

DOI: 10.5604/01.3001.0054.2927

Bożena Płonka-Syroka

Collegium Witelona Uczelnia Państwowa
Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej
Zakład Fizjoterapii
e-mail: bozena.plonka.syroka@collegiumwitelona.pl
ORCID: 0000-0001-8743-4634

Pandemia COVID-19 (2020–2022) zagrożeniem dla zdrowia publicznego w Polsce i systemu jego ochrony

STRESZCZENIE

Epidemia spowodowana przez wirus SARS-Cov-2, która trwała w Polsce od marca 2020 do maja 2022 r., była przyczyną 6,5 mln zachorowań i 119 tys. zgonów. Odnotowano w tym czasie w Polsce także ponad 200 tys. zgonów nadmiarowych (*excess mortality*) w stosunku do średniej z ostatnich lat. Dane te plasują Polskę wśród krajów o najwyższym odsetku zachorowań i zgonów z powodu pandemii COVID-19 w Europie. Celem artykułu jest analiza przyczyn niezadowolającej efektywności walki z epidemią COVID-19 w Polsce w porównaniu do innych krajów europejskich. W analizie uwzględniono dane historyczne dotyczące podstaw efektywności systemów zabezpieczeń przeciwepidemicznych w Europie tworzonych w XIX i XX w. i funkcjonowania polskiego systemu medycyny publicznej w latach 1990–2020. Uwzględniono także wyniki badań wśród pacjentów, którzy przebyli COVID-19 i pracowników systemu opieki medycznej. Artykuł uwzględnia aspekty społeczne, prawne, informacyjne i organizacyjne, związane z dążeniem do opanowania rozwoju pandemii w Polsce. Tekst zawiera wnioski praktyczne, których wdrożenie umożliwiłoby wzrost efektywności działań przeciwepidemicznych w Polsce.

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19 w Polsce, profilaktyka, leczenie.

Wprowadzenie

Pandemia spowodowana przez wirus SARS-Cov-2, rozpoczęła się w Polsce 4 marca 2020 r. 20 marca 2020 r. rząd ogłosił w kraju stan epidemii, który obowiązywał do 16 maja 2022 r.¹

¹ Nazwa SARS-CoV-2 została wprowadzona przez Międzynarodowy Komitet ds. Taksonomii Wirusów 11 lutego 2020 r. Początkowo patogen, który wywołał w Chinach pod koniec 2019 r. masowe zachorowania na zapalenie płuc, był określany jako 2019-nCoV (por. A. Wroczyńska, W. Rymer, *2019-nCoV – nowy koronawirus z Chin*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 348, nr 2, s. 119–133). Ostatecznie

Odnotowano w tym czasie ponad 6,5 mln zachorowań na COVID-19, w wyniku których zmarło 119 tys. Polaków. Epidemia ta przyniosła największe straty w polskiej populacji od czasu II wojny światowej. W czasie jej trwania wystąpiło bowiem także zjawisko nadmiernej śmiertelności (*excess mortality*), tj. zgony nadmiarowe przekraczające średnią z ostatnich lat, zaistniałe z innych przyczyn niż COVID-19. W 2020 r. było tych zgonów o 67 tys. więcej niż w 2019, a w 2021 liczba zgonów przekroczyła średnią z ostatnich pięciu lat aż o 154 tys.² Pełnej skali strat nie będzie można ukazać aż do końca lat 20. XXI w., gdy znajdzie w nich odbicie nadumieralność chorych z powodu zbyt późnej diagnostyki i opóźnionego rozpoczęcia leczenia chorób onkologicznych, kardiologicznych i innych. Pandemia ujawniła dysfunkcjonalność polskiego systemu medycyny publicznej³ w zakresie ochrony przed chorobami zakaźnymi. System ten okazał się pod względem prawno-organizacyjnym niewydolny, co wymagało wprowadzania rozwiązań zapobiegawczych już w trakcie trwania pandemii, co negatywnie wpłynęło na ich efektywność.

W niniejszym artykule przedstawiono analizę wybranych aspektów funkcjonowania systemu medycyny publicznej w Polsce w trakcie pandemii COVID-19. Podstawą tej analizy były badania własne, prowadzone przez zespół autorów, realizowane w latach 2020–2023 w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu⁴, we współpracy z Politechniką Opolską, Uni-

wprowadzono nazwę SARS-CoV-2, ze względu na wysoki stopień podobieństwa wirusa ujawnionego w 1919 r. do patogenu odpowiedzialnego za epidemię z 2002 r. Oba patogeny wywoływały ciężką ostrą niewydolność oddechową (*severe acute respiratory syndrome*, w skrócie SARS). O pierwszej epidemii SARS por. C. Drosten C., S. Günter, W. Preiser i wsp., *Identification of a Novel Coronavirus in Patients with Severe Acute Respiratory Syndrome*, „New England Journal of Medicine” 2003, t. 20, nr 348; World Health Organisation, *SARS: How a Global Pandemic Was Stopped*, Geneva 2006. O drugiej epidemii SARS por.: T. Burki, *The origin of SARS-CoV-2*, „The Lancet Infectious Diseases” 2020, t. 20, nr 9, s. 1018–1019; K. Krzystyniak, *Koronawirus. Covid-19, MERS, SARS – epidemiologia, leczenie, profilaktyka*, wyd. 2, Warszawa 2020; K. Kuczyńska, J. B. Zawilska, J. Badura, B. Strehl, *Wirus SARS-CoV-2: pochodzenie, budowa i cykl replikacyjny*, „Farmacja Polska” 2021, t. 77, nr 3, s. 143–149; L. Borkowski, A. M. Fal, K. J. Filipiak i wsp., *Charakterystyka choroby COVID-19, objawy oraz skutki zdrowotne. Rekomendacje i doświadczenia polskich klinicystów*, Warszawa 2021; L. Borkowski, M. Drąg, A. M. Fal i wsp., *Szczepienia przeciw COVID-19. Innowacyjne technologie i efektywność*, Warszawa 2020. Aktualne dane dotyczące pandemii były w latach 2020–2023 podawane na stronie WHO (<http://covid19.who.int>). Obejmowały liczbę zachorowań i zgonów oraz liczbę podanych szczepień.

² Raport NIK dotyczący epidemii COVID-19 w Polsce (skrót), „Angora” 2023, nr 39, s. 22–23.

³ Systemy medycyny publicznej w Europie zaczęto tworzyć w 2 poł. XVIII w. Ich celem było zwiększenie dostępu ludności do profesjonalnej opieki lekarskiej, dzięki jej organizowaniu i finansowaniu przez państwo. Stworzenie państwowych instytucji leczniczych (w których leczenie było dla pacjentów bezpłatne lub w istotny sposób dofinansowywane) i nadzorujących stan sanitarny zwiększało efektywność profilaktyki przeciwepidemicznej. Pierwsze takie systemy powstały w Austrii i Prusach. W końcu XIX w. ten model organizacyjny zaczął się stopniowo upowszechniać także w innych krajach europejskich, a w XX w. obowiązywał już we wszystkich, w tym w Polsce. Por. B. Płonka-Syroka, *Johann Peter Frank i Christoph Wilhelm Hufeland jako pionierzy profilaktyki medycznej z XVIII i XIX w.*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2018, 63, nr 4, s. 47–70; B. Płonka-Syroka, *Organizacja systemu medycyny publicznej w Polsce od 1918 r. ze szczególnym uwzględnieniem Śląska* [w:] *Z historii medycyny i rehabilitacji w Polsce w latach 1918–2018*, red. M. Miękała, B. Płonka-Syroka, S. Jandziś, „Studia i Monografie – Politechnika Opolska” nr 511, PO Opole, 2018, s. 25–54.

⁴ Program badawczy ST-D210.21.104 pt. *Wpływ warunków socjalnych, stylu życia i wzorców kulturowych na stan zdrowia ludności w różnych warstwach społecznych*, realizowany w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego UMW pod kierunkiem prof. Bożeny Płonki-Syroki.

wersytem im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie i Szpitalem Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Głucholazach. W badaniach tych analizowano wybrane aspekty społeczne, prawne, informacyjne i organizacyjne związane z przebiegiem pandemii COVID-19 w Polsce⁵. Uwzględniono też opinie pacjentów i pracowników systemu opieki zdrowotnej⁶, jako podstawę do sformułowania postulatów dotyczących usprawnienia polskiego systemu ochrony przeciwepidemicznej. Artykuł ma charakter oryginalnej analizy faktów społecznych z lat 2020–2022 dotyczących Polski, z ich odniesieniem do wypracowanego wcześniej w Europie standardu profilaktyki przeciwepidemicznej.

Analiza przedstawiona w niniejszym artykule, z zastosowaniem metod nauk humanistycznych, w tym historii⁷ i antropologii wiedzy⁸, pozwoli ukazać przyczyny ograniczonej efektywności polskiego systemu medycyny publicznej w walce z pandemią COVID-19 w latach 2020–2022. W analizie tej uwzględniono treść źródeł historycznych, czasopism naukowych i prasy popularnej, współczesne akty prawne oraz wypowiedzi pacjentów i pracowników różnych sektorów polskiego systemu medycyny publicznej. Wnioski z tej analizy, wykraczające poza standard medycyny klinicznej, umożliwiają przedstawienie oceny efektywności polskiego systemu medycyny publicznej w walce z pandemią COVID-19 uwarunkowanej przez czynniki o charakterze społecznym, prawnym i organizacyjnym, a nie stricte medycznym.

⁵ B. Płonka-Syroka, M. Hudaszek, W. Kurzyna, *Obraz epidemii COVID-19 w polskich tygodnikach opinii, czasopismach lekarskich i świadomości pacjentów. Analiza krytyczno-porównawcza*, UMW, Wrocław 2022; B. Płonka-Syroka, M. Stych, B. Pawlica, *Ewolucja prawa do ochrony zdrowia w Polsce w okresie pandemii COVID-19*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2022, nr 6, s. 51–63; M. Mięka, B. Płonka-Syroka, K. Rasławska, B. Skolik, I. Spielvogel, K. Piechota, D. Hołodnik, M. Hagner-Derengowska, *Expectations of patients recovering from SARS-Cov-2 towards new forms of pulmonary rehabilitation*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2023, 20, nr 1, art. 104; B. Płonka-Syroka, M. Stych, B. Pawlica, *Financial and organizational aspects of the functioning of primary health care during the COVID-19 pandemic*, „European Research Studies Journal” 2023, 26, nr 1, s. 520–531; B. Płonka-Syroka, M. Stych, M. Kmak, B. Pawlica, *Selected aspects of the state health policy during the first wave of the SARS-Cov-2 pandemic*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2023, nr 168, s. 365–374; B. Płonka-Syroka, M. Stych, B. Pawlica, M. Kmak, M. Mięka, *The Functioning of Polish Health Care System During the First Wave of the SARS-CoV-2 Pandemic in the Opinion of Primary Health Care Patients*, „European Research Studies Journal” 2023, 26, nr 2, s. 606–616; M. Mięka, B. Płonka-Syroka, *Rehabilitacja ozdrowieńców po chorobie COVID-19. Szpitalna, uzdrowiskowa czy może bon rehabilitacyjny?*, „Rehabilitacja w Praktyce” 2023, nr 1, s. 73–78.

⁶ M. Mięka, B. Płonka-Syroka, J. Szczepielniak, *Kompleksowa rehabilitacja ozdrowieńców po COVID-19 w uzdrowiskach o zróżnicowanych warunkach bioklimatycznych [w:] Kompleksowa rehabilitacja pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2: różne okresy choroby i zdrowienia*, red. D. Białoszewski et al., PZWL, Warszawa 2022, s. 167–178.

