



01

2023

Health Policy Note

Zdrowie publiczne, nowe zdrowie publiczne a COVID-19

AUTORKA

Anna Maria Dela a.dela@pimg.pl
Fundacja Polski Instytut Myśli Gospodarczej

Streszczenie

Do momentu pandemii COVID-19 Zdrowie Publiczne było obszarem mało znanym. Choć wiele razy sygnalizowano potrzebę zmian definicji tej dziedziny, uświadomienia społecznego czym tak naprawdę się zajmuje po zmiany zwiększenie wpływu na tworzenie polityk zdrowotnych to dopiero wybuch pandemii spowodował, że zwykli obywatele jak również decydenci zainteresowali się tym obszarem. Warto zatem przyjrzeć się temu co było, co jest obecnie, a co powinno być zmienione, aby w przyszłości uniknąć chaosu, który towarzyszył pierwszym miesiącom pandemii.

Abstract

Until the COVID-19 pandemic, Public Health was a little-known. Although the need to change the definition of this field has been signaled many times, to make the public aware of what it really does and to increase the impact on the creation of health policies, it was only the outbreak of the pandemic that made ordinary citizens as well as decision-makers interested in this area. It is therefore worth taking a look at what was, what is now and what should be changed in order to avoid the chaos that accompanied the first months of the pandemic in the future.

Wprowadzenie

„Zdrowie publiczne” (dalej ZP) według definicji przyjętej przez Region Europejski Światowej Organizacji Zdrowia to nauka zapobiegania chorobie, wydłużania życia oraz promowania, zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa. Obejmuje ono zdrowie grup osób, wybranych społeczności, bądź też całych populacji, mając jednak na uwadze jednostkę. Tak zdefiniowane zdrowie publiczne ma na celu wykorzystywanie teorii naukowych do prowadzenia badań, a w konsekwencji do tworzenia rekomendacji, wytycznych jak również polityk zdrowotnych.¹

Pojęcie „Nowe Zdrowie Publiczne” zostało symbolicznie przyjęte w 2012 r. z chwilą zaakceptowania Europejskiego Planu Rozwoju Potencjału i Świadczeń Zdrowia Publicznego przez Region Europejski Światowej Organizacji Zdrowia. Najważniejszą zmianą, jaka została wprowadzona w definicji ZP było uzupełnienie jej o obszar promocji zdrowia i profilaktyki.²

Pandemia COVID-19 a nowe zdrowie publiczne

Powyzsze definicje jak również dokumenty systemowe okazały się jednak mało przydatne z chwilą wybuchu pandemii COVID-19. Działania nowego ZP w dużej mierze były ujęte na potrzeby zwalczania chorób przewlekłych (cywilizacyjnych), a nie chorób zakaźnych³. Analizując przebieg pandemii, która była „czarnym łabędziem” właściwie w każdej dziedzinie życia społeczeństw na poziomie globalnym i regionalnym, w kontekście funkcjonowania tak kluczowego obszaru nasuwa się pytanie o skuteczność podejmowanych działań. Pomimo długo trwającej debaty publicznej dotyczącej efektywności ZP (trwającej również w Polsce i na świecie jeszcze na długo przed pandemią COVID-19) to trudności organizacyjne, nie zaś finansowe, wydają się być o kluczowym znaczeniu. Tę hipotezę potwierdzają również badania wskazujące na brak istotnego powiązania zmiennych gospodarczych ze spadkiem lub wzrostem liczby zgonów na COVID-19 w poszczególnych krajach⁴. Brak wypracowanych modeli rozwiązań systemowych nasuwa więc wniosek wskazujący na potrzebę konieczności zreformowania – i być może przedefiniowania – współczesnego obowiązującego pojęcia zdrowia publicznego.

¹ Merrick J. Public health in a global context. *Front Public Health*. 2013 Apr 16;1:9. doi: 10.3389/fpubh.2013.00009. PMID: 24350180; PMCID: PMC3854862.

² Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health. *Indian J Community Med*. 2012 Jan;37(1):5-12. doi: 10.4103/0970-0218.94009. PMID: 22529532; PMCID: PMC3326808.

³ Golinowska S, Czepiel J. *Zdrowie publiczne Wymiar społeczny i ekologiczny*. ISBN: 978-83-66849-18-1, Warszawa 2022

⁴ Holz M, Mayerl J. Early days of the pandemic-The association of economic and socio-political country characteristics with the development of the COVID-19 death toll. *PLoS One*. 2021 Aug 31;16(8):e0256736. doi: 10.1371/journal.pone.0256736. PMID: 34464429; PMCID: PMC8407552.

