

Anna Janiszewska¹, Ewa Klima²

- ¹ Uniwersytet Łódzki
Katedra Geografii Regionalnej i Społecznej
anna.janiszevska@geo.uni.lodz.pl,  <https://orcid.org/0000-0003-1472-4672>
- ² Politechnika Łódzka
Instytut Inżynierii Środowiska i Instalacji Budowlanych
ewa.klima@p.lodz.pl,  <https://orcid.org/0000-0002-9188-0271>

Wybrane aspekty demograficzne pandemii COVID-19 w polskich regionach a reaktywne działania polityki zdrowotnej

Zarys treści: Głównym celem artykułu jest określenie wybranych demograficznych skutków pandemii i działań podejmowanych w czasie rzeczywistym oraz polityk zdrowia, które przemodelowane były na skutek jej wybuchu. Podmiotem zainteresowania autorek jest Polska, a jednostkami odniesienia były województwa i powiaty. Zarysowano jednak szersze, europejskie tło podczas omawiania działań instytucji międzynarodowych. Materiał źródłowy pochodzi z baz danych Głównego Urzędu Statystycznego i Ministerstwa Zdrowia. Oprócz poznawczego wymiaru artykułu autorki chciały zwrócić uwagę na problemy metodologiczne. Wydaje się, że jeszcze jednym ze skutków pandemii jest obniżenie braku spójności metodologicznej na poziomie krajowym i europejskim, gdy chodzi o kwestie statystyki medycznej i szerzej jakości życia.

Analiza materiałów statystycznych jednoznacznie wykazała, że w przeważającej liczbie jednostek administracyjnych (województw/powiatów) odnotowano wzrost liczby zgonów (covidowych i noncovidowych), który wpłynął na powiększenie się ubytku naturalnego w Polsce. Pandemia zdecydowanie pogorszyła sytuację w poziomie zdrowotności, o czym świadczy wzrost zgonów, w tym szczególnie nadmiarowych, niezwiązanych z COVID-19. W konsekwencji tych wydarzeń zaobserwowano powiększenie się długu zdrowotnego, który jest efektem niedrożności publicznego systemu zdrowia, utrudniającym obywatelom dostęp do efektywnej opieki medycznej i leczenia.

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19, zgony nadwyżkowe, dług zdrowotny, polityka zdrowotna

Wprowadzenie

Zdrowie jest bardzo istotnym elementem wpływającym na jakość życia. Uwzględnienie zdrowia w teorii i praktyce makro- i mikroekonomicznej, poprzez

podejmowane działania rządów i samorządów, potwierdza, że zdrowie jest podstawowym prawem człowieka i jedną z jego elementarnych potrzeb.

By zapewnić właściwy poziom zdrowia i jego ochrony obywatelom potrzebne jest podjęcie celowych i kompleksowych działań przez władze publiczne, a więc prowadzenie polityki zdrowotnej. Włodarczyk (2010) ze względu na wagę zdrowia i skalę przedsięwzięcia uważa, że jest to jedna z najważniejszych aktywności publicznych. Konieczne jest dostrzeżenie, że polityka zdrowotna to nie tylko działania związane z leczeniem. Ma ona służyć ochronie, poprawie, utrzymaniu, kształtowaniu się zdrowia i sprawności ludzi. Polityka zdrowotna powinna także umożliwić „tworzenie warunków, które zwiększą warunki i potencjał instytucjonalny, zbiorowy oraz jednostkowy, który umożliwi członkom populacji: własny rozwój, poprawę albo utrzymanie obecnej jakości życia, a także funkcjonowanie, które będzie samodzielne i niezależne” (Woźniak 2004, s. 181).

Pandemia COVID-19 zaburzyła rytm i specyfikę życia społecznego, wprowadziła nowe zasady funkcjonowania wielu usług, w tym ochrony zdrowia. W tych wyjątkowo ekstraordynaryjnych warunkach przyszło też funkcjonować polskiemu systemowi ochrony zdrowia, który już i tak przed pandemią był niedofinansowany¹ i miał kłopoty kadrowe z personelem medycznym². Byliśmy świadkami podejmowania przez instytucje międzynarodowe, rządy i władze lokalne często rozpaczliwych działań, by skutki pandemii zminimalizować. Nierzadko działało się to *ad hoc*, choć niekiedy działania te przybierały również formę zaplanowanych na przyszłość polityk.

Pojawienie się i rozprzestrzenianie choroby zakaźnej COVID-19 stało się asemptem do podjęcia analiz przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Jak pisał już na początku szerzenia się koronawirusa SARS-CoV-2 prof. Przemysław Śleszyński, pandemia „niewątpliwie ma swoje bardzo istotne uwarunkowania związane z przedmiotem badań geografii. Cechą szczególną każdej choroby zakaźnej jest bowiem jej rozprzestrzenianie się, czyli tzw. transmisją lokalną” (<https://ptgeo.org.pl/2020/06/geografia-koronawirusa-w-polsce/>). Autor jednocześnie zwracał uwagę na fakt, że przytłaczająca większość analiz o rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2, które ukazywały się w mediach, pomijały ten ważny aspekt geograficzny, a jeśli już, to niestety zawierały błędy.

W opracowaniach związanych z przedmiotem badań niniejszego artykułu podkreślane są aspekty demograficzne, osadnicze i zdrowotne pandemii w Polsce,

¹ Według Eurostatu nakłady na ochronę zdrowia w Polsce w 2019 r. były jednymi z najniższych w UE. W naszym kraju osiągnęły one 6,5% PKB, podczas gdy w UE-27 była to wartość 9,9%, Niemczech – 11,7, Francji – 11,1% (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HP_custom_4880369/default/table?lang=en). Istotnie niższe wydatki na zdrowie w porównaniu do innych krajów przekładają się również na niekorzystną ocenę polskiego SOZ (Wojtyński, Goryński 2020).

² W raporcie NIK z 2018 r. możemy przeczytać: „Podstawowym problemem systemu są niedobory wykwalifikowanego personelu medycznego oraz jego nierównomierne rozmieszczenie, zaś funkcjonujący system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych nie zapewnia przygotowania wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa” (System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, s. 35).

uwzględniające przestrzenne zróżnicowanie. Tematyka ta poruszona została [m.in.](#) w ekspertyzach i materiałach Rządowej Rady Ludnościowej i Komitetu Nauk Demograficznych PAN (Kuropka 2021, Szymborski 2021, Śleszyński 2022).

Głównym celem artykułu jest ocena wybranych demograficznych skutków pandemii i działań podejmowanych w czasie rzeczywistym oraz polityk zdrowia, które przemodelowane były na skutek jej wybuchu. W opracowaniu zaprezentowano zróżnicowanie przestrzenne wybranych demograficznych aspektów pandemii, takich jak zgony covidowe, noncovidowe, struktura zgonów według płci i wieku. Analizie przestrzennej poddano też wybrane konsekwencje pandemii w powiatach i regionach (zgony nadwyżkowe i ubytek naturalny). Podmiotem zainteresowania auterek jest Polska, a jednostkami odniesienia są województwa i powiaty. Zakres czasowy opracowania obejmuje lata 2020–2021. Zarysowano jednak szersze, europejskie tło podczas omawiania działań instytucji międzynarodowych. Oprócz poznawczego wymiaru artykułu autorki chciały zwrócić uwagę na problemy metodologiczne. Wydaje się, że jeszcze jednym ze skutków pandemii jest obnażenie braku spójności metodologicznej na poziomie krajowym i europejskim, gdy chodzi o kwestie statystyki medycznej i szerzej jakości życia.

Materiały źródłowe i metody badań

Artykuł oparty jest na analizie źródeł danych zastanych. Były to dane statystyczne pozyskane ze strony Głównego Urzędu Statystycznego (www.stat.gov.pl) i Ministerstwa Zdrowia (www.gov.pl). Informacje o liczbie zgonów w 2020 r. zaczerpnięto z bazy danych Demografia GUS. Były to informacje prezentujące zgony według przyczyn³. Powołano się także na dane Eurostatu. Każde z wymienionych źródeł należy ocenić jako wiarygodne. Z drugiej strony mamy do czynienia z niespójnymi definicjami (i dalej np. niespójnym kodowaniem przyczyn zgonów) i niedoskonałością zebranych przez odnośne instytucje danych pierwotnych.

Zasób materiałów źródłowych dotyczących zgonów na COVID-19 w roku 2020 był ograniczony w przypadku powiatów, więcej informacji było dostępnych na poziomie województw. Dlatego w analizie demograficznej zdecydowano się uwzględnić dwa poziomy odniesienia – województwa i (w przypadku dostępnych danych) także powiaty. Odmiennie przedstawia się sytuacja dla roku 2021, dla którego jedynym dostępnym źródłem informacji była strona Ministerstwa Zdrowia,

³ Kody przyczyn zgonów są nadawane zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja (ICD-10). W Polsce stosowanych jest ok. 3 tys. kodów przyczyn zgonów. W celu uzyskania możliwości kodowania zgonu z powodu COVID-19 został wprowadzony przez WHO kod U07.1 z priorytetem w sekwencji zdarzeń. Dodatkowy kod U07.2 zalecany jest do wykorzystania w dokumentacji medycznej pacjenta w razie podejrzenia zachorowania na COVID-19 (przypadek prawdopodobny) do czasu uzyskania wyniku badania molekularnego. Oznacza to, że kluczowe znaczenie podczas kodowania przyczyn zgonu przez lekarzy ma zachowanie chronologicznego opisu łańcucha przyczyn/chorób odpowiedzialnych za zgon chorego oraz prawidłowe jego przedstawienie, co w konsekwencji skutkuje właściwą lub precyzyjnie wskazaną wyjściową przyczyną zgonu (www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/04/wytyczne-do-karty-zgonu-01.04.2020-1.pdf).

na której zostały zamieszczone pliki (w formie arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel) w postaci codziennych raportów o liczbie zakażeń, zgonów i testów (www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2).

Autorki zdają sobie sprawę z niedokładności statystyk zgonów z powodu COVID-19, na które zwróciło uwagę środowisko medyczne w Polsce i innych krajach, ale informacje uzyskane z wyżej wymienionych źródeł były jedynymi dostępnymi. Dlatego wnioski oparte na dostępnych danych należy sformułować z pewnymi zastrzeżeniami.

