii zebrano wiele danych dotyczących postaw wobec szczepień i efektywnej komunikacji o ryzyku (zwłaszcza w przypadku nowych technologii) a także dotyczących obowiązku szczepień, wymogów certyfikatów itp. Ewidentna stała się konieczność zwiększenia roli nauk społecznych i dotyczących komunikacji w kontroli chorób zakaźnych w przyszłości.

Niezbędne jest też wprowadzenie szerokiej edukacji różnych grup docelowych, w związku ze zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną chorób zakaźnych. Dotyczy to zarówno edukacji personelu medycznego różnych szczebli, pracowników administracji publicznej, ale także edukacji skierowanej do nauczycieli/wychowawców, a w konsekwencji dzieci i młodzieży.

### 3. Nowe technologie: szczepienia

W dobie COVID-19 wakcynologia zrobiła gigantyczny krok do przodu, związany szczególnie, choć nie tylko, ze szczepieniami mRNA. Ta technologia otwiera nowe możliwości, a zwłaszcza ma kluczową rolę w przypadku nowo pojawiających się zakażeń ze względu na możliwość szybkiego opracowania szczepionek przeciwko nowym patogenom, które z dość dużym prawdopodobieństwem będą się w najbliższych latach pojawiać. Szczepionki mRNA można szybko modyfikować, co jest istotne w przypadku pojawiania się wariantów patogenu uciekających przed dotychczasową odpowiedzią immunologiczną.

Technologia szczepionek mRNA opiera się jedynie na informacji genetycznej, stąd omija się etap hodowli i pasażowania patogenu. Uzyskanie informacji genetycznej o nowym patogenie to w obecnych czasach kwestia kilku dni do kilku tygodni. Szczepionek mRNA nie dotyczą typowe problemy związane z tworzeniem tradycyjnych preparatów, takie jak potencjalne skażenie syntetycznymi materiałami używanymi w procesie produkcji, konieczność adiuwantów, czy też np. w przypadku szczepionek wektorowych wcześniejsza odporność populacji, która będzie niszczyć wirusa będącego wektorem zanim wytworzona zostanie odporność na antygeny szczepionkowe. Szczepionki mRNA są ogólnie uważane za bezpieczniejsze niż tradycyjne.

Te zalety powodują, że może to być technologia przyszłości. W przeglądzie prowadzonych badań, który ukazał się w lutym 2022 roku technologie mRNA były rozwijane przez 90 wiodących producentów szczepień, a badanych było 137 preparatów w tym 33 już w badaniach klinicznych. Były to głównie szczepienie przeciwko SARS-CoV-2, ale również szczepionki przeciwko grypie, CMV, wirusom Zika, HIV, RSV, czy wścieklizny [14]. Technologia ta jest również intensywnie badana w kontekście szczepionek przeciwnowotworowych [15].

Pozostaje oczywiście jeszcze wiele wyzwań jeśli chodzi o szybką produkcję nowych szczepionek. Między innymi wybór samego antygeny, w oparciu o który ma powstać szczepionka nie jest oczywisty. Trudno jest bowiem przewidzieć w przypadku nowego patogenu, który antygen będzie gwarantował odporność. Pozostają również problemy z termostabilnością, w związku z czym obecnie szczepionki mRNA wymagają przechowywania i transportu w niskich temperaturach. Nie są również dokładnie zbadane mechanizmy związane z trwałością odpowiedzi, co widzimy



w przypadku szczepionek przeciwko COVID-19. Trwają nad tym dalsze prace badawcze i można liczyć, że z czasem te problemy zostaną rozwiązane.

Dodatkowe wyzwania wynikają z ograniczeń związanych z prawem własności intelektualnej, a także z niskiej dostępności materiałów niezbędnych do produkcji preparatów. Szczególnie chodzi tu o otoczkę nanolipidową, dzięki której kwas mRNA uzyskuje odpowiednią stabilność w organizmie. Technologia jest głównie dostępna w krajach rozwiniętych, więc tutaj też powraca kwestia zapewnienia globalnego dostępu, zgodnie z epidemiologią zwalczanych chorób.

W związku z postępowaniem technologicznym, ale również koniecznością reagowania na nowe zagrożenia Koalicja na rzecz Innowacji w Gotowości Przeciwepidemicznej (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)) opracowała raport dotyczący możliwości opracowania i dostarczenia szczepionki w 100 dni od rozpoznania pandemii [16]. Analiza działań podczas pandemii COVID-19 wskazała kluczowe obszary, dzięki którym udało się opracować w rekordowym tempie szczepienia przeciwko COVID-19 oraz wykorzystanie innowacji technologicznych (głównie platformy mRNA, ale również opracowane wcześniej wektory) oraz doświadczeń zebranych podczas poprzednich epidemii związanych z koronawirusami (SARS-Cov-2, MERS). Wskazano również na nowoczesne schematy badań klinicznych, które umożliwiają płynne przejście pomiędzy poszczególnymi fazami i redukcję czasu potrzebnego do ustawienia procesu rekrutacji i zbierania danych, a także na równoległe rozpoczęcie procesu transferu technologii do fazy produkcyjnej przy akceptacji ryzyka niepowodzenia związanego z brakiem skuteczności. Ważne było również wykorzystanie technologii z zakresu *data science* i analityki do przyspieszenia analiz i podejmowania decyzji o kolejnych krokach badań i współpraca pomiędzy zaangażowanymi instytucjami. W końcu innowacje i współpraca dotyczyła również procesu dopuszczenia do obrotu, w tym digitalizacji przeglądów i analiz, standaryzacji wzorów protokołów badawczych i struktur danych i włączenia innowacyjnych schematów badawczych do oceny.

Przyspieszenie procesu opracowania szczepionki do 100 dni wymaga zmiany podejścia przygotowania i badania szczepionek na prospektywne. W czasie przed kolejną pandemią generowane byłyby i szczegółowo oceniane prototypy szczepionek, a odpowiedni z nich byłby adaptowany w przypadku pojawienia się patogenu epidemicznego. Wymaga to utworzenia bibliotek takich prototypów przeciwko patogenom reprezentującym rodziny o największym potencjale pandemicznym. Szacuje się, że jest to obecnie 25 rodzin wirusów, dla każdej należałoby opracować 10–15 kandydackich szczepionek. Z drugiej strony niezbędna jest inwestycja w platformy do produkcji szczepionek (np. platformy mRNA), które mogłyby już zawczasu dać możliwość oceny bezpieczeństwa powstających produktów, na podobnej zasadzie jak w przypadku szczepionek przeciwko grypie. W przypadku tych ostatnich, pomimo,

że co roku szczepionka jest dostosowywana, to dopuszczenie do obrotu bazuje certyfikacji samego procesu. Drugim nie mniej ważnym aspektem jest wytworzenie w skali ogólnoswiatowej zharmonizowanej infrastruktury do badań klinicznych, w tym standardów i narzędzi do szybkiego uruchomienia badań. Można to osiągnąć poprzez utworzenie globalnych sieci badawczych z wcześniej przygotowanymi procedurami i protokołami, wspomagane siecią laboratoriów umożliwiających szybkie generowanie i przekazywanie danych. Trzecim wskazywanym aspektem jest opracowanie lepszych markerów odpowiedzi immunologicznej i ochrony poszczepiennej, które mogłyby być stosowane jako punkty końcowe w badaniach, przyspieszając tym samym realizację tychże badań. Po czwarte trzeba zwiększyć możliwość szybkiej produkcji i oceny pierwszych partii eksperymentalnych szczepionek. Wymagałoby to utrzymania zdolności produkcyjnej i rezerw produkcyjnych, które mogą być uruchomiane w ciągu kilku – kilkunastu dni.

I w końcu niezbędne jest wczesne wykrywanie i charakterystyka ognisk wywołanych przez nowe patogeny. Obejmuje to zarówno wzmocnienie nadzoru epidemiologicznego, zwłaszcza w krajach o niskim dochodzie, jak i, szczególnie, harmonizację podejścia do nadzoru molekularnego z wykorzystaniem sekwencjonowania, współdzielenia danych o sekwencjach i opracowanie kryteriów alertów.

Szczepienia pozostają niewątpliwie jednym z najważniejszych, jeśli nie najważniejszym narzędziem kontroli chorób zakaźnych, jednak skuteczność tego narzędzia jest warunkowana jego społeczną akceptacją. Należy również podkreślić konieczność opracowania mechanizmów odpowiedniego zwiększania produkcji, zwłaszcza mając na uwadze kraje o niskim i średnim dochodzie. Ponadto ryzyka związane z przyspieszaniem procesu opracowania i wdrożenia szczepionki muszą być rozważone jeszcze zanim wybuchnie kolejna pandemia.

#### **4. Nowe technologie cyfrowe**

Pandemia pokazała także możliwości wykorzystania nowych technologii cyfrowych w nadzorze epidemiologicznym. Nastąpiło przyspieszenie digitalizacji i integracji istniejących systemów. Kolejnym krokiem będzie wytworzenie technicznych możliwości pozyskiwania danych bezpośrednio z systemów szpitalnych i laboratoryjnych. W nadchodzących latach potrzebne będzie wyszkolenie specjalistów łączących wiedzę w zakresie epidemiologii i data science, którzy będą w stanie odpowiednio te zasoby weryfikować, analizować i interpretować.

Warte podkreślenia są również inne narzędzia z zakresu telemedycyny – w postaci telekonsultacji, telemonitoringu, zintegrowanych systemów zarządzania np. kwarantanną, czy aplikacji medycznych. Być może w przyszłości będzie można w oparciu o te narzędzia zaproponować działania spersonalizowanej profilaktyki, w tym profilaktyki chorób zakaźnych.

W trakcie pandemii duże nadzieje wiązano z aplikacjami na telefon, których główne funkcjonalności obejmowały automatyczne wykrywanie styczności z osobą zakażoną (tzw. śledzenie kontaktów), monitorowanie objawów (np. aplikacje wspierające obserwację pacjentów), monitorowanie kwarantanny, przekazywanie informacji i alertów [17]. We wrześniu 2022 roku nadal 12 krajów UE używało aplikacje do śledzenia kontaktów, choć już w lutym 2023 roku pozostały one w użyciu już tylko w 6 krajach [18]. W Polsce aplikacja StopCOVID została dość szybko wycofana z użycia, w marcu 2022 roku [19]. Aplikacje w czasie pandemii były wytwarzane w dużym tempie, co może częściowo tłumaczyć szereg problemów z nimi związanych, w tym problemy z wydajnością, ochroną prywatności, czy cyberbezpieczeństwem. Ograniczenia te wpłynęły znacząco na akceptację społeczną tych rozwiązań, a niskie zaufanie społeczne skutkowało również niewielkim i niewystarczającym zainteresowaniem użyciem aplikacji. Szacuje się, że w krajach europejskich maksymalnie 20%-50% uprawnionych używało aplikacji do śledzenia kontaktów [20]. Ponadto, efektywność takich aplikacji zależy również od umiejscowienia ich roli pośród innych działań przeciwepidemicznych. Powinny one wspomagać działanie instytucji zajmujących się zwalczaniem chorób, a ich skuteczność warunkowana jest zarówno odsetkiem populacji, która z nich korzysta, jak i sprawnym systemem testowania. Jest to więc technologia, która niesie ze sobą pewne obietnice, ale wymaga dalszych badań, dotyczących zarówno technologii identyfikacji kontaktów, definicji bliskiego kontaktu i dopasowania parametrów epidemiologicznych, struktury przetwarzania danych i generowania alertów, jak i zapewnienia prywatności danych i zdobycia akceptacji. To, co wydaje się obecnie jasne, to konieczność zdecentralizowanej architektury aplikacji, oparcie jej o zasadę ochrony danych od początku projektowania (*privacy by design*) a także maksymalizacja transparentności poprzez otwartość kodu źródłowego [20–21].

Równie ważne są aplikacje i systemy, które wspierają rutynową pracę w nadzorze epidemiologicznym i działania przeciwepidemiczne. W Polsce podczas pandemii COVID-19 został wytworzony dość sprawny ekosystem wspierający pracę Państwowej Inspekcji Sanitarnej i całego pionu zdrowia publicznego, w którego skład weszły zarówno istniejące wcześniej zasoby, jak i systemy wytworzone od nowa w trakcie pandemii. Ekosystem ten w dużej mierze automatyzował proces zlecenia testów, zbierania danych epidemiologicznych i proces kwarantanny. Mankamentem ekosystemu było rozproszenie systemów wspierających poszczególne procesy w różnych instytucjach i trudności w uzyskaniu interoperacyjności, co może spowodować brak możliwości utrzymywania wypracowanych rozwiązań w perspektywie długofalowej. Jednakże należy podkreślić, że ewaluacja funkcjonowania ekosystemu, a następnie jego adaptacja i rozwój umożliwiłyby skuteczniejsze prowadzenie nadzoru epidemiologicznego i pozyskiwanie w Polsce lepszej jakości danych w czasie rzeczywistym.

W zakresie nowych technologii brakuje jeszcze rozwiązań organizacyjnych i prawnych, np. sposobu akredytacji aplikacji medycznych, czy też rozwiązań dotyczących wykorzystywania zwiększających się zasobów danych. Istnieje duża potrzeba uporządkowania i dostosowania przepisów prawnych, które umożliwiłyby pogodzenie ochrony danych osobowych na odpowiednim poziomie z koniecznością szerszego udostępniania danych [22]. Problem ten został dostrzeżony również na arenie międzynarodowej. Szersze i bardziej transparentne wykorzystanie danych medycznych zakłada regulacja Unii Europejskiej – Europejska Przestrzeń Danych Medycznych [23], której propozycja została ogłoszona w maju 2022 roku. Trwają dyskusje i prace nad sposobem jej wdrożenia, a biorąc pod uwagę skalę przedsięwzięcia, dostosowanie elektronicznej dokumentacji pacjenta i poszczególnych systemów wdrażanie będzie najprawdopodobniej rozplanowane na kilka lat.

Podczas pandemii COVID-19 do praktyki epidemiologicznej zostało wprowadzone modelowanie matematyczne na wcześniej niespotykaną skalę. Umożliwiło to podejmowanie decyzji popartych prognozami, ale jednocześnie uwypukliło problemy z wykorzystaniem i interpretacją wyników modelowania. W szczególności wyniki te bazują na ewoluującej wiedzy i badaniach dotyczących parametrów epidemiologicznych i są w sposób oczywisty obciążone niepewnością związaną z niepełnym zrozumieniem zjawiska i niezbędnymi uproszczeniami [24]. Prognozowanie na potrzeby zdrowia publicznego w Polsce, ale też w innych krajach napotykało na trudności z pozyskaniem danych o odpowiednim zakresie i jakości. Stąd projektując rozwiązania prawne i organizacyjne w zakresie udostępniania danych, trzeba również wziąć pod uwagę sposoby udostępnienia danych do pogłębionych badań, w tym z wykorzystaniem modelowania matematycznego.