Pandemia paradoksalnie przyczyniła się również do wielu pozytywnych zjawisk:

WYZWANIA

System nie był przygotowany na pandemię, nie było dostępnych odpowiednio dostępnych narzędzi w związku z tym pierwszym środkiem zaradczym, który powzięto była całkowita izolacja tzw. „lockdown”. Oczywiście spotkało się to z krytyką rządów nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Różnice w szybkości i skuteczności działań podjętych przez poszczególne państwa były widoczne już w pierwszych dniach pandemii. Jedną z największych niewiadomych była biologia i pochodzenie wirusa.

Z drugiej strony nieznana była skala zakażeń. Z raportów Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) wynikało, że ma ona ograniczone możliwości oceny prawdziwości składanych zgłoszeń o ogniskach choroby, gdyż wiele krajów raportowało je z ogromnym opóźnieniem, lub/i nie posiadało dokładnych informacji. Uwypukliły się problemy związane z brakiem odpowiedniego zaplecza technolo-

gicznego. Systemy informatyczne, którymi dysponowały główne jednostki odpowiedzialne za „raportowanie” stanu pandemii okazały się przestarzałe i niewydolne. Ogromnym wyzwaniem była również izolacja ludzi, dla których czynności życia codziennego, takie jak zakupy, czy praca, stały się wyzwaniem⁵. W dalszej perspektywie, pandemia przyczyniła się do zaburzenia diagnostyki i leczenia innych, szalenie istotnych z punktu widzenia ZP jednostek chorobowych, np. nowotworów. Spłata długu zdrowotnego „zaciągniętego” podczas pandemii w kontekście nowotworów jest odroczone w czasie. Paradoksalnie, obecnie obserwowany trend spadku liczby zachorowań i zgonów nowotworowych związany jest z upośledzeniem ich diagnostyki i leczenia w czasie pandemii. Jednak – z dużą dozą pewności – można stwierdzić, że w kolejnych latach, wskutek opóźnień w leczeniu, będziemy obserwować wyższą niż dotychczas umieralność^{6,7}.

NOWE ASPEKTY

Pandemia COVID-19 ujawniła również wiele nowych aspektów. Nastąpiła niespotykana mobilizacja służby zdrowia i samego personelu medycznego, w celu maksymalnego dostosowania do dynamicznie zmieniającej się sytuacji pandemicznej. Społeczeństwo stosunkowo zgodnie zastosowało się do powstających wytycznych takich jak: noszenie maseczek, przestrzeganie godzin dla seniorów w trakcie zakupów, nie uczęszczanie do parków/lasów itd. Niewątpliwym sukcesem w kontekście globalnym,

⁵ Myoung J. Two years of COVID-19 pandemic: where are we now? *J Microbiol.* 2022 Mar;60(3):235-237. doi: 10.1007/s12275-022-1679-x. PMID: 35235176; PMCID: PMC8890008.

⁶ Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, Rachet B, Aggarwal A. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol.* 2020 Aug;21(8):1023-1034. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30388-0. Epub 2020 Jul 20. Erratum in: *Lancet Oncol.* 2021 Jan;22(1):e5. PMID: 32702310; PMCID: PMC7417808.

⁷ Koczkodaj P, Sulowska U, Kamiński MF, Didkowska J. SARS-CoV-2 as a new possible long-lasting determining factor impacting cancer death numbers. Based on the example of breast, colorectal and cervical cancer in Poland. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2021;71(1):42-46. DOI: 10.5603/NJO.2021.0007

było wyjątkowo szybkie opracowanie i wprowadzenie szczepionek przeciwko COVID-19 opierających się na różnych technologiach i mechanizmach działaniach⁸. W Polsce, relatywnie szybko szczepionki te zostały udostępnione społeczeństwu. Dodatkowo, podczas pandemii ogromnie wzrosła rola farmaceutów, których profesjonalne przygotowanie i potencjał sprawiły, że to właśnie w aptekach najwięcej Polaków zaszczepiło się przeciwko COVID-19⁹.

Czy przed pandemią wszystko było idealnie?