Raport OECD podkreśla, że chociaż liczba zgonów związanych z COVID-19 ma kluczowe znaczenie dla zbadania wpływu pandemii na zdrowie, porównywalność tego wskaźnika została ograniczona przez różnice w praktykach rejestracji, rejestracji i kodowania w różnych krajach (Health at a Glance 2021, OECD Indicators). Ponadto czynnik taki jak niska dostępność testów diagnostycznych na początku pandemii prawdopodobnie przyczynił się do niedokładnego ustalenia przyczyn zgonu. Zaskakująco duże rozbieżności w danych regionalnych zauważono również w Polsce. Jak wyjaśnia Rafał Halik, ekspert zdrowia publicznego i epidemiolog, gdy lekarz wypisuje kartę zgonu zgodnie z tzw. klasyfikacją ICD-10, podaje wyjściową przyczynę śmierci oraz bezpośrednią przyczynę zgonu, czyli to, co ostatecznie stało za śmiercią, a także pośrednią przyczynę zgonu, czyli to, co dało początek bezpośredniej przyczynie (<https://businessinsider.com.pl/wiadomosci/dziwne-rozbieznosci-w-danych-o-zgonach-na-covid-19-region-regionowi-nierowny/qdrsy0w>). Jeśli ktoś ma COVID-19 wymieniony jako początkową przyczynę śmierci, oznacza to, że gdyby ta choroba nie była obecna, nie byłoby też śmierci. Z drugiej strony lekarz ma możliwość wpisania do aktu zgonu innych (współistniejących) chorób, które mogły mieć wpływ na „proces umierania”.

W niniejszym opracowaniu do analizy zmian poziomu i natężenia umieralności z powodu COVID-19 wykorzystano proste miary – współczynniki surowe i cząstkowe. Do określenia poziomu umieralności wykorzystano:

1. współczynnik zgonów ogółem,
2. współczynnik zgonów na COVID-19,

$$W_z = \frac{Z_t}{\bar{L}_t} \times c \quad (1)$$

gdzie:

- W_z – współczynnik zgonów ogółem,
- Z_t – liczba zgonów ogółem w czasie t ,
- \bar{L}_t – średnia liczba ludności w czasie t ,
- c – 1000,

$$W_{zc} = \frac{Z_{tc}}{\bar{L}_t} \times c \quad (2)$$

gdzie:

- W_{zc} – współczynnik zgonów na COVID-19,
- Z_{tc} – liczba zgonów na COVID-19 w czasie t ,
- \bar{L}_t – średnia liczba ludności w czasie t ,
- $c - 1000$.

Mając na uwadze zaburzoną strukturę zgonów na COVID-19 według płci, do jej zobrazowania wykorzystano współczynnik maskulinizacji zgonów na COVID-19 – W_{mc} , wyrażający relację pomiędzy liczbą zgonów na COVID-19 mężczyzn i kobiet:

$$W_{mc} = \frac{M_{ct}}{K_{ct}} \times c \quad (3)$$

gdzie,

- M_{ct} – liczba zgonów na COVID-19 mężczyzn w czasie t ,
- K_{ct} – liczba zgonów na COVID-19 kobiet w czasie t .

W wyniku pandemii SARS-CoV-2 odnotowano nadwyżkę zgonów zarówno w roku 2020, jak i 2021 w stosunku do lat 2015–2019. W opracowaniu przyjęto sposób określania zgonów nadwyżkowych zgodnie z metodologią stosowaną przez Ministerstwo Zdrowia (MZ). Według MZ nadwyżka zgonów w roku 2020 to różnica między liczbą zgonów za ten rok a średnią liczbą zgonów w latach 2015–2019 (Informacja o zgonach w 2020 roku 2021).

W części artykułu poświęconej analizie europejskiej polityki zdrowotnej wykorzystano przede wszystkim dokumenty prawne. Były to zarówno dokumenty traktatowe, np. traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, jak i informacje dotyczące bieżącej działalności Komisji Europejskiej w tym Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności oraz Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Szczególnie cenny okazał się dokument „Program UE dla zdrowia 2021–2027” (EU4Health Programme). Wszystkie dane pozyskano z oficjalnych portali Parlamentu Europejskiego i Komisji Europejskiej.

W przypadku materiałów stanowiących podstawę analizy polityki zdrowotnej w Polsce podstawę stanowiły akty prawne takie jak rozporządzenia Ministra Zdrowia i odnośne ustawy. W badaniach wykorzystano tekst „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025”, „Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)” oraz „Krajowego Planu Odbudowy”.

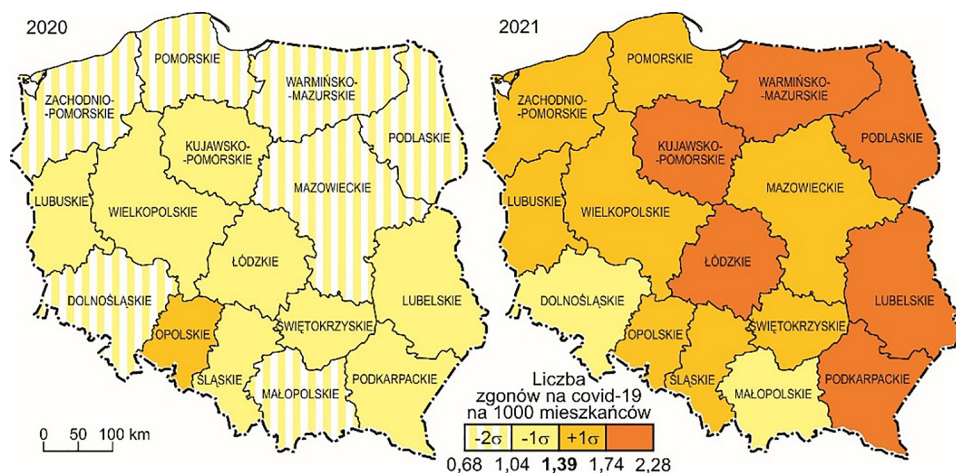
Pandemia COVID-19 w Polsce w latach 2020–2021

Zgony na COVID-19 według województw i powiatów

Pandemia COVID-19 dotarła do Polski w marcu 2020 r., a pierwszy przypadek śmiertelny odnotowano 12 marca. W kraju wprowadzono szereg obostrzeń i stan

epidemii⁴, który został zniesiony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 maja 2022 r.⁵, a na jego miejsce wprowadzono stan zagrożenia epidemicznego. Od wybuchu pandemii w Polsce na COVID-19 zmarło 117 tys. osób (stan na 31 sierpnia 2022 r.). Poziom umieralności z powodu COVID-19 wśród krajów europejskich wyraźnie się różnił. Polska, wraz z innymi krajami Europy Środkowo-Wschodniej, charakteryzowała się najwyższymi wartościami zgonów z powodu COVID-19 na 100 000 mieszkańców. Należy jednak zauważyć, że wartość dla Polski (308) była znacznie niższa niż dla Bułgarii (535), Węgier (477) czy Czech (377). Kraje Europy Zachodniej miały niższe wskaźniki śmiertelności z powodu COVID-19 (np. Holandia – 128; Francja – 224), a kraje Europy Północnej najniższe (Norwegia – 61, Finlandia – 86) – por. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.

W pierwszym roku pandemii (2020) w Polsce odnotowano ponad 41 tys. zgonów na COVID-19, w następnym roku zgonów tych było o blisko 50% więcej. Przyrost tych zgonów można zaobserwować w zdecydowanie wyższych wartościach współczynnika zgonów z powodu COVID-19 na 1000 ludności (ryc. 1). W kraju współczynnik wzrósł z 1,03‰ do 1,63‰. Najwyższe wartości umieralności na COVID-19 odnotowano w województwach lubelskim, kujawsko-pomorskim, podlaskim, podkarpackim, łódzkim i warmińsko-mazurskim. Wysoki poziom umieralności na COVID-19 korelował z niskim poziomem wyszczeplenia mieszkańców. Według informacji zamieszczonych na stronie Ministerstwa Zdrowia (na koniec 2021 r.) odsetek zaszczepionej ludności wyniósł w województwie lubelskim – 47%, podlaskim – 40,5%, podkarpackim – 44,6% (Polska – 54,6%)⁶.



Ryc. 1. Zgony na COVID-19 na 1000 ludności w latach 2020 i 2021 według województw
Źródło: oprac. własne na podstawie MZ i GUS.

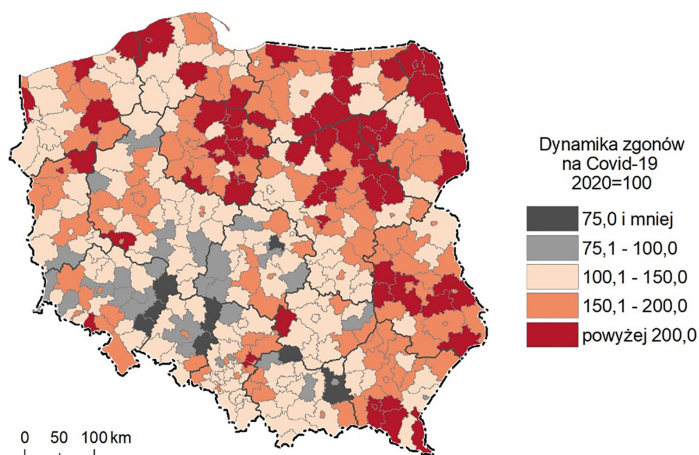
⁴ Dz.U. z 2020 r. poz. 491.

⁵ Dz.U. z 2022 r. poz. 1025.

⁶ Metodyka obliczania poziomu wyszczeplenia zastosowana przez MZ nie umożliwia identyfikacji faktycznego poziomu wyszczeplenia mieszkańców według miejsca zamieszkania (www.gov.pl).

Współczynnik korelacji r-Pearsona przyjął ujemną wartość $-0,543$, co oznacza umiarkowaną zależność (przy poziomie istotności $0,04$).

