

OCHRONA ZDROWIA I GOSPODARKA

PRZEGLĄD WSPÓŁCZESNYCH PROBLEMÓW SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ



Sekcja Wydawnicza
Wydziału Zarządzania
Uniwersytetu Warszawskiego



Ochrona zdrowia i gospodarka

Przegląd współczesnych problemów
systemu opieki zdrowotnej

Ochrona zdrowia i gospodarka

Przegląd współczesnych problemów
systemu opieki zdrowotnej

Redakcja naukowa

Józef Haczyński

Zofia Skrzypczak



Sekcja Wydawnicza
Wydziału Zarządzania
Uniwersytetu Warszawskiego

Warszawa 2022



Recenzenci:

dr hab. Katarzyna Krot

prof. dr hab. Ewelina Nojszewska

Redakcja:

Anna Goryńska

Agata Ostrowska

Projekt okładki:

Agnieszka Miłaszewicz

© Copyright by Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego,
Seksja Wydawnicza Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego,
Warszawa 2022

Publikacja dofinansowana z subwencji na utrzymanie potencjału badawczego
na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

ISBN druk 978-83-235-5866-8

ISBN pdf 978-83-235-5874-3

DOI: 10.7172/978-83-235-5874-3.swwz.11



Opracowanie komputerowe:
Dom Wydawniczy ELIPSA
ul. Inflancka 15/198, 00-189 Warszawa
tel. 22 635 03 01, 22 635 17 85
e-mail: elipsa@elipsa.pl, www.elipsa.pl

Druk i oprawa:
Sowa Sp. z o.o.
ul. Raszyńska 13,
05-500 Piaseczno
www.sowadruk.pl

Spis treści

Wstęp.....	9
CZĘŚĆ 1. Konsekwencje niepożądanych społecznie zachowań i zjawisk dla systemu opieki zdrowotnej i gospodarki	
Adam Mateusz Suchecki, Józef Haczyński, <i>Tytoń i nowatorskie wyroby tytoniowe – konsekwencje zdrowotne i aspekty ekonomiczne</i>	13
Zofia Skrzypczak, Jadwiga Suchecka, <i>Spożycie alkoholu oraz jego konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne</i>	45
Marta Donderska, Zuzanna Czudy, Milena Matuszczak, Józef Haczyński, <i>Globalna epidemia otyłości i jej ekonomiczno-społeczne konsekwencje</i> ...	67
CZĘŚĆ 2. Pacjent w systemie ochrony zdrowia	
Agnieszka Stasiewicz-Swinney, <i>Organizacje pacjentów a ochrona zdrowia w Polsce</i>	95
Nelosława Wojciechowska, <i>Problem kodeksów etyki w ochronie zdrowia widziany z perspektywy refleksyjnego praktyka zarządzania</i>	120
CZĘŚĆ 3. Zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej	
Marcin Murawski, <i>Rozwiązania zdalne w medycynie w dobie pandemii COVID-19 – perspektywa zarządzającego szpitalem wieloprofilowym</i>	143
Joanna Kacperczyk-Bartnik, Tomasz Ochowski, <i>Przyczynę do wykorzystania perspektywy narracyjnej w zarządzaniu ochroną zdrowia. Analiza opieki nad pacjentką podczas cięcia cesarskiego</i>	167
CZĘŚĆ 4. Zewnętrzne uwarunkowania oddziaływania na zdrowie publiczne i system opieki zdrowotnej	
Izabela Rydlewska-Liszkowska, <i>Socio-Economic Approach to Health in the European Union Chemicals Regulation Policy</i>	197
Mirela Romanowska, <i>Impact of Conventional and Wind Energy Production on Human Health</i>	211
Sylwetka Profesora	223



*Pamięci Profesora Kazimierza Rycia,
wybitnego ekonomisty, naukowca i dydaktyka,
oddanego współtwórcy Wydziału Zarządzania
Uniwersytetu Warszawskiego
oraz pomysłodawcy
Centrum Zarządzania w Ochronie Zdrowia,
Człowieka życzliwego, inspirującego i wspierającego*

Wstęp

Szanowni Państwo,
oddajemy do Państwa rąk kolejną monografię poświęconą problematyce ochrony zdrowia i gospodarki. Monografię wyjątkową, ponieważ jest ostatnią powstałą przy współudziale nieżyjącego już prof. Kazimierza Rycia, pasjonata ekonomii i jej praktycznego zastosowania.