Bardzo istotne jest aby zrozumieć, że pandemia była „punktem zwrotnym”, który uwypuklił wiele problemów oraz pokazał z czym musimy się zmierzyć w przyszłości. Jednak należy zauważyć, że jeszcze przed jej wybuchem specjaliści z zakresu zdrowia publicznego zwracali uwagę na szereg czynników, na które powinny być przedmiotem szczególnej uwagi. Przykładowo wskazywali oni, iż duży problem upatrują w zachodzących procesach demograficznych, w szczególności podkreślając znaczenie starzejących się społeczeństw oraz pogłębiających nierówności w zdrowiu (podeszły wiek oraz trudności w dostępie do opieki zdrowotnej okazały się być czynnikami o dużym wpływie na poszczególne społeczeństwa w czasie pandemii)¹⁰.

Próby zaadresowania tych wyzwań, były podejmowane już w latach 80. ubiegłego wieku, kiedy WHO sformułowała cele dotyczące różnic w stanie zdrowia mieszkańców różnych krajów. Dotyczyły one m.in. szans równego startu kładąc nacisk na obszar kształcenia, pewności zatrudnienia i warunków pracy, możliwość korzystania z opieki zdrowotnej. Były to czynniki, które obejmowały warunki codziennego życia. Drugą grupą były aspekty związane z finansami oraz obszarem polityki zdrowotnej, takie jak: możliwość włączania problemu zdrowia do wszystkich szczegółowych polityk społecznych, obecność problemu zdrowia w działaniu rynku, pozycja obywateli i pacjentów w procesie politycznym dotyczącym zdrowia, uwarunkowania międzynarodowe. Bez względu na zawłość modelu, który byłby podstawą do wszelkich dalszych interwencji politycznych wszyscy zgadzali się co do tego, że głównym czynnikiem, który pogłębia nierówności w zdrowiu jest ubóstwo¹¹.

Kolejnym ważnym elementem, na który zwracano uwagę były dostępne technologie szczególnie w sektorze publicznym. Eksperti wielokrotnie przedstawiali ten temat jako newralgiczny¹². Część sektora publicznego dysponowała starymi, niewydolnymi systemami, w niektórych zaś tworzone były nowe, innowacyjne systemy, które miały ułatwić pracę sektora medycznego jak również danej

⁸ Shahcheraghi SH, Ayatollahi J, Aljabali AA, Shastri MD, Shukla SD, Chellappan DK, Jha NK, Anand K, Katari NK, Mehta M, Satija S, Dureja H, Mishra V, Almutary AG, Alnuqaydan AM, Charbe N, Prasher P, Gupta G, Dua K, Lotfi M, Bakshi HA, Tambuwala MM. An overview of vaccine development for COVID-19. *Ther Deliv*. 2021 Mar;12(3):235-244. doi: 10.4155/tde-2020-0129. Epub 2021 Feb 24. PMID: 33624533; PMCID: PMC7923686.

⁹ Merks P, Kowalczyk A, Wong A, Chung K, Religioni U, Świątlik D, Rotmans-Plagens K, Cameron J, Sola KF, Kazmierczak J, Blicharska E, Vaillancourt R, Neumann-Podczaska A. Patient satisfaction with pharmacist-administered COVID-19 vaccines in Poland: a survey study in the vaccination centres context. *BMC Health Serv Res*. 2022 Nov 11;22(1):1339. doi: 10.1186/s12913-022-08720-w. PMID: 36368986; PMCID: PMC9652033.

¹⁰ Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, WHO 2012, s.5

¹¹ Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ*. 2002;80(2):97-105. PMID: 11953787; PMCID: PMC2567730.

¹² Świątła K. System informacji w ochronie zdrowia a problematyka planowania i ewaluacji polityk zdrowotnych w Polsce.

jednostki. Zwracano już wtedy uwagę na to, że część nowych systemów nie jest ze sobą kompatybilna, dane z jednego systemu nie są „zaciągane” przez drugi, co jest kluczowe w składaniu raportów epidemiologicznych.

W trakcie pandemii okazało się, że laboratoria, które odgrywają kluczową rolę w diagnostyce posiadają za wolne, lub kompletnie niewydolne systemy, że prowadzą dokumentację diagnostyczną „na papierze”. Powodowało to olbrzymie opóźnienia zarówno w diagnostyce jak również w lokalizowaniu ognisk i raportowaniu do WHO. Istotny było tu również czynnik ludzki, czyli zadawanie sobie pytania: co ważniejsze? Przesłać raport, czy może przeanalizować więcej próbek. Dzięki tzw. „ustawie covidowej” można było w sektorze publicznym dużo szybciej dokonywać zakupów nowych systemów, ale ich wdrażanie, implementowanie a jeszcze dodatkowo w okresie pandemii było wyzwaniem. Z uwagi na to, iż problem ten był podnoszony wcześniej można było temu choć w części zapobiec¹³.