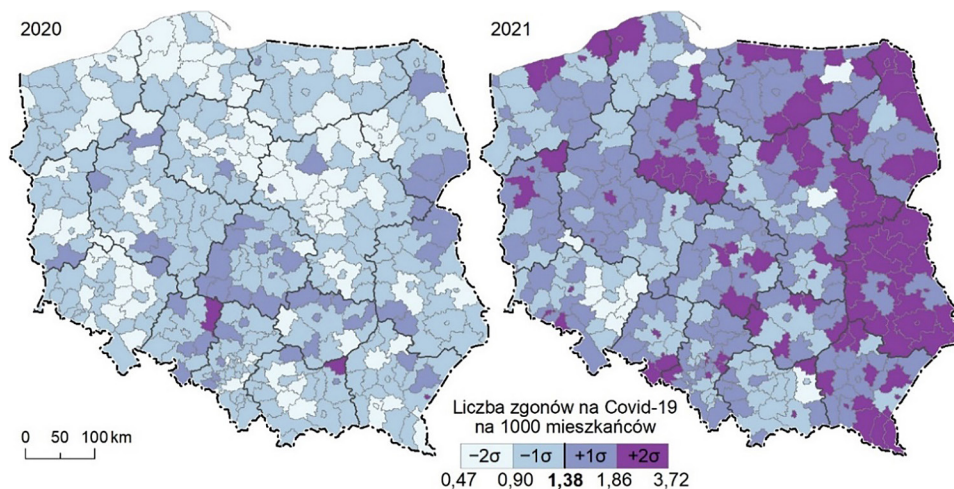
Wzrost natężenia umieralności covidowej dotyczył zdecydowanej większości powiatów, tylko w niespełna 10% jednostek dynamika liczby zgonów na COVID-19 w 2021 r. była mniejsza niż w 2020. Najwięcej takich powiatów było w województwach: dolnośląskim (10), łódzkim (7), małopolskim i wielkopolskim (po 5) – ryc. 2. Odnotowany spadek umieralności na COVID-19 pomiędzy 2020 i 2021 r. trudno jednoznacznie powiązać np. z poziomem urbanizacji czy gęstością zaludnienia tych powiatów (czyli czynnikami wpływającymi na częstość codziennych kontaktów międzyludzkich), bowiem spadek umieralności odnotowały zarówno powiaty nisko zurbanizowane (np. tarnowski, opolski, kłobucki, miechowski, wieluński, wierszowski), jak i powiaty grodzkie (np. Wrocław, Tarnów, Przemyśl, Gliwice, Bytom, Kalisz). Natomiast wysokie wartości wzrostu umieralności covidowej (ponaddwukrotne, z maksymalną wartością dynamiki w powiecie bieszczadzkiem – 446%) zarejestrowano w blisko 16% powiatów. Rozkład przestrzenny natężenia zgonów na COVID-19 w 2021 r. wskazuje na duże różnice wartości tego wskaźnika w powiatach, szczególnie wysoką umieralność covidową odnotowały bowiem jednostki leżące w Polsce wschodniej oraz częściowo północnej kraju. Niekorzystna sytuacja pod tym względem wystąpiła także w znacznej części powiatów województwa kujawsko-pomorskiego (ryc. 3). Tak duże zróżnicowanie umieralności covidowej było dość wyraźnie skorelowane z poziomem wyszczerpienia, bowiem najmniejszym odsetkiem osób zaszczepionych charakteryzowali się głównie mieszkańcy Polski wschodniej,



Ryc. 2. Dynamika zgonów na COVID-19 na 1000 ludności w latach 2020–2021 według powiatów (2020=100)

Źródło: oprac. własne na podstawie MZ i GUS.

pl/web/szczepienia-gmin/liczba-zaszczepionych-mieszkancow-w-gminach-metodyka). Podane w tekście dane poziomu wyszczerpienia są wyliczeniami autorki opracowania, które wykorzystywały informacje ze strony MZ (osoby w pełni zaszczepione) i danych BDL (mieszkańcy wg miejsca zamieszkania).



Ryc. 3. Zgony na COVID-19 na 1000 ludności w latach 2020 i 2021 według powiatów
 Źródło: oprac. własne na podstawie MZ i GUS.

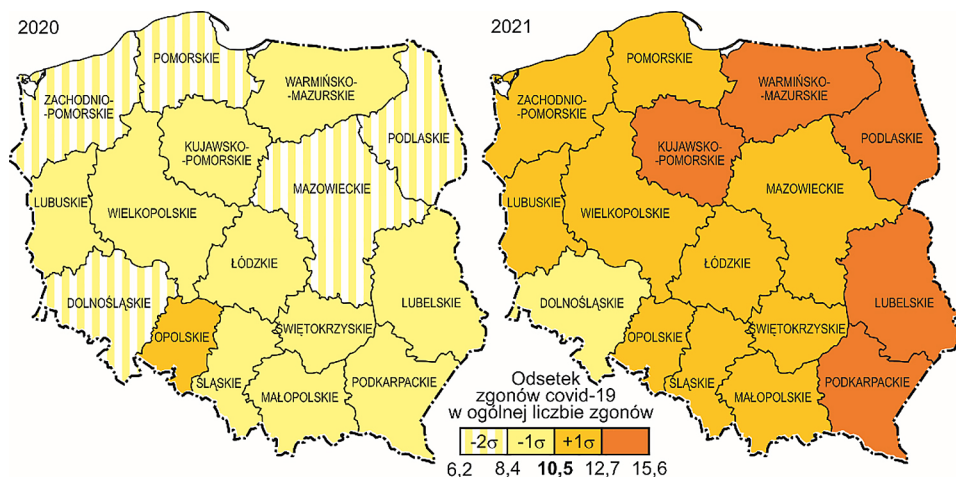
gdzie zarejestrowano najwyższe wskaźniki umieralności covidowej (Interaktywna mapa zaszczepienia ludności Polski na COVID-19).

Trudno bezpośrednio powiązać wysoką umieralność z powodu COVID-19 z dostępnością placówek opieki zdrowotnej i personelu medycznego. Wynika to z faktu, że wskaźniki liczby łóżek i lekarzy na 10 000 mieszkańców w powiatach o wysokiej umieralności były bardzo zróżnicowane. Generalnie najwyższe wskaźniki dostępu do opieki zdrowotnej obserwuje się w największych miastach Polski funkcjonujących jako ośrodki akademickie, natomiast w mniejszych miejscowościach o populacji 100–300 tys. są one znacznie niższe. Jednak, jak wspomniano powyżej, wysokie wskaźniki zgonów z powodu COVID-19 odnotowano również w powiatach o zbliżonej do średniej krajowej dostępności opieki zdrowotnej. Pandemia SARS-CoV-2 nasiliła i obnażyła skalę problemów, z którymi od wielu lat borykają się polskie szpitale. Są to przede wszystkim: chaos organizacyjny, braki kadrowe i ogólnie trudna sytuacja finansowa (Cofta i in. 2020).

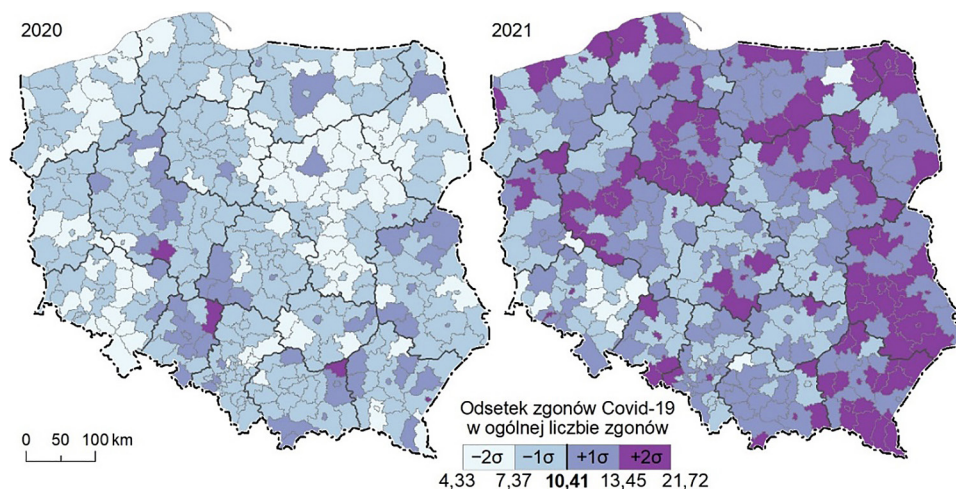
Według Eurostatu Polska jest krajem o najniższej liczbie lekarzy w Unii Europejskiej (2,4 lekarza na 1000 mieszkańców przy średniej unijnej 3,9) i pielęgniarek (5,2 na 1000 mieszkańców przy średniej unijnej 8,4). W pierwszym roku pandemii COVID-19 badanie Eurofund wykazało, że ponad jedna czwarta Polaków (28%) zgłosiła niezaspokojoną potrzebę badania lekarskiego lub leczenia (State of Health in the EU: Poland – Country Health Profile 2021).

Udział zgonów covidowych w 2020 r. stanowił niespełna 9% wszystkich zgonów, a w 2021 r. już blisko 12%. Udział tych zgonów był zróżnicowany w skali województw, było to odpowiednio: dla roku 2020 – od 7,4% w województwie mazowieckim do 10,9% w województwie opolskim, a dla roku 2021 – od 9% w województwie dolnośląskim do 15,6% w województwie lubelskim (ryc. 4). Obraz sytuacji pandemicznej według powiatów prezentował się znacznie bardziej niepokojąco, szczególnie dla roku 2021. Bowiem w ponad 45% powiatów (173

powiaty) udział zgonów na COVID-19 w ogólnej liczbie zgonów przewyższał średnią dla kraju, w kilkunastu z nich (np. bieszczadzkim, sanockim, łańcuckim, augustowskim, świeckim, Siedlcach, Włocławku, Białej Podlaskiej, Łomży, Suwałkach) co piąty zgon był spowodowany pandemią (ryc. 5). Rozkład przestrzenny odsetka zgonów covidowych wyraźnie pokrywał się z natężeniem umieralności na COVID-19. Jak wcześniej zaznaczono, największy negatywny wpływ pandemii na charakterystyki umieralności odnotowano na obszarach Polski wschodniej, północnej, województwa kujawsko-pomorskiego, a także częściowo wielkopolskiego.



Ryc. 4. Odsetek zgonów na COVID-19 w ogólnej liczbie zgonów w latach 2020 i 2021 według województw
Źródło: oprac. własne na podstawie MZ i GUS.