⁷ B. Płonka-Syroka, *Interpretacja faktów historycznych we współczesnej historiografii medycyny i antropologii wiedzy [w:] Faktografia w badaniach historycznych*, red. K. Kleszczowa, J. Gwóźdźnik, UŚ, Katowice 2009, s. 43–61; B. Płonka-Syroka, *Antropologia wiedzy jako nowa perspektywa badań nad historią medycyny*, „Roczniki Antropologii Historii” 2018, 8, nr 11, s. 39–74.

⁸ *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*, red. D. Jemielniak, PWN, Warszawa 2012; E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, PWN, Warszawa 2003; R. Grębowski, L. Marcinowicz, *Teoretyczne i metodologiczne przesłanki zastosowania metod jakościowych w badaniach doświadczeń pacjentów związanych z opieką medyczną [w:] Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, red. W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2008, s. 33–40; L. Marcinowicz, R. Grębowski, *Ocena opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta: zastosowanie analizy jakościowej*, „Problemy Medycyny Rodzinnej” 2006, 15, nr 2, s. 13–18.

Na podstawie analizy efektywności występujących w historii medycyny systemów zabezpieczeń przeciwepidemicznych można wyróżnić główne czynniki je warunkujące⁹. Najważniejszym z nich jest stworzenie przez władze państwowe systemu medycyny publicznej obejmującego wszystkich mieszkańców kraju i zapewnienie na jego funkcjonowanie stałych i wystarczających środków¹⁰. System ten powinien uwzględniać właściwie rozpoznane i realnie występujące w danym kraju zagrożenia epidemiczne i zapewnić ludności efektywną ochronę przed nimi¹¹, nie kierując zarazem środków na ochronę przed zagrożeniami, które realnie na danym terenie nie występują lub które nie mają istotnego znaczenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. System powinien funkcjonować stale, w oparciu o dobrze zaplanowany pod względem lokalizacji i obejmujący całe terytorium kraju zespół placówek leczniczych, których liczba powinna być dostosowana do skali zagrożeń, które mogą potencjalnie wystąpić¹². Placówki te powinny być dostępne dla wszystkich mieszkańców¹³. Przyjmuje się też, że warunkiem funkcjonalności systemu ochrony przeciwepidemicznej w danym państwie jest opracowanie spójnych podstaw prawnych umożliwiających jego działanie. Ustawy obowiązujące w danym państwie powinny umożliwiać koordynację działań władz państwowych, samorządowych i jednostek udzielających świadczeń medycznych ukierunkowanych na ochronę zdrowia całej populacji zamieszkałej w tym państwie i stanowić podstawę dla szybkiego wydawania zarządzeń regulujących ich działanie w warunkach epidemii¹⁴. Powinny też umożliwiać uruchomienie rezerwy kadrowej, która podejmie pracę w placówkach bezpośrednio zaangażowanych w walkę z epidemią z chwilą jej ogłoszenia¹⁵. Systemy ochrony zdrowia publicznego przed zagrożeniem epidemicznym mają w Europie

⁹ Por. B. Płonka-Syroka, *Problem chorób zakaźnych w okresie nowożytnym i współczesnym jako element polityki państwowej* [w:] *Leczyć, uzdrowić, pomagać*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2007, s. 161–178; B. Płonka-Syroka, *Wpływ czynników wewnątrz- i zewnątrz-naukowych na ukształtowanie się systemu zabezpieczeń przeciwepidemicznych w Europie Zachodniej (na przykładzie wybranych państw)* [w:] *Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy*, UMW, Wrocław 2013, s. 267–349.

¹⁰ Por. P. Romaniuk, K. Brukało, *Ochrona zdrowia jako obowiązek państwa. Ewolucja polskiego ustroju konstytucyjnego w aspekcie przepisów dotyczących zdrowia*, „Roczniki Nauk Społecznych” 2015, 43, nr 7, s. 101–124.

¹¹ Por. A. Kuźmińska, *Koncepcja profilaktyki chorób zakaźnych i jej realizacja do końca XIX w.* [w:] *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*, red. B. Płonka-Syroka, AM, Wrocław 2009, s. 2, s. 269–286; A. Kuźmińska, *Walka z epidemiami chorób zakaźnych w Europie w XIX wieku ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy*, ibidem, s. 287–314; Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku*, AM, Łódź 1994.

¹² Por. K. Łopatecki, *U genezy państwowej opieki społecznej i zdrowotnej*, „Medycyna Nowożytna” 2016, 22, nr 1, s. 55–78; F. Snowden, *Epidemics and society: from the black death to the present*, University Press, Yale 2019; D. Porter, *Health, civilisation and the state. A history of public health from ancient to modern times*, Routledge, London–New York 2005.

¹³ W Polsce potwierdzenie uprawnień do ochrony zdrowia zapewnia wszystkim obywatelom Konstytucja RP. Szczegółowe uregulowania równego dostępu wszystkich obywateli RP do placówek systemu opieki zdrowotnej zostały omówione w artykule 68 Konstytucji, Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483.

¹⁴ Por. WHO, *Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region – 21 Targets for 21st Century*, Copenhagen 1998.

¹⁵ K. Wielicka, *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie”, nr 1909, Katowice 2014, s. 491–504.

charakter egalitarny. Jest to z jednej strony uwarunkowane przez demokratyczne reguły polityczne, stanowiące podstawę ustroju państw Unii Europejskiej, natomiast z drugiej przez czynniki medyczne. Tylko zapewnienie bezpieczeństwa przeciwepidemicznego wszystkim osobom zamieszkałym na danym terenie może bowiem uchronić populację przed stratami demograficznymi wynikającymi z niekontrolowanego rozprzestrzeniania się epidemii.

Prawidłowa ochrona przeciwepidemiczna populacji powinna być skorelowana z obowiązującym w danym państwie prawem pracy. Prawo powinno też regulować ustawowo ograniczenia w życiu codziennym ludności po ogłoszeniu przez władze stanu zagrożenia epidemicznego lub epidemii. Prawne uregulowanie tych zagadnień powinno mieć miejsce przed wystąpieniem epidemii, aby wszyscy mogli z wyprzedzeniem zapoznać się z regulacjami, które potencjalnie mogą zostać wprowadzone i zrozumieć ich istotę, co przyczyni się do ich sprawniejszego wdrożenia. Skorelowanie podstaw prawnych systemu medycyny publicznej istniejącego w danym kraju z obowiązującym w nim prawem pracy, obejmującym wszystkich lub większość pracowników, zwiększa efektywność zapobiegania rozprzestrzenianiu się epidemii. Zapewnienie większości pracowników legalnego zatrudnienia i ochrony socjalnej w okresie choroby (zwolnienia chorobowe i związane z okresem rehabilitacji pochorobowej) powinno przeciwdziałać ukrywaniu przez pracowników objawów chorób zakaźnych, podejmowaniu prób ich samodzielnego leczenia i świadczenia pracy przy utrzymujących się objawach chorobowych z powodu obawy przed utratą środków utrzymania. Właściwie skonstruowane prawo pracy, z uwzględnieniem kryteriów profilaktyki przeciwepidemicznej, stanowi najważniejszy czynnik ograniczający tworzenie się ognisk epidemii w miejscach pracy. Przyczynia się także pośrednio do eliminacji postaw negacjonistycznych wobec epidemii, występujących przede wszystkim wśród pracowników nie posiadających prawa do świadczeń chorobowych. Brak tego rodzaju świadczeń i konieczność wykonywania pracy zarobkowej nawet w złym stanie zdrowia (którego pogorszenie może nastąpić m.in. na skutek zakażenia chorobą zakaźną) dla pracowników o takim statusie może stanowić przesłankę negocjowania istnienia zagrożenia epidemicznego i niepodejmowania badań diagnostycznych w kierunku rozpoznania choroby epidemicznej. Tego rodzaju postawa może zostać uznana za przykład racjonalizacji własnych zachowań, ze względu na brak dla nich alternatywy w uzyskiwaniu dochodów z wykonywanej pracy.

Europejskie systemy medycyny publicznej, tworzone w kolejnych krajach po 1883 r., uznające za główne zagrożenie zdrowia publicznego choroby zakaźne, wiązały się ze wzrostem odsetka osób zatrudnionych na umowę o pracę, posiadających uprawnienia do świadczeń chorobowych. Dzięki ich wdrożeniu w życie i skorelowaniu z prawem pracy udało się w Europie zlikwidować do minimum zagrożenie związane z przewlekłymi chorobami zakaźnymi (przede wszystkim gruźlicą) i znacznie ograniczyć zagrożenie epidemiami chorób zakaźnych o ostrym przebiegu¹⁶. Dokonujący się w ostatnich latach w Europie wzrost liczby osób samozatrudnionych, pracujących na umowę o dzieło i nie posiadających uprawnień do świadczeń chorobowych jest potencjalną przesłanką wzrostu zagrożenia epidemicznego

¹⁶ Por. *Organizacja ochrony zdrowia*, red. J. Indulski, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1984; J. Kostrzewski, W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk, *Choroby zakaźne i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, 1, PZWL, Warszawa 1964; *Choroby układu oddechowego*, red. E. Rowińska-Zakrzewska, J. Kuś, PZWL, Warszawa 2004; J. Sadowska, *Znaczenie ubezpieczeń społecznych dla ochrony zdrowia publicznego w XIX w. i pierwszej połowie XX w.* [w:] *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2004, s. 168–171.

w państwach europejskich. Brak możliwości uzyskiwania świadczeń zdrowotnych w okresie choroby może bowiem sprzyjać nieprzerywaniu pracy w trakcie choroby zakaźnej, zarówno tej, o której istnieniu pracownik nie wie, jak i tej, której objawy odczuwa. Sprzyja to podejmowaniu samoleczenia, w tym prowadzonego w standardzie alternatywnym wobec klinicznego, co jest równoznaczne z brakiem efektywnej kontroli przeciwepidemicznej. Stosowane w samoleczeniu środki mają bowiem wyłącznie charakter łagodzący objawy i nie wiążą się z wdrażaniem efektywnych procedur przeciwepidemicznych.

Państwowa polityka przeciwepidemiczna powinna być zbieżna z ograniczaniem samoleczenia i możliwości korzystania przez mieszkańców z usług terapeutów oferowanych w standardzie sprzecznym ze współczesnym standardem klinicznym. Masowe korzystanie z samoleczenia i z usług terapeutów alternatywnych sprzyja kształtowaniu świadomości zdrowotnej mieszkańców w sposób zagrażający ich zdrowiu i życiu. Dzieje się to zarówno w formie bezpośredniej (gdy zamiast diagnozy klinicznej opierają diagnostykę na podstawach nienaukowych, co kierunkowuje terapię na stosowanie metod nieadekwatnych do obiektywnej sytuacji klinicznej pacjenta i czyni ją tym samym nieskuteczną), jak i pośredniej (gdy ludzie obawiają się faktycznie nieistniejących zagrożeń zdrowia i podejmują przeciw nim działania ochronne, nie wprowadzając zarazem zalecanych przez lekarzy racjonalnych i efektywnych metod profilaktycznych)¹⁷.