## 5. Nowe technologie: monitoring molekularny

Podczas pandemii wzrosła także rola nowoczesnych badań molekularnych, sekwencjonowania i analiz bioinformatycznych, które zarówno wspomagają ocenę epidemiologii choroby, wykrywanie ognisk i wariantów o innej charakterystyce, ale również przyczyniają się do selekcji cząsteczek, które mogą wykazywać aktywność przeciwwirusową czy wyboru epitopów dla szczepionek.

Integracja danych epidemiologicznych z danymi genetycznymi, to kolejny obszar prac w zakresie nadzoru epidemiologicznego. Dotąd często sekwencjonowanie było domeną prac badawczych o ograniczonym zasięgu, a wdrożenie tej technologii na szeroką skalę stanowiło dość dużą trudność, m.in. ze względu na koszt takich badań. Już w 2019 roku Europejskie Centrum ds. Prewencji i Kontroli Chorób przyjęło strategię wdrażania nadzoru molekularnego m.in. w dochodzeniach w ogniskach epidemicznych obejmujących kilka krajów [25]. Dopiero jednak podczas pandemii COVID-19 udało się rzeczywiście wdrożyć badania molekularne, w tym sekwencjo-

nowanie, na szeroką skalę. Pozwoliło to na szybką identyfikację zmieniających się wariantów wirusa SARS-CoV-2 o odmiennej zaraziwości i zjadliwości.

W 2022 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała dokument strategiczny dotyczący rozwoju rutynowych systemów nadzoru genomycznego nad patogenami o dużym potencjale pandemicznym [26]. Wśród celów tej strategii szczególną uwagę zwraca się na poprawę dostępności technologii i jej rozwój w różnych regionach świata, aby zapewnić reprezentatywność geograficzną prowadzonego nadzoru. Obecnie w dobie pandemii dużym problemem był brak informacji o krążących wariantach z krajów rozwijających się, co było spowodowane słabością lokalnych systemów nadzoru, brakiem możliwości zbierania materiału do badań i prowadzenia sekwencjonowania. Następnym celem jest zbudowanie zespołów ludzi, z odpowiednimi kompetencjami (genomika i bioinformatyka) poprzez szkolenia i zapewnienia odpowiednich warunków pracy, by pozostawali w systemie zdrowia publicznego. Obecnie kompetencje niezbędne w nadzorze genomycznym są cenne na rynku pracy, co powoduje trudności z utrzymaniem odpowiedniego personelu nawet w krajach rozwiniętych. Kolejną strategią podejmuje problem wzmocnienia mechanizmów współdzielenia danych zarówno na poziomie lokalnym jak i globalnym, by zmaksymalizować użyteczność informacji dla decydentów. Wymaga to zarówno rozwoju technologicznego, jak i opracowania odpowiednich ram prawnych. W końcu strategia ma za zadanie zbudowanie sieci instytucji pracujących w tym obszarze, wprowadzanie wspólnych projektów i testowanie gotowości sieci na wypadek wystąpienia epidemii.

## 6. Perspektywy

Reasumując, pandemia zadziałała jako katalizator rozwoju dziedziny zwalczania chorób zakaźnych, ale wskazała na szereg luk, a może raczej konkretnych kierunków rozwoju, w celu dostosowania się do współczesnych wyzwań i możliwości. Globalizacja, powstawanie dużych skupisk ludzkich, wtargnięcie człowieka w odizolowane rezerwuary zwierzęce, zmiany klimatyczne, migracje – to różne powody tego, że obserwujemy pojawianie się nowych chorób i inne wzorce szerzenia się znanych już chorób.

Możliwości wykrywania i zwalczania chorób wymagają współpracy ponadnarodowej i teraz bardziej niż kiedykolwiek ze względu na wolumen transportu i podróży. Trzeba rozpatrywać system zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych jako całość w skali ogólnoświatowej, a co za tym idzie mieć na uwadze te kraje i regiony, które potencjalnie mogą stanowić najsłabsze ogniwo systemu. Nierówności w zakresie zasobów, umiejętności i dostępności technologii na świecie będą kluczową przeszkodą w realizacji skutecznej kontroli nowo pojawiających się zakażeń.

Obecne systemy zwalczania chorób zakaźnych powinny uwzględniać możliwość szybkiego reagowania i sprawnego zarządzania kryzysowego. Wydaje się, że obecnie kluczowymi funkcjami takich systemów będą:

1. Elastyczne reagowanie na nowo pojawiające się zagrożenia:
  - Utrzymanie potencjału badawczego w zakresie epidemiologii chorób zakaźnych i wakcynologii, a także rozwój infrastruktury umożliwiającej badania kliniczne.
  - Prowadzenie badań perspektywicznych (np. wpływ zmian klimatycznych, patogeny krążące w rezerwuarach zwierzęcych).
  - Budowa bibliotek, prototypów szczepionek.
  - Budowa i utrzymanie elastycznych systemów monitorowania, w tym utrzymanie potencjału sekwencjonowania, a także wytworzenie efektywnych mechanizmów współdzielenia się danymi.
2. Budowanie wiedzy i zaufania społecznego:
  - Skierowanie edukacji do pracowników ochrony zdrowia, nauczycieli, uczniów.
  - Badania społeczne (np. percepcja ryzyka, postawy zdrowotne, zachowania ryzykowne, błędne przekonania, obawy, akceptacja działań).
  - Rozwój obszaru komunikacji ryzyka i angażowania społeczności (ang. RCCE – *risk communication and community engagement*), co jest szczególnie ważne w okresie pomiędzy kryzysami, takimi jak pandemia.
  - Wytworzenie mechanizmów kontroli infodemii, czyli zalewu informacji, w tym informacji nieprawdziwych, który powoduje zamieszanie, podejmowanie przez ludzi nieracjonalnych zachowań i spadek zaufania społecznego.
3. Wykorzystanie technologii *data science* i „dużych danych”:
  - Wyszkolenie specjalistów łączących wiedzę w zakresie epidemiologii i *data science*, którzy będą w stanie odpowiednio weryfikować, analizować i interpretować zasoby bazodanowe.
  - Większe wykorzystanie narzędzi modelowania matematycznego do prognozowania i podejmowania decyzji w zdrowiu publicznym.
  - Uregulowanie statusu prawnego integracji i udostępniania danych medycznych, a także utrzymanie odpowiedniego zaplecza instytucjonalnego dla takich funkcjonalności.
  - Wzrastająca rola nowoczesnych badań molekularnych, sekwencjonowania i analiz bioinformatycznych w ocenie epidemiologii choroby, selekcji cząsteczek, które mogą wykazywać aktywność przeciwwirusową, wyborze immunogenów dla szczepionek.

## Bibliografia

1. Baker R.E., Mahmud A.S., Miller I.F., Rajeev M., Rasambainarivo F., Rice B.L., Takahashi S., Tatem A.J., Wagner C.E., Wang L.F., Wesolowski A., *Metcalfe CJE. Infectious disease in an era of global change*. Nat Rev Microbiol. 2022 Apr;20(4):193-205. doi: 10.1038/s41579-021-00639-z.
2. WHO. *Global health estimates: Leading causes of DALYs. Disease burden, 2000–2019*. Dostępne na stronie <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
3. Pandey A., Galvani A.P., *The global burden of HIV and prospects for control*. Lancet HIV. 2019 Dec;6(12):e809-e811. doi: 10.1016/S2352-3018(19)30230-9.
4. Islam M.M., Dutta P., Rashid R., Jaffery S.S., Islam A., Farag E., Zughaier S.M., Bansal D., Hassan M.M., *Monkeypox at the human-animal-ecology interface: a comprehensive review of viral characteristics, transmission, pathobiology, prevention, and control strategies*. Virulence. 2023 Mar 2:2186357. doi: 10.1080/21505594.2023.2186357.
5. Looi L.M., Chua K.B., *Lessons from the Nipah virus outbreak in Malaysia*. Malays J, Pathol. 2007 Dec;29(2):63-7. PMID: 19108397.
6. Semenza J.C., Rocklöv J., Ebi K.L., *Climate Change and Cascading Risks from Infectious Disease*. Infect Dis Ther. 2022 Aug;11(4):1371-1390. doi: 10.1007/s40121-022-00647-3.
7. Taylor J., Thompson K., Annand E.J., Massey P.D., Bennett J., Eden J.S., Horsburgh B.A., Hodgson E., Wood K., Kerr J., Kirkland P., Finlaison D., Peel A.J., Eby P., Durrheim D.N., *Novel variant Hendra virus genotype 2 infection in a horse in the greater Newcastle region, New South Wales, Australia*. One Health. 2022 Jul 29;15:100423. doi: 10.1016/j.onehlt.2022.100423.
8. Vercelli C., Gambino G., Amadori M., Re G., *Implications of Veterinary Medicine in the comprehension and stewardship of antimicrobial resistance phenomenon. From the origin till nowadays*. Vet Anim Sci. 2022 Mar 30;16:100249. doi: 10.1016/j.vas.2022.100249.
9. Wilder-Smith A.B., Qureshi K., *Resurgence of Measles in Europe: A Systematic Review on Parental Attitudes and Beliefs of Measles Vaccine*. J, Epidemiol Glob Health. 2020 Mar;10(1):46-58. doi: 10.2991/jegh.k.191117.001.
10. Deal A., Halliday R., Crawshaw A.F., Hayward S.E., Burnard A., Rustage K., Carter J., Mehrotra A., Knights F., Campos-Matos I., Majeed A., Friedland J.S., Edelstein M., Mounier-Jack S., Hargreaves S.; *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases Study Group for Infections in Travellers and Migrants (ESGITM). Migration and outbreaks of vaccine-preventable disease in Europe: a systematic review*. Lancet Infect Dis. 2021 Dec;21(12):e387-e398. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00193-6.
11. Szczepienia.info. *Jaka jest liczba uchyień dotyczących szczepień obowiązkowych?* Dostępne na stronie <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/jaka-jest-liczba-uchylen-szczepien-obowiazkowych>. Dostęp 20.02.2023
12. Algan Y., Cohen D., Davoine E., Foucault M., Stantcheva S., *Trust in scientists in times of pandemic: Panel evidence from 12 countries*. Proc Natl Acad Sci U S A. 2021 Oct 5;118(40):e2108576118. doi: 10.1073/pnas.2108576118.
13. Mahajan A.P., Sayles J.N., Patel V.A., Remien R.H., Sawires S.R., Ortiz D.J., Szekeres G., Coates T.J., *Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward*. AIDS. 2008 Aug;22 Suppl 2(Suppl 2):S67-79. doi: 10.1097/01.aids.0000327438.13291.62.

14. Kumar A., Blum J., Thanh Le.T., Havelange N., Magini D., Yoon I.K., *The mRNA vaccine development landscape for infectious diseases*. Nat Rev Drug Discov. 2022 May;21(5):333-334. doi: 10.1038/d41573-022-00035-z
15. Lorentzen C.L., Haanen J.B., Met Ö., Svane I.M., *Clinical advances and ongoing trials on mRNA vaccines for cancer treatment*. Lancet Oncol. 2022 Oct;23(10):e450-e458. doi: 10.1016/S1470-2045(22)00372-2. Erratum in: Lancet Oncol. 2022 Nov;23(11):e492.
16. CEPI. *Delivering Pandemic Vaccines in 100 Days. What will it take?* CEPI 2022. Dostępne online [https://100days.cepi.net/wp-content/uploads/2022/12/CEPI-100-Days-Report-Digital-Version\\_29-11-22.pdf](https://100days.cepi.net/wp-content/uploads/2022/12/CEPI-100-Days-Report-Digital-Version_29-11-22.pdf). Dostęp 22.02.2023.
17. Contact Tracing Apps. Council of Europe Portal. Data Protection. Dostępne na stronie <https://www.coe.int/en/web/data-protection/contact-tracing-apps>. Dostęp 20.02.2023
18. *Mobile contact tracing apps in EU Member States*. European Comission. Dostępne na stronie [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/travel-during-coronavirus-pandemic/mobile-contact-tracing-apps-eu-member-states\\_en](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/travel-during-coronavirus-pandemic/mobile-contact-tracing-apps-eu-member-states_en). Dostęp 1.09.2022 i 20.02.2023
19. STOP COVID. Wygaszanie aplikacji STOP COVID ProteGO Safe. Dostępne na stronie <https://www.gov.pl/web/protegosafe/wygaszanie-aplikacji-stop-covid-protego-safe>. Dostęp 20.02.2023
20. Hogan K., Macedo B., Macha V., Barman A., Jiang X., *Contact Tracing Apps: Lessons Learned on Privacy, Autonomy, and the Need for Detailed and Thoughtful Implementation*. JMIR Med. Inform. 2021 Jul 19;9(7):e27449. doi: 10.2196/27449.
21. Dowthwaite L., Fischer J., Perez Vallejos E., Portillo V., Nichele E., Goulden M., McAuley D., *Public Adoption of and Trust in the NHS COVID-19 Contact Tracing App in the United Kingdom: Quantitative Online Survey Study*. J. Med Internet Res. 2021 Sep 17;23(9):e29085. doi: 10.2196/29085.
22. Duszyński J., Afelt A., Ochab-Marcinek A., Owczuk R., Pyrc K., Rosińska M., Rychard A., Smiatacz T., *Aby walka z pandemią była efektywna, potrzebny jest szerszy dostęp do danych w Kroniki pandemii lata 2020–2021*. Academia 2021, 68 (4). ISSN 1733-8662
23. European Health Data Space. European Commission eHealth : *Digital health and care*. Dostępne na stronie [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space\\_en](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en). Dostęp 20.02.2023
24. James L.P., Salomon J.A., Buckee C.O., Menzies N.A., *The Use and Misuse of Mathematical Modeling for Infectious Disease Policymaking: Lessons for the COVID-19 Pandemic*. Med Decis Making. 2021 May;41(4):379-385. doi: 10.1177/0272989X21990391
25. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC strategic framework for the integration of molecular and genomic typing into European surveillance and multi-country outbreak investigations – 2019–2021. Stockholm: ECDC; 2019. Stockholm, March 2019 ISBN 978-92-9498-310-7, doi 10.2900/805317
26. Global genomic surveillance strategy for pathogens with pandemic and epidemic potential, 2022–2032. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



**Moderator: Mariusz Gierej**

Bardzo dziękujemy za prezentację i za przytoczone dane. Połączymy się online z panem profesorem dr hab. Cezarym Włodarczykiem, który przedstawi wykład pt. „Zmiany w systemie zdrowia publicznego jako odpowiedź na wyzwanie po pandemii”.