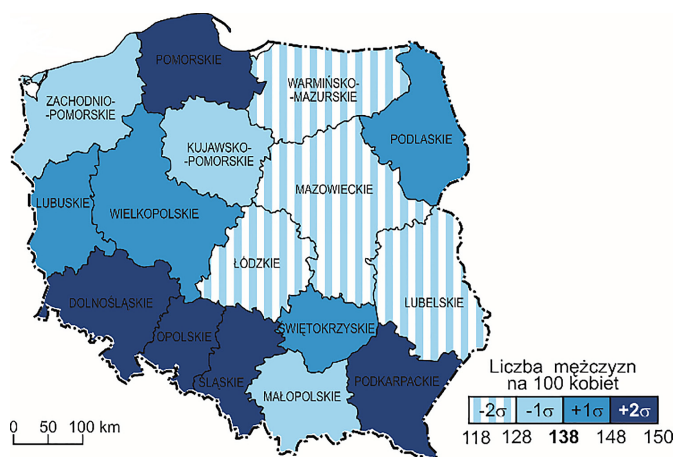


Ryc. 5. Odsetek zgonów na COVID-19 w ogólnej liczbie zgonów w latach 2020 i 2021 według powiatów
Źródło: oprac. własne na podstawie MZ i GUS.

Struktura zgonów według płci i wieku⁷

Natężenie umieralności jest zróżnicowane w zależności od płci i wieku. W Polsce od szeregu lat obserwuje się zjawisko wysokiej nadumieralności mężczyzn, tj. współczynniki zgonów dla mężczyzn są wyższe niż dla kobiet, co jest widoczne już wśród chłopców. W ogólnej liczbie osób zmarłych w latach 2010–2019 mężczyźni stanowili 52,1%, natomiast w 2021 r. odsetek ten wyniósł 51,7%. Wyższa umieralność mężczyzn niż kobiet jest uzasadniana *m.in.* różnicami biologicznymi, większym obciążeniem pracą fizyczną, niehigienicznym trybem życia mężczyzn, niższym poziomem ich wykształcenia czy często lekceważącym traktowaniem swojego zdrowia (Sytuacje demograficzna Polski 2021).

Analiza danych statystycznych jednoznacznie wskazała na wysoki poziom maskulinizacji zgonów na COVID-19 w kraju ($W_m = 137$). Największe dysproporcje umieralności uwarunkowane płcią osób zmarłych na koronawirusa wystąpiły w województwach: śląskim, dolnośląskim, pomorskim, podkarpackim i opolskim (ryc. 6). W przypadku powiatów zaobserwować można jeszcze większe dysproporcje pomiędzy śmiertelnością covidową subpopulacji kobiet i mężczyzn. Dla blisko 30 powiatów nadumieralność mężczyzn była bardzo wysoka, współczynnik maskulinizacji osiągnął tam wartości powyżej 200, a najwyższą wartość odnotowano w powiecie łobeskim, w którym na COVID-19 zmarło sześciokrotnie więcej mężczyzn (30 zgonów) niż kobiet (5 zgonów) – por. ryc. 7.

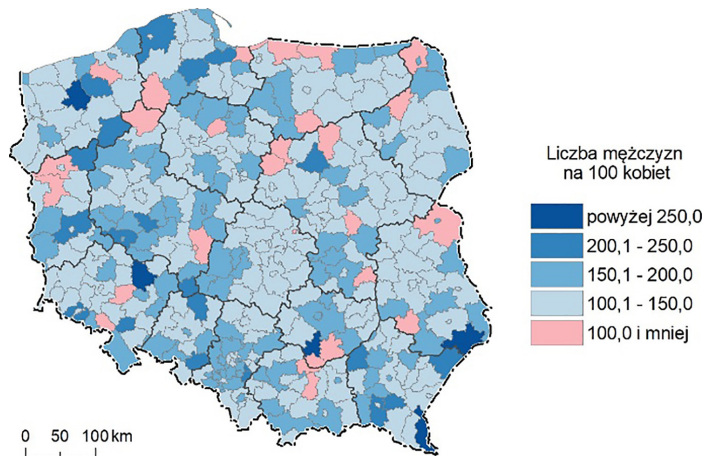


Ryc. 6. Współczynnik maskulinizacji zgonów na COVID-19 w 2020 r. według województw
Źródło: oprac. własne na podstawie GUS.

Podczas pandemii COVID-19 w grupie podwyższonego ryzyka zarażenia koronawirusem znalazły się osoby starsze⁸. Istotnym elementem sytuacji zdrowotnej

⁷ Analiza dotycząca wieku zmarłych została przeprowadzona tylko na poziomie województw z powodu braku dostępnych danych dla powiatów.

⁸ Jak wcześniej podkreślano, COVID-19 jest szczególnie niebezpieczny dla osób starszych. To głównie wyższa śmiertelność w tych grupach spowodowała, że średnia długość życia się skróciła. Na-



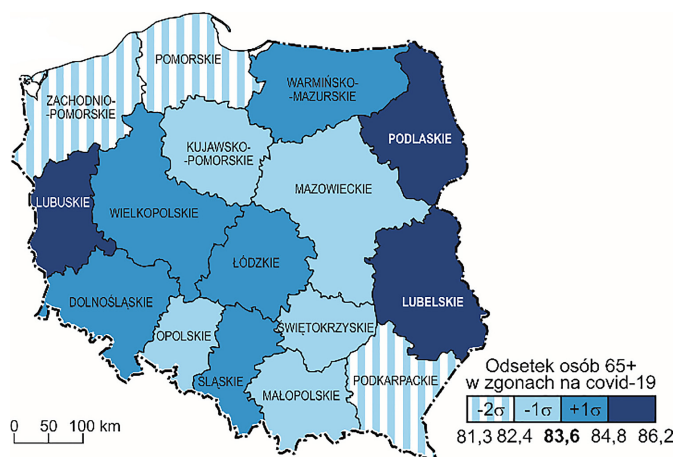
Ryc. 7. Współczynnik maskulinizacji zgonów na COVID-19 w 2020 r. według powiatów
Źródło: oprac. własne na podstawie GUS.

jest powszechnie dostrzegane w krajach rozwiniętych starzenie się społeczeństw będące także pozytywnym efektem skutecznych działań opieki zdrowotnej (Garza 2016). Starzenie się ludności to proces zwiększania się odsetka osób starszych, które przekroczyły próg starości, tj. 65 rok życia. W XXI w. proces starzenia się ludności stał się zjawiskiem globalnym i dotyczy już nie tylko państw wysoko rozwiniętych (Janiszewska 2017).

Według Światowej Organizacji Zdrowia ludziom po 61 roku osłabia się bowiem układ immunologiczny, co sprawia, że seniorzy częściej zmagają się z chorobami przewlekłymi. Do tych wymienionych przez Światową Organizację Zdrowia, które mogą sprzyjać namnażaniu się wirusa, należą m.in. cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, choroby płuc oraz astma (Róży, Chorostowska-Wynimko 2017).

Wśród zmarłych na COVID-19 w 2020 r. w Polsce wyraźnie dominowały osoby powyżej 65 roku życia – stanowiły one ponad 83% wszystkich zmarłych, podczas gdy w ogólnej liczbie zgonów w Polsce osoby starsze stanowiły 78%. Zróżnicowanie przestrzenne tego zjawiska nie było duże, najwyższe udziały odnotowano w województwach: podlaskim, lubuskim i lubelskim – powyżej 86% (ryc. 8). Wiek osób zmarłych na COVID-19 nie koreluje z poziomem starości, bowiem w województwach, gdzie jest najwięcej seniorów – świętokrzyskim, łódzkim, dolnośląskim (adekwatnie 22%, 21,8% i 20,9%) – nie odnotowano najwięcej zgonów na COVID-19 wśród osób w wieku 65 lat i więcej (największa umieralność covidowa wśród osób starszych wystąpiła w województwach: lubuskim, lubelskim i podlaskim).

leży dodać, że długość życia w Polsce nie rośnie w zasadzie od 2016 r., ale nigdy dotąd spadki nie były aż tak duże. W 2021 r. średnia trwania życia mężczyzn skróciła się o 2,3 roku, a kobiet o 2,1 (w odniesieniu do roku 2019) (por. Trwanie życia w 2019, Trwanie życia w 2021).



Ryc. 8. Udział osób w wieku 65 lat i więcej w zgonach na COVID-19 w 2020 r. według województw

Źródło: oprac. własne na podstawie GUS.

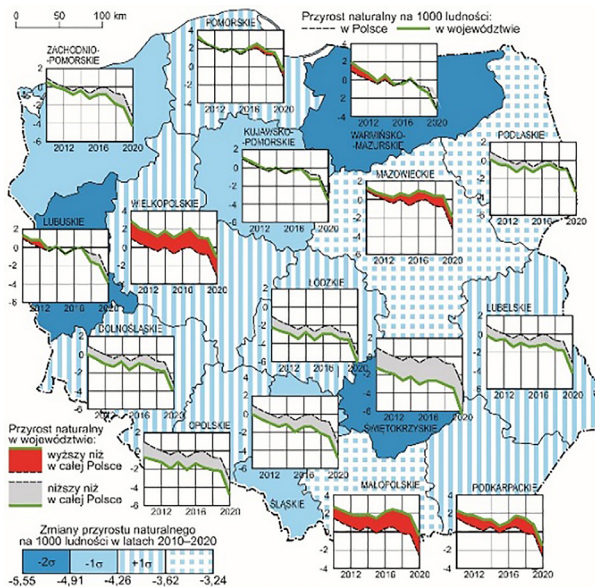
Konsekwencje pandemii COVID-19 – wybrane aspekty demograficzne

Pandemia w sposób szczególny wpłynęła na przebieg zjawisk demograficznych w 2020 i 2021 r., pogłębiając negatywne trendy obserwowane w Polsce w ostatniej dekadzie. Niekorzystna sytuacja w zakresie umieralności wraz z bardzo niskim poziomem urodzeń w 2020 r. przyczyniły się do rekordowo niskiego poziomu przyrostu naturalnego w kraju. Jego ujemna wartość ($-3,2\%$) była ponadtrzykrotnie wyższa niż w 2019 r. ($-0,9\%$).