Analiza

Realizacja przedstawionych wyżej schematów, decydujących o sprawności działań przeciwepidemicznych, po ogłoszeniu 20 marca stanu epidemii COVID-19 w Polsce¹⁸ nie przebiegała jednak właściwie. Zdecydowały o tym jednak nie tylko czynniki związane z aktualnym stanem polskiego systemu medycyny publicznej w 2020 r., lecz także czynniki historyczne, warunkujące ten stan. O ile system medycyny publicznej w Polsce w latach 1945–1989 miał jako główny cel swojego funkcjonowania ograniczenie zagrożenia epidemicznego¹⁹,

¹⁷ O przyczynach korzystania z samoleczenia i jego negatywnych skutkach por. B. Płonka-Syroka, *Samoleczenie na podstawie autodiagnozy i problemy z nim związane* [w:] *Dyskurs (paramedyczny): gatunki – funkcje – przeobrażenia*, red. A. Dombrowski, W. Żarski, Collegium Columbinum, Kraków 2018, s. 183–198; B. Płonka-Syroka, *Spoleczne i instytucjonalne uwarunkowania korzystania przez polskich pacjentów z metod leczenia niezgodnych ze standardem klinicznym* [w:] *Badania nad leczniczymi i toksycznymi właściwościami roślin – historia i współczesność*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2018, s. 139–158; K. Nartowski, A. Wiela-Hojeńska, Ł. Łapiński, *Przyczyny i zagrożenia samoleczenia i przyjmowania suplementów diety* [w:] *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych*, red. B. Płonka-Syroka, UMW, Wrocław 2012, s. 157–195; K. Małolepsza-Jarmołowska, *Samoleczenie na podstawie autodiagnozy i problemy z nim związane* [w:] *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, UMW, Wrocław 2017, s. 97–108.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, Dz.U. 2020 r., poz. 491.

¹⁹ E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Historia” CXLVIII, UW, Wrocław 2001; B. Płonka-Syroka, *Podstawy organizacji polskiej publicznej opieki medycznej na Dolnym Śląsku po II wojnie światowej* [w:] *Kultura uzdrowiskowa na Śląsku w kontekście europejskim*, 2, red. B. Płonka-Syroka, A. Kaźmierczak, Quaestio, Wrocław 2013, s. 113–129; G. Gościński, E. Lonc, A. Okulewicz, B. Płonka-Syroka, *Epidemiczne*

podobnie jak system funkcjonujący w II RP²⁰, o tyle od lat 90. XXI w. dokonano w Polsce jego reorientacji²¹, zbieżnej z tendencjami w medycynie publicznej państw zachodnioeuropejskich. Ponieważ zagrożenie ze strony chorób zakaźnych uznano wówczas w Europie za opanowane, zarówno dzięki wprowadzeniu skutecznych leków i szczepień²², jak i dzięki efektywnemu systemowi ochrony sanitarnej środowiska życia ludności i środków spożywczych, za zasadniczy cel funkcjonowania systemów medycyny publicznej uznano ograniczenie zagrożenia stanu zdrowia populacji przez choroby cywilizacyjne i związane ze znacznym wydłużeniem przeciętnego okresu trwania życia²³. Reorientacja europejskich systemów medycyny publicznej w latach 1990–2020 wiązała się z rozwojem placówek poświęconych leczeniu schorzeń metabolicznych, onkologicznych, kardiologicznych i innych schorzeń przewlekłych i ograniczeniem liczby placówek zorientowanych na leczenie chorób zakaźnych, w tym związanych z zakażeniami płuc. W tym kontekście odbyła się w Polsce likwidacja setek szpitali, przychodni rejonowych i zakładowych lub zmiana ich profilu. Wsparcie organizacyjne i finansowe uzyskała np. kardiologia, a procesy likwidacyjne objęły szpitale i oddziały zakaźne²⁴ w szpitalach regionalnych oraz specjalistyczne placówki pulmonologiczne. Ograniczono także nabór na specjalizacje z zakresu chorób zakaźnych i pulmonologii. W rezultacie tego procesu w chwili ogłoszenia w Polsce epidemii COVID-19 czynne prawo wykonywania zawodu posiadało tylko około tysiąca lekarzy specjalistów z zakresu chorób zakaźnych i kilkuset lekarzy specjalistów z zakresu pulmonologii. Nie wszyscy lekarze dysponujący tym prawem praktykowali ponadto w tym czasie w Polsce, a znaczna część z nich była już w wieku 50 i 60+, co miało duże znaczenie w przypadku choroby, która była niebezpieczna szczególnie dla osób starszych.

Drugim ważnym czynnikiem, który w znaczący sposób ograniczył efektywność walki z epidemią COVID-19 były braki kadrowe obejmujące lekarzy wszystkich specjalności. Ich przyczyn także należy poszukiwać nie w latach 2020–2022, ale w uwarunkowaniach historycznych sięgających lat 90. XX w. W pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej Polski przeprowadzono zmianę systemu medycyny publicznej. Głównym celem reformy miało być ograniczenie nadmiernych kosztów funkcjonowania dotychczas istniejącego systemu.

zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945–1975 oraz przeciwdziałania [w:] Wektory i patogeny – w przeszłości i przyszłości: in memoriam profesoris Tadeusz M. Lachowicz, red. G. Bugla-Płoskońska, E. Lonc, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2015, s. 89–114.

²⁰ B. Płonka-Syroka, *Organizacja systemu medycyny publicznej w Polsce od 1918 r. ze szczególnym uwzględnieniem Śląska [w:] Z historii medycyny i rehabilitacji w Polsce w latach 1918–2018*, red. M. Migąła, B. Płonka-Syroka, S. Jandziś, „Studia i Monografie – Politechnika Opolska”, nr 511, Opole 2018, s. 25–54.

²¹ E. Lonc, G. Gościński, A. Okulewicz, B. Płonka-Syroka, M. Stych, *Epidemiczne zagrożenia w latach 1975–2015 na Dolnym Śląsku w kontekście zmieniających się systemów ochrony zdrowia publicznego w Polsce [w:] Zdrowie dla regionu, 2, Uzdrowiska*, red. E. Lonc, K. Plewa-Tutaj, PWSZ im. Angelusa Silesiusa, Wałbrzych 2017, s. 335–355; K. Wielicka, op. cit., s. 495–510; J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2009.

²² B. Płonka-Syroka, M. Stych, *Szczepienia dzieci w Polsce przeciw chorobom zakaźnym (1945–1989) – analiza ich kontekstu historycznego, podstaw prawnych i efektywności*, „Miscellanea Historico-Iuridica” 2024 (w druku).

²³ J. Leowski, op. cit., s. 171–182.

²⁴ Tylko w latach bezpośrednio poprzedzających wybuch epidemii COVID-19, tj. 2018–2020 liczba oddziałów zakaźnych została zmniejszona ze 110 do 104. Dane wg Raport NIK z 2023, „Angora” 2023, nr 39, s. 23.

Wiązało się to z likwidacją wielu szpitali i przychodni, w tym medycyny fabrycznej i szkolnej²⁵, co spowodowało pojawienie się w latach 90. wśród lekarzy, szczególnie na prowincji, problemów ze znalezieniem pracy w państwowym systemie ochrony zdrowia. Część tych lekarzy, szczególnie młodszych, zdecydowała się wówczas na emigrację i podjęcie pracy za granicą. Oferowane im warunki zatrudnienia oraz wynagrodzenie znacznie różniły się (na korzyść) od tych, w których wcześniej pracowali, a zarazem od tych, które oferowano im w tym okresie w kraju²⁶. Po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, co umożliwiło osiedlanie się i podejmowanie pracy we wszystkich krajach UE bez uciążliwych procedur, proces emigracji lekarzy uległ nasileniu i przybrał charakter systemowy. Pracę poza Polską wykonuje obecnie jedna trzecia lekarzy posiadających czynne prawo wykonywania zawodu. Według raportu GUS z 2018 r., obejmującego dane z lat 2017 i 2018²⁷, w 2017 r. prawo to posiadało w Polsce 146 037 lekarzy, a realizowało je na terenie Polski jedynie 90 284. W 2018 r. prawo to posiadało 149 134, realizowało 89 532 lekarzy. Po wybuchu epidemii COVID-19 w 2020 r. ujawnił się w związku z tym bardzo znaczący brak kadr lekarskich, które można by wykorzystać do walki z tym zagrożeniem. Rok przed wybuchem tej epidemii, tj. w 2019 r., na 10 tysięcy mieszkańców Polski przypadało zaledwie 23,7 lekarza²⁸. Liczba ta przewyższała w Europie jedynie Albanie (12 lekarzy na 10 tys. mieszkańców) i Czarnogórę (23 lekarzy na 10 tys. mieszkańców). W 2020 r. Polska zajęła już w tej statystyce ostatnie miejsce w Europie²⁹. Poważnym ograniczeniem w efektywnym wykorzystaniu polskich lekarzy w walce epidemią COVID-19 okazała się jednak nie tylko ich niewystarczająca liczba, lecz także brak orientacji władz państwowych na temat miejsca pobytu i zatrudnienia lekarzy. Taką ewidencją dysponował tylko samorząd lekarski, który nie podjął z Ministerstwem Zdrowia współpracy w tym zakresie. Izby lekarskie podważały podstawy prawne wprowadzanych przez Ministerstwo Zdrowia rozporządzeń, sankcjonując *de facto* uchylanie się lekarzy od pracy w szpitalach covidowych.

²⁵ W latach 1990–2003 wdrażano w Polsce radykalne oszczędności w finansowaniu systemu medycyny publicznej. Dopiero od 2004 r. przyjęty wówczas model reform systemowych został zarzucony i w Polsce przyjęto model medycyny publicznej zintegrowany z funkcjonującym w innych krajach Unii Europejskiej, będący kontynuacją modelu wprowadzonego w 1883 r. w Niemczech (z pewnymi lokalnymi odmiannymi). Skutki działań likwidacyjnych przeprowadzonych w Polsce w latach 1990–2003 nie były już jednak możliwe do zmiany. Wiele szpitali, które uległy wówczas likwidacji, nie nadawało się już do ponownego uruchomienia ze względu na zły stan techniczny, inne zostały sprywatyzowane i podjęły działalność o odmiennym profilu. Niektóre szpitale powiatowe funkcjonujące w systemie medycyny publicznej zostały przekształcone w prywatne szpitale specjalistyczne, np. kardiologiczne, a ich nowi właściciele ponieśli na ich przebudowę duże nakłady. Nie było więc możliwe ponownie uruchomienie tych szpitali jako placówek publicznych bez konieczności wypłacenia właścicielom dużej finansowej rekompensaty. Nie podjęto więc takich decyzji. Nie było także możliwe odtworzenie szpitali, przychodni i sanatoriów będących wcześniej własnością sektora przemysłowego. Wiele zakładów, które były ich właścicielami, zostało bowiem w latach 90. XX w. zlikwidowanych lub sprywatyzowanych, a ich nowi właściciele nie byli zainteresowani ponoszeniem nakładów na opiekę zdrowotną pracowników.

²⁶ B. Płonka-Syroka, *75 lat polskiej medycyny i farmacji we Wrocławiu (1945–2020). Wybrane elementy historii wrocławskich wyższych uczelni. Część druga (1950–2011)* „Medycyna Nowożytna” 2022, 28, nr 2, s. 119–182.

²⁷ Raport Głównego Urzędu Statystycznego *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*

²⁸ Rocznik Statystyczny GUS, Warszawa 2020, s. 380.

²⁹ OECD/European Union, *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the UE Cycle*, Paris 2020, s. 46.