**Prof. dr hab. Włodzimierz Cezary Włodarczyk**

Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

## **Nowy paradygmat zdrowia publicznego CZTERY WNIOSKI PO PANDEMII**

Przebieg pandemii COVID-19 ujawnił dramatyczne nieprzygotowanie rządów, społeczeństw i ich gospodarek oraz systemów zdrowotnych do chronienia zdrowia ludzi i konieczność zrewidowania spojrzenia na ugruntowaną koncepcję zdrowia publicznego. Stało się jasne, że priorytetowe traktowanie przewlekłych chorób starzejących się społeczeństw w obliczu globalnego zagrożenia nieznanym wirusem nie może być kontynuowane. Jednak dopiero pojawienie się następujących później zagrożeń ze strony inflacji, perspektywa ekonomicznego kryzysu i spowodowane wojną masowe migracje pokazały z całą ostrością wielkość wyzwań stojących także przed polskim zdrowiem publicznym. Twierdzę, że – poza innymi – cztery wyzwania mają szczególne znaczenie. Są to: pogłębiony przez pandemię trwający kryzys zdrowotny w Polsce; tolerowanie, a może nawet sprzyjanie przez niektóre środowiska postawom antymedycznym, co ujawniło się przy okazji szczepień; problem występującego w różnych wymiarach braku zaufania w społeczeństwie i w stosunku do władzy; pojawienie się w kraju przybyłej z Ukrainy, nowej, składającej się głównie z kobiet i dzieci populacji podopiecznych i wynikające z tego specyficzne potrzeby zdrowotne.

Prawdopodobieństwo, że mimo tych wyzwań sytuacja w obszarze zdrowia będzie w przyszłości przynajmniej podobna do tego, co było w przeszłości praktycznie nie istnieje. Stąd dobrze byłoby przygotować plan sensownego działania, dzięki któremu zdrowie publiczne będzie w stanie sprostać sytuacji i ujawniającym się wyzwaniom. Sądzę, że pierwszym, niezbędnym krokiem powinno być przywrócenie, a potem kontynuowanie rzetelnej rozmowy z ekspertami.

## **Trwający kryzys zdrowotny w Polsce**

Wstępne dane przedstawione w opracowaniu *Health at Glance* z 2021 roku informowały, że średnia długość życia spadła prawie we wszystkich krajach OECD, dla

których dane były dostępne<sup>1</sup>. Roczne spadki były szczególnie duże w Stanach Zjednoczonych, Hiszpanii, na Litwie i w Polsce. W naszym kraju do pogorszenia wartości tego wskaźnika doszło jeszcze przed wybuchem pandemii. Bogdan Wojtyniak będący autorem przedstawianych tutaj danych twierdzi, że kryzys zdrowotny w Polsce rozpoczął się przed pandemią, a atak wirusa Sars-Cov 2 doprowadził jedynie do jego ujawnienia w dramatycznych okolicznościach narastających gwałtownie potrzeb<sup>2</sup>. Tak więc pandemia zaostrzyła i pogłębiła kryzys, ale nie była jego pierwotną przyczyną. Jak wynika z danych z lat 1999–2014 oczekiwana długość życia mężczyzn wzrosła z 69,8 lat do 73,8 lat, zaś u kobiet z 77,5 lat do 81,6 lat. Jednak już w latach 2014–2019 wzrost długości życia mężczyzn uległ zatrzymaniu, zaś u kobiet od 2015 roku po raz pierwszy od trzech dekad ujawnił się trend spadkowy. W ostatnim roku przed pandemią, czyli w 2019 roku, trwanie życia mężczyzn w Polsce było aż o 7,0 lat krótsze niż w Holandii, a kobiet o 4,6 lat niż w Hiszpanii. Tak duże różnice pokazywały jak wielki dystans już wtedy pozostawał do nadrobienia pod względem długości życia mieszkańców Polski w stosunku do liderów w Unii Europejskiej. Autor opracowania postawił pytanie o to, czy zahamowanie dalszego wzrostu długości życia w Polsce kilka lat przed pandemią COVID-19 wynikało z umieralności spowodowanej chorobami, którym można było skutecznie zapobiegać czy też wynikało z innych przyczyn. Wyniki głębszej analizy ujawniły, że największy wpływ na redukcję trwania życia w naszym kraju miały choroby układu krążenia, a więc takie, wobec których działania prewencyjne mogły okazywać się skuteczne.

W okresie pandemii w latach 2020–2021 obserwowany już wcześniej niekorzystny i prowadzący do wcześniejszych zgonów stan zdrowia Polaków uległ dalszemu pogorszeniu. W czasie pierwszych fal pandemii długość życia mężczyzn skróciła się o 2,3 lata, a kobiet o 2,1 lat. Wielkość tej straty okazała się poważniejsza niż przeciętne, również niekorzystne zmiany, do których doszło w krajach Unii Europejskiej. Efekt był taki, że niekorzystna dla mieszkańców Polski różnica w stosunku do ogółu mieszkańców UE zwiększyła się dla mężczyzn z 4,4 lat w 2019 roku do 5,5 lat w 2021 roku, a dla kobiet z 2,1 lat do 3,1 lat. Zestawienie danych w ramach UE pozwala na stwierdzenie, że we Włoszech, Polsce, Hiszpanii i Zjednoczonym Królestwie średnia długość życia spadła do poziomów z roku około 2010. Dla Polski szczególnie niepokojący dla demografów i ekonomistów okazał się fakt, że niekorzystne zmiany wystąpiły również w odniesieniu do umieralności osób w wieku od 25 do 64 lat, a więc w okresie aktywności zawodowej.

<sup>1</sup> OECD Health at a Glance (2021). OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.  
<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9->

<sup>2</sup> Rekomendacje strategiczne na lata 2023–2027: Zasadnicze wzmocnienie zdrowia publicznego – Polskie Zdrowie 2.0, PAN, Wydział Nauk Medycznych, Komitet Zdrowia Publicznego I komunikacja ustna w czasie prac nad tym dokumentem

## Tolerowanie (sprzyjanie) postawom antymedycznym (szczepienia)

Aktywności zdrowia publicznego powinny być dla ludzi korzystne, co wynika z samej jego istoty. Na stronie amerykańskiego CDC napisano, że działaniom takim przypisuje się zasługę przyczynienia się do przedłużenia oczekiwanej długości życia ludzi mieszkających w USA w XX wieku o 25 lat. Stało się to dzięki „wielkim osiągnięciom”, na których czele znalazły się szczepienia<sup>3</sup>. Podejmowanie szczepień było odpowiedzią na sytuację panującą w początkach XX wieku, kiedy choroby zakaźne, takie jak: ospa, odra, błonica i krztusiec przybierały niejednokrotnie wielkość epidemii<sup>4</sup>. Ponieważ medycyna dysponowała tylko niewielką liczbą skutecznych środków terapeutycznych, liczba ofiar śmiertelnych była wysoka. Zarówno rozwój, jak i promocja szczepień przeciwko chorobom, którym można zapobiec, spowodowały dramatyczny spadek zachorowalności, a nawet doprowadziły do wyeliminowania niektórych chorób, co dotyczyło na przykład ospy. Należy też przypomnieć bardzo efektywną i zmierzającą ku eradykacji choroby kampanię szczepień przeciw polio<sup>5</sup> oraz uchodzące za przykładowe osiągnięcie wprowadzoną do powszechnego stosowania w rekordowo szybkim czasie szczepionkę przeciwko Sars-Cov-2<sup>6</sup>.

Niezależnie jednak od rzeczywistej, pozytywnej roli, jaką odegrały szczepienia w poprawie stanu zdrowia ludzi, już od samego początku, od czasu Edwarda Jenner'a w XVIII wieku, wzbudzały protest ludzi im przeciwnych<sup>7</sup>. Współczesnym wydarzeniem, które odegrało symboliczną rolę w pobudzeniu postaw antyszczepionkowych była publikacja Andrew Wakefielda o powiązaniach stosowania szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce z przypadkami autyzmu<sup>8</sup>. Wprawdzie teza przedstawiona w artykule została oficjalnie zdezawuowana, a pierwszy autor został zawieszony w prawach wykonywania zawodu na terytorium UK, a sam fakt publikacji

<sup>3</sup> CDC. *Ten Great Public Health Achievements — United States, (1900–1999)*. The Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), April 2, 1999 / Vol. 48 / No. 12, <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm4812.pdf>.

<sup>4</sup> BU 20th Century Public Health Achievements. *A Brief History of Public Health*. Boston University School of Public Health, October 1, (2015). <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/ph/publichealthhistory/publichealthhistory9.html>.

<sup>5</sup> WHO Polio myelitis, bzd. <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccines-quality/poliomyelitis>.

<sup>6</sup> F. Kreier. *Ten billion COVID vaccinations: world hits new milestone*. Nature. (31 January 2022), <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00285-2>.

<sup>7</sup> *History of Anti-Vaccination Movements, Misconceptions about Vaccines*. The College of Physicians of Philadelphia, (2022). <https://historyofvaccines.org/vaccines-101/misconceptions-about-vaccines/history-anti-vaccination-movements/#Source-14>.

<sup>8</sup> A. Wakefield. *Measles, mumps, and rubella vaccine: Through a dark glass, darkly. Adverse drug reactions and toxicological reviews*. (2001);19:265-283, <http://www.wellwithin1.com/WakefieldThroughGlassDarkly.pdf>

został uznany przez redakcję BMJ za błąd<sup>9</sup>, to zwątpienie dotyczące sensowności szczepień zostało zasiane w wielu umysłach. Jak ważna to była postać może świadczyć jego spotkanie ze zwycięskim kandydatem na urząd prezydentem mocarstwa, który nie omieszkął przy tym przedstawić wątpliwości dotyczących sensowności szczepień<sup>10</sup>. Protesty przeciwko stosowaniu szczepionki w pandemii COVID-19, wybuchające w Kanadzie, Australii, Nowej Zelandii, USA<sup>11</sup>, i we Francji<sup>12</sup>, które przyjęły absurdalną nazwę „konwojów wolności”, czerpały inspirację z idei przedstawianych wcześniej przez zwolenników Wakefielda.

W Polsce w 2011 roku powstało i zostało zarejestrowane Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „Stop Nop”<sup>13</sup>. Ogólnym i nadrzędnym celem Stowarzyszenia miała być, wymieniona na pierwszym miejscu, promocja i ochrona zdrowia publicznego, czego podstawą miała być holistyczna koncepcja człowieka i świata. W równie ogólnie nakreślonych ramach aktywności stwierdzono, że Stowarzyszenie zwróci szczególną uwagę na respektowanie wolności i swobód obywatelskich, a także praw człowieka i pacjenta, szczególnie w zakresie wyboru metody profilaktyki i leczenia chorób, w tym groźnych chorób zakaźnych. Jednak ze sformułowań bardziej szczegółowych można było wnioskować, że najważniejszym problemem, na którym miano się koncentrować była kwestia niepożądanych odczynów poszczepiennych, które były uznane za nieodłącznie wiążące się z rutynowymi szczepieniami, które zostały nazwane „tzw. szczepieniami ochronnymi”. Demaskowanie szkodliwych skutków szczepień uznano za wyraz swobodnego uprawiania nauki, które jest utrudniane lub wręcz uniemożliwiane przez oficjalną medycynę.

Na stronach Stowarzyszenia prowadzona jest kronika przedstawiająca jego aktywności od końca 2016 roku<sup>14</sup>. W 2016 roku vice-Prezes Stowarzyszenia przygotowała petycję adresowaną do Pani Premier i Ministra Sprawiedliwości zatytułowaną „STOP lobbystom koncernów farmaceutycznych w administracji publicznej”, w której domagano się oczyszczenia polskiej administracji publicznej z osób piastu-

<sup>9</sup> Corrections Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent, BMJ (2011); 342, Published (15 March 2011). <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d1678>.

<sup>10</sup> J. Gevert. *Trump's Meeting with Wakefield Rattles Vaccine Supporters*. Patient Care, (December 8, 2016), <https://www.patientcareonline.com/view/trumps-meeting-wakefield-rattles-vaccine-supporters>

<sup>11</sup> E. Alden. *Canada's Trucker Protests: What to Know About the 'Freedom Convoy'*. Council on Foreign Relations, (February 11, 2022). <https://www.cfr.org/in-brief/canadas-trucker-protests-what-know-about-freedom-convoy>.

<sup>12</sup> W. Cornet. *French 'freedom convoy' gets under way in protest at Covid-19 restrictions*. France 24. (09/02/2022), <https://www.france24.com/en/france/20220209-french-freedom-convoy-gets-under-way-in-protest-at-covid-19-restrictions>

<sup>13</sup> Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”, Spis organizacji, ngo.pl,

<sup>14</sup> Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”, Category Działania bzd. <https://stopnop.com.pl/category/dzialania/>

jących ważne stanowiska publiczne, a działających w konflikcie interesów<sup>15</sup>. W petycji wskazano także kilka nazwisk osób, rzekomo działających na rzecz koncernów, co doprowadziło do postępowania sądowego<sup>16</sup>. Sprawa karna przeciwko inicjatorce petycji – która niosła oszczerczy przekaz – została umorzona, a sędzia w uzasadnieniu stwierdził, że działanie zostało podjęte „w ochronie interesu społecznego w kwestiach związanych z obowiązkowymi szczepieniami”<sup>17</sup>.

W tym samym czasie jedna z posłanek przedstawiła projekt utworzenia odrębnego rządowego organu odpowiedzialnego za nadzór nad powikłaniami poszczepiennymi<sup>18</sup>. 3 czerwca 2017 roku zorganizowana została w Warszawie mająca międzynarodowe ambicje demonstracja przeciwko przymusowemu szczepieniu dzieci, a pod informacją o demonstracji umieszczony został apel o uczczenie – przez zapalenie świec – ofiar odczynów poszczepiennych<sup>19</sup>. W 2018 roku Stowarzyszenie zainicjowało przygotowanie projektu ustawy pod hasłem „Dobrowolność szczepień” i po zebraniu 121 tysięcy podpisów poparcia dla projektu przedstawiło go Sejmowi<sup>20</sup>. Aktywność antyszczepionkowa trwa, a pandemia i szczepienia przeciwko COVID-19 były okazją do jej intensyfikacji. Obostrzenia wprowadzane w czasie pandemii były także przedmiotem wielokrotnie organizowanych przez Stowarzyszenie protestów pod nazwą „Marszów Wolności”<sup>21</sup>. Stosunkowo niedawnym przykładem pobłażliwości organów ścigania w stosunku do wystąpień Stowarzyszenia była odmowa prokuratury wszczęcia postępowania po zamieszczonej przez Stowarzyszenie prasowej informacji, że lekarze przeprowadzają w publicznych szpitalach akty eutanazji<sup>22</sup>. Sprzeciwiło się jedynie środowisko medyczne. Zaprotestowało Prezydium Naczelnej

<sup>15</sup> Petycja do rządu RP. *STOP lobbyistom koncernów farmaceutycznych w administracji publicznej*. e-Sanok. (01-01-2016). <https://esanok.pl/2016/petycja-do-rzadu-rp-stop-lobbyistom-koncernow-farmaceutycznych-w-administracji-publicznej.html?cm=1?cm=1>.

<sup>16</sup> R. Popielewicz *Pozew dla społecznika*. Nasz Dziennik, (9 października 2016., <https://naszdzienik.pl/polska-kraj/168631,pozew-dla-spoeczniaka.html>).

<sup>17</sup> Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”. Facebook, (16 grudnia 2016). <https://www.facebook.com/stowarzyszeniestopnop/posts/1487120801315343>.