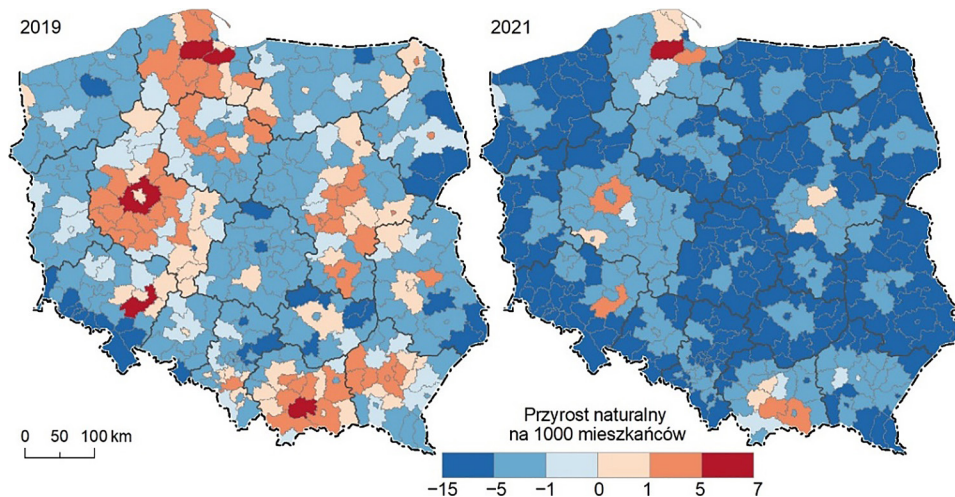
Konsekwencją zwiększonej liczby zgonów w czasie pandemii był pogłębiający się ubytek naturalny w województwach (ryc. 9). Jeszcze przed pandemią w pięciu regionach występowała nadwyżka urodzeń nad zgonami, a po pierwszym roku pandemii wszystkie województwa charakteryzował ubytek naturalny. W szczególnie trudnej sytuacji demograficznej pod tym względem znalazły się województwa: świętokrzyskie ($-6,4\%$) i łódzkie ($-6,1\%$).

Analiza na poziomie powiatów wskazała, że przed pandemią 1/4 jednostek (98 powiatów) charakteryzowała się nadwyżką urodzeń nad zgonami. Takich powiatów najwięcej było w województwach: wielkopolskim, pomorskim i małopolskim (ryc. 10). Po dwóch latach pandemii tylko w 13 powiatach odnotowano dodatni przyrost naturalny. Były to jednostki, które w 2019 r. odznaczały się wysokim (jak na warunki krajowe) przyrostem naturalnym – na poziomie 3–9‰, ale i w tych jednostkach przyrost naturalny obniżył się w stosunku do roku 2021 o kilka punktów promilowych. W pozostałych powiatach zaobserwowano wpływ pandemii SARS-CoV-2 na ruch naturalny, szczególnie niekorzystny tam, gdzie już wcześniej występował ubytek naturalny (ryc. 11). W wyniku zwiększonej liczby zgonów w zdecydowanej większości powiatów doszło do wzrostu ujemnych

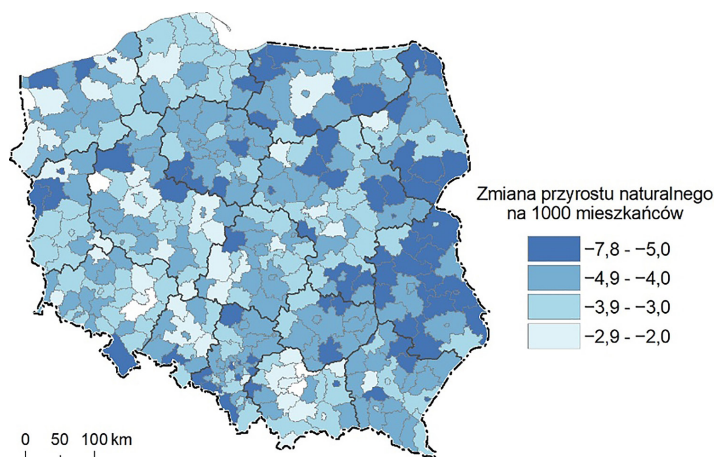
wartości przyrostu naturalnego, aż w 21 jednostkach PN przekroczył -10% (największy ubytek w powiecie hajnowskim: -16%).



Ryc. 9. Współczynnik przyrostu naturalnego w Polsce w latach 2010–2020 według województw
 Źródło: oprac. własne na podstawie GUS.



Ryc. 10. Współczynnik przyrostu naturalnego w Polsce w latach 2019–2021 według powiatów
 Źródło: oprac. własne na podstawie GUS.



Ryc. 11. Zmiany przyrostu naturalnego w Polsce w latach 2019–2021 według powiatów
Źródło: oprac. własne na podstawie GUS.

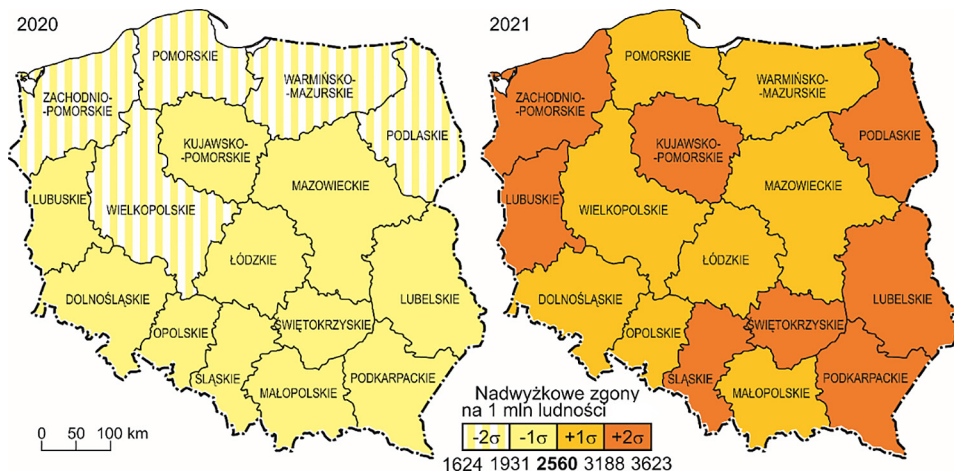
Sytuacja demograficzna Polski kształtowała się w latach 2020 i 2021 pod wpływem kolejnych fal pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Na jej kształt największy wpływ miała najwyższa od kilkudziesięciu lat liczba zgonów. Intensywność zgonów w Polsce nie zmieniła się znacząco do 2019 r. – rosła, ale tempo wzrostu było niewielkie i dość jednolite. W latach 2020 i 2021 nastąpił gwałtowny wzrost liczby zgonów – zmarło odpowiednio 477,4 tys. i 519,5 tys. osób (przy średniej liczbie zgonów 401,9 tys. w latach 2015–2019). Śmiertelność wzrosła z 10,7‰ w 2019 r. do 13,6‰ w 2021 r. Pandemia wywołana przez wirusa SARS-CoV-2 jest najbardziej odpowiedzialna za wyższą śmiertelność. Bezpośrednie ofiary COVID-19 (103,6 tys. osób w latach 2020–2021) odpowiadają za ponad 58% odnotowanego wzrostu śmiertelności w stosunku do roku 2019.

Zwiększona liczba zgonów w latach 2020 i 2021 w porównaniu z rokiem poprzednim była spowodowana pandemią COVID-19, ale także nadmierną umieralnością⁹, która dotyczyła pacjentów „nie-Covid” z chorobami przewlekłymi lub nagłymi incydentami zdrowotnymi, którzy nie zostali zdiagnozowani i nie rozpoczęli leczenia na czas lub których leczenie zostało przerwane. Nadmiar zgonów w stosunku do lat 2015–2019, określane mianem długu zdrowotnego, to nie tylko efekt pandemii, ale także nieoptymalne leczenie chorób cywilizacyjnych (<https://pzn.org.pl/czym-jest-dlug-zdrowotny-i-co-mozna-z-nim-zrobic/>).

W Polsce odnotowano ponad 75 tys. w 2020 r. i blisko 119 tys. zgonów nadmiarowych, co dało adekwatnie 1965 i 3109 zgonów na 1 mln mieszkańców. W ponurym rankingu nadmiaru zgonów Polska zajęła w 2020 r. drugie miejsce w Europie (na pierwszym miejscu uplasowała się Bułgaria). W tym czasie w Szwecji odnotowano nieco ponad 500 zgonów dodatkowych na milion ludności, a w Niemczech około 400 zgonów na milion ludności (Basiukiewicz 2021).

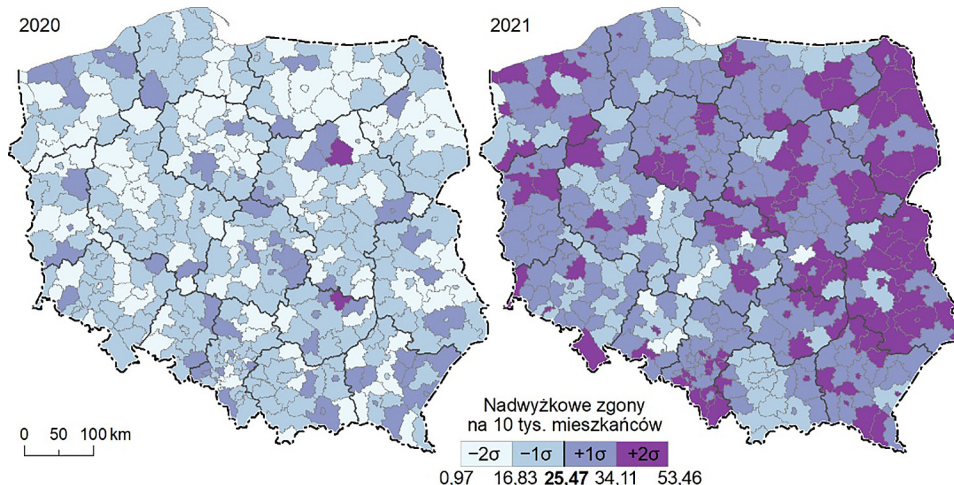
⁹ Jak pisze Śleszyński (2022), trzeba jednak pamiętać, że w ostatnich latach wyraźnie zmienia się struktura wieku (przybywa osób starszych), dlatego efekt nadmiarowych zgonów jest nieco mniejszy niż prosta różnica pomiędzy jednym a drugim rokiem (zapewne o kilka tysięcy osób).

Jak wcześniej zaznaczono, poziom umieralności nadmiarowej był zdecydowanie wyższy w drugim roku pandemii (ryc. 12). Wśród województw aż w 9 regionach wskaźniki nadmiaru zgonów na 1 mln mieszkańców przekroczyły 3000, a najwyższą wartość odnotowały województwa: podlaskie (3623) i lubelskie (3542).



Ryc. 12. Nadwyżkowe zgony na 1 mln ludności w latach 2020 i 2021 według województw
Źródło: oprac. własne na podstawie MZ i GUS.