Kolejnym czynnikiem ograniczającym efektywność walki z COVID-19 był dominujący w polskim środowisku lekarskim sposób wykonywania pracy, określane jako wielozatrudnienie lub wieloetatowość. Praktycznie wszyscy lekarze w Polsce wykonywali w 2020 r. obowiązki w kilku miejscach pracy, pragnąc zwiększyć wysokość swych podstawowych, niskich wynagrodzeń. Ta sama sytuacja występowała w 2020 r. wśród pracowników innych zawodów medycznych (pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, salowych)³⁰. Po wybuchu epidemii ten model zatrudnienia stworzył istotne zagrożenie dla zdrowia i życia zarówno pracowników, jak i pacjentów jednostek leczniczych i opiekuńczych. Po pojawieniu się ogniska zakażenia w jednym szpitalu lub DPS, choroba szybko przenosiła się do innych, w których ich pracownicy wykonywali dodatkową pracę. W rezultacie w trakcie pierwszej fali epidemii aż 30% ogólnej liczby wszystkich zakażeń COVID-19 wybuchło w placówkach medycznych³¹. Było to skutkiem nie tylko wielozatrudnienia, lecz także nieumiejętnego i niestaranego wdrażania procedur przeciwepidemicznych przez pracowników oraz braku środków ochronnych i sanitarnych. Brak dostatecznej ochrony przeciwepidemicznej w pierwszym roku epidemii spowodował, że w Polsce zmarło z powodu COVID-19 aż 488 lekarzy³². Dopiero prawne ograniczenie przez państwo możliwości pracy personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek i in.) w trakcie epidemii tylko do jednej placówki leczniczej (wraz z przyznaniem finansowych rekompensat) przyczyniło się do opanowania tego zagrożenia³³.

Poważnym problemem utrudniającym efektywną walkę z epidemią COVID-19 był wyżej wspomniany brak lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób zakaźnych i pulmonologii oraz niedostateczna liczba łóżek w szpitalach zakaźnych, spowodowana reformami polskiego systemu medycyny publicznej z lat 1990–2003. Do walki z epidemią COVID-19 mogło w rezultacie przystąpić w 2020 r. zaledwie 1000 lekarzy specjalistów z zakresu chorób zakaźnych i ok. 800 ze specjalizacją z pulmonologii³⁴. Dla wypełnienia braków w obsadzie szpitali covidowych konieczne było skierowanie do pracy w nich lekarzy z innymi specjalizacjami, a także absolwentów medycyny bez specjalizacji. Nie pozostało to bez wpływu na potencjalną efektywność ich działań względem pacjentów. Dla ochrony prawnej tej grupy lekarzy wprowadzono zasadę, że lekarz nie będzie odpowiadał za spowodowane przez siebie negatywne skutki dla zdrowia pacjenta chorego na COVID-19. Karane miało być jedynie rażące naruszenie ogólnych zasad wykonywania zawodu, np. wymaganej ostrożności czy etyki lekarskiej³⁵. Specjalne szpitale tymczasowe, przeznaczone wyłącznie dla pacjentów z COVID-19, nie spełniły w większości swojego zadania. Stworzono ich 33, w tym 14 w tzw. obiektach wielkopowierzchniowych (stadiony sportowe, hale wystawowe). Koszt ich przygotowania do przyjęcia pacjentów był bardzo wysoki, w tym szpitale tworzonych na stadionach i w halach sportowych – 612,6 mln zł. Te ostatnie przyjęły tylko nielicznych

³⁰ Informacje na ten temat były w 2020 r. podawane w mediach publicznych.

³¹ B. Płonka-Syroka, M. Stych, B. Pawlica, *Ewolucja prawa do ochrony zdrowia w Polsce w okresie pandemii COVID-19*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2022, nr 6, s. 51–63.

³² Ibidem.

³³ B. Płonka-Syroka, B. Stych, B. Pawlica, *Financial and organizational aspects...*, s. 526–528. W związku z wprowadzeniem zakazu pracy w więcej niż jednej placówce publicznego systemu opieki medycznej lekarze polscy uzyskali finansowe rekompensaty.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Ustawa z 28 października 2020 o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19. Tekst jednolity: Dz.U. 2020 poz. 2112 ze zmianami.

pacjentów, a niektóre w ogóle nie zostały uruchomione dla chorych³⁶. Oficjalne przyczyny niskiego stopnia wykorzystania szpitali w obiektach wielkopowierzchniowych podawane przez władze wynikały z fluktuacji poziomu zakażeń, który wykazywał dużą zmienność w czasie. Otwieranie nowych placówek covidowych zbiegało się ze znacznym zmniejszeniem liczby przypadków wymagających hospitalizacji. Ponieważ przed 1989 r. w Polsce wybudowano dużą liczbę szpitali, a w 2020 r. wiele z nich było trwale wyłączonych z użytkowania, liczni lekarze oceniający działania organizacyjne podejmowane przez władze w walce z COVID-19 wskazywali, że przeznaczone na ten cel środki byłyby wykorzystane znacznie bardziej efektywnie, gdyby wykorzystano je na szybkie remonty już istniejących szpitali, w 2020 r. wyłączonych z użytku, i uruchamianie w nich szpitali covidowych, niż na tworzenie tych szpitali w halach wystawowych czy na stadionach, o których z góry było wiadomo, że zostaną po opanowaniu epidemii zlikwidowane. Wyremontowanie istniejących szpitali na potrzeby leczenia pacjentów z COVID-19 umożliwiłoby natomiast ich przeznaczanie po zakończeniu epidemii na inne cele systemu medycyny publicznej (np. w deficytowych specjalnościach, takich jak geriatrya) lub przekształcenie ich na Domy Pomocy Społecznej lub hospicja, również w Polsce deficytowe. Decyzje takie nie zostały jednak podjęte, a tymczasowe szpitale covidowe na stadionach i halach wystawowych, kosztowne w wyposażeniu i wynagrodzeniu pracowników, nie zostały w odpowiedniej do poniesionych na ich stworzenie skali nakładów wykorzystane.

Negatywnie z punktu widzenia efektywności walki z pandemią COVID-19, szczególnie w jej pierwszym okresie, należy także ocenić obowiązujący przed jej wybuchem stan prawny³⁷. Obowiązująca w początkach 2020 r. ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008 r.³⁸ nie uwzględniała COVID-19. Konieczne więc okazało się przeprowadzenie jej nowelizacji, gdy było już widoczne, że epidemia wkrótce może zostać zawleczona do Polski. 2 marca 2020 r. uchwalono ustawę o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych³⁹. Ustawa wprowadzała COVID-19 na listę czynników chorobotwórczych objętych ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Normowała zasady i tryb podejmowania działań w celu unieszkodliwienia źródeł i przecięcia dróg zakażenia, określała zadania administracji publicznej w tym zakresie i uprawnienia i obowiązki placówek świadczących usługi medyczne i pacjentów. Ustawa przyznawała Ministrowi Zdrowia prawo nałożenia na placówki systemu medycyny publicznej wyznaczonych zadań, określała wykaz podmiotów, które miały te zadania wykonywać, a także ustalała maksymalne ceny leków i wyrobów medycznych, które znajdują zastosowanie w walce z epidemią w celu zapobieżenia spekulacyjnej zwyżce cen. Ustawa ta, pospiesznie przygotowana i wprowadzona w życie, wykazała liczne mankamenty, w związku z czym była wielokrotnie nowelizowana. Nowelizowane były też liczne rozporządzenia Ministra Zdrowia. Wydawane były przeciętnie co 3,5 dnia, a następnie ich treść ulegała zmianom. Powodowało to brak zaufania

³⁶ Raport NIK z 2023, „Angora” 2023, nr 39, s. 23.

³⁷ Por. artykuły B. Płonki-Syroki, M. Stycha i B. Pawlicy wymienione w przypisach 31 i 33.

³⁸ Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Tekst jednolity: Dz.U. z 2020, poz. 1845 ze zmianami.

³⁹ Ustawa z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Tekst jednolity: Dz.U.2020, poz. 1842.

do stabilności prawa w zakresie rozwiązań przeciwepidemicznych. Konieczność częstej nowelizacji tych rozporządzeń wynikała z niedostatecznego poziomu ich przygotowania, braku orientacji co do ich konsekwencji, a także konieczności przeznaczenia na ich realizację odpowiednich sił lub środków. Polski system medycyny publicznej nie był przed wybuchem epidemii COVID-19 dostatecznie przygotowany pod względem prawnym do organizacji walki z epidemią o tak poważnym zasięgu. Wprowadzanie odpowiednich zarządzeń już trakcie epidemii wpłynęło negatywnie na ich efektywność.

Wdrożenie w życie ustawy z 2 marca 2020 r. nie spotkało się z akceptacją dużej części lekarzy⁴⁰. Wielu z nich nie podporządkowało się zaleceniom podjęcia pracy w oddziałach lub szpitalach covidowych, tzw. jednoimiennych. Przekształcenia odbywały się zgodnie z tą ustawą na podstawie decyzji wojewody. Uzyskał on także uprawnienia do wydawania skierowań do pracy w tych jednostkach. Miał powoływać osoby wskazane przez Izby Lekarskie. Nie okazało się to jednak możliwe, ponieważ praktycznie we wszystkich województwach nie wydały one wojewodom list pracowników, których można było kierować do pracy w jednostkach covidowych. W tej sytuacji wojewodowie powoływali pracowników na podstawie powszechnie dostępnej ewidencji lekarzy posiadających czynne prawo wykonywania zawodu. Nie posiadając jednak konkretnej wiedzy dotyczącej miejsca pobytu i zatrudnienia danego lekarza, wojewodowie kierowali do pracy w jednostkach covidowych także osoby praktykujące poza Polską lub posiadające zgodne z kodeksem pracy uprawnienia uniemożliwiające przekazanie im skierowań do pracy w placówce zakaźnej (np. rodzice dzieci do 14 roku życia). Były to więc skierowania nieskuteczne. Nieskuteczność skierowań lekarzy do pracy w szpitalach covidowych ujawniła się także w innej formie. Wielu pracowników, którym doręczono takie skierowania, uchyliła się od podjęcia tej pracy. Korzystali oni z urlopów wypoczynkowych lub urlopów na żądanie (w tym bezpłatnych) oraz zwolnień lekarskich (często długotrwałych), których zasadność merytoryczną łatwo było podważyć (schorzenia te do chwili powołania do pracy w szpitalu covidowym nie przeszkadzały pracownikom w wykonywaniu pracy zawodowej, jednak po uzyskaniu takiego skierowania ich stan zdrowia okazywał się tak poważny, że uniemożliwiał wykonywanie pracy). Zjawisko uchylania się od pracy przez lekarzy w szpitalach zakaźnych i covidowych przybrało tak powszechny charakter, że spotkało się z krytyczną reakcją autorów-lekarzy, którzy opublikowali na ten temat artykuły w profesjonalnej prasie lekarskiej, przypominające kolegom o ich powinnościach zawodowych i etycznych⁴¹. Naczelna Rada Lekarska nie napiętnowała jednak takich postaw. Nie zrodziła się także szersza dyskusja na temat uchylania się od pracy w trakcie epidemii jako poważnego naruszenia etyki lekarskiej⁴². Do dziś dnia nie wdrożono postępowań dyscyplinarnych wobec lekarzy uchylających się od pracy w trakcie pandemii na podstawie wątpliwych przesłanek ani nie przeprowadzono analizy prawidłowości użytych przez nich zwolnień lekarskich (mimo że ZUS prowadzi takie analizy rutynowo wobec innych kategorii pracowników korzystających z płatnych zwolnień lekarskich, w tym szczególnie długoterminowych).

⁴⁰ Informacje na ten temat podawały w 2020 r. media publiczne.

⁴¹ Por. np. R. Kubiak, *Prawo lekarza do odmowy leczenia*, „Medycyna Praktyczna” 2020, 9, nr 355, s. 141–148; J. Miarka, *Postawy lekarzy w czasie epidemii*, „Gazeta Lekarska” 2020, 30, nr 5, s. 35; S. Wencelis, *Lekarz wobec zagrożenia zakażeniem*, „Gazeta Lekarska” 2020, 30, nr 6, s. 62–63.

⁴² Por. B. Płonka-Syroka, W. Kurzyna, *Obraz epidemii COVID-19 w wybranych polskich czasopismach lekarskich z 2020 r.* [w:] *Obraz epidemii COVID-19 w polskich tygodnikach opinii...*, s. 189–231.