<sup>18</sup> Anna Elżbieta Sobecka, *Interpelacja nr 7942 do ministra zdrowia w sprawie utworzenia odrębnego organu odpowiedzialnego za nadzór nad powikłaniami poszczepiennymi*, (21-11-2016), Sejm, Archiwum VIII Kadencja, <https://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=3190D17A>.

<sup>19</sup> *Poland calls the whole world to protest against mandatory vaccination*. (June 3rd, 2017), June 3 – International Vaccine Injury Awareness Day, (30 marca 2017). <https://stopnop.com.pl/poland-calls-the-whole-world-to-protest-against-the-compulsion-of-vaccinations-june-3rd-2017/>.

<sup>20</sup> Ustawy STOP NOP. *Dobrowolność vs bezpieczeństwo*. (2019-07-09). <https://multimatum.pl/wpisy/ustawy-stop-nop-dobrowolnosc-vs-bezpieczenstwo/#:~:text=Komitet%20Obywatelskiej%20Inicjatywy%20Ustawodawczej%20Og%C3%B3lnopolskiego%20Stowarzyszenia%20Wiedzy%20o,121%20tysi%C4%99cy%20podpis%C3%B3w%20poparcia%20dla%20projektu%20zmiany%20prawa>.

<sup>21</sup> Marsz o Wolność. Posted on 13 maja 2021. <http://www.stopcovid1984.pl/>

<sup>22</sup> A. Pustułka. *Skandal! Prokuratura odmówiła ścigania antyszczepionkowców zarzucających lekarzom wykonywanie... eutanazji*. Dziennik Zachodni, (16 lipca 2020). <https://dziennikzachodni.pl/skandal-prokuratura-odmowila-scigania-antyszczepionkowcow-zarzucajacych-lekarzom-wykonywanie-eutanazji/ar/c14-15081503>.

Rady Pielęgniarek i Położnych<sup>23</sup>, a Rzecznik Praw pacjenta wyraził dezaprobatę<sup>24</sup>. Próby wszczęcia postępowania o delegalizację Stowarzyszenia pozostały na razie bezskuteczne<sup>25</sup>.

Fundacja „Ordo Medicus” przedstawia samą siebie jako „oddolną, społeczną inicjatywę lekarzy i naukowców na rzecz zdrowia, wolności, prawdy i niezależnej nauki. Inicjatywa powstała w reakcji na antynaukowe, antyspołeczne, antyekonomiczne i często bezprawne zarządzanie tzw. kryzysem koronawirusowym przez polski rząd i jego doradców medycznych”<sup>26</sup>. Celem funkcjonowania Fundacji miało być upowszechnianie naukowej wiedzy medycznej na temat chorób, metod ich zapobiegania oraz sprawnego funkcjonowania służby zdrowia. Ponieważ bezpośrednim bodźcem aktywizowania Fundacji była pandemia, to jej działania miały być skierowane głównie na informowanie o COVID-19. Członkowie Fundacji mieli działać *pro bono*, a sama Fundacja, zgodnie z deklaracją, była grupą społeczną niepowiązaną z żadną partią polityczną. Niemniej biogramy osób najbardziej aktywnych dostarczały informacji o ich związkach z instytucjami religijnymi, jak wydawnictwo Monumen<sup>27</sup>, lub ze Stowarzyszeniem Prawników Głos Wolności, które występowało przeciwko szczepieniom i wzywało Kościół do rezygnacji z propagowania szczepień<sup>28</sup>. Fundacja prowadziła bardzo ożywioną aktywność, krytykując praktycznie wszystkie działania i ograniczenia wprowadzane przez władze w odpowiedzi na pandemię. O bliskości współpracy między Fundacją i organizacjami, z którymi związani byli jej członkowie może świadczyć fakt, że internetowa transmisja pierwszego posiedzenia Komisji śledczej ds. pandemii, a więc sztandarowej struktury Fundacji była prowadzona przez Stowarzyszenie Prawników „Głos Wolności”.

W 2021 roku zostało zarejestrowane Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców<sup>29</sup>. Jeszcze przed rejestracją Stowarzyszenie zainicjowało serie apeli skierowanych przeciwko szczepieniom i obostrzeniom związanym z pandemią

---

<sup>23</sup> Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Stanowisko Nr 30 z dnia 22 października 2019 roku w sprawie wyrażenia sprzeciwu w związku z zamieszczeniem na facebooku Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP, artykułu sugerującego stosowanie na Oddziałach Intensywnej Terapii nieuzasadnionych medycznie procedur i leków. NIPiP, Wersja od: 22 października 2019 r. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/akty-korporacyjne/wyrazenie-sprzeciwu-w-zwiazku-z-zamieszczeniem-na-facebooku-287382910>.

<sup>24</sup> Stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie apelu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o szczepieniach „STOP NOP”. Rzecznik Praw Pacjenta. (17.10.2019). <https://www.gov.pl/web/rpp/stanowisko-rzecznika-praw-pacjenta-w-sprawie-apelu-ogolnopolskiego-stowarzyszenia-wiedzy-o-szczepieniach-stop-nop>.

<sup>25</sup> Wszczęcie postępowania przez Prezydenta Poznania wobec STOP NOP. Dodane: 2019-10-25, przez: Administrator. <https://nil.org.pl/aktualnosci/4132-wszczecie-postepowania-przez-prezydenta-poznania-wobec-stop-nop>

<sup>26</sup> Ordo Medicus, O nas. bzd. <https://ordomedicus.org/o-nas/>.

<sup>27</sup> Ordo Medicus. Komisja Śledcza. bzd. <https://ordomedicus.org/komisja-sledcza-ds-pandemii/>.

<sup>28</sup> Stowarzyszenie Prawników „Głos Wolności” Nasze działania bzd. <https://gloswolnosc.pl/nasze-dzialania>.

<sup>29</sup> Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców, NGO.pl Spis organizacji (2022). <https://spis.ngo.pl/376407-polskie-stowarzyszenie-niezaleznych-lekarzy-i-naukowcow>.

COVID-19, adresowanych do najważniejszych osób w Państwie. Pierwszy apel, z listopada 2020 roku, był adresowany do Prezydenta, Premiera, Ministra Zdrowia i Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych i został podpisany przez 64 profesorów, doktorów i lekarzy<sup>30</sup>. Już po dwóch tygodniach wysłano kolejny List Otwarty do Prezydenta i Rządu RP, ale także do wiadomości Sejmu, Senatu i Mediów, tym razem koncentrując się na krytyce Narodowego Programu Szczepień<sup>31</sup>. Apel drugi podpisało 63 profesorów, doktorów i lekarzy. W trzecim liście z lutego 2021 roku skierowanym do tych samych adresatów, apelowano o „rzetelną, wolną debatę publiczną o rzeczywistym wymiarze zagrożenia epidemiologicznego w Polsce, o zagrożeniach wynikających z masowych szczepień, o metodach zakończenia epidemii oraz o obronę Polski przed interesami obcych koncernów medycznych, dla których głównym interesem wcale nie musi być nasze zdrowie, ale zysk i sprzedaż szczepionek”<sup>32</sup>. Trzeci apel podpisany przez równie imponującą liczbę osób utytułowanych, będący kompilacją poprzednich, został opublikowany na łamach „Do Rzeczy”<sup>33</sup>.

Poważnym problemem polskich ruchów antyszczepionkowych było poparcie udzielane im przez niektórych przedstawicieli oficjalnej medycyny. Kiedy Fundacja „Rzecznik Praw Rodziców”, powołana do życia przez małżeństwo Elbanowskich, znanych przeciwników wcześniejszej nauki szkolnej, przygotowała sprzeciw wobec szczepienia dzieci przeciw koronawirusowi, apel został podpisany przez wiele osób z tytułami naukowymi profesorów, czy stopniami doktorów i doktorów habilitowanych w dyscyplinach medycznych<sup>34</sup>.

O treści poglądów głoszonych w tych środowiskach może świadczyć cytata zaczerpnięta z publikacji pt. *Biała księga pandemii koronawirusa*, która została udostępniona na stronie Instytutu Ordo Medicus<sup>35</sup>. Autorem czterotomowego opracowania był fizyk specjalizujący się w problemach polimerów<sup>36</sup>. Napisano, o tym, że 11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), finansowana w około 75% z prywatnych funduszy ogłosiła „...falszywą pandemię koronawirusa, co było

<sup>30</sup> Pierwszy apel naukowców i lekarzy przeciw przymusowi szczepień na Sars-cov-2 i lockdownowi, (30 listopada 2020), <http://www.apelnaukowcowilekarzy.pl/index.html>.

<sup>31</sup> List Otwarty do Prezydenta i Rządu RP (14 grudnia 2020). <http://www.apelnaukowcowilekarzy.pl/drugi-apel-naukowcow-i-lekarzy-w-sprawie-szczepien-przeciw-covid-19---apel-naukowcowilekarzy.pl.html>.

<sup>32</sup> List Otwarty do Prezydenta i Rządu RP. (15 lutego 2021). <http://www.apelnaukowcowilekarzy.pl/trzeci-apel-naukowcow-i-lekarzy-w-sprawie-szczepien-przeciw-covid-19---apel-naukowcowilekarzy.pl.htm.l>.

<sup>33</sup> „Do Rzeczy”. Lekarze i naukowcy ostrzegają przed szczepieniami na COVID-19. Apelują do prezydenta i rządu. (30 listopada, 2020). <https://dorzeczy.pl/kraj/163148/lekarze-i-naukowcy-ostrzegaja-przed-szczepieniami-na-covid-19-apeluja-do-prezydenta-i-rzadu.html>

<sup>34</sup> Oświadczenie przeciw szczepieniu dzieci na COVID-19, Stowarzyszenie i Fundacja Rzecznik Praw Rodziców, (8 czerwca 2021). <https://rzecznikrodzicow.pl/2021/06/1382/>

<sup>35</sup> *Biała księga pandemii koronawirusa*, Instytut Ordo Medicus, (14 września 2022). <https://stopnop.com.pl/biala-ksiega/>.

<sup>36</sup> Ordo Medicus Komisja Śledcza, bzd. <https://ordomedicus.org/komisja-sledcza-ds-pandemii/>.

takim samym fałszerstwem, jak ogłoszenie kilka lat wcześniej pandemii świńskiej grypy, a obie te >pandemie< charakteryzują się współczynnikiem śmiertelności na poziomie sezonowej grypy. Nie było zatem jakiegokolwiek podstawy do uznania je za pandemię w sensie klasycznej definicji, czyli sytuacji zwiększonej (w porównaniu do poprzednich lat) liczby ciężkich zachorowań czy zgonów”. Raportowana przez WHO według stanu na dzień 6 października 2022 roku liczba 6 532 705 zgonów na świecie<sup>37</sup> w związku z COVID-19 nie została przekazana stronnikom poglądów głoszonych przez Ordo Medicus i wzięta przez nich pod uwagę. Także nierzetelne i stronnnicze zinterpretowania danych na temat całkowitego braku skuteczności szczepień przeciw COVID-19 przekazane przez Ministerstwo Zdrowia prowadzące do rozpowszechniania fałszywej informacji<sup>38</sup>, świadczyło o całkowitym zarzuceniu naukowych metod analizy. Skrajnie nieracjonalne podejście do wykorzystywania naukowych dowodów uniemożliwia potraktowanie większości działających w Polsce środowisk antyszczepionkowych jako zasadnie działających ruchów obywatelskich, jak traktowali je niektórzy badacze<sup>39</sup>.

Także niektóre środowiska polityczne z życzliwością przyjmowały aktywności antyszczepionkowe. W lutym 2016 roku powstał Parlamentarny Zespół ds. Bezpieczeństwa Programu Szczepień Ochronnych Dzieci i Dorosłych<sup>40</sup>. Przedstawionym w Regulaminie celem było przeprowadzenie audytu i ewentualne stworzenie nowych podstaw prawnych w dziedzinie obowiązkowych i dobrowolnych szczepień ochronnych, w którym to sformułowaniu warto zwrócić uwagę na termin „dobrowolne szczepienia ochronne”<sup>41</sup>. Jako pierwsze zadanie wskazano „zbadanie skali konfliktu interesów urzędników i lekarzy, w tym ekspertów, odpowiedzialnych za polski system i program szczepień ochronnych”. Ciekawe, że autorzy przyjęli jako oczywiste istnienie takiego konfliktu, a przedmiotem zainteresowania miała być jedynie ocena jego wielkości. Na pierwszym posiedzeniu występowali przedstawiciele Stowarzyszenia „STOP NOP”, a na jednym z kolejnych poświęconym krytyce szczepionki prze-

<sup>37</sup> WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, (2022), <https://covid19.who.int/>.

<sup>38</sup> F. Hunter. *Czy dane przekazane STOP NOP przez resort zdrowia dowodzą, że szczepienie na COVID-19 nie ma sensu?* Raport eksperta. Data werdyktu: (16.04.2021). <https://fakehunter.pap.pl/raport/2547b5ba-f15a-42e2-8753-6757cc52897f>.

<sup>39</sup> M. Hoffman, *Antyszczepionkowcy – antysystemowcy?* Krytyczna działalność Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP. Władza Sądzenia. (10. 1. 2016). <http://wladzasadzenia.pl/2016/10/antyszczepionkowcy-antysystemowcy-krytyczna-dzialalnosc-ogolnopolskiego-stowarzyszenia-wiedzy-o-szczepieniach-stop-nop.pdf>.

<sup>40</sup> Parlamentarny Zespół ds. Bezpieczeństwa Programu Szczepień Ochronnych Dzieci i Dorosłych. Sejm, VIII kadencja, Archiwum, (01-02-2016)., <https://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/agent.xsp?symbol=ZESPOL&Zesp=371>.

<sup>41</sup> Parlamentarny Zespół ds. Bezpieczeństwa Programu Szczepień Ochronnych Dzieci i Dorosłych, Sejm, VIII kadencja, Archiwum, Regulamin, bzd. [https://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/zesp\\_szczepienochronnych/\\$file/zesp\\_szczepienochronnych.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/zesp_szczepienochronnych/$file/zesp_szczepienochronnych.pdf).



ciw HPV, przedstawiono tezę o fałszywych informacjach podawanych na stronie PZH<sup>42</sup>.

W grudniu 2019 roku powołany został do życia Parlamentarny Zespół ds. Bezpieczeństwa Szczepień Ochronnych Dzieci i Dorosłych, a w jego skład weszło trzech posłów Konfederacji: Janusz Korwin-Mikke, Grzegorz Braun, Konrad Berkowicz<sup>43</sup>. W jednym z siedmiu odnotowanych posiedzeń poświęconych krytyce szczepionek wzięli udział badacze znani z antyszczepionkowych wystąpień przedstawianych w ramach innych inicjatyw<sup>44</sup>.

Parlamentarny Zespół ds. Sanitaryzmu. powstał w dniu: 11-05-2021<sup>45</sup>, gromadząc osiemnaścioro posłów z klubów PiS i Konfederacji, w tym dwoje członków Zespołu wyżej wymienionego<sup>46</sup>. Na jednym z posiedzeń przedstawiono dowody potwierdzające wybuch ognisk epidemicznych w wysoce zaszczepionych populacjach i mówiono o braku wystarczających danych potwierdzających skuteczność i bezpieczeństwo boostera czyli trzeciej dawki<sup>47</sup>.