Przeprowadzenie analogicznej analizy nadwyżkowych zgonów dla powiatów dostarczyło jeszcze bardziej niepokojących informacji. Dotyczyło to zwłaszcza wartości opisujących rozmiary tego zjawiska w 2021 r. Dla powiatów obliczono



Ryc. 13. Nadwyżkowe zgony na 10 tys. ludności w latach 2020 i 2021 według powiatów
Źródło: oprac. własne na podstawie MZ i GUS.

wskaźniki liczby nadmiarowych zgonów na 10 tys. mieszkańców. W blisko połowie powiatów umieralność nadwyżkowa była o wiele większa niż średnia krajowa, a w 10% jednostek wskaźniki przekroczyły wartość 40 zgonów dodatkowych na każde 10 tys. mieszkańców. Świadczy to o wyraźnym pogorszeniu się sytuacji zdrowotnej mieszkańców tych powiatów. Obraz przestrzennego zróżnicowania umieralności nadwyżkowej w zasadzie pokrywa się z mapą obrazującą natężenie zgonów covidowych, jednak należy odnotować wysokie wartości tego wskaźnika nie tylko w powiatach Polski wschodniej czy województwa kujawsko-pomorskiego, ale także w kilku powiatach województw: mazowieckiego, zachodniopomorskiego, lubuskiego, wielkopolskiego czy łódzkiego (ryc. 13).

Jeśli chodzi o rozkład przestrzenny nadmiarowych zgonów, to wyniki badań Śleszyńskiego (2022) nie potwierdziły ich zależności w 2020 r. od zmiennych odnoszących się do struktury wieku, rejestrowanej zakaźności koronawirusem SARS-CoV-2 i liczby zgonów w związku z COVID-19 według 73 podregionów NUTS3. Podobnie nie wykryto ich związku z udziałem ludności w wieku poprodukcyjnym. Nie odnaleziono też korelacji między wykrytymi zakażeniami oraz stwierdzonymi zgonami będącymi bezpośrednim lub pośrednim następstwem zakażenia koronawirusem (Śleszyński 2022). Brak wzorców regionalnych, jeśli chodzi o przestrzenne zróżnicowanie liczby nadmiarowych zgonów ogółem w całym 2020 r. w stosunku do średniej z lat 2017–2019 dla mniejszych obszarów administracyjnych kraju, czyli powiatów, zauważył także Kuropka (2021). Wydaje się, że rozkład tego zjawiska dla 2021 r. jest bardziej czytelny i koreluje z umieralnością covidową.

Pandemia postawiła system ochrony zdrowia przed nowym wyzwaniem – rozpoznaniem obszarów największego zadłużenia zdrowotnego, które powstały poprzez skupienie uwagi na walce z koronawirusem kosztem innych problemów zdrowotnych. Dług zdrowotny to zaniedbanie zdrowia, odkładanie lub nawet niewyszczynanie diagnozy choroby, wizyt kontrolnych, zaplanowanych zabiegów lub innych ważnych procedur medycznych (Kapitał Zdrowia 2020). Nadwyżkę zgonów należy postrzegać jako bardzo wysoką stopę procentową długu zdrowotnego (Basiukiewicz 2021).

Niewątpliwie nadwyżkę zgonów w Polsce można tłumaczyć gorszą niż w krajach zachodnich kondycją zdrowotną ludności (Wojtyniak, Goryński 2016). Według Szyborskiego (2021) w tym kontekście celowe wydaje się traktowanie COVID-19 jako syndemii interakcji biologicznych i społeczno-ekologicznych. Syndemia oznacza jednoczesne, epidemiczne występowanie chorób przewlekłych niezakaźnych i chorób infekcyjnych, addytywne interakcje między nimi przy niekorzystnym wpływie czynników społecznych, demograficznych i środowiskowych. Bowiem zrozumienie i zastosowanie podejścia syndemicznego może być korzystne w polskich warunkach, ze względu na specyfikę problemów zdrowotnych i cechy demograficzne, w tym szczególnie zmieniającą się strukturę ludności w wyniku starzenia się (Szyborski 2021).

Polityka zdrowotna po pandemii COVID-19

Działania UE na rzecz zdrowia – reakcja na pandemię COVID-19

Podstawowe ramy prawne i zasady działań na rzecz ochrony zdrowia w UE określa art. 168 traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej¹⁰. Unia nie ingeruje w polityki krajowe, sposób organizacji ochrony zdrowia czy opieki medycznej. Jasne jest jednak, że promuje wspólne wartości, które mają stanowić podstawę funkcjonowania krajowych systemów ochrony zdrowia. Należą do nich: powszechność opieki, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność (Włodarczyk 2011). Celem UE jest uzupełnienie działań w państwach członkowskich (<https://www.consilium.europa.eu/pl/policies/eu-health-policy/>).

Z ramienia Komisji Europejskiej zajmuje się tym Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności – DG SANTE¹¹. Obecnie Komisja, definiując politykę zdrowotną, uwzględnia przygotowanie państw UE do skuteczniejszego zapobiegania przyszłym pandemiom i reagowania na nie (Komisja... 2022). Warto zwrócić uwagę, że działania na rzecz zdrowia nie ograniczają się do walki z chorobami zakaźnymi. Spektrum zainteresowań DG SANTE rozciąga się od badań nad nowymi lekami po jakość żywności i produkcji rolnej.

Samodzielną agendą Unii Europejskiej zajmującą się problematyką zdrowotną jest Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (*European Centre for Disease Prevention and Control*) (European... 2022). Od 2016 r. funkcjonuje również Grupa Sterująca ds. Promocji Zdrowia, Profilaktyki Chorób i Zwalczania Chorób Niezakaźnych. Grupa ma za zadanie wspieranie państw członkowskich w realizacji celów zrównoważonego rozwoju ONZ¹².

Fakt, że dzisiaj mówi się o unijnej polityce zdrowotnej, zawdzięczamy traktatowym podstawom prawnym, instytucjom utworzonym w celu prowadzenia i koordynowania działań, ale także dotychczasowej praktyce – realizacji programów dedykowanych zdrowiu publicznemu (Sobczak 2020). Program UE dla zdrowia 2021–2027 (EU4Health Programme) jest z jednej strony kontynuacją dotychczasowych projektów, z drugiej zaś odpowiedzią na pandemię COVID-19 (Europejska Unia... 2022). W 2022 r. do priorytetów tego programu włączono gotowość na sytuacje kryzysowe.

Unia wysłała jednocześnie jasny sygnał o gotowości do powołania Europejskiej Unii Zdrowotnej. Deklarację taką złożyła w 2021 r. przewodnicząca KE Ursula von der Leyen (2021). EU4Health Programme ma ułatwić to zadanie. Europejska Unia Zdrowotna oznacza bowiem lepszy poziom ochrony zdrowia

¹⁰ Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Tekst skonsolidowany uwzględniający zmiany wprowadzone traktatem z Lizbony (Dz.U. z 2004 nr 90, poz. 864).

¹¹ Trzeba zaznaczyć, że zapisy dotyczące ochrony zdrowia pojawiły się już u zarania EWG (np. art. 36 TUEWG). Skonkretyzowano je w traktacie z Maastricht z 1999 r. (art. 129 TWE) – por. Sobczak (2020). Nie miały one jednak charakteru bezpośredniego, a wpisano je obok innych – cele ogólne, dostosowanie przepisów, polityka regionalna, ochrona konsumentów, polityka rolna (por. Goryński, Wojtyński 2005).

¹² Cel nr 3 brzmi: Zapewnić wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrobyt.

obywateli, większą gotowość UE i krajów członkowskich do zapobiegania ewentualnym pandemiom w przyszłości i do reagowania na nie. Komisja podjęła już kroki zmierzające do wzmocnienia roli wyspecjalizowanych agend – Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i Europejskiej Agencji Leków (EMA), a także wzmocnienia ram prawnych dotyczących poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia. Powołano też nową instytucję – Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA). Jego zadaniem jest zapobieganie sytuacjom zagrożenia zdrowia, wykrywanie ich i szybkie reagowanie na nie. W praktyce ma to oznaczać, że HERA zapewni opracowanie, produkcję i dystrybucję leków, szczepionek i innych medycznych środków przeciwdziałania. Do celów zaliczono również zmniejszenie liczby zakażeń opornych na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz poprawę wskaźnika szczepień.

Zmiany w podejściu do polityki zdrowotnej to nie jedyna reakcja Unii Europejskiej na pandemię COVID-19. Podjęte działania można podzielić na dwa bloki – bezpośrednie działania mające zwalczać wirusa i zagrożenia z nim związane, oraz działania na rzecz poprawy sytuacji gospodarczej wywołanej przez pandemię.

Działania bezpośrednie związane ze zwalczaniem wirusa dotyczą koordynacji zasad podróży (wewnątrz UE), ograniczenia ekspansji wirusa (podróże do krajów trzecich), zapewnienie bezpiecznych i skutecznych szczepionek, wspieranie unijnych systemów opieki zdrowotnej. W ramach bloku pierwszego wzmacnia się również solidarność europejską (doraźna pomoc medyczna – udostępnienie placówek i wyjazdy zespołów medycznych) i partnerstwo z innymi krajami (globalna solidarność szczepionkowa).

Blok drugi otwiera plan odbudowy. Ma ona zapewnić zabezpieczenie pracownikom, firmom i krajom członkowskim. Łączna wartość wsparcia ma wynieść 2364,3 mld euro. Instrumentem finansowym jest nadzwyczajny fundusz odbudowy (Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności) i Next Generation UE (10 działań... 2022).

Polityka zdrowotna Polski – konsekwencje pandemii

Uwarunkowania prawne polityki zdrowotnej

Podstawę prawną polityki zdrowotnej w Polsce stanowi Konstytucja RP, dokumenty niższego rzędu (ustawy¹³ i rozporządzenia) oraz ratyfikowane dokumenty międzynarodowe – zobowiązania wynikające z członkostwa w ONZ, Radzie Europy, Unii Europejskiej (Jarosz-Żukowska 2014).

Dokumentem definiującym aktualną politykę zdrowotną państwa jest zaś „Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025” (NPZ). Autorzy wskazują na zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu jako na cele strategiczne na najbliższe lata. Istotnym

¹³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o ochronie zdrowia (Dz.U. z 2015 r. poz. 1916), ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559 i 1773), ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 2217).

elementem determinującym kształt działań jest pandemia COVID-19¹⁴. Łączna kwota wydatków w ramach realizacji NPZ ma nie przekraczać 140 mln zł. Najwięcej środków przeznaczono na trzy pierwsze cele (tab. 1).