Ważnym czynnikiem obniżającym efektywność działań przeciwcovidowych w Polsce były zasadnicze kontrowersje merytoryczne, które wystąpiły w krajowym środowisku lekarskim na temat metod leczenia i profilaktyki⁴³. Miało im przeciwdziałać powołanie z grona specjalistów specjalnej rady, która miała wspierać władze państwowe w działaniach przeciwepidemicznych. Ze względu na kontrowersje wśród lekarzy, a także wśród członków władz państwowych, dotyczące kierunków działań przeciwepidemicznych, rola rady była stopniowo marginalizowana, aż jej członkowie podali się zbiorowo do dymisji. Do najważniejszych kontrowersji należał problem szczepień przeciwcovidowych i wprowadzenia ich obowiązkowo (lub szczepień fakultatywnych) oraz ocena efektywności terapeutycznej poszczególnych leków. Niektóre z nich były wprowadzane do terapii COVID-19 poza ich opisem farmakopealnym, bez odpowiedniej dokumentacji przypadków i bez uzyskania zgody komisji bioetycznych na ich eksperymentalne użycie⁴⁴. Ograniczeniu tych praktyk sprzyjał fakt, że z leczenia pozastandardowego korzystało wiele wpływowych osób, których działalność lobbystyczna skutecznie chroniła lekarzy wykraczających poza standardy kliniczne. Dopiero po zmianie władz Naczelnej Rady Lekarskiej i po ogłoszeniu zakończenia epidemii COVID-19 w Polsce podjęte zostały postępowania przed komisjami etycznymi Izb Lekarskich oraz zostały skierowane wnioski do prokuratury. Żadne postępowanie nie zakończyło się jednak jeszcze wyrokiem lub orzeczeniem dyscyplinarnym.

Sprzeczne opinie związane z oceną efektywności walki z COVID-19 budzi powołanie w Polsce wspomnianych wyżej szpitali jednoimiennych i skutki tego rozwiązania. Celem ich utworzenia było uniemożliwienie szerzenia się zakażeń wewnątrzszpitalnych spowodowanych przez wirus SARS-Cov-2. Szpitali tych utworzono 23, a w 67 stworzono specjalne oddziały zakaźne dedykowane tej grupie pacjentów. Opanowano w ten sposób zakażenia wewnątrzszpitalne szerzące się między oddziałami. W związku z koniecznością zapewnienia obsady szpitali covidowych, co odbywało się w warunkach aktywnego sprzeciwu części środowiska lekarskiego, którego przedstawiciele w znacznie zwiększonej liczbie korzystali

⁴³ Por. W. Kurzyńska, *Epidemia COVID-19 w świetle badań naukowych z 2020 r.* [w:] *Obraz epidemii COVID-19 w polskich tygodnikach opinii...*, s. 155–186.

⁴⁴ W trakcie epidemii COVID-19 niektórzy lekarze podejmowali próby leczenia pacjentów w sposób niezgodny z pragmatyką zawodową (zgodnie z nią konieczne jest leczenie wg standardów i korzystanie z leków zgodnie z ich opisem farmakopealnym). Leczenie wykraczające poza standardy terapii jest zgodne z prawem możliwe wyłącznie po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie badań eksperymentalnych. Biorący w nich udział pacjenci muszą wyrazić na to świadomą zgodę. Lekarzowi nie wolno jest ludzi pacjentów możliwością wyleczenia za pomocą środków niezgodnych ze standardami klinicznymi ani za pomocą środków paramedycznych lub zalecanych przez tzw. medycynę alternatywną. O regulacjach dotyczących wykonywania zawodu lekarza i praw pacjenta w polskim systemie ochrony zdrowia por. B. Płonka-Syroka, *Regulacje w prawie polskim dotyczące wykonywania zawodu lekarza a ochrona praw pacjenta przed leczeniem w sposób niezgodny ze standardem klinicznym* [w:] *Miraże pseudoterapii...*, s. 41–76; B. Walczak, *Wybrane zagadnienia praw pacjenta* [w:] *Produkty pochodzenia roślinnego w lecznictwie, dietytyce, kosmetyce, ekonomice i kulturze popularnej*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2015, s. 239–255; M. Stych, *Obowiązek lekarza a prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia oraz prowadzonych badaniach medycznych w wybranych aktach prawnych* [w:] *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie*, red. B. Płonka-Syroka, M. Dąsał, DIG – Edition La Rama, Warszawa–Bellerive-sur-Allier 2016, s. 45–64. Takie same rozwiązania prawne obowiązują w Polsce również w farmacji, por. B. Płonka-Syroka, *Problemy etyczne w farmacji*, UMW, Wrocław 2020, s. 11–131 i nast. Por. też M. Stych, *Prawno-administracyjne uwarunkowania wykonywania zawodu farmaceuty*, Petrus, Kraków 2021.

w okresie epidemii ze zwolnień lekarskich, zaległych urlopów i urlopów bezpłatnych, pojawiła się konieczność kierowania do szpitali zakaźnych personelu z innych placówek, wyrażającego taką gotowość. Zamknięto w związku z tym wiosną 2020 pewną część szpitali pozbawionych wystarczającej liczby personelu, aby móc otworzyć oddziały przeznaczone dla chorych na COVID-19. W celu ograniczenia tworzenia się w szpitalach ognisk zakażenia zamknięto także bezpośredni dostęp pacjentom z chorobami innymi niż COVID-19 do placówek szpitalnych. Szpitale przyjmowały tylko pacjentów w stanie zagrożenia życia i do porodu. Sprawy te regulowało rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 kwietnia 2020⁴⁵ i kolejne⁴⁶. Zakładano, że będzie to rozwiązanie krótkotrwałe, ale w związku utratą kontroli nad rozwojem epidemii utrzymało się w mocy aż do marca 2021, gdy nałożono na lekarzy POZ obowiązek osobistego diagnozowania dzieci i osób starszych oraz pacjentów, którzy wyrażą taką wolę. Przez prawie rok od wybuchu epidemii pacjenci w Polsce uzyskiwali pomoc lekarską w systemie medycyny publicznej tylko w przychodniach i to za pośrednictwem teleporad. W tym samym czasie zachowany był zarazem pełny dostęp pacjentów do aptek, a od maja 2020 otworzyły się dla pacjentów komercyjnych prywatne gabinety stomatologiczne i inne prywatne gabinety specjalistyczne. Już w 2020 negatywne skutki oparcia publicznej opieki medycznej na systemie teleporad były dostrzegane przez niektórych lekarzy⁴⁷, podobnie duże obawy budziło ograniczenie dostępu do diagnostyki i leczenia szpitalnego. Pełna ocena skutków tych rozwiązań ujawniła się dopiero w 2022 r., wraz z podaniem danych demograficznych dotyczących nadumieralności Polaków w okresie epidemii z powodu chorób nie związanych z COVID-19, w których nie uzyskali odpowiedniej do potrzeb pomocy.

Warto podkreślić, że przyjęte w Polsce rozwiązania organizacyjne w zakresie dostępu do pomocy medycznej w trakcie epidemii uwypukliły istniejące w naszym kraju nierówności społeczne związane z sytuacją socjoekonomiczną. Zamożniejsza część społeczeństwa zachowała w trakcie epidemii, już od maja 2020, możliwość bezpośredniego kontaktu z lekarzami praktykującymi prywatnie, których usługi opłacała samodzielnie. Ze względu na ograniczenie dostępu tych usług do miast i ich wysoką cenę, nie były one jednak w tym samym stopniu dostępne dla ludzi mieszkających na wsi i w małych miasteczkach i uzyskujących niskie dochody, tj. ogólnie znajdujących się w gorszej sytuacji socjoekonomicznej. Uboższa część społeczeństwa, korzystająca zwykle z bezpłatnych porad lekarskich świadczonych przez lekarzy zatrudnionych w systemie NFZ, przez większą część okresu epidemii pozostawiona była sama sobie. Sprzyjało to wzrostowi nieufności do medycyny klinicznej i upowszechnieniu się wśród tej grupy pacjentów praktyki samoleczenia i korzystania z medycyny alternatywnej, a także krzewieniu się postaw negujących istnienie epidemii i odrzucających zalecane przez władze i lekarzy metody profilaktyki (szczepienia, izolacja, kwarantanna). Ich krytyczne oceny pacjenci przyswajali za pośrednictwem Internetu i opinii sąsiedzkiej. Brak możliwości nawiązania osobistego kontaktu z lekarzem uniemożliwiał zarazem sprostowanie upowszechniających się wśród tej grupy irracjonalnych poglądów na temat COVID-19.

O poważnym wzroście przypadków samoleczenia w trakcie epidemii mówią badania przeprowadzone wśród pracowników aptek. Potwierdzają one brak możliwości uzyskania

⁴⁵ Dz.U. 2020, poz. 775.

⁴⁶ Dz. U. 2020, poz. 918; Dz.U. 2020, poz. 1275 i nast.

⁴⁷ Por. np. J. Miarka, *Zgubne skutki leczenia przez telefon*, „Gazeta Lekarska” 2020, 30, nr 9, s. 35.

przez wielu pacjentów porady lekarskiej i zwracanie się w tym celu zastępczo po poradę farmaceutyczną, którą można było uzyskać w aptece. Przypadki te dotyczyły wielu chorób, w których pacjenci nie mogli skorzystać z porady lekarskiej. Badania te wykazują zarazem, że wielu Polaków próbowało leczyć samodzielnie także COVID-19, ukrywając zachorowanie przed sanepidem i pracodawcą (co przyczyniało się do wzrostu liczby zakażeń i tworzenia się ognisk zakażeń w zakładach pracy). Leczenie COVID-19 pacjenci próbowali podejmować za pomocą środków dostępnych bez recepty, możliwych do zakupienia w aptekach, popularyzowanych w Internecie⁴⁸. Terapia ta była jednak nieskuteczna, o czym farmaceuci informowali pacjentów. Większości z nich nie skłaniało to jednak od odstąpienia od zamiaru zakupu takich środków.

W ocenie niedostatecznej efektywności walki z pandemią COVID-19 w Polsce należy także uwzględnić analizę świadomości zdrowotnej i postaw laików. Badania z 2021 r. wykazały, że Polacy oczekiwali na wiarygodne informacje na temat epidemii, podane w mediach z odpowiednim wyprzedzeniem przez władze państwowe, wraz z zaleceniami, jak należy postępować, aby ochronić się przed zachorowaniem. Do świadomości wielu laików przekaz taki jednak nie dotarł, co spowodowało, że nie upowszechnił się wśród nich obraz zagrożenia ze strony epidemii opisywany w kategoriach klinicznych⁴⁹. 100% z badanych pacjentów szpitala specjalistycznego leczących się z powodu powikłań pocovidowych stwierdziło, że w momencie wystąpienia choroby nie zdawali sobie sprawy z tego, że zagrożenie przez COVID-19 może dotyczyć ich samych. Działo się tak dlatego, że medialny przekaz dotyczący tej epidemii dostępny w Polsce od stycznia do początków marca 2020 bagatelizował związane z nią zagrożenie dla Polaków, tworząc obraz epidemii jako zjawiska występującego w dalekich krajach⁵⁰. Informacje, że COVID-19 może dotrzeć do Polski i może stanowić poważne zagrożenie zdrowia publicznego w naszym kraju, były, zdaniem badanych, przekazane zbyt późno i w mało zrozumiałym dla laików sposób. Ogłoszenie epidemii było więc dla badanych całkowitym zaskoczeniem, nie liczyli się bowiem z taką możliwością. Zgłaszali się do lekarzy dopiero w ciężkim stanie, gdy uświadomili sobie, że w ich otoczeniu społecznym ktoś umarł na COVID-19, albo miał postawione rozpoznanie tej choroby. Występujące u nich objawy nie były przez nich wcześniej identyfikowane jako związane z COVID. Późne otrzymanie diagnozy powodowało, że osoby zakażone nadal wykonywały pracę, przyczyniając się do rozprzestrzeniania epidemii w miejscu zatrudnienia, a późne rozpoczęcie terapii powodowało, że często okazywała się ona mało skuteczna, a sama choroba wywoływała wiele powikłań.