Kiedy w lipcu 2021 roku Zespół zorganizował debatę dotyczącą szczepień przeciw COVID-19, a szczególnie dzieci, wśród zaproszonych znaleźli się nie tylko jego członkowie i eksperci, ale także przedstawiciele ruchów i organizacji antyszczepionkowych<sup>48</sup>. W trakcie dyskusji Rzecznik Praw Dziecka *eksplicite* potraktował te szczepienia jako eksperyment medyczny i zadał pytanie: czy jest prawnie dopuszczalne eksperymentowanie, bo *de facto* jesteśmy w czasie eksperymentu z udziałem dzieci? Panująca w czasie dyskusji atmosfera sprzyjała udzieleniu odpowiedzi negatywnej, mimo sprzeciwu zgłoszonego przez prof. Andrzeja Horbana.

Wielu polityków związanych z obozem władzy otwarcie wypowiadało się przeciwko szczepieniom. Dla przykładu: Minister edukacji i nauki: „Jestem absolut-

---

<sup>42</sup> Parlamentarny Zespół ds. Bezpieczeństwa Programu Szczepień Ochronnych Dzieci i Dorosłych. Sejm, VIII kadencja, Archiwum, Posiedzenia bzd. <https://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/agent.xsp?symbol=POSIEDZENIAZESP&Zesp=371>.

<sup>43</sup> Parlamentarny Zespół ds. Bezpieczeństwa Szczepień Ochronnych Dzieci i Dorosłych. Strona główna. (12-12-2019). <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/agent.xsp?symbol=ZESPOL&Zesp=667>.

<sup>44</sup> Parlamentarny Zespół ds. Bezpieczeństwa Szczepień Ochronnych Dzieci i Dorosłych, Posiedzenia, bzd. <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/agent.xsp?symbol=POSIEDZENIAZESP&Zesp=667>.

<sup>45</sup> Parlamentarny Zespół ds. Sanitaryzmu. Sejm, IX kadencja. Strona główna (11-05-2021), <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/agent.xsp?symbol=ZESPOL&Zesp=803>.

<sup>46</sup> Parlamentarny Zespół ds. Sanitaryzmu, Sejm, IX kadencja. Skład osobowy. bzd. <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/agent.xsp?symbol=SKLADZESP&Zesp=803>.

<sup>47</sup> P. Witczak. *Ocena zasadności segregacji sanitarnej w postępowaniu z pandemią COVID-19*. Parlamentarny Zespół ds. Sanitaryzmu, Sejm, IX kadencja. (29-10-2021). [https://orka.sejm.gov.pl/opinie9.nsf/nazwa/803\\_20211029/\\$file/803\\_20211029.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/opinie9.nsf/nazwa/803_20211029/$file/803_20211029.pdf).

<sup>48</sup> kamil – Parlamentarny Zespół ds. Sanitaryzmu zorganizował pierwszą w Polsce debatę dotyczącą szczepień (szczególnie dzieci). W Dolnym Śląsku, Com, (16.7.2021). <https://wdolnymslasku.com/2021/07/16/parlamentarny-zespol-ds-sanitaryzmu-zorganizowal-pierwsza-w-polsce-debate-dotyczaca-szczepien-szczegolnie-dzieci/>.

nym przeciwnikiem wprowadzania obowiązku szczepienia uczniów przeciw COVID-19<sup>49</sup>. Pełnomocnik rządu ds. programu szczepień: „...wprowadzając tego rodzaju obowiązek, można byłoby wywołać na tyle duże emocje społeczne, że zamiast pomóc, uzyskalibyśmy efekt odwrotny<sup>50</sup>”. Minister Sprawiedliwości: „Jeżeli PiS zdecyduje się na wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciwko koronawirusowi, to będzie musiało przełamać opór własnego koalicjanta. Jako Solidarna Polska z całą pewnością się na to nie zgodzimy<sup>51</sup>”. Małopolska kurator oświaty, o obowiązku szczepienia na COVID-19 stwierdziła: „konsekwencje stosowania tego eksperymentu nie są do końca stwierdzone<sup>52</sup>”. Podkreślić jednak należy, że niektórzy politycy PiS starali się oddziaływać siłą własnego przykładu i tak postąpił prezes Jarosław Kaczyński, jego zastępcy Mariusz Błaszczak, Mariusz Kamiński i premier Mateusz Morawiecki, natomiast, jak napisali dziennikarze: „w bazie zaszczepionych nie znaleźliśmy /-/ byłego szefa MON Antoniego Macierewicza<sup>53</sup>”.

Według danych opublikowanych w dniu 9 października 2022 roku odsetek osób w pełni zaszczepionych wynosił w Polsce 46 proc. całego społeczeństwa<sup>54</sup>.

## Brak społecznego zaufania

Instytucją, która rutynowo zajmuje się badaniem problemu zaufania w społeczeństwie jest Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). W ich badaniach przeprowadzonych w sierpniu 2022 roku stwierdzono, że w ostatnim czasie wyraźnie przybyło przeciwników rządu (wzrost o 7 pkt. proc., do 46%) i – w mniejszym stopniu – ubyło jego zwolenników (spadek o 3 pkt., do 29%)<sup>55</sup>. Jednocześnie, w porównaniu z poprzednim badaniem zwiększył się odsetek respondentów deklarujących

<sup>49</sup> P. Czarnek.: Jestem przeciwnikiem obowiązkowego szczepienia uczniów przeciw COVID-19. Dziennik. Gazeta Prawna. (26 sierpnia 2021). <https://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/8232426,czarnek-obowiazkowe-szczepienia-uczniow-przeciw-covid-19.html>.

<sup>50</sup> Obowiązek szczepień dla grup zawodowych? M. Dworczyk. *Trwa dyskusja, ale są wątpliwości*. Dziennik Gazeta Prawna. (25 sierpnia 2021). <https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/kraj/artykuly/8231625,obowiazek-szczepien-dla-grup-zawodowych-dworczyktrwa-dyskusja-ale-sa-watpliwosci.html>.

<sup>51</sup> Szczepienia na COVID-19 będą obowiązkowe? Z. Ziobro. *Nie zgodzimy się na to*. money.pl. (10.09.2021) <https://www.money.pl/gospodarka/szczepienia-na-covid-19-beda-obowiazkowe-zbigniew-ziobro-nie-zgodzimy-sie-na-to-6681798577343456a.html>.

<sup>52</sup> Kurator oświaty o szczepionkach. *Eksperyment o nie do końca znanych konsekwencjach*. Salon 24. (07.01.2022). <https://www.salon24.pl/newsroom/1195595,kurator-oswiaty-o-szczepionkach-eksperyment-o-nieznanych-konsekwencjach>.

<sup>53</sup> K. Dziubka. *Szczepionkowi hipokryci wśród polityków. Ujawniamy, kto ukrywa, że się nie szczepił*. Onet wiadomości. (26.01.2022). <https://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/ktory-polityk-sie-zaszczepil-czy-jaroslaw-kaczynski-jest-zaszczepiony/s0qflbk>.

<sup>54</sup> R. Czystowski. *Ile osób zaszczepiono na COVID-19 w Polsce [9 października]?* 300Gospodarka. (9.10.2022). <https://300gospodarka.pl/live/ile-zaszczepiono-na-covid-polska>

<sup>55</sup> CBOS. *Stosunek do rządu w drugiej połowie sierpnia*. Komunikat z badań Nr 111/2022. [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K\\_111\\_22.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_111_22.PDF).

niezadowolenie z wyników działalności rządu, przekraczając pułap ponad połowy respondentów (55%, wzrost o 6 pkt. proc.). Dobre oceny zadeklarowała jedna trzecia odpowiadających (33%, spadek o 6 pkt. proc.). Autorzy opracowania skomentowali, że ocena rządu Mateusza Morawieckiego jeszcze nigdy nie była tak krytyczna.

W innym badaniu przeprowadzonym przez CBOS, w tym samym czasie, stwierdzono pogorszenie notowań Sejmu, który pozytywnie oceniała jedna czwarta badanych (26%, spadek o 2 pkt. proc.), a 62% oceniało źle (wzrost o 5 pkt. proc.)<sup>56</sup>. Podobnie krytyczne były opinie o pracy Senatu. Aktywność senatorów pozytywnie ocenił co trzeci badany (33%, wzrost o 2 pkt. proc.), a krytykował 51% odpowiadających, co stanowiło wzrost o 2 pkt. procentowe.

W badanym czasie znacznemu pogorszeniu uległy również oceny Prezydenta. O ile poprzednim półroczu. utrzymywała się przewaga ocen pozytywnych, o tyle w okresie letnim opinie stały się znacznie zróżnicowane: Blisko połowa respondentów (47%, wzrost o 10 pkt. proc.) przedstawiała opinie negatywne i niemal ten sam procent respondentów wyrażał aprobatę (46%, spadek o 6 pkt. proc.).

W komentarzu do wyników badania przeprowadzonego przez CBOS w okresie od 31 stycznia do 10 lutego 2022 roku, autorzy stwierdzili trwałość przewagi zwolenników poglądu, że w stosunkach z innymi ludźmi nie można kierować się zasadą zaufania i należy być bardzo ostrożnym<sup>57</sup>. W ostatnim badaniu stanowisko to zostało potwierdzone przez 77% respondentów, a zwolenników postępowania z ufnością było 19%. Przedmiot zadanego pytania miał charakter abstrakcyjny, bo dotyczył zasadności ufania ludziom „w ogóle” i być może brak konkretnego odniesienia wpływał na treść wypowiedzi. Ale inne pytanie miało bardziej określony przedmiot, odnosiło się bowiem do zaufania pokładanego w „spotkanych nieznanym”. Wyniki ujawniły jednak, że przy tym pytaniu respondenci, zapytani o stosunek do nieznanym, z którymi spotykają się w różnych sytuacjach, częściej deklarowali brak zaufania niż zaufanie (58% wobec 30%).

Odpowiedzi na dwa wymienione pytanie, plus odpowiedzi na pytanie o zasadność zaufania w relacjach biznesowych, było podstawą zbudowania syntetycznego wskaźnika zaufania. Na podstawie tego wskaźnika autorzy opracowania stwierdzili, że blisko dwie trzecie respondentów (64%) deklarowało brak zaufania wobec innych, w tym ponad jedna piąta (22%) deklarowała nieufność we wszystkich trzech udzielonych odpowiedziach. Postawę charakteryzującą się otwartością w relacjach z innymi wyrażało 25% ankietowanych, przy czym duża otwartość, pozbawiona nieuf-

<sup>56</sup> CBOS. *Oceny działalności parlamentu i prezydenta w drugiej połowie sierpnia. Komunikat z badań.* Nr 109/2022, [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K\\_109\\_22.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_109_22.PDF).

<sup>57</sup> CBOS. *Zaufanie społeczne.* Komunikat z badań. Nr 37/2022, [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K\\_037\\_22.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_037_22.PDF).

ności we wszystkich trzech analizowanych wymiarach, charakteryzowało zaledwie 7% odpowiadających. Bardziej szczegółowe informacje są przedstawione w tablicy 1.

**Tabl. 1.** Ogólny wskaźnik zaufania 2022

UFNOŚĆ – NIEUFNOŚĆ	ZWOLENNICY	
Bardzo duża ufność, otwartość (+3) .....	7%	25%
Średnia ufność (+2) .....	4%	
Niewielka ufność (+1) .....	14%	
Postawa ambiwalentna (0) .....	11%	
Niewielka nieufność (-1) .....	25%	64%
Średnia nieufność (-2) .....	17%	
Bardzo duża nieufność, ostrożność (-3) .....	22%	

Źródło: CBOS. *Zaufanie społeczne*, 2022.

W tablicy 1 przedstawione są także wykorzystane w budowie syntetycznego wskaźnika zaufania wartości przypisane poszczególnym odpowiedziom – punkty dodatnie przy zaufaniu i punkty ujemne przy jego braku. Odpowiedzi uzyskane w roku 2022 pozwoliły na określenie wartości wskaźnika zaufania/nieufności na poziomie – 0,83. Ujemna wartość jest efektem trwającej od lat przewagi osób deklarujących brak zaufania.

Bardzo podobne wyniki przedstawiono w opracowaniu przygotowanym przez Fundację Batorego<sup>58</sup>. Zgodnie z wynikami tam przedstawionymi naukowcom, jako grupie zawodowej, ufało „bardzo” lub „w istotnym stopniu” 69% respondentów, natomiast w przypadku lekarzy było to 61% respondentów. Biorąc pod uwagę tę wielkość, zdziwienie może budzić fakt, że systemowi opieki zdrowotnej ufało zaledwie 33% badanych. Na ostatnim miejscu w rankingu zaufania znalazł się rząd z 21% ufających mu respondentów, a na przedostatnim opozycja z 26% poparcia.

Blisko siedemdziesięcioprocentowe poparcie naukowców mogłoby świadczyć o przewyciężaniu kryzysu zaufania – przynajmniej do tej grupy zawodowej – ale niestety, są badania, które wskazały znacznie niższe wskazania. W badaniu IPSOS, przeprowadzonym między 27 maja i 10 czerwca 2022 roku w 28 krajach na całym świecie, odsetek Polaków, którzy potwierdzali zaufanie do naukowców wyniósł 48%, przy średniej 57% dla pozostałych krajów<sup>59</sup>. Lekarzom ufało 39%, przy średniej 59%, i można zwrócić uwagę, że „świat” deklarował większe zaufanie do lekarzy niż do naukowców. „Zwykłym ludziom” Polacy ufali na poziomie 35%, przy średniej 38%,

<sup>58</sup> M. Kołczyńska. *Zaufanie Polaków w pandemii COVID-19*. Fundacja im. Stefana Batorego, forumIdei, Warszawa (2022). [https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2022/07/M.Kolczyńska.\\_Zaufanie\\_Polakow.w.pandemii.COVID-19.pdf](https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2022/07/M.Kolczyńska._Zaufanie_Polakow.w.pandemii.COVID-19.pdf).

<sup>59</sup> IPSOS. Global trustworthiness index. (2022). Who does the world trust? (29 July 2022). <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-07/Global%20trustworthiness%202022%20Report.pdf>

a ministrom w 13%, przy średniej 16%. Nie było wynikiem pocieszającym, że politykom ufało 7% polskich respondentów, przy średniej 12%.