Tabela 1. Finansowanie celów operacyjnych „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025”

Cel operacyjny	Finansowanie (w mln zł)	Źródło finansowania
profilaktyka otyłości i nadwagi	40	Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej, Fundusz Zająć Sportowych dla Uczniów oraz budżet państwa
profilaktyka uzależnień	30	Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz budżet państwa
promocja zdrowia psychicznego	30	Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz budżet państwa
zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne	25	budżet państwa
wyzwania demograficzne	15	budżet państwa

Źródło: oprac. własne na podstawie rozporządzenia NPZ, 2021 (Dz.U. z 2021 r. poz. 642).

Plany dotyczące rozwoju systemu ochrony zdrowia zawarto w opublikowanym przez Ministerstwo Zdrowia dokumencie – „Zdrowa przyszłość”. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. („Zdrowa przyszłość”). Ma on stanowić uszczegółowienie do „Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)”¹⁵ i był wymagany przez Komisję Europejską¹⁶. Oczywiście cele przedstawione w „Zdrowej przyszłości” korespondują z tymi przyjętymi w „Narodowym Programie Zdrowia”. Celem nadrzędnym jest wydłużenie życia i poprawa stanu zdrowia obywateli. Uwagę zwrócono ponadto na konieczność poprawy opieki nad osobami starszymi i chorymi psychicznie.

Najnowszym, zaakceptowanym w czerwcu 2022 r. przez Komisję Europejską, jest Krajowy Plan Odbudowy (KPO). Jeden z filarów KPO dotyczy efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia. Przeznaczono na niego 18,3 mld zł. Do tego do dyspozycji powinien być fundusz pożyczkowy w wielkości 1,23 mld zł (KPO... 2022).

Wybrane działania walki z pandemią COVID-19

Bardzo szybko, bo już pod koniec lutego 2020 r., przyjęto w Polsce rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem Sars-CoV-2¹⁷. Oznaczało to objęcie zakażeń COVID przepisami o zapobieganiu

¹⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. z 2021 r. poz. 642).

¹⁵ Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r. jako strategia rozwoju w myśl ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. z 2021 r. poz. 1057).

¹⁶ We wcześniejszych okresach prowadzenia programowania powstawały również dokumenty strategiczne i tematyczne programy wdrażania działań. W latach 2014–2020 obowiązywał Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 Krajowe Strategiczne Ramy.

¹⁷ Dz.U. z 2020 r. poz. 325.

oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zastosowanie miała więc ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁸. Krótko potem przyjęto kolejny dokument – ustawę z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach odnoszących się do zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych¹⁹. Ustawa liczy 345 stron i reguluje właściwie wszystkie aspekty życia społecznego i gospodarczego, które dotknięte zostały bezpośrednio lub pośrednio skutkami pandemii. W grudniu tego roku zmieniono także rozporządzenie z 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem Sars-CoV-2²⁰. Nowa podstawa prawna określa, kto może przeprowadzać szczepienia ochronne.

Z medycznego punktu widzenia podstawowym narzędziem walki z koronawirusem są właśnie szczepienia przeciw COVID-19. W grudniu 2020 r. ogłoszono Narodowy Program Szczepień, którego celem strategicznym było osiągnięcie poziomu zaszczepienia społeczeństwa umożliwiającego zapanowanie nad pandemią COVID-19 do końca 2021 r. przy jednoczesnym zachowaniu najwyższych standardów bezpieczeństwa (Narodowy Program Szczepień, <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/narodowy-program-szczepien-przeciw-covid-19>).

Dokument zawiera [m.in.](https://www.gov.pl/web/szczepimysie/narodowy-program-szczepien-przeciw-covid-19) opis procesu zakupu szczepionek, którego podstawą było porozumienie między Komisją Europejską i państwami członkowskimi. Dotyczyło ono wczesnego zakupu szczepionek przeciw chorobie COVID-19 wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2. Program zakładał zakup szczepionek w liczbie ponad 62 mln, a szacowany koszt zakupu wyniósł około 2,4 mld zł.

Po pozytywnej decyzji Europejskiej Agencji Leków i rekomendacji działającej przy premierze Rady Medycznej Polska przystąpiła do szczepień dzieci od 12 roku życia w dniu 7 czerwca 2021 r., a od 16 grudnia 2021 r. ruszyły szczepienia dla dzieci w wieku 5–11 lat. Podobnie jak w innych krajach, także w naszym kraju zaproponowano pacjentom przyjęcie dawki przypominającej szczepionki przeciw COVID-19 po upływie 6 miesięcy od szczepienia. W kwietniu 2022 r. umożliwiono przyjmowanie czwartej dawki szczepionki (drugiej przypominającej) seniorom w wieku 80+, w lipcu dla osób, które ukończyły 60 lat, oraz osób, które ukończyły 12 lat i mają wskazania do szczepienia w związku z zaburzeniami odporności, a w sierpniu personelowi medycznemu.

Do 3 września 2022 r. zaszczepiono co najmniej jedną dawką 59,37% populacji Polski. W Polsce wykonano łącznie 56 223 080 szczepień przeciw COVID-19. W sumie zaszczepiono 22 771 407 osób, z których w pełni zaszczepionych jest ponad 22 mln 547 tys. osób (59,1 proc. populacji) – por. <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19>.

Wśród innych problemów zdrowotnych, które pojawiły się wraz z pandemią COVID-19, są powikłania pocovidowe. „Long Covid” staje się coraz większym problemem zdrowotnym; jak się okazuje, samo przechorowanie COVID-19 nie

¹⁸ Dz.U. z 2008 r. nr 234, poz. 1570.

¹⁹ Dz.U. z 2020 r. poz. 374.

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 2212).

oznacza jeszcze powrotu do zdrowia i wiele osób zмага się z długofalowymi skutkami choroby koronawirusowej. W naszym kraju w kwietniu 2021 r. ogłoszony został program rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19²¹.

Pandemia koronawirusa doprowadziła nie tylko do dużej liczby zgonów covidowych i non-covidowych, ale także do pogorszenia poziomu zdrowotności społeczeństwa w wyniku m.in. utrudnionego kontaktu z personelem medycznym i niemożności korzystania z procedur medycznych. Wprowadzone regulacje sanitarne miały wpływ na obniżenie skłonności pacjentów do badań profilaktycznych. Odpowiedzią na ten stan rzeczy był ogłoszony program „Profilaktyka 40 PLUS”. Program był realizowany od 1 lipca 2021 r. do końca 2021 r. i zostały nim objęte wszystkie osoby powyżej 40 roku życia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-40-plus>).

Wnioski

Analiza materiałów statystycznych jednoznacznie wykazała, że w przeważającej liczbie jednostek administracyjnych (województw/powiatów) odnotowano bardzo niekorzystne z demograficznego punktu widzenia zjawiska polegające przede wszystkim na znaczącej nadwyżce zgonów. Na wysoką liczbę zgonów złożyły się bezpośrednio te spowodowane zakażeniem COVID-19, jak i te, które nie są z nim bezpośrednio związane. Przy czym tendencje te wyraźnie zwiększyły się w drugim roku pandemii. Jak wskazują specjaliści, zawiniły tu głównie zaniedbania w leczeniu chorób cywilizacyjnych. Wynika z tego pogorszenie ogólnej sytuacji zdrowotnej Polaków. Można mówić zatem o powiększaniu się tzw. długu zdrowotnego.

Do innych bezpośrednich konsekwencji demograficznych pandemii COVID-19 należał pogłębiający się ubytek naturalny w Polsce. Po dwóch latach pandemii tylko w 4% powiatów w Polsce odnotowano dodatni przyrost naturalny, a przed pandemią takich jednostek było 25%.

Na podstawie analiz przestrzenno-demograficznych stwierdzić można, że wysoki poziom umieralności na COVID-19 w 2021 r. odnotowały jednostki leżące w Polsce wschodniej oraz częściowo północnej. Niekorzystna sytuacja pod tym względem wystąpiła także w znacznej części powiatów województwa kujawsko-pomorskiego. Tak duże zróżnicowanie umieralności covidowej było dość wyraźnie skorelowane z poziomem wyszczepienia, bowiem najmniejszym odsetkiem osób zaszczepionych charakteryzowali się głównie mieszkańcy Polski wschodniej, gdzie zarejestrowano najwyższe wskaźniki umieralności covidowej. Oczywiście jest to zmienna społeczna i wyjaśnienia jej wielkości doszukiwać powinno się w czynnikach społecznych – wykształceniu, preferencjach politycznych itd.

Rozkład przestrzenny odsetka zgonów covidowych wyraźnie pokrywał się z natężeniem umieralności na COVID-19. Największy negatywny wpływ pandemii na charakterystyki umieralności odnotowano na obszarach Polski wschodniej, północnej, województwa kujawsko-pomorskiego, a także częściowo wielkopolskiego.

²¹ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 172/2021/DSOZ.

Analiza danych statystycznych jednoznacznie wskazała na wysoki poziom męskulinizacji zgonów na COVID-19 w kraju. Wśród osób zmarłych na COVID-19 w 2020 r. w Polsce wyraźnie dominowały osoby powyżej 65 roku życia – ponad 83% wszystkich zmarłych. Wiek osób zmarłych na COVID-19 nie koreluje z poziomem starości, ponieważ w województwach, gdzie jest najwięcej seniorów – świętokrzyskim, łódzkim, dolnośląskim – nie odnotowano najwyższej liczby zgonów na COVID-19 wśród osób w wieku 65 lat i więcej.

Obserwowane zmiany demograficzne związane z pandemią COVID-19 wpisują się w jeden z 17 celów Agendy ONZ dotyczącej planu zrównoważonego rozwoju do roku 2030. Mowa tu o dążeniu do poprawy zdrowia i jakości życia. Pandemia przyczyniła się do pogorszenia sytuacji zarówno w obszarze zdrowotności (zgony nadmiarowe, dług zdrowotny), jak i szeroko rozumianej jakości życia. Negatywne zmiany, które wywołała, wymagają interwencji władz w ramach polityki społecznej, w tym zdrowotnej. Niewątpliwie w najbliższym okresie powinny być podjęte działania w celu poprawy poziomu zdrowotności mieszkańców Polski. Mając na uwadze zawężoną reprodukcję (w wyniku wzrostu liczby zgonów COVID-19 i zgonów nadmiarowych), należy stwierdzić, że drugi ważny obszar interwencji to rodność. Ale ponieważ przemiany demograficzne są złożonymi i długotrwałymi procesami, trzeba mieć świadomość, że podejmowane interwencje (nawet jeśli skuteczne) mają ograniczoną moc oddziaływania, a ich skutki będą odroczone w czasie.