Problemem, który istniał od zawsze a w trakcie pandemii stał się jednym z kluczowych była utrudniona komunikacja. Już przed pandemią specjaliści zwracali uwagę, że społeczeństwo musi być informowane w odpowiedni sposób nawet o newralgicznych kwestiach, nie zważając na naciski i uwarunkowania polityczne. Nie trzeba nikogo przekonywać, że w trakcie epidemii problem ten stał się kluczowy i to wielowątkowo:

- należało konstruować komunikaty tak, aby poinformować o niebezpieczeństwie społeczeństwo, ale nie wywoływać niepotrzebnej paniki,
- przekazy musiały być proste i klarowne,
- ludzie oczekiwali informacji (np. o liczbie zakażonych), lecz z drugiej strony podawanie danych wzbudzało w pewnych momentach coraz większy niepokój społeczny,
- istniały różne przekazy medialne, od tych rzetelnych po te które podsycaly nastroje strachu w społeczeństwie,
- wielu „ekspertów”, którzy „ścigali” się w przekazywanych „nowinkach i rewelacjach” nie zawsze opartych na dowodach również niekorzystnie wpływało na przekazy medialne kierowane do społeczeństwa, oraz
- brak wypracowanej polityki komunikacji kryzysowej w kluczowych jednostkach i panujący przez to chaos.

Przed wybuchem pandemii sygnalizowane były różne, niekontrolowane przekazy w internecie, które niekiedy współgrały one z interesem kreowania rzetelnej polityki zdrowia publicznego.

¹³ Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Dz.U. 2020 poz. 374

Należy również zwrócić uwagę, że przed pandemią zdecydowanie bardziej popularna stała się medycyna interwencyjna głównie poprzez atrakcyjność nowych procedur, jak również szybkość uzyskiwanych – niejednokrotnie – spektakularnych rezultatów. Promocja zdrowia, czy prewencja chorób wymaga jednak czasu. Pozytywne zdrowotne efekty populacyjne podejmowanych działań uwidaczniają się po długich latach intensywnych i planowych działań, np. edukacyjnych.

Podsumowanie i rekomendacje:

Wielkość i zasięg następstw pandemii COVID-19 zmobilizował różne środowiska eksperckie do podjęcia prób racjonalnego reagowania na przyszłe zagrożenia. Powstało dzięki temu wiele projektów zmian, które koncentrowały się na zagadnieniach uznanych za najważniejsze:

1. Lepsze przygotowanie sektora ZP i podmiotów wykonujących działalność leczniczą do masowych zdarzeń zdrowotnych.

Wystąpienie pandemii i przebieg jej pierwszej fazy bez wątplenia był zaskoczeniem, jednak postępowanie podczas kolejnych fal zachorowań niejednokrotnie było chaotyczne i budziło sprzeciw opinii publicznej (w dużej mierze ze względu na błędy komunikacyjne). Dodatkowo, niedopuszczalną sytuacją jest „super specjalizacja” jednostek opieki zdrowotnej i nakierowanie wszystkich zasobów na leczenie wyłącznie jednej choroby.

2. Wzięcie pod uwagę zdrowia psychicznego i emocjonalnego oraz ochrona personelu medycznego w myśl hasła „*chrońmy tych, którzy nas chronią*”.

W przygotowanym przez Komisję Europejską strategicznym dokumencie dotyczącym działań prewencyjnych związanych z pandemią pracownicy służby zdrowia znaleźli się na pierwszym miejscu wśród grup, którym powinien być przyznany dostęp do szczepionki¹⁴. Ważnym aspektem jest też rozwój telemedycyny celem ochrony tej najbardziej narażonej grupy.

3. Dokonywanie odpowiednich kalkulacji oraz przygotowywanie prognoz, które powinny być uwzględniane przy podejmowaniu decyzji o sposobach reagowania na pandemiczne zagrożenia.

W przygotowaniu ww. dokumentów powinny być uwzględniane zmienne dotyczące zdrowia, gospodarki, konsekwencji społecznych, ale także powiązane z nimi wartości i miary etyczne. Nie jest bowiem możliwe bezpośrednie porównanie strat ekonomicznych, emocjonalnych i zdrowotnych.