Wyniki porównań międzynarodowych potwierdzają wnioski, do jakich dochodzili polscy badacze. W badaniu podjętym z inicjatywy Europejskiej Rady Stosunków Międzynarodowych zajęto się społecznymi skutkami pandemii COVID-19<sup>60</sup>. W badaniu postawiono, między innymi, problem głównych motywacji ograniczeń rządowych tak, jak były one postrzegane przez społeczeństwa. Dla celów badawczych zidentyfikowane zostały trzy typy interpretowania tych motywów. Zwolennicy pierwszej grupy – Pełni ufności – uważali, że główną motywacją było bezpieczeństwo publiczne i dążenie do powstrzymania rozprzestrzeniania się wirusa. W drugiej grupie – Podejrzliwych – uważano, że najsilniejszą motywacją było zatuszowanie niemocy i niekompetencji rządu i pozorowanie działania. Zwolennicy trzeciej grupy – Oskarżyciele – obwiniali rządy o wykorzystywanie COVID-19 jako usprawiedliwienia czy przykrywki do zwiększenia kontroli nad życiem ludzi. Otrzymane wyniki ujawniły, że przeciętnie, w Europie 64% odpowiadających deklarowało zaufanie do intencji rządów, 19% było podejrzliwych, a 17% oskarżała władze o dążenia do skrywania rzeczywistych motywów. Ale w Polsce grupa ufających wynosiła tylko 38%, podejrzliwych było 34%, a oskarżycieli 27%. W badaniu zbadano również, kogo respondenci obwiniali za trwające następstwa i skutki kryzysu, a tym samym przede wszystkim za ograniczenia ich wolności. Jedną z odpowiedzi jest twierdzenie, że winne są głównie jednostki, a więc osoby nieprzestrzegające racjonalnych zachowań. Ale możliwa była także odpowiedź, że za następstwa kryzysu odpowiedzialny był rząd, który niewłaściwymi reakcjami stymulował pogłębianie się niekorzystnych następstw. Oczywiście, możliwa była także odpowiedź, że nie można wskazać żadnego konkretnego podmiotu, któremu można by przypisać odpowiedzialność. W Europie przeciętnie 43% respondentów uważało, że negatywne następstwa i zagrożenie dla wolności pochodziło głównie od rządów i instytucji, ale w Polsce odsetek ten wynosił 58%. O ile w Europie wina nieracjonalnie zachowujących się ludzi była uznawana przez 48% respondentów, to w Polsce było ich tylko 31%.

Globalne badania porównawcze, w których analizowano odpowiedzi udzielane w 30 krajach potwierdziły niski poziom zaufania w Polsce<sup>61</sup>. Na pytanie o to, czy większości ludzi można ufać, twierdząco odpowiedziało 16% Polaków. Średnia dla 30 krajów wynosiła 30%, a w dwóch krajach, które znalazły się na pierwszych miejscach odsetek ten wnosił 56%.

<sup>60</sup> I. Krastev, M. Leonard. *Europe's invisible divides: How COVID-19 is polarising European politics*. The European Council on Foreign Relations, Policy Brief (1 September 2021). <https://ecfr.eu/publication/europes-invisible-divides-how-covid-19-is-polarising-european-politics/>

<sup>61</sup> IPSOS. *Interpersonal trust across the world. A 30-country Global Advisor survey*, (March 2022). [https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-03/Global%20Advisor%20-%20Interpersonal%20Trust%202022%20-%20Graphic%20Report\\_0.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-03/Global%20Advisor%20-%20Interpersonal%20Trust%202022%20-%20Graphic%20Report_0.pdf).

Niezwykle ważnym aspektem omawianego zagadnienia jest problem zaufania do merytorycznej wartości decyzji podejmowanych przez władze w związku z pandemią. Troska o jakość decyzji powinna należeć do grup eksperckich zajmujących się problemami mającymi być przedmiotem poszczególnych rozstrzygnięć, szczególnie w przypadku obowiązków lub ograniczeń mających mieć zakres ogólnokrajowy. Należy w związku z tym przypomnieć funkcjonowanie wielodyscyplinarnego Zespołu przy Prezesie Polskiej Akademii Nauk, który monitorował przebieg epidemii COVID-19 w Polsce i analizował możliwe scenariusze i formułował stosowne zalecenia<sup>62</sup>. Jednak naukowa wartość opracowań przygotowywanych przez to gremium nie przełożyło się na ich wykorzystywanie w procesach decyzyjnych i stąd wiele osób liczyło na to, że utworzona przy Premierze Rada Medyczna, która została powołana w listopadzie 2020 roku odegra większą rolę<sup>63</sup>. Przewodniczącym był główny doradca premiera do spraw COVID-19 prof. Andrzej Horban, a w jej składzie znaleźli się wybitni przedstawiciele świata naukowego. Do zadań Rady należała przede wszystkim analiza i ocena związanej z przebiegiem pandemii bieżącej sytuacji w kraju, opracowywanie propozycji działań oraz opiniowanie aktów prawnych, szczególnie takich które miały wprowadzać nowe zasady i ograniczenia w kraju. 14 stycznia 2022 roku Rada przedstawiła swoje kolejne 36 Stanowisko, w którym była mowa o dramatycznej sytuacji epidemiologicznej i wezwaniu do intensyfikacji szczepień, po czym większość członków Rady – 13 osób spośród 17 – podała się do dymisji. Jak napisali w oświadczeniu ustępujący: „Jako Rada Medyczna byliśmy niejednokrotnie oskarżani o niedostateczny wpływ na poczynania Rządu. Jednocześnie obserwowaliśmy narastającą tolerancję zachowań środowisk negujących zagrożenie COVID-19 i znaczenie szczepień w walce z pandemią, czego wyrazem były również wypowiedzi członków Rządu lub urzędników państwowych<sup>64</sup>”. Warunki współpracy z rządem były takie, że powodem decyzji był „brak wpływu rekomendacji na realne działania” i „wyczerpanie się dotychczasowej współpracy”. Problem dobrej współpracy środowisk eksperckich z władzą nie został ostatecznie rozwiązany, mimo że po kilku tygodniach powołana została do życia nowa Rada<sup>65</sup>.

---

<sup>62</sup> PAN Zespół doradczy ds. COVID-19, bzd.

<sup>63</sup> Rada Medyczna gov.pl bzd. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/rada-medyczna>.

<sup>64</sup> Trzynastu członków Rady Medycznej przy premierze złożyło rezygnacje. Minister zdrowia zabrał głos, TVN24, Polska. (14 stycznia 2022). <https://tvn24.pl/polska/rada-medyczna-13-czlonkow-rady-rezygnuje-z-doradzania-rzadowi-w-sprawie-covid-19-5559219>.

<sup>65</sup> J. Ojczy. *Premier powołał nową radę do spraw COVID-19*. Prawo.pl, (09.02.2022)2, <https://www.prawo.pl/zdrowie/nowa-rada-do-spraw-covid-19,513367.html>

## Nowi podopieczni

Precyzyjna liczba przebywających w Polsce Ukraińców jest trudna do oszacowania. Wiadomo, że od 24.02 do 14.10 2022 roku funkcjonariusze Straży Granicznych odprawili w przejściach granicznych 7,025 mln przybyszów z Ukrainy, a w drugą stronę wyjechało ponad 5,229 mln osób<sup>66</sup>. Można wnioskować, że liczba przebywających przybyszów waha się wokół 2 milionów. Liczba nowych podopiecznych systemu zdrowia publicznego jest więc znacząca, ale znacznie poważniejszym wyzwaniem byłyby nowe fale uchodźców zmuszonych do ucieczki przez narastającą agresję.

Wśród nowych przybyszów 93% stanowiły kobiety i dzieci, w tym 55 tysięcy dzieci do 2 lat, 118 tysięcy w wieku 3–6 lat, 406 tysięcy dzieci wieku szkolnym<sup>67</sup>. Jest to bardzo młoda populacja: Około 971 tys. uchodźców, czyli 74 % wszystkich, jest w wieku do 39 lat. Skład demograficzny tej grupy przesądza o rodzaju spodziewanych potrzeb zdrowotnych. Nie można też ignorować konsekwencji sytuacji epidemiologicznej panującej w Ukrainie.

Na stronie Reuters COVID-19 Tracker dostępna była informacja, że w Ukrainie do 15 lipca 2022 roku odnotowano 5 019 125 zakażeń i 108 671 zgonów związanych z koronawirusem<sup>68</sup>. Do tego czasu podano co najmniej 31 668 577 dawek szczepionek przeciwko COVID-19. Zakładając, że każda osoba potrzebuje 2 dawek, wystarczyło to do zaszczepienia około 35,7% populacji kraju. Niestety, strona dotycząca Ukrainy nie była aktualizowana po tej dacie. Z danych przedstawionych na stronie Our World In Data wynika, że do 13 października stwierdzono 5 milionów 480 tysięcy osób potwierdzonych infekcji, a zmarło łącznie 111059 osób<sup>69</sup>. Aktualnych danych na temat liczby szczepień nie było na tej stronie. Strona Ministerstwa Zdrowia Ukrainy dotycząca pandemii była ostatnio aktualizowana 24 lutego 2022 roku<sup>70</sup>. Wśród zrozumiałego braku informacji na temat aktualnej sytuacji epidemiologicznej optymistyczny był komunikat przedstawiony przez WHO we wrześniu o dostawie dużej liczby szczepionek przeciw COVID-19<sup>71</sup>. Pozostająca w gestii Ministerstwa Zdrowia szczepionka miała być rozdysponowana wśród mieszkańców 23 regionów kraju.

<sup>66</sup> Straż Graniczna . (15.10.2022), [https://twitter.com/straz\\_graniczna](https://twitter.com/straz_graniczna).

<sup>67</sup> B. Marczuk. *Uchodźcy z Ukrainy „odmładzają” Polskę*. Głos nauczycielski (29.08. 2022). <https://glos.pl/uchodzcy-z-ukrainy-odmładzaja-polske>.

<sup>68</sup> Reuters COVID-19 Tracker., Data sources: Oxford Coronavirus Government Response Tracker, Our World in Data, The World Bank, Reuters research, Last updated (July 15. 2022). <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/countries-and-territories/ukraine/>.

<sup>69</sup> Our World In Data Ukraine: Coronavirus Pandemic Country Profile, (October 2022). <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/ukraine>.

<sup>70</sup> Ministry of Health of Ukraine.( February, 2022). <https://covid19.gov.ua/en>

<sup>71</sup> WHO. *400 000 doses of Comirnaty vaccine delivered to Ukraine under COVAX*, WHO Europe. (19 September 2022). <https://www.who.int/europe/news/item/19-09-2022-400-000-doses-of-comirnaty-vaccine-delivered-to-ukraine-under-covax>.

Sposób podejścia do zdrowia dzieci, które przybyły z Ukrainy może być zilustrowany informacją przygotowaną przez działającą w Irlandii Radę ds. Szczepień<sup>72</sup>. Stwierdzono tam, że ważne jest, aby dzieci przybywające z Ukrainy były szczepione odpowiednio do wieku, zgodnie z irlandzkim kalendarzem. Jednocześnie przypomniano, że w Ukrainie obecna jest odra i niedawno wykryto tam ogniska tej choroby, a także przypadki polio. Ryzyko zakażenia jest tym większe, że dzieci (w Ukrainie i w czasie drogi) mogły mieszkać w miejscach zbiorowych, takich jak hotele lub ośrodki recepcyjne, w których rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych było bardzo prawdopodobne. W pierwszej kolejności należy dołożyć wszelkich starań, aby dzieci były na bieżąco ze szczepionkami MMR i polio. Ponadto przypomniano, że dzieci z Ukrainy powinny przestrzegać irlandzkiego harmonogramu szczepień. Jest to konieczne dlatego, że przez pewien czas będą mieszkać w Irlandii i powinni być chronione przed chorobami, które są powszechne i/lub mają poważne konsekwencje w Irlandii.

Niezależnie od szczególnej uwagi poświęcanej dzieciom, ze względu na nawracające fale pandemii jako aktualną i ważną traktowano kwestię szczepień przeciwko COVID-19. Zgodnie z ogólnymi zasadami było ono zalecane dla wszystkich osób w wieku powyżej 12 lat. Osobom zainteresowanym wskazano miejsca, gdzie szczepienia były dostępne. Napisano także o zalecanych dawkach przypominających.

Nie ma wątpliwości, że w Polsce bardzo poważnym problemem związanym z zakresem świadczeń dotyczących zdrowia reprodukcyjnego uchodźczyń był i pozostaje dostęp do legalnej aborcji. Kwestią o dramatycznym wymiarze były ciążę, będące efektem gwałtów dokonywanych przez żołnierzy wrogiej armii, mających niekiedy wymiar gwałtów zbiorowych. Odczuwana przez uchodźczynie potrzeba przerwania ciąży była potęgowana przez stres związany z koniecznością ucieczki i porzucenia całego dobytku, co jest typowe w takich przypadkach<sup>73</sup>. Ukrainki miały w kraju ułatwiony dostęp do aborcji (legalny zabieg w systemie ochrony zdrowia do 12. tygodnia)<sup>74</sup>. Dla szukających pomocy kobiet informacja o obowiązującym w Polsce restrykcyjnym prawie antyaborcyjnym było szokująca i w efekcie aktywistki pro-choice z Aborcijnego Dream Teamu zaoferowały wsparcie dla uchodźczyń, które potrzebowały pomocy w dostępie do aborcji, co polegało także na rozdawaniu pigułek wczesnoporonnych. W cytowanym artykule z *Guardiana* informowano o 158 kobietach, które skorzystały z pomocy do początków maja 2022 roku.

---

<sup>72</sup> The National Immunisation Office for Ireland. ( Information to support people from Ukraine. This page was updated on 5 October 2022. <https://www.hse.ie/eng/health/immunisation/hcpinfo/ukraine/>

<sup>73</sup> A. Parekh. *Post Traumatic Stress Disorder In A Rape Victim*. MEDizzy Journal. (December 3. 2020) <https://journal.medizzy.com/post-traumatic-stress-disorder-in-a-rape-victim/>.

<sup>74</sup> W. Strzyżyńska *.Declare it to a doctor, and it's over: Ukrainian women face harsh reality of Poland's abortion laws*. The Guardian. Tue (10 May 2022). <https://www.theguardian.com/global-development/2022/may/10/ukrainian-women-face-harsh-reality-poland-abortion-laws>.



Aktywności polskich zwolenników prawa do aborcji dla ukraińskich kobiet (Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny FEDERA), przy współpracy z lekarzami z Ukrainy, doradziły do uruchomienia kliniki umożliwiającej przeprowadzenie zabiegu<sup>75</sup>.

Oznaki sympatii i solidarności okazywane przez niektóre środowiska nie mogą jednak przesłonić braku empatii lub nawet niechęci i sprzeciwu okazywanych przez innych. Już kilka tygodni po agresji, Kaja Godek, znana aktywistka ruchu pro-life, zainicjowała przygotowanie w języku ukraińskim ulotki, w której informowano, że „aborcja to zabójstwo i najgorsza zbrodnia” oraz namawiano do wykorzystywania telefonu alarmowego w sytuacjach jej propagowania<sup>76</sup>. Ciekawą konsekwencją tej akcji było wystąpienie Ministerstwa Zdrowia, które zażądało uzupełnienia treści ulotki o informację, że aborcja ciąży pochodzącej z gwałtu jest w Polsce legalna.