Pod wpływem inspiracji profesora Kazimierza Rycia zapoczątkowaliśmy na Wydziale Zarządzania UW ponad 15 lat temu cykl konferencji pod tytułem *Ochrona zdrowia i gospodarka* – każda konferencja poświęcona była innemu problemowi, związanemu z szeroko pojętym zarządzaniem w opiece zdrowotnej.

Niejako następstwem konferencji był cykl publikacji poświęconych problematyce ochrony zdrowia – prof. Kazimierz Ryć był zawsze redaktorem naukowym tych wydziałowych monografii.

Uczestnikami i autorami zamieszczanych w monografii tekstów byli zarówno naukowcy z wielu ośrodków akademickich w kraju i poza jego granicami – prezentujący wyniki swoich badań i analiz, jak i praktycy – dzielący się swoimi doświadczeniami.

Profesor Kazimierz Ryć był jednym z inicjatorów powołania na Wydziale Zarządzania UW Centrum Zarządzania w Ochronie Zdrowia. Jest ono niezależną, międzykatedralną jednostką, prowadzącą prace naukowo-badawcze, prace konsultacyjne i doradcze, zajmującą się edukacją i dydaktyką w zakresie szeroko pojętej ochrony zdrowia.

Profesor Kazimierz Ryć był zawsze otwarty na dyskusję, argumenty merytoryczne, cechowało Go poszanowanie poglądów innych badaczy i zrozumienie praktyków. Będąc doskonałym ekonomistą, z ogromną wiedzą merytoryczną i niesamowitym wyczuciem rzeczywistości, potrafił również przewidzieć pożądane kierunki zmian systemu ochrony zdrowia.

*Kazimierzu,
ogromnie nam brakuje bardzo merytorycznych, ale i pozamerytorycznych rozmów,
Twoich cennych wskazówek i rad, specyficznego poczucia humoru...*

CZĘŚĆ 1

**KONSEKWENCJE NIEPOŻĄDANYCH SPOŁECZNIE
ZACHOWAŃ I ZJAWISK
DLA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ
I GOSPODARKI**

Adam Mateusz Suchecki*
Józef Haczyński**

Tytoń i nowatorskie wyroby tytoniowe – konsekwencje zdrowotne i aspekty ekonomiczne

Streszczenie

Palenie tytoniu oraz używanie wyrobów nikotynowych – zarówno w Polsce, jak i na świecie – pozostaje wciąż na wysokim poziomie. Prowadzone obecnie badania naukowe dotyczące palenia tytoniu wskazują na występowanie nowych trendów oraz pojawienie się innowacyjnych wyrobów tytoniowych i nikotynowych, które sprawiają wrażenie bezpiecznych i nieszkodliwych. Naukowcy zwracają jednak uwagę, że zawarta w nich nikotyna może prowadzić do poważnego uzależnienia, a występujące w nich szkodliwe substancje chemiczne skutkują w dłuższej perspektywie występowaniem negatywnych skutków zdrowotnych dla ich konsumentów.

W opracowaniu przedstawiono właściwości tradycyjnych i innowacyjnych wyrobów tytoniowych, zdrowotne konsekwencje palenia tytoniu oraz wybrane ekonomiczne aspekty wiążące się zarówno z funkcjonowaniem przemysłu tytoniowego, wpływami do budżetu państwa z tytułu podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych, jak i zdrowotnymi skutkami palenia tytoniu w kontekście zdrowia publicznego.

Unia Europejska, a także jej poszczególne państwa członkowskie (w tym Polska) podejmują działania legislacyjne w celu zmniejszenia zagrożenia zdrowotnego i społecznego ze strony wyrobów tytoniowych oraz minimalizacji szkód wywołanych ich używaniem. Istotnym problemem jest brak lub niedostateczny stopień regulacji obrotu i używania nowych rodzajów wyrobów tytoniowych i nikotynowych, które – jak wskazują najnowsze badania – są również szkodliwe, zwłaszcza dla młodzieży, która ma do nich łatwy dostęp.

Słowa kluczowe: tytoń, nikotyna, zdrowie publiczne, finanse publiczne, uzależnienie, polityka publiczna, podatki.

JEL: D18, I12, I18, K23, K32

* Katedra Finansów Publicznych, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytetu Łódzkiego. ORCID: 0000-0001-6177-6660.

** Wydział Medyczny Uniwersytetu w Zielonej