Dlatego wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia w okresie postpandemicznym powinny uwzględniać przede wszystkim zapewnienie dostępu do poprawy zdrowia. Brak dostępu lub trudności w otrzymaniu pomocy medycznej w oczywisty sposób nie pozwolą zrealizować nadrzędnego celu „Narodowego Programu Zdrowia”, jakim jest wydłużenie życia i poprawa zdrowia obywateli. Konieczne jest podkreślenie, że zarówno Unia Europejska, jak i Polska dysponują odpowiednimi programami i środkami, czyli wdrażają polityki zdrowotne. W przypadku UE są to działania wielopłaszczyznowe, obejmujące nie tylko np. szczepienia, ale także długofalowe zmiany mające zagwarantować koordynację polityk krajowych – Europejska Unia Zdrowotna.

Trzeba też stwierdzić, że oprócz działań systemowych wymagających ogromnych nakładów konieczne jest podjęcie kroków w mniejszej skali. Pandemia obnażyła zaniedbania metodologiczne dotyczące definicji, sposobu zbierania i analizy danych. Niespójności w tym zakresie powodują brak możliwości diagnozy i prognozowania dalszych zdarzeń.

Literatura

- Basiukiewicz P. 2021. Ani jednej łąy. Ochrona zdrowia w pandemii. Warsaw Enterprise Institute, Warsaw.
- Cofta S., Domagała A., Dubas-Jakóbczyk K., Gerber P., Golinowska S., Haber M., Kolek R., Sokołowski A., Sowada C., Więckowska B. 2020. Szpitale w czasie pandemii i po jej zakończeniu (https://oees.pl/wp-content/uploads/2020/05/Alert-zdrowotny_2.pdf; dostęp: 17.06.2022).

- Czym jest dług zdrowotny i co można z nim zrobić? (<https://pzn.org.pl/czym-jest-dlug-zdrowotny-i-co-mozna-z-nim-zrobic/>; dostęp: 21.05.2022).
- 10 działań UE przeciw COVID-19 i na rzecz odbudowy. 2022. Rada Europejska (<https://www.consilium.europa.eu/pl/policies/coronavirus/10-things-against-covid-19/>; dostęp: 12.07.2022).
- Dziwne rozbieżności w danych o zgonach na COVID-19. Region regionowi nierówny (<https://businessinsider.com.pl/wiadomosci/dziwne-rozbieznosci-w-danych-o-zgonach-na-covid-19-region-regionowi-nierowny/qdrsy0w>; dostęp: 21.05.2022).
- European Centre for Disease Prevention and Control. 2022 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/what-we-do>; dostęp: 12.07.2022).
- Europejska Unia Zdrowotna. 2022. Komisja Europejska (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=LEGISSUM%3A4516648&qid=1658838243776>; dostęp: 12.07.2022).
- Garza A. 2016. The Aging Population: The Increasing Effects on Health Care, Pharmacy Times. The Aging Population, 82, 1 (<https://www.pharmacytimes.com/view/the-aging-population-the-increasing-effects-on-health-care>).
- Goryński P., Wołyniak B. 2005. Polityka zdrowotna w krajach Europy, Unii Europejskiej i w Polsce. Probl. Hig. Epidemiol., 86(1): 1–10.
- Health at a Glance. 2021. OECD Indicators (<https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/ochrona-zdrowia-w-krajach-oecd-jest-najnowszy-raport>; dostęp: 3.09.2022).
- Informacja o zgonach w 2020 roku. 2021. Ministerstwo Zdrowia (<https://www.gov.pl/attachment/489b7a0b-a616-4231-94c7-281c41d3aa30>; dostęp: 14.06.2022).
- Janiszewska A. 2017. Zróżnicowanie przestrzenne starzenia się ludności na świecie. Folia Oeconomica, Acta Universitatis Lodziensis, 5(331): 91–113.
- Jarosz-Żukowska S. 2014. Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Kaczorowski J., Interaktywna mapa zaszczepienia ludności Polski na COVID-19 (<https://experience.arcgis.com/experience/7761e9be65c7439abd7e07732263936f>; dostęp: 24.08.2022).
- Kapitał Zdrowia 2020. Pandemia: punkt zwrotny dla benefitów pracowniczych. Polskie Stowarzyszenie HR (<https://hrstowarzyszenie.pl/kapital-zdrowia/>; dostęp: 14.05.2022).
- Komisja Europejska. 2022. Public Health (https://health.ec.europa.eu/eu-health-policy/overview_pl; dostęp: 12.07.2022).
- Krajowy Program Odbudowy – inwestycje i reformy obejmą wszystkie dziedziny życia społecznego. 2022 (<https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/kpo-inwestycje-i-reformy-obejma-wszystkie-dziedziny-zycia-spoecznego>; dostęp: 12.07.2022).
- Kuropka I. (red.) 2021. Pandemia i jej skutki zdrowotne i demograficzne. Ekspertyza. Komitet Nauk Demograficznych PAN, Warszawa.
- Leyen von der U. 2021. State of the Union Address (https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/SPEECH_21_4701; dostęp: 12.07.2022).
- Narodowy Program Szczepień (<https://www.gov.pl/web/szczepimysie/narodowy-program-szczepien-przeciw-covid-19>; dostęp: 31.08.2022).
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 21 maja 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. z 2021 r. poz. 1057).
- Profilaktyka 40 PLUS (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-40-plus>; dostęp: 3.09.2022).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 2212).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 325).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 491).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. z 2021 r. poz. 642).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 maja 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2022 r. poz. 1025).

- Róży A., Chorostowska-Wynimko J. 2017. Układ immunologiczny osób starszych. Układ odpornościowy u osób starszych (<http://alergia.org.pl/wp-content/uploads/2017/08/Uk%C5%82ad-immunologiczny-os%C3%B3b-starszych.pdf>; dostęp: 17.06.2022).
- Sobczak J. 2020. Przeciwdziałanie chorobom zwalczanym drogą szczepień w prawie Unii Europejskiej. *Artykuły i Studia*, 15: 5–18.
- State of Health in the EU: Poland – Country Health Profile. 2021 (<https://www.oecd.org/publications/poland-country-health-profile-2021-e836525a-en.htm>; dostęp: 17.06.2022).
- Sytuacja demograficzna Polski 2021. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa (<https://bip.stat.gov.pl/organizacja-statystyki-publicznej/rzadowa-rada-ludnosciowa/publikacje-rzadowej-rady-ludnosciowej/raporty-sytuacja-demograficzna-polski/>; dostęp: 12.08.2022).
- System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. 2018. NIK (<https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>; dostęp: 4.02.2023).
- Szczepimysie. Raport szczepień przeciwko COVID-19 (<https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19>; dostęp: 3.09.2022).
- Szymborski J. 2021. Demograficzne implikacje pandemii COVID-19: perspektywa zdrowia publicznego. [W:] W. Nowak, K. Szalanka (red.), *Zdrowie i style życia. Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii*. Wrocław.
- Śleszyński P. 2022. Wpływ pandemii COVID-19 na przestrzenne struktury demograficzne i osadnicze Polski (wstępne wnioski i hipotezy). [W:] K. Markowski (red.), *Konsekwencje zmian demograficznych*. Rządowa Rada Ludnościowa, GUS, Warszawa.
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz.U. 2004.90.864/2).
- Trwanie życia w 2019 roku. GUS (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2019-roku,2,14.html>; dostęp: 30.07.2022).
- Trwanie życia w 2021 roku. GUS (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2021-roku,2,16.html>; dostęp: 30.07.2022).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o ochronie zdrowia (Dz.U. z 2015 r. poz. 1916).
- 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. z 2020 r. poz. 374).
- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 2217).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559 i 1773).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2008 r. nr 234, poz. 1570).
- WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard (<https://covid19.who.int/>; dostęp: 17.06.2022).
- Włodarczyk W.C. 2010. *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Włodarczyk W.C. 2011. *Problemy nierówności w zdrowiu. Perspektywa Unii Europejskiej*. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2: 5–21.
- Wojtyński B., Goryński P. (red.) 2020. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Woźniak Z. 2004. *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*. *Ruch Prawniczy, Socjologiczny i Ekonomiczny*, 2: 161–187.
- Zarządzenie Prezesa NFZ nr 172/2021/DSOZ (<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/znamy-szczegoly-programu-rehabilitacji-po-przebytej-chorobie-covid-19,7959.html>; dostęp: 3.09.2022).
- Zarządzenie Prezesa NFZ nr 172/2021/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
- Zdrowie w zarysie 2021 r.: wskaźniki OECD; rozdział 2: Wpływ COVID-19 na zdrowie (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b0118fae-en/index.html?itemId=/content/component/b0118fae-en>; dostęp: 17.05.2022).

Demographic aspects of the COVID-19 pandemic in Polish regions and health policy

Abstract: The main purpose of the article is to juxtapose the demographic impact of the pandemic and the real-time actions and health policies that were remodeled as a result of the outbreak. The subject of interest of the Authors is Poland. However, a broader European background is outlined when discussing the actions of international institutions. In addition to the cognitive dimension of the article, the Authors wanted to draw attention to methodological problems. It seems that one more effect of the pandemic is to expose the methodological inconsistency at the national and European levels when it comes to issues of medical statistics and quality of life more broadly. The analysis of statistical materials carried out clearly showed that in the overwhelming number of administrative units (provinces/counties) there were recorded, very unfavorable phenomena from the demographic point of view. The pandemic definitely worsened the situation in the level of health, as evidenced by the increase in deaths, especially excess deaths, unrelated to COVID-19. As a consequence of these events, an increase in health debt was observed, which is the result of the obstruction of the public health system, making it difficult for citizens to access effective medical care and treatment. The negative changes brought about by the pandemic require government intervention in social policy, including health policy. Undoubtedly, in the near term, measures should be taken to improve the level of health of the Polish population. Given the narrowed reproduction (as a result of the increase in COVID-19 and excess deaths), the second important area of intervention is fertility. But since the demographic transition is a complex and long-term process, it is important to be aware that the interventions undertaken (even if effective) have limited power of impact, and their effects will be deferred over time.

Key words: pandemic COVID-19, excess deaths, health debt, health policy