Także Instytut Ordo Iuris okazał zainteresowanie sprawą i zwrócił się do szpitali z wnioskiem o udostępnienie informacji, ile zabiegów przerwania ciąży zostało przeprowadzonych w ostatnim czasie z powodu gwałtu<sup>77</sup>. Istotną jednak była nie sama liczba, ale informacja, ile zabiegów zostało przeprowadzonych na Polkach, a ile „na obywatelkach innych państw”. Intencje zainteresowania Fundacji sprawą aborcji mogły być łatwo dostrzeżone w wypowiedzi Katarzyny Gęsiak, dyrektorke Centrum Prawa Medycznego i Bioetyki Fundacji, która stwierdziła, że powoływanie się przez Ukrainki na gwałt może być metodą uzyskania dostępu do aborcji, która w przypadku gwałtu jest legalna. I dodała: „...jestem też przekonana, że jest wiele takich kobiet, które przy okazji, że uciekły z Ukrainy, chcą wykonać tę aborcję w Polsce<sup>78</sup>”. Gwałt miałby być zatem jedynie wygodnym pretekstem, nie mającym nic wspólnego z rzeczywistym traumatyzującym przeżyciem.

Warto odnotować, że w adresowanym do Ministra Zdrowia piśmie Rzecznika Praw Obywatelskich, interweniującego na rzecz ukraińskich uchodźców, problem dostępu do aborcji nie został uwzględniony<sup>79</sup>.

<sup>75</sup> ONET. „*Albo ich to nie obchodzi, albo mówią, że to anioł Boży*”. Ukrainki zderzają się z polskim prawem aborcyjnym, Onet Wiadomości. (10 maja 2022), <https://wiadomosci.onet.pl/swiat/aborcja-uciekla-przed-wojna-w-polsce-nie-ma-prawa-do-zabiegu/0gdbmf0>.

<sup>76</sup> E. Kołodziej, P. Korzeniowski. *W Ukrainie aborcja jest legalna*. Ministerstwo upomina Kaję Godek w sprawie ulotek, NOIZZ, (28.04.2022). <https://noizz.pl/spoleczenstwo/antyaborcyjne-ulotki-kaj-godek-do-ukrainek-ministerstwo-upomina-aktywistke/5d6991m>.

<sup>77</sup> OFEMININ.PL „Aborcja tylko pogłębi traumę zgwałconych kobiet”. Ordo Iuris chce sprawdzić, czy Ukrainki usuwają w Polsce ciężę, Baza Ekspertek. (16.05.2022). <https://www.ofeminin.pl/swiat-kobiet/to-dla-nas-wazne/ordo-iuris-chce-sprawdzic-czy-ukrainki-usuwaja-w-polsce-ciaze/9t5gvvr>.

<sup>78</sup> „Aborcja to aborcja”. Ordo Iuris chce sprawdzić, czy Ukrainki usuwają ciężę, Rzeczpospolita., e-wydanie, : (15.05.2022) <https://www.rp.pl/polityka/art36296481-aborcja-to-aborcja-ordo-iuris-chce-sprawdzic-czy-ukrainki-usuwaja-ciaze>

<sup>79</sup> RPO. M. Wiącek. Pismo V.7010.74.2022.ETP, z dnia 13-04-2022 r., [https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2022-04/Do\\_MZ\\_zdrowie\\_uchodzczy\\_Ukraina\\_13\\_04.2022.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2022-04/Do_MZ_zdrowie_uchodzczy_Ukraina_13_04.2022.pdf)

## **Zakończenie**

Nie ma wątpliwości, że pandemia mogła być postrzegana jako dramatyczne zagrożenie dla sytuacji demograficznej wielu krajów, także Polski i traumatyzującym doświadczeniem dla praktycznie wszystkich systemów zdrowia publicznego. Jej konsekwencje okazały się tym bardziej bolesne, im słabszy był system w okresie przed atakiem wirusa. Polskie zdrowie publiczne, tak jak zdrowie populacji, były w złym stanie na długo przed wiosną 2020 roku, a ich kondycja przez pandemię uległa dalszemu osłabieniu. Potem okazało się dodatkowo, że popandemiczne uwarunkowania gospodarcze i polityczne, a przede wszystkim agresja na Ukrainę i wywołane nią przemieszczenia ludności, nie tylko nie sprzyjają odbudowie, ale tworzą nowe bariery i wyzwania. Nie można mieć złudzeń, że odpowiedź na nowe wyzwania będzie łatwa, konieczne będą rzetelne przygotowania, a pozyskanie niezbędnych zasobów nastąpi bez przeszkód. Ale najważniejsze wydaje się ujawnienie i nieprzekłamane nazwanie sytuacji, w której przed zdrowiem publicznym staną nowe zadania i trudne do przewyciężenia bariery. Od rozwiązania piętrzących się problemów będzie zależała demograficzna przyszłość społeczeństwa.

## DEBATA

**Moderator: dr n. przyrod. Bogdan Wojtyniak,  
Prof. NIZP-PZH-PIB**

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PHZ  
Państwowy Instytut Badawczy

Dzień dobry Państwu,

chciałbym zaprosić panią naczelnik Joannę Głazewską z Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, pana profesora dr hab. Jarosława Pinkasa, konsultanta krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego i pana profesora Wojciecha Hanke z Instytutu Medycyny Pracy i przewodniczącego Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. Niestety nie mogła przybyć pani minister Iza Kucharska, zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego, za co bardzo przeprosiła uczestników naszej konferencji, bowiem wyniknęły nowe, nadzwyczajne sytuacje dotyczące bezpieczeństwa zdrowotnego i niestety Główny Inspektor Sanitarny musi się tym zajmować.

Wykłady zaprezentowane w trakcie dzisiejszej konferencji, pokazały, że lista wyzwań stojących przed polskim zdrowiem publicznym jest niemała. Z jednej strony, mamy zagrożenie czy możliwość pojawienia się nowych patogenów, równocześnie jest prawie pewne, że zostanie z nami wirus SARS-CoV-2 i nie zmniejszają się zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi, czyli obydwa obszary stanowią bardzo duże wyzwanie dla zdrowia publicznego. Pandemia przyczyniła się do znacznego, dramatycznego pogorszenia się stanu zdrowia polskiego społeczeństwa, ale już przed pandemią obserwowaliśmy niebezpieczny okres, kiedy zahamowaniu uległa poprawa stanu zdrowia. Wirus zaatakował nas w momencie, kiedy już nie działało się najlepiej.

Należy zadać pytanie, dlaczego wystąpił brak poprawy zdrowia, czy jego zahamowanie? Nie wiemy i nie mamy dobrze rozpoznanych czynników, które przyczyniły się do tego, że poprawa stanu zdrowia uległa zahamowaniu mimo że nakłady na zdrowie cały czas się zwiększają. Powstaje zatem dziwna rozbieżność. Do tego dochodzi to, co podkreślało wielu mówców, mianowicie uwidacznianie się postaw antymedycznych, co stwarza dodatkowe wyzwanie dla działań w zakresie zdrowia publicznego.

W połowie września ukazał się raport-bardzo ważne opracowanie przygotowane przez ekspertów zebranych przez czasopismo „The Lancet” pt. *The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic*. Zaczyna się to opracowanie takim bardzo smutnym stwierdzeniem, że przytłaczające straty ludzkie w pierwszych dwóch latach pandemii COVID-19 są głęboką tragedią i ogromną porażką społeczną na wielu poziomach. To jest niezwykle ważne: podkreślenie porażki społecznej na wielu poziomach.

Autorzy raportu wymieniają, czym powinien się charakteryzować mocny, dobry system zdrowia publicznego. Wymieniają m.in. jego główne cechy: 1) silne, trwałe relacje z lokalnymi społecznościami i organizacjami; 2) dobry system nadzoru i raportowania; 3) inwestycje w badania w naukach behawioralnych i społecznych w celu opracowania i wdrażania bardziej skutecznych interwencji; 4) promocja zachowań prozdrowotnych; 5) silna edukacja zdrowotna na rzecz promocji zdrowia, zapobieganie chorobom i gotowości na wypadek nowych sytuacji kryzysowych; 6) skuteczne strategie komunikacji zdrowotnej; 7) aktywne działania na rzecz rozwiązywania problemu dezinformacji na temat zdrowia publicznego w mediach społecznościowych; 8) stale aktualizowane syntezы dowodów naukowych, żeby zdrowie publiczne było *evidence base*, czyli zawsze oparte na podstawach naukowych.

Mam pytanie do pani naczelnik Joanny Głazewskiej. Jak z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia wygląda nowe podejście do zdrowia publicznego? Jakie są plany w tym zakresie i jakie działania są planowane?

### **Joanna Głazewska**

Naczelnik Wydziału Planowania Programów w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwo Zdrowia

Nie ukrywam, że jest to dla mnie olbrzymi zaszczyt, ale i odpowiedzialność, że mogę wziąć udział w dzisiejszej konferencji i końcowej debacie. Od kilkunastu lat śledzę to, co się dzieje z systemem zdrowia publicznego w Polsce. Chciałabym zwrócić uwagę na to, że już przed pandemią zaczęliśmy kształtować nowoczesne zdrowie publiczne w Polsce. Może nie wszyscy odebrali w ten sposób ustawę o zdrowiu publicznym uchwaloną w 2015 roku czy Narodowy Program Zdrowia wydany jako rozporządzenie Rady Ministrów, a zatem akt prawa powszechnie obowiązującego, a nie jedynie zbiór eksperckich życzeń i pragnień, jak zdrowie publiczne powinno być realizowane przez różne instytucje publiczne, mające wpływ na nasze zdrowie. Chciałabym podkreślić, że proces kształtowania nowoczesnego zdrowia publicznego trwa już od kilku lat, angażując również inne ministerstwa niż Ministerstwo Zdrowia, instytucje nie tylko rządowe, ale też samorządowe. To dzięki przepisom uchwalonym w 2015 roku dowiedzieliśmy, w jaki sposób jest realizowana polityka publiczna dotycząca zdrowia w Polsce i przez jakie instytucje. Dopiero teraz wiemy, że w latach 2016–2020 zostało podjętych, uwaga, 167 tysięcy działań profilaktycznych w Polsce. Mówię o profilaktyce pierwszo-, drugo-, trzeciorzędowej. Z tych 167 tysięcy, 147 tysięcy odpowiadało na główne założenia Narodowego Programu Zdrowia. Uchwalony w 2016 roku Narodowy Program Zdrowia odpowiada na czynniki ryzyka, a przynajmniej jest dla instytucji publicznych propozycją katalogu zadań, które powinny być realizowane, żebyśmy czynnikiem ryzyka jakoś próbowali sprostać.

Fascynujące jest to, że czynniki ryzyka – dzisiaj to pojęcie zostało przytoczone – funkcjonują w naszym słowniku od 1961 roku. Mamy rok 2022 i planując zmiany w ustawie o zdrowiu publicznym, my zdecydowaliśmy – mówię „my” i powtarzam, że jest to dla mnie olbrzymi zaszczyt, że mogę mówić w imieniu grona profesorów, ekspertów, którzy pracowali nad założeniami zmian w ustawie o zdrowiu publicznym – o wprowadzeniu do przepisów pojęcia czynników ryzyka i katalogu czynników ryzyka, o których rozmawiamy w trakcie konferencji. Warto dodać jeszcze jedną zmianę w ustawie, która oczekuje na wpis do wykazu prac legislacyjnych rządu. Pokusiliśmy się o prawne wprowadzenie definicji zdrowia publicznego i określenie priorytetów, które zmniejszają zapadalność i przedwczesną umieralność z powodu głównych zabójców polskiego społeczeństwa. Wśród czynników ryzyka są choroby zakaźne, problemy zdrowia psychicznego i uzależnienia. Staramy się pomóc, przygotowując zmiany i wskazania priorytetów w przepisach prawnych, nadać kierunek działaniom różnych instytucji publicznych.

Mówiliśmy dzisiaj o dialogu, który jest potrzebny między środowiskiem naukowym a władzą, między środowiskiem naukowym a prawem, obywatelami a środowiskiem naukowym i tak dalej. Być może planowane zmiany w ustawie i w systemie zdrowia publicznego, które są określone ramami prawnymi, mogą wspomóc wzajemny dialog i wsparcie naukowe dla jednostek samorządu terytorialnego. To jest konieczne, bowiem tysiące interwencji nie zawsze odpowiadają głównym problemom zdrowotnym.

**Moderator: dr n. przyrod. Bogdan Wojtyniak,  
Prof. NIZP-PZH-PIB**

Bardzo dziękuję za przybliżenie nam tego, co się dzieje w zdrowiu publicznym i w jakim kierunku idą prace nad nową ustawą o zdrowiu publicznym, i jakie obszary ona obejmie.

Mam pytanie do pana profesora dr hab. Jarosława Pinkasa. W trakcie naszej konferencji mówiliśmy bardzo dużo o rozpowszechnianiu fałszywych i wprowadzających w błąd informacji, które niestety dramatycznie wiążą pogorszenie stanu zdrowia z działaniami antyzdrowotnymi. Natknąłem się na informację w JAM-ie (?), która podaje, że w badaniach symulacyjnych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych stwierdzono, że wyższe wskaźniki szczepień mogłyby były zapobiec prawie połowie zgonów związanych z COVID-19 między 1 stycznia 2021 roku a 30 kwietnia 2022 roku. To są naprawdę porażające liczby, czyli konsekwencje takich zachowań są dramatyczne. Pan profesor dr hab. Jarosław Pinkas, oprócz tego, że jest wybitnym specjalistą w zakresie zdrowia publicznego, był również wielkim entuzjastą środków komunikacji społecznej, bardzo pilnie je śledził i obserwował, ale też dostrzegł wielkie niebezpieczeństwo, jakie jest związane z rozpowszechnieniem fałszywych infor-

macji. Czy mogę prosić pana profesora o komentarz w tej sprawie? Jakie są wnioski po śledzenia tego, co się dzieje w mediach i jakie środki zaradcze można podjąć?

**Prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas**

Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego

Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Ten temat jest kluczowym zagadnieniem w zdrowiu publicznym, ale na samym wstępie chcę powiedzieć, że gdybyśmy chcieli skompilować to, co pokazał *The Lancet*, to by było jedno czy dwa pytania – dobrze wybierz. Pierwsze pytanie brzmi: kto odpowiada za zdrowie?

My – Polacy, chcemy, żeby za nasze zdrowie odpowiadał ktoś – rząd, nasz lekarz rodzinny, szpital, system opieki zdrowotnej. Nic bardziej błędnego, bo doskonale wiemy, że za nasze zdrowie odpowiadamy sami i musimy sobie to uświadomić. Żeby odpowiadać za własne zdrowie, trzeba być wykształconym, mieć ludzi, którzy mogą nam przekazać właściwe informacje, i trzeba mieć zaufanie do autorytetów, do lekarzy. Także w internecie, który jest nieprawdopodobną kopalnią dobrych, mądrych, rzetelnych informacji, możemy je znaleźć.