Badane przez nas osoby wykazywały zarazem wysoki poziom ogólnego zaufania do lekarzy, oczekując od nich wiarygodnych informacji i ostrzeżeń. Badani byli rozczarowani tym, że przedstawienie zagrożenia ze strony tej epidemii mediach (prasa, TV) było niedostateczne

⁴⁸ Por. B. Płonka-Syroka, M. Hudaszek, W. Kurzyńska, *Epidemia COVID-19 w doświadczeniach polskich pacjentów* [w:] *Obraz epidemii COVID-19 w polskich tygodnikach opinii...*, s. 235–285; M. Mięka, B. Płonka-Syroka, K. Rasławska i wsp., op. cit.; B. Płonka-Syroka, M. Stych, M. Kmak i wsp. op. cit.; B. Płonka-Syroka, M. Stych, B. Pawlica, op. cit.

⁴⁹ Por. B. Płonka-Syroka, M. Hudaszek, W. Kurzyńska, *Epidemia COVID-19 w doświadczeniach polskich pacjentów...*, s. 250, 262 i nast.

⁵⁰ Por. B. Płonka-Syroka, M. Hudaszek, *Kształtowanie się strategii informacyjnej na temat COVID-19 w polskich tygodnikach opinii w pierwszym roku pandemii* [w:] *Obraz epidemii COVID-19...*, s. 21–90; B. Płonka-Syroka, M. Hudaszek, *Kształtowanie obrazu COVID-19 w Polsce w polskich tygodnikach opinii w pierwszym roku epidemii (od lutego do października 2020)*, ibidem, s. 91–152.

i zostało przedstawione przez lekarzy zbyt późno. Media przekazywały przez pierwsze trzy miesiące 2020 r. sprzeczne informacje. Przez pierwsze dwa miesiące bagatelizowały zagrożenie i krytykowały politykę ochrony populacji (izolacja, kwarantanna) zastosowaną w Chinach, a od początku marca 2020 ogłaszały, że zagrożenie ze strony COVID-19 jest poważne i że te metody będą wprowadzane także w Polsce w celu ochrony przeciwepidemicznej. Wielu odbiorców uznało ten przekaz za niewiarygodny, był bowiem sprzeczny z informacjami na temat epidemii i podejmowanych wcześniej przez władze chińskie działań przeciwepidemicznych, z którymi mogli się zapoznać. Kierując się zamiarem uzyskania wiarygodnej wiedzy o epidemii, badani poszukiwali informacji w Internecie i w telewizjach zagranicznych, dostępnych w sieciach telewizji kablowych. Okazały się one jednak dla wielu z nich niewystarczające. Skutki takiego sposobu uzyskiwania przez Polaków informacji na temat COVID-19 w pierwszych miesiącach 2020 r. znalazły odbicie w trakcie następnych dwóch lat trwania epidemii. Postawę wielu Polaków kształtowało bowiem przekonanie, że gdyby epidemia naprawdę istniała lub stanowiła naprawdę poważne zagrożenie, to władze ostrzegłyby przed nią obywateli z odpowiednim wyprzedzeniem, a lekarze wskazałyby jasne reguły postępowania, jak można się przed epidemią ochronić. Ponieważ ostrzeżenia przed zagrożeniem epidemicznym pojawiły się dopiero równocześnie z przekroczeniem przez COVID-19 granic Polski, a komunikaty przekazywane w mediach przez lekarzy były ze sobą sprzeczne co do treści (dotyczyło to konieczności i celowości noszenia maseczek ochronnych, zachowywania izolacji i stosowania innych metod profilaktycznych, które jedni lekarze zalecali, a inni uznawali za nieskuteczne), wielu odbiorców uznało je za niewiarygodne. Ze względu na to, że naukowy obraz epidemii COVID-19 w początkach 2020 r. dopiero się kształtował⁵¹, nie należało wtajemniczać laików w spory specjalistów, ale przekazać im zestaw informacji na temat COVID-19 jako choroby zakaźnej rozpowszechnianej drogą kropelkową, nie budzących kontrowersji wśród lekarzy. Podanie tych informacji przez lekarzy w prosty i przekonujący laików sposób⁵² zwiększyłyby ich wiarygodność i skuteczność. W 2020 r. nie można było jeszcze przekazywać informacji na temat możliwości ochrony przed epidemią za pomocą szczepień, ponieważ szczepionki nie były jeszcze wówczas dostępne. Nieefektywny pod względem komunikacyjnym sposób przekazywania Polakom informacji na temat epidemii przyczynił się do tego, że gdy w 2021 r. szczepionki przeciw COVID-19 stały się dostępne, aż ok. 42% Polaków deklarowało, że nie boi się zarażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym COVID, a 49% deklarowało, że nie przyjmuje szczepień

⁵¹ W 2020 r. obraz epidemii COVID-19 zgodny ze standardem Evidence Based Medicine dopiero się kształtował wśród sporów toczonych przez specjalistów (por. W. Kurzyna, *Epidemia COVID-19 w świetle badań naukowych z 2020 r.* [w:] *Obraz epidemii COVID-19...*, s. 155–188). Nie należało z tego powodu nagłaśniać publicznie sporów między lekarzami, ale prezentować laikom „podręcznikowy” obraz COVID jako choroby zakaźnej układu oddechowego.

⁵² Przekaz powinien zawierać następujące treści: 1. COVID-19 jest chorobą zakaźną. 2. Chorobę powodują wirusy, przeciw którym współczesna medycyna nie posiada jeszcze skutecznych leków. 3. Choroba rozprzestrzenia się drogą kropelkową. 4. Najlepszą metodą zachowania zdrowia i życia jest w trakcie epidemii ograniczenie kontaktów społecznych, w tym zarówno z osobami wykazującymi objawy infekcji, jak i z tymi, którzy takich objawów nie wykazują, ale są nośnikami zakażenia – choroba może bowiem, jak wiele innych chorób zakaźnych, przebiegać bezobjawowo lub ze skąpyimi objawami. 4. W razie wystąpienia objawów chorobowych należy skontaktować się z sanepidem i czekać na dalsze zalecenia. 6. W razie poważnego pogorszenia stanu zdrowia należy wezwać pogotowie, które zdecyduje o ewentualnej konieczności przewiezienia chorego do szpitala.

przeciwcovidowych. Ponadto 70% osób jeszcze wówczas nie zaszczepionych stwierdzało, że kategorycznie odmawia przyjęcia szczepień⁵³. Brak poczucia osobistego zagrożenia przez COVID-19 wiązał się w uzasadnieniu tych postaw z akceptacją dla poglądów negujących samo istnienie epidemii i podważających skuteczność wprowadzanych przez władze środków profilaktycznych.

W opiniach laików, którzy zachorowali na COVID-19, ukształtowanych na podstawie ich własnych przeżyć, ujawnił się wysoki poziom zaufania pacjentów do lekarzy i ogólnie do placówek prowadzących leczenie i rehabilitację, co wiązało się z akceptacją i zrozumieniem podstaw standardu medycyny klinicznej⁵⁴. Po uświadomieniu sobie, że doświadczane objawy chorobowe mogą być spowodowane przez COVID-19, wszyscy badani podjęli decyzję o poszukiwaniu profesjonalnej pomocy lekarskiej. Wzywali pogotowie lub byli przez rodzinę dowożeni do szpitali, zgłaszając się na SOR. Badani wykazywali w większości pozytywną ocenę opieki lekarskiej, którą zostali otoczeni w szpitalach. Wyrażane przez niektórych z nich oceny krytyczne nie odnosiły się do placówek medycznych i medycyny klinicznej jako takiej, ale do jednostkowych przypadków, w których pomoc medyczna była im udzielana niestaranie i bez zaangażowania. Badani wyrażali zadowolenie z tego, że mogli przebyć COVID-19 w szpitalu, otoczeni profesjonalną opieką lekarską. Opinie te zdecydowanie różniły się od wyrażanych przez pacjentów, którzy przebyli tę chorobę w domu. W ich opiniach znajdowały odbicie takie zjawiska, jak strach przed śmiercią, poczucie osamotnienia i bezradności, a nawet głód. Szczegółowe analizy odczuć pacjentów chorych na COVID-19⁵⁵ pozwalają stwierdzić, że jeden z głównych argumentów propagandy na rzecz szczepień przeciwko COVID-19, który wskazywał, że przyjęcie szczepień przeciwko COVID-19 spowoduje ograniczenie hospitalizacji, tj. zmniejszy liczbę przyjęć do szpitali, okazał się w warunkach polskich zupełnie nietrafny. W świadomości zdrowotnej wszystkich badanych leczonych w trakcie epidemii w szpitalach, szpital jako placówka umożliwiająca leczenie w ciężkich stanach chorobowych był bowiem postrzegany pozytywnie, jako instytucja wiarygodna, zatrudniająca specjalistów działających w sposób kompetentny na rzecz poprawy stanu zdrowia pacjentów. Dla chorych, którym w trakcie epidemii udało się dostać do szpitala, było to przeżycie pozytywne, a nie negatywne, którego z ogólnych względów należałoby starać się uniknąć. Negatywne odczucia w związku ze szpitalem mieli natomiast ci badani, którym nie udało się do szpitali dostać i uzyskać w nich oczekiwaną pomoc. Argument na rzecz popularyzacji szczepień przeciwko COVID-19, oparty na tezie, że przyjęcie szczepionki ograniczy liczbę przyjęć do szpitala, jest sprzeczny ze świadomością zdrowotną wielu Polaków. Leczenie szpitalne jest w Polsce wartościowane pozytywnie, a przede wszystkim jest dla chorego bezpłatne. Odróżnia to w zasadniczy sposób percepcję hospitalizacji w świadomości Polaków, która jest oceniana inaczej niż w krajach, w których nie obowiązuje system ubezpieczeń zdrowotnych i pobyt w szpitalu wiąże się dla chorego i jego rodziny z bardzo poważnym obciążeniem finansowym.

⁵³ Por. K. G., *Pandemia nie odpuszcza* [Raport z badań przeprowadzonych wśród Polaków przez Agencję Badawczą Inquiry], „Angora” 2021, nr 45, s. 7.

⁵⁴ Por. M. Mięgała, B. Płonka-Syroka, K. Rasławska i wsp., op. cit.; M. Mięgała, B. Płonka-Syroka, *Rehabilitacja ozdrowieńców...*, op. cit.; M. Mięgała, B. Płonka-Syroka, J. Szczegielniak, op. cit.

⁵⁵ Por. B. Płonka-Syroka, M. Hudaszek, W. Kurzyna, *Epidemia COVID-19 w doświadczeniach polskich pacjentów...*, s. 249–282; M. Mięgała, B. Płonka-Syroka i wsp. *Expectations of patients...*, op. cit.