¹⁴ COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL Preparedness for COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment. Brussels, 15.10.2020

4. Dalszy rozwój możliwości pracy zdalnej.

W pierwszej fali pandemii dla niektórych branż możliwość pracy zdalnej nie była nowością, wzrosła jedynie liczba pracowników, którzy ją wykonywali. Dla innych sektorów pandemia wiązała się z zupełnym paraliżem. W tym kontekście, finalizacja procedowanej nowelizacji Ustawy Kodeks Pracy, powinna nastąpić jak najszybciej.

5. Opracowanie polityki komunikacji kryzysowej i walki z nieprawdziwymi informacjami.

Zalecenie ma szczególne zastosowanie w kontekście zdrowotnym, ze względu na chaos informacyjny obserwowany podczas pandemii, jak również z powodu nasilających się ruchów antyszczepionkowych powielających wiele nieprawdziwych, szkodliwych, a wręcz niebezpiecznych informacji na temat samej szczepionki, jak również konsekwencji jej przyjęcia.

Przedstawione powyżej informacje mają służyć podsumowaniu oraz wskazaniu kierunku do rozważań w celu przekształcenia polskiego systemu ZP. Koniecznością jest także jego radykalna redefinicja o globalnym zakresie. Należy przeanalizować kraje, w których popełniono najmniej błędów i stamtąd czerpać wzory i dobre praktyki.

Bibliografia

1. Merrick J. Public health in a global context. *Front Public Health*. 2013 Apr 16;1:9. doi: 10.3389/fpubh.2013.00009. PMID: 24350180; PMCID: PMC3854862.
2. Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health. *Indian J Community Med*. 2012 Jan;37(1):5-12. doi: 10.4103/0970-0218.94009. PMID: 22529532; PMCID: PMC3326808.
3. Golinowska S, Czepiel J. *Zdrowie publiczne Wymiar społeczny i ekologiczny*. ISBN: 978-83-66849-18-1, Warszawa 2022
4. Holz M, Mayerl J. Early days of the pandemic-The association of economic and socio-political country characteristics with the development of the COVID-19 death toll. *PLoS One*. 2021 Aug 31;16(8):e0256736. doi: 10.1371/journal.pone.0256736. PMID: 34464429; PMCID: PMC8407552.
5. Myoung J. Two years of COVID-19 pandemic: where are we now? *J Microbiol*. 2022 Mar;60(3):235-237. doi: 10.1007/s12275-022-1679-x. PMID: 35235176; PMCID: PMC8890008.
6. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, Rachet B, Aggarwal A. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol*. 2020 Aug;21(8):1023-1034. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30388-0. Epub 2020 Jul 20. Erratum in: *Lancet Oncol*. 2021 Jan;22(1):e5. PMID: 32702310; PMCID: PMC7417808.
7. Koczkodaj P, Sulkowska U, Kamiński MF, Didkowska J. SARS-CoV-2 as a new possible long-lasting determining factor impacting cancer death numbers. Based on the example of breast, colorectal and cervical cancer in Poland. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2021;71(1):42-46. DOI: 10.5603/NJO.2021.0007
8. Shahcheraghi SH, Ayatollahi J, Aljabali AA, Shastri MD, Shukla SD, Chellappan DK, Jha NK, Anand K, Katari NK, Mehta M, Satija S, Dureja H, Mishra V, Almutary AG, Alnuqaydan AM, Charbe N, Prasher P, Gupta G, Dua K, Lotfi M, Bakshi HA, Tambuwala MM. An overview of vaccine development for COVID-19. *Ther Deliv*. 2021 Mar;12(3):235-244. doi: 10.4155/tde-2020-0129. Epub 2021 Feb 24. PMID: 33624533; PMCID: PMC7923686.
9. Merks P, Kowalczyk A, Wong A, Chung K, Religioni U, Świetlik D, Rotmans-Plagens K, Cameron J, Sola KF, Kazmierczak J, Blicharska E, Vaillancourt R, Neumann-Podczaska A. Patient satisfaction with pharmacist-administered COVID-19 vaccines in Poland: a survey study in the vaccination centres context. *BMC Health Serv Res*. 2022 Nov 11;22(1):1339. doi: 10.1186/s12913-022-08720-w. PMID: 36368986; PMCID: PMC9652033.
10. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, WHO 2012, s.5
11. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ*. 2002;80(2):97-105. PMID: 11953787; PMCID: PMC2567730.
12. Światała K. System informacji w ochronie zdrowia a problematyka planowania i ewaluacji polityk zdrowotnych w Polsce.
13. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. *Dz.U.* 2020 poz. 374
14. COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL Preparedness for COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment. Brussels, 15.10.2020