Ale oprócz tych dobrych i mądrych informacji jest cała masa straszliwego bałaganu, rzeczy, które są pokazywane tylko po to, żeby ktoś z tego coś miał. Na przykład satysfakcję, bo dostanie lajka za opublikowany post. Co doprowadzi do tego, że będzie bardziej znany w social mediach, a news, który opublikował może być po prostu nieprawdziwy. Jeśli ktoś nie ma czegoś do powiedzenia i nie ma warsztatu, to może epatować czy szokować ludzi za pomocą kontrowersji. Kochamy kontrowersje: a może jest inaczej? Ale to jest inny sposób widzenia. Jest cała masa osób, którzy w internecie robią straszliwe szkody, bo tak naprawdę w niemałym procencie ponoszą konsekwencje swoich działań. Nie są odpowiedzialni za dług zdrowotny, odpowiedzialni są za nieszczęścia wielu ludzi, które już się wydarzyły lub też mogą wydarzyć, vide to, że być może w Polsce będziemy mieli pełnoobjawowy przypadek polio, dlatego że nie wszyscy chcą szczepić swoje dzieci, co będzie kompletnym dramatem dla nas wszystkich zajmujących się zdrowiem publicznym.

Na to jest oczywiście jedna recepta i można ją uzyskać w nieskomplikowany sposób. To jest taka recepta, na której musi być napisane: dobrze wybierz i idź do odpowiedniej apteki, gdzie dostaniesz odpowiedni preparat. I to nie będzie lek, to będzie porada pod tytułem: Zaczynj interesować się medycyną stylu życia, wejdź na stronę medfake.pl – to strona prowadzona przez konsorcjantów dużego grantu, którego celem jest budowanie wzrostu zaufania do szczepień ochronnych.

Proszę Państwa, mamy także w tej chwili sytuację w Polsce szczególnie dramatyczną, bo pan profesor Cezary Włodarczyk, który pokazał szerokie spectrum związane z nowymi wyzwaniami w zdrowiu publicznym, nie powiedział o jednej rzeczy:

że jesteśmy na wojnie, w trakcie wojny hybrydowej, dostajemy całą masę informacji, które mają nas ogłupić, które mają nas zainfekować wirusem denializmu, odejścia od racjonalnych wyborów. 12 tysięcy botów z jednego z dużych miast u naszych sąsiadów siało propagandę, żeby dzieci się nie szczepiły na odrę. My to wszystko wiemy, my to badamy, mamy możliwość analizy tego, co się dzieje w sieci i jak ta sieć jest dramatyczną, infekującą nas wszystkich rzeczą.

Jak przeciwdziałać? Musimy być wszyscy bardzo pryncypialni, to znaczy trzeba być impregnowanym na to, że wszystkie argumenty, które są używane przeciwko nam, to są argumenty *ad personam*. Nie ma argumentów merytorycznych. I nawet jeżeli jesteśmy hejtowani, opluskwiani, to trzeba wiedzieć, że w którymś momencie to się skończy. Dlatego że przyjdą takie czasy, które będą tak jednoznaczne, że wykażą naszą rację i być może dzięki temu, że tkwimy i będziemy dalej tkwić, doprowadzimy do sytuacji jednak znacznie mniejszych dramatów niż wtedy gdyby nas nie było.

**Moderator: dr n. przyrod. Bogdan Wojtyniak,  
Prof. NIZP-PZH-PIB**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze za tę nutę optymizmu.

Chciałbym się zwrócić do pana profesora dr hab. Wojciecha Hanke z pytaniem, jakie są działania Instytutu Medycyny Pracy. W trakcie naszej dzisiejszej konferencji nie mówiliśmy o zdrowiu populacji pracującej i wpływie, jaki ma na zdrowie zmiana warunków pracy. W czasie pandemii COVID-19 zaczęliśmy pracować w systemie zdalnym, co zaburzyło dotychczasową równowagę między pracą zawodową a rodziną.

**Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hanke**

Instytut Medycyny Pracy w Łodzi

Przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk

Serdecznie dziękuję za zaproszenie. Bardzo chętnie podzielę się z Państwem refleksją na temat zdrowia osób pracujących. Pandemia COVID-19 pogorszyła warunki pracy, ponieważ żyliśmy w ciągłej izolacji, niepewności, lęku sprzyjającemu depresji, zachowaniom raczej nie prozdrowotnym. Wszystkie zagrożenia były spotęgowane tzw. long COVID-em, czyli sytuacją, kiedy mimo niby braku zagrożeń choroby, nie ustępowały pewne objawy, typu zaburzenia pamięci, generalna słabość, złe samopoczucie, niechęć do powrotu do rutynowych działań. Warto się zastanowić nad kondycją pracowników medycznych. Nie posiadamy „twardych” danych na ten temat, ale warto powiedzieć kilka słów. Po pierwsze, od lat mówimy o niedoborze kadr medycznych. Czy jest szansa, że ta sytuacja się poprawi? Ta szansa oczywiście zależy od nas. Pierwszy problem to wypalenie zawodowe. Jak je rozpoznajemy? Kiedy

w niedzielę, a zwłaszcza w poniedziałek rano, czujemy generalną niechęć do pójścia do pracy. I nie jest to, że nie lubię poniedziałku, jak to było w filmie. Nie. To jest po prostu lęk czy niechęć do pójścia tam, gdzie nie chcę być i chcę stamtąd uciec. Takie objawy wskazują na to, że trzeba coś zmienić w naszym życiu. Najczęściej czym to się kończy? Kończy się tym, że zaczynamy myśleć o zmianie pracy, bo myślimy, że w nowym miejscu pracy będzie lepiej, będziemy mieli jakieś inne otoczenie, tzw. inną kulturę organizacyjną. Zgadza się, tak może być, ale często tak nie jest, ponieważ jesteśmy wypaleni zawodowo. Co to znaczy wypaleni? To działa tak jak nasz telefon – jeżeli bateria się wyczerpuje, telefon przestaje działać i musi się naładować. Często nie dajemy sobie szansy się „doładować”, bo weekend jest krótki, sobotę spędzamy na interakcjach towarzyskich, w niedzielę mamy już trochę więcej czasu, może na jakąś rekreację. Przychodzi poniedziałek i wracamy do rutynowych działań.

Jak może pomóc medycyna pracy? Problem wypalenia zawodowego jest od dawna znany, dostrzegany i wiele organizacji podjęło działania systemowe, typu szkolenia, odczyty, konferencje. Niestety, to są tylko teoretyczne rozważania. Każdy musi zrobić własny rachunek sumienia, rachunek braku czasu – ile pracuje, ile ma czasu wolnego. Warunki zewnętrzne czasami sprzyjają rozeznaniu problemu, ale nie pomagają. Trzeba samemu z sobą porozmawiać i powiedzieć sobie, w jaki sposób mam szansę uzyskać potencjał, który pozwoli sprostać określonym wymaganiom. W przypadku kadr medycznych istnieje szansa osiągnięcia takiego efektu mimo że szereg lekarzy, pielęgniarek odchodzi od pracy w szpitalu, od pracy w trudnych warunkach dyżurowych, a studenci wręcz szukają innych alternatyw i niechętnie podejmują pracę w szpitalu. Problem wypalenia kadr medycznych powinien być dostrzeżony i powinniśmy podjąć działania związane z próbą zdiagnozowania sytuacji.

**Moderator: dr n. przyrod. Bogdan Wojtyniak,  
Prof. NIZP-PZH-PIB**

Zamykam sesję przygotowaną przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. Bardzo dziękuję wszystkim uczestnikom sesji.



## Zakończenie

Bardzo dziękuję za udział w dzisiejszej konferencji, za przygotowanie materiałów, za prezentowane referaty. Treść wygłoszonych referatów zamierzamy wydać w formie publikacji (lub umieścić na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego, zakładka RRL). Postulaty kierujemy do osób, które podejmują decyzje dotyczące kształtowania systemu ochrony zdrowia oraz pracują nad rozwiązywaniem problemów związanych ze zdrowiem mieszkańców Polski.

Zdrowie ma ogromny wpływ na sytuację demograficzną. Możemy rozpatrywać zdrowie w wymiarach osobistym i społecznym rodzinnym i ekonomicznym. Zdrowie jest własnością prywatną w życiu osobistym. Jest też wartością społeczną – człowiek zdrowy może pracować, tworzyć wartości ważne dla całego społeczeństwa. Człowiek zdrowy jest dobrym konsumentem różnych dóbr materialnych i niematerialnych. Jest radością i szczęściem w swojej rodzinie. Zmniejszanie umieralności, wydłużanie przeciętnego dalszego trwania życia jest najważniejszym osiągnięciem nauki i ogromną wartością cywilizacyjną.

Pandemia to okres szczególnej mobilizacji systemu ochrony zdrowia i władz państwa. Jest swoistym sprawdzianem sprawności systemu ochrony zdrowia. Sprawdzian w związku z pandemią COVID19 wskazał na błędy i niedostatki systemu. Powinno to zmusić do podejmowania bardzo wielu poważnych działań. Najważniejszym z nich – z punktu widzenia pacjenta – jest odbudowanie zaufania społecznego; do władzy, do lekarza, do nauki, do mediów, do Kościoła. Odbudowanie utraconego zaufania społeczeństwa jest niezwykle trudnym zadaniem... Mimo to trzeba rozpocząć poważną debatę o odzyskaniu zaufania. Nie oczekuję, że ją rozpoczną politycy czy media. To zadanie środowiska zawodowego lekarzy, naukowców, towarzystw grupujących specjalistów, ekspertów. Trzeba zastanowić się, jakim mamy być społeczeństwem, jak mamy żyć sami ze sobą, jak mamy żyć z innymi ludźmi, jak zachować się wobec zmian, które niesie globalizacja, demokratyzacja, a także inne zjawiska, o których tak pięknie i mądrze mówiła pani dr Magdalena Rosińska. W trakcie dzisiejszej konferencji mieliśmy okazję wysłuchać wielu bardzo interesujących zagadnień i poznać sprawy dotyczące nie tylko zapowiedzianej problematyki, a także innych ważnych dla nas wszystkich, dla polskiego społeczeństwa problemów.

Trzy miesiące temu świętowaliśmy wydanie kilku książek Jana Majchrowskiego, prawnika, profesora Uniwersytetu Warszawskiego dotyczących konstytucji. Wywią-

zała się dyskusja dotycząca nie tylko tworzenia nowej konstytucji; podnoszono problem rozpoczęcia wielkiej debaty o naszym współczesnym społeczeństwie, o porządku publicznym, o tym, czym jest i co nazywamy dobrem wspólnym, co nazywamy państwem, społeczeństwem, co jest dla nas wspólnym zespołem wartości, dla których warto pracować, poświęcać życie, tworzyć dobro dla naszej wspólnoty. Mam nadzieję, że materiały III Kongresu Demograficznego, także tej konferencji o zdrowiu, będą początkiem ważnej debaty o tym, jak mamy żyć dobrze, żyć ze sobą, żyć zdrowo, żyć przyjaźnie.

Pan profesor Wojciech Hanke mówił o zdrowiu osób pracujących. Na podobny temat został wygłoszony referat na konferencji we Wrocławiu. Okazuje się, że najczęściej i najciężiej chorują osoby w wieku od 25 do 40 roku życia. Czy te osoby naprawdę są najmniej zdrowe, najczęściej chorują i muszą zwolnić się z wykonywania pracy zawodowej? W trakcie konferencji w Bydgoszczy z przedstawionych wyników badania dowiedzieliśmy się, że około 20% osób młodych, w wieku między 25. a 35. rokiem życia nie pracuje. Materiały z III Kongresu Demograficznego zawierają wiele ważnych, udokumentowanych informacji i problemów, które dotyczą nas, naszego społeczeństwa, naszych rodzin, naszych wspólnot lokalnych, zawodowych, narodowych. Materiały te dzięki internetowi są i będą dostępne wszystkim zainteresowanym.

Pani dr Magdalena Rosińska wskazała na ważny problem – na konieczność cyfryzacji nauki. Przedstawiciele Narodowego Instytutu Kardiologii i Onkologii mówili o stworzeniu Narodowych Sieti Kardiologicznej i Onkologicznej. Bardzo liczę na to, że zaczną się poważne prace w tym kierunku. Oczekujemy, że prowadzone badania naukowe pomogą połączyć kwestie teoretyczne z praktyką dnia codziennego, aby lepiej służyć naszemu społeczeństwu, skuteczniej organizować i rozwiązywać istniejące i pojawiające się problemy. Dzisiejsza konferencja jest tylko drobnym przyczynkiem do debaty o najważniejszych sprawach: zdrowia publicznego, onkologii i kardiologii, tych dziedzin, które ciągle zbierają obfite „żniwa”, powodując wysoką umieralność. Zmiany demograficzne, są przewidywalne dlatego tak ważny jest ich pomiar, systematyczna obserwacja, która może wskazać przyczyny i kierunek skutecznego działania w wyniku którego, życie w zdrowiu będzie trwało dłużej, a liczba utraczonych lat życia będzie zwiększała się.

Bardzo dziękuję Państwu za udział w konferencji, za wygłoszone referaty. Dziękuję Dyrekcjom Instytutów Narodowych: Zdrowia Publicznego, Instytutu Kardiologii, Instytutu Onkologii. Powtórzę: wszystkie materiały III Kongresu Demograficznego są dostępne na stronie internetowej, na YouTube, jednym z założeń Kongresu jest upowszechnianie i popularyzacja wiedzy z badań i analiz o uwarunkowaniach sytuacji demograficznej.

Dziękuję Wszystkim, którzy przygotowali Konferencję i w niej uczestniczyli.

**Prof. dr hab. Józefina Hrynkiewicz**  
Przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej  
Uniwersytet Warszawski

Monografia zawiera referaty wygłoszone podczas konferencji pt. „Wyzwania zdrowotne dla Polski po pandemii COVID-19”, organizowanej w ramach III Kongresu Demograficznego, która odbyła się 6 października 2022 r. w Warszawie. Jej organizatorami byli: Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa i Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie. Tematyka konferencji dotyczyła wyzwań zdrowotnych po pandemii COVID-19. Autorzy referatów z Narodowego Instytutu Kardiologii, Narodowego Instytutu Onkologii i Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego zwracają szczególną uwagę na przyczyny wystąpienia pandemii i jej przebieg w szpitalach kardiologicznych, onkologicznych i oddziałach chorób zakaźnych.

W przygotowanie III Kongresu Demograficznego, którego inicjatorką jest Rządowa Rada Ludnościowa, zaangażowali się: Główny Urząd Statystyczny, Polskie Towarzystwo Statystyczne, wojewódzkie urzędy statystyczne, komitety naukowe Polskiej Akademii Nauk, uczelnie, wojewodowie, samorządy, instytuty naukowe oraz administracja rządowa i samorządowa. Konferencje odbywają się we wszystkich miastach wojewódzkich oraz w wybranych powiatach i gminach. Kongres koncentruje się na ważnych zagadnieniach związanych ze zmianami sytuacji demograficznej oraz ich konsekwencjami dla rozwoju społecznego i gospodarczego. Jego program obejmuje prezentację wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021 oraz ich pogłębione analizy, co pozwala na szerokie upowszechnienie rzetelnej wiedzy o zmieniającej się sytuacji oraz wyzwaniach demograficznych XXI w.

III KONGRES DEMOGRAFICZNY  
Polska XXI w. – wyzwania demograficzne  
Honorowy Patronat  
Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej  
Andrzeja Dudy