W ocenie działań przeciwepidemicznych i dostępności do opieki medycznej w Polsce w trakcie epidemii korzystaliśmy także z ankiet wypełnianych przez osoby, z których nie wszystkie zachorowały wcześniej na COVID-19, ale wszystkie obserwowały i oceniały przebieg epidemii⁵⁶. Możemy także w opiniach tych badanych stwierdzić pewne prawidłowości. Najwyżej oceniali pracę systemu medycyny publicznej w trakcie epidemii badani ze średnim i wyższym wykształceniem, deklarujący zatrudnienie na umowę o pracę lub posiadający uprawnienia emerytalne. Rozumiejąc informacje dotyczące istoty zagrożenia, starali się podporządkować im swoje codzienne zachowanie, ukierunkowując je na profilaktykę i unikanie zagrożenia epidemicznego. Mając zapewnione dochody, w przypadku wystąpienia objawów chorobowych zgłaszali się do placówek medycznych w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych, nie ukrywali objawów choroby, a w razie ich wystąpienia starali się unikać zakażenia współpracowników. Na drugim biegunie lokowali się respondenci nie uzyskujący stałych dochodów z pracy etatowej, tj. pracujący w warunkach samozatrudnienia, umowy o dzieło lub na czarno. Nie mając prawa do płatnych świadczeń zdrowotnych starali się wykonywać pracę będącą jedynym źródłem ich dochodów – pomimo informacji o zagrożeniu epidemicznym (których nie odnosili do siebie), pomimo odczuwanych objawów chorobowych (infekcji nie definiowali jako COVID-19 i starali się je leczyć samodzielnie lekami dostępnymi bez recepty) i pomimo apeli o zachowanie dystansu społecznego, których racjonalność odrzucali. Uznawali bowiem, że naruszają ich wolność osobistą, i nie traktowali ich jako skutecznej ochrony ich zdrowia – nie przyjmowali bowiem do wiadomości istoty zagrożenia epidemicznego, a wielu negowało występowanie epidemii.

Częstym doświadczeniem laików w trakcie epidemii okazał się utrudniony dostęp do pomocy lekarskiej⁵⁷. W chorobach innych niż COVID-19 większość społeczeństwa, korzystająca z bezpłatnego systemu medycyny publicznej, miała dostęp do tej pomocy ograniczony do teleporad. W badaniach ujawniło się istotne zróżnicowanie oceny teleporad przez respondentów związane z ich miejscem zamieszkania. Osoby zamieszkałe w małych i średnich miastach, korzystające z małych przychodni, oceniały ten system lepiej, niż zamieszkałe w wielkich miastach. To zróżnicowanie opinii mogło wynikać m.in. z tego, że w małych przychodniach korzystający z teleporad pacjenci byli w mniejszym stopniu anonimowi dla lekarzy i pielęgniarek niż w dużych przychodniach wielkomiejskich. Istniejące między pracownikami tych placówek a ich pacjentami bliższe relacje osobowe mogły wpływać pozytywnie na poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. W wielkich miastach, gdy dostęp do lekarza POZ był niemożliwy, a przed epidemią pacjenci nie nawiązali ze swoim lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskową bliższego kontaktu (nie byli dla pracowników POZ rozpoznawalni), kontakty pacjentów z pracownikami POZ miały często charakter pobieżny i formalny. Ograniczały się do wypisania e-recept, ale nie zaspokajały potrzeb osób chorych w zakresie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego.

⁵⁶ Por. B. Płonka-Syroka, M. Stych, B. Pawlica, M. Kmak, M. Migąła, *The Functioning of Polish Health Care System...*, op. cit.

⁵⁷ Por. prace przytoczone w przypisach 54–56.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych wyżej analiz można postawić pewne wnioski, których wdrożenie w praktyce pozwoliłoby poprawić efektywność polskiego systemu medycyny publicznej w zakresie ochrony przeciwepidemicznej.

1. Dla usprawnienia i poprawy efektywności polskiego systemu medycyny publicznej w ochronie przed zagrożeniem epidemicznym należy zwiększyć jego ukierunkowanie na profilaktykę chorób zakaźnych. Należy opracować plan zagrożeń epidemicznych, które mogą wystąpić w naszym kraju i przygotować z wyprzedzeniem odpowiednie procedury, które mogłyby zostać wdrożone, gdy takie zagrożenie realnie się pojawi.

2. Dla systematycznego badania stanu bezpieczeństwa epidemicznego należy zwiększyć potencjał badawczy i kadrowy instytucji zajmujących się rozpoznawaniem zagrożeń epidemicznych. Instytucje te powinny zostać wyposażone w nowoczesny sprzęt i poddane informatyzacji, aby informacja o potwierdzonych zagrożeniach mogła zostać szybko przekazana do odpowiednich komórek zarządzania kryzysowego, zarówno na szczeblu centralnym, jak i w terenie.

3. Dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania polskiego systemu medycyny publicznej w zakresie ochrony przeciwepidemicznej należy zwiększyć nabór absolwentów medycyny na specjalizacje w zakresie chorób zakaźnych. W Polsce mogą pojawić się bowiem częściej, wraz ze zmianami klimatycznymi w Europie i upowszechnieniem podróży do innych stref klimatycznych, nieznane wcześniej chorobotwórcze patogeny, na zagrożenie zdrowia publicznego przez nie system opieki medycznej w Polsce powinien być zawnazu przygotowany. Powinno się także wznowić nadzór nad zagrożeniami epidemicznymi od dawna obecnymi na obszarze Polski (gruźlica, choroby rozprzestrzeniane drogą pokarmową), który jest obecnie nieszczelny.

4. W celu zapewnienia polskiej populacji dostępu do opieki medycznej na poziomie odpowiadającym występującemu w innych krajach Unii Europejskiej należy znacznie zwiększyć nabór na studia medyczne w Polsce. Należy również rozważyć zwiększenie naboru na studia medyczne w uczelniach wojskowych, których absolwenci otrzymywaliby stałe przydziały do szpitali zakaźnych prowadzących działalność w trakcie epidemii, co pozwoliłoby uniknąć chaosu w ich obsadzie kadrowej po ogłoszeniu stanu epidemii. Rozwiązaniem umożliwiającym zapewnienie szpitalom epidemicznym obsadę etatową jest także podpisywanie z lekarzami kontraktów na świadczenie usług leczniczych w trakcie epidemii. Kontrakty te powinny być podpisywane przed wystąpieniem zagrożenia epidemicznego i obowiązywać w dłuższym okresie czasu. Gdy zagrożenie epidemiczne realnie się pojawi, nie będzie konieczne poszukiwanie kadr do obsady szpitali zakaźnych.

5. Należy skoordynować wytyczne dotyczące zabezpieczeń epidemicznych obowiązujące w Polsce i w krajach sąsiednich. Przy otwartym systemie granic w Unii Europejskiej ma to podstawowe znaczenie dla zapewnienia całej populacji Europy bezpieczeństwa epidemicznego.

6. Konieczny jest rozwój systemów informatycznych w opiece zdrowotnej, umożliwiający pełną ewidencję zachorowań i kontaktów epidemicznych, co umożliwi lokalizację ognisk epidemii i szybkie podjęcie uzasadnionych medycznie działań ochronnych.

7. Należy stworzyć sprawny system informacji na temat chorób zakaźnych, przygotowany przez specjalistów, przeznaczony do upowszechniania wśród laików. Podstawową drogą upowszechniania tych informacji powinna być szkoła. Wdrażanie dzieci

do przestrzegania procedur przeciwepidemicznych wydaje się bowiem najbardziej owocne. Należy rozważyć zatrudnienie w szkołach, szczególnie na obszarach wiejskich, higienistek szkolnych (o wykształceniu pedagogicznym lub pielęgniarek), które miałyby w zakresie obowiązków przekazywanie informacji na temat podstaw wiedzy o zdrowiu i możliwości zapobiegania jego zagrożeniom. Informacje na temat chorób zakaźnych powinny być także rozpowszechniane w przychodniach lekarskich, w mediach publicznych i Internecie, aby wytworzyć wśród laików podstawy wiedzy na ich temat, umożliwiające im zrozumienie zaleceń lekarskich i zarządzeń administracyjnych wdrażanych w życie w trakcie epidemii. Informacje te powinny być spójne z programem obowiązkowego szczepienia dzieci i dobrowolnym szczepieniem dorosłych przeciw wybranym chorobom.

8. Niedocenianym dotąd w promocji zdrowia w Polsce obszarem działań, w którym ograniczenie zagrożenia epidemicznego mogłoby być bardzo efektywne, jest ograniczenie oddziaływania na świadomość zdrowotną Polaków systemu tzw. medycyny alternatywnej. Tolerancja dla rozwoju usług paramedycznych powinna zostać ograniczona. Brak krytyki standardu teoretycznego paranaukowych usług medycznych przedstawianej w trakcie edukacji szkolnej oraz tolerowanie ich masowego wykonywania wśród laików rodzą wśród wielu z nich przekonanie, że usługi paramedyczne są skuteczne i bezpieczne. Łatwość dostępu do tych usług, przy znaczących ograniczeniach dostępności specjalistycznej opieki lekarskiej udzielanej we współczesnym standardzie klinicznym, staje się przesłanką popularyzowania się w świadomości zdrowotnej Polaków irracjonalnych mniemań, które mogą stać się barierą do przyswojenia zaleceń przeciwepidemicznych formułowanych przez lekarzy klinicznych. Rozwiązywanie problemów zdrowotnych wielu mieszkańców Polski odbywa się obecnie poza granicami współczesnej nauki lub w standardzie paramedycznym, jawnie sprzecznym ze standardem klinicznym. Ograniczenie rozpowszechnienia alternatywnych usług leczniczych w społeczeństwie powinno zostać uznane za jeden z najważniejszych kierunków profilaktyki przeciwepidemicznej. Efektywne ograniczenie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych w populacji jest bowiem możliwe tylko wtedy, gdy wszyscy jej członkowie będą prawidłowo, tj. zgodnie ze współczesnym standardem klinicznym, rozpoznawali przyczyny chorób zakaźnych. Przyjmą wówczas ze zrozumieniem zalecenia przeciwepidemiczne formułowane przez lekarzy, nie przeciwstawiając im własnych konceptualizacji tych chorób stworzonych w standardzie alternatywnym wobec klinicznego.

Bibliografia

- Borkowski L., Drąg M., Fal A.M. i wsp., *Szczepienia przeciw COVID-19. Innowacyjne technologie i efektywność*, Warszawa 2020.
- Borkowski L., Fal A.M., Filipiak K.J. i wsp., *Charakterystyka choroby COVID-19, objawy oraz skutki zdrowotne. Rekomendacje i doświadczenia polskich klinicystów*, Warszawa 2021.
- Choroby układu oddechowego*, red. E. Rowińska-Zakrzewska, J. Kuś, PZWL, Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2004.
- G.K., *Pandemia nie odpuszcza* [Raport z badań przeprowadzonych wśród Polaków przez Agencję Badawczą Inquiry], „Angora” 2021, nr 25, s. 7.

- Gościniak G., Lonc E., Okulewicz A., Płonka-Syroka B., *Epidemiczne zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945–1975 oraz przeciwdziałania* [w:] *Wektory i patogeny – w przeszłości i przyszłości: in memoriam profesoris Tadeusz M. Lachowicz*, red. G. Bugła-Płoskońska, E. Lonc, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2015, s. 89–114.
- Drosten C., Günter S., Preiser W. i wsp., *Identification of a Novel Coronavirus in Patients with Severe Acute Respiratory Syndrome*, „New England Journal of Medicine” 2003, t. 20, nr 348.
- Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region – 21 Targets for 21st Century*, WHO, Copenhagen 1998.
- Jastrzębowski Z., *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku*, AM, Łódź 1994.
- Kostrzewski J., Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., *Choroby zakaźne i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, t. 1, PZWL, Warszawa 1964.
- Krzystyniak K., *Koronawirus. Covid-19, MERS, SARS – epidemiologia, leczenie, profilaktyka*, wyd. 2, Warszawa 2020.
- Kubiak R., *Prawo lekarza do odmowy leczenia*, „Medycyna Praktyczna” 2020, 9, nr 355, s. 141–148.
- Kuczyńska K., Zawilska J.B., Badura J., Strehl B., *Wirus SARS-CoV-2: pochodzenie, budowa i cykl replikacyjny*, „Farmacja Polska” 2021, t. 77, nr 3, s. 143–149.
- Kuźmińska A., *Koncepcja profilaktyki chorób zakaźnych i jej realizacja do końca XIX w.*, [w:] *Człowiek – natura – kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*, red. B. Płonka-Syroka, AM, Wrocław 2009, s. 269–286.
- Kuźmińska A., *Walka z epidemiami chorób zakaźnych w Europie w XIX wieku ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy* [w:] *Człowiek – natura – kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*, red. B. Płonka-Syroka, AM, Wrocław 2009, s. 287–314.
- Leowski J., *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce, reforma, dalsze scenariusze reformy* [w:] *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Ce-De-Wu, Warszawa 2009, s. 171–182.
- Lonc E., Gościniak G., Okulewicz A., Płonka-Syroka B., Stych M., *Epidemiczne zagrożenia w latach 1975–2015 na Dolnym Śląsku w kontekście zmieniających się systemów ochrony zdrowia publicznego w Polsce* [w:] *Zdrowie dla regionu*, t. 2, *Uzdrowiska*, red. E. Lonc, K. Plewa-Tutaj, PWSZ im. Angelusa Silesiusa, Wałbrzych 2017, s. 335–355.
- Łopatecki K., *U genezy państwowej opieki społecznej i zdrowotnej*, „Medycyna Nowożytna” 2016, 22, nr 1, s. 55–78.
- Miarka J., *Postawy lekarzy w czasie epidemii*, „Gazeta Lekarska” 2020, 30, nr 5, s. 35.
- Miarka J., *Zgubne skutki leczenia przez telefon*, „Gazeta Lekarska” 2020, 30, nr 9, s. 35.
- Migała M., Płonka-Syroka B., Rasławska K., Skolik B., Spielvogel I., Piechota K., Hołodnik D., Hagner-Derengowska M., *Expectations of patients recovering from SARS-Cov-2 towards new forms of pulmonary rehabilitation*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2023, 20, nr 1, art. 104.

- Migała M., Płonka-Syroka B., *Rehabilitacja ozdrowieńców po chorobie COVID-19. Szpitalna, uzdrowskowa czy może bon rehabilitacyjny?*, „Rehabilitacja w Praktyce” 2023, nr 1, s. 73–78.
- Migała M., Płonka-Syroka B., Szczegielniak J., *Kompleksowa rehabilitacja ozdrowieńców po COVID-19 w uzdrowskach o zróżnicowanych warunkach bioklimatycznych [w:] Kompleksowa rehabilitacja pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2: różne okresy choroby i zdrowienia*, red. D. Białoszewski i wsp., PZWL, Warszawa 2022, s. 167–178.
- Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 3, red. Płonka-Syroka B., A. Syroka, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Wrocław 2017.
- OECD/European Union, Health at a Glance: Europe 2020, State of Health in the UE Cycle*, Paris 2020.
- Organizacja ochrony zdrowia*, red. J. Indulski, PZWL, Warszawa 1984.
- Płonka-Syroka B., *Johann Peter Frank i Christoph Wilhelm Hufeland jako pionierzy profilaktyki medycznej z XVIII i XIX wieku*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2018, 63, nr 4, s. 47–70.
- Płonka-Syroka B., *Organizacja systemu medycyny publicznej w Polsce od 1918 r. ze szczególnym uwzględnieniem Śląska [w:] Z historii medycyny i rehabilitacji w Polsce w latach 1918–2018*, red. M. Migała, B. Płonka-Syroka, S. Jandziś, „Studia i Monografie – Politechnika Opolska” nr 511, PO, Opole 2018, s. 25–54.
- Płonka-Syroka B., *Problem chorób zakaźnych w okresie nowożytnym i współczesnym jako element polityki państwowej [w:] Leczyć, uzdrawiać, pomagać*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, „Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 11, Oficyna Wydawnicza Arbotretum, Wrocław 2007, s. 161–178.
- Płonka-Syroka B., *Wpływ czynników wewnątrz naukowych i zewnątrz naukowych na ukształtowanie się systemu zabezpieczeń przeciwepidemicznych w Europie Zachodniej (na przykładzie wybranych państw) [w:] Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2013, s. 267–349.
- Płonka-Syroka B., *Koncepcja profilaktyki medycznej Christopha Wilhelma Hufelanda w kontekście historyczno-porównawczym [w:] Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2013, s. 351–436.
- Płonka-Syroka B., *Podstawy organizacji polskiej publicznej opieki medycznej na Dolnym Śląsku po II wojnie światowej [w:] Kultura uzdrowskowa na Śląsku w kontekście europejskim*, t. 2: *Kultura uzdrowskowa w Europie*, t. 4, red. B. Płonka-Syroka, A. Kaźmierczak, Wydawnictwo Quaestio, Wrocław 2013, s. 113–129.
- Płonka-Syroka B., *Wpływ czynników społeczno-politycznych na kształtowanie się systemu medycyny publicznej w Prusach i zjednoczonych Niemczech do 1914 r. [w:] Czystość i brud: wokół przelomu bakteriologicznego*, red. W. Korpalska, W. Ślusarczyk, Dział Wydawnictwo Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera, Bydgoszcz 2016, s. 279–315.

- Płonka-Syroka B., *Samoleczenie na podstawie autodiagnozy i problemy z nim związane* [w:] *Dyskurs (para)medyczny: gatunki – funkcje – przeobrażenia*, red. A. Dombrowski, W. Żarski, Collegium Columbinum, Kraków 2018, s. 183–198.
- Płonka-Syroka B., *Spoleczne i instytucjonalne uwarunkowania korzystania przez polskich pacjentów z metod leczenia niezgodnych ze standardem klinicznym* [w:] *Badania nad leczniczymi i toksycznymi właściwościami roślin – historia i współczesność. Lek roślinny*, t. 7, red. Płonka-Syroka B., A. Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2018, s. 139–158.
- Płonka-Syroka B., Hudaszek M., Kurzyna W., *Obraz epidemii COVID-19 w polskich tygodnikach opinii, czasopismach lekarskich i świadomości pacjentów. Analiza krytyczno-porównawcza*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2022.
- Płonka-Syroka B., M. Stych, B. Pawlica, *Ewolucja prawa do ochrony zdrowia w Polsce w okresie pandemii COVID-19*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2022, nr 6, s. 51–63.
- Płonka-Syroka B., *75 lat polskiej medycyny i farmacji we Wrocławiu (1945–2020). Wybrane elementy historii wrocławskich wyższych uczelni. Część druga (1950–2011)*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 2022, t. 28, nr 2, s. 119–182.
- Płonka-Syroka B., Stych M., Porada N., Migąła M., Skolik B., Placek K., *Oczekiwania i prawa pacjenta w trakcie epidemii COVID-19 w Polsce (2020–2022) i ich realizacja w polskim systemie medycyny publicznej*, Wydawnictwo Politechniki Opolskiej, Opole 2023.
- Płonka-Syroka B., Stych M., Pawlica B., *Financial and organizational aspects of the functioning of primary health care during the COVID-19 pandemic*, „European Research Studies Journal” 2024, t. 26, nr 1, s. 520–531.
- Płonka-Syroka B., Stych M., Kmak M., Pawlica B., *Selected aspects of the state health policy during the first wave of the SARS-Cov-2 pandemic*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2023, nr 168, s. 365–374.
- Płonka-Syroka B., Stych M., Pawlica B., Kmak M., Migąła M., *The Functioning of Polish Health Care System During the First Wave of the SARS-Cov-2 Pandemic in the Opinion of Primary Health Care Patients*, „European Research Studies Journal” 2023, t. 26, nr 2, s. 606–616.
- Porter D., *Health, civilisation and the state. A history of public health from ancient to modern Times*, Routledge, London–New York 2005.
- Raport Głównego Urzędu Statystycznego. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.
- Romaniuk P., Brukało K., *Ochrona zdrowia jako obowiązek państwa. Ewolucja polskiego ustroju konstytucyjnego w aspekcie przepisów dotyczących zdrowia*, „Roczniki Nauk Społecznych” 2015, t. 43, nr 7, s. 101–124.
- Raport NIK dotyczący epidemii COVID-19 w Polsce [skrót], „Angora” 2023, nr 30, s. 22–23.
- Rocznik Statystyczny GUS, Warszawa 2020.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia, Dz.U. 2020 r., poz. 491.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia, Dz.U. 2020, poz. 775.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia, Dz.U. 2020, poz. 918.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia, Dz.U. 2020, poz. 1275.
- Sadowska J., *Znaczenie ubezpieczeń społecznych dla ochrony zdrowia publicznego w XIX i pierwszej połowie XX w.* [w:] *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*, „Studia z Dziejów Kultury Medycznej”, t. 8, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2004, s. 168–171.
- Snowden F., *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*, Yale University Press, Yale 2019.
- Stych M., *Obowiązek lekarza a prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia oraz prowadzonych badaniach medycznych w wybranych aktach prawnych* [w:] *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie*, red. B. Płonka-Syroka, M. Dąsal, W. Wójcik, Wydawnictwo DIG – Edition La Rama, Warszawa–Bellerive-sur-Allier 2016, s. 45–64.
- Stych M., *Prawno-administracyjne uwarunkowania wykonywania zawodu farmaceuty*, Wydawnictwo Petrus, Kraków 2021.
- Ustawa z 5 grudnia 2008 o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 1845 ze zmianami.
- Ustawa z 2 marca 2020 o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, tekst jednolity DZ.U. 2020, poz. 1842.
- Ustawa z 28 października 2020 o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 2112 ze zmianami.
- Walczak B., *Wybrane zagadnienia praw pacjenta* [w:] *Produkty pochodzenia roślinnego w lecznictwie, dietetyce, kosmetyce, ekonomice i kulturze popularnej. Lek roślinny*, t. 6, red. Płonka-Syroka B., A. Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2015, s. 239–255.
- Wencelis S., *Lekarz wobec zagrożenia zakażeniem*, „Gazeta Lekarska” 2020, t. 30, nr 6, s. 62–63.
- Wielicka K., *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej: Organizacja i Zarządzanie”, nr 1909, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Katowice 2014, s. 491–505.
- Więckowska E., *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Historia” CXLVIII, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- Wroczyńska A., Rymer W., *2019-nCoV – nowy koronawirus z Chin*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 348, nr 2, s. 119–133.
- World Health Organisation, *SARS: How a Global Pandemic Was Stopped*, Geneva 2006.

SUMMARY

Bożena Płonka-Syroka

**COVID-19 Epidemic (2020-2022) – Threat to Public Health
and Healthcare System in Poland**

The epidemic caused by the SARS-Cov-2 virus, which lasted in Poland from March 2020 to May 2022, was the cause of 6.5 million cases and 119,000. deaths. At that time, over 200,000 cases of excess deaths, as compared to the average in recent years, were also recorded in Poland. These data place Poland among the countries with the highest percentage of illnesses and deaths due to the COVID-19 pandemic in Europe. The aim of this article is to analyze the reasons for the unsatisfactory effectiveness of the fight against the COVID-19 epidemic in Poland, as compared to other European countries. The analysis took into account historical data regarding the basis of the effectiveness of anti-epidemic security systems in Europe created in the 19th and 20th centuries and the functioning of the Polish public medicine system between 1990 and 2020. The results of tests conducted among patients who have had COVID-19 and employees of the medical care system were also taken into account. This article takes into account social, legal, information and organizational aspects related to efforts to control the development of the pandemic in Poland. This text contains practical conclusions, the implementation of which would increase the effectiveness of anti-epidemic activities in Poland .

Key words: COVID-19 pandemic in Poland, prevention, treatment.

Data wpływu artykułu: 17.10.2023 r.

Data akceptacji artykułu: 11.12.2023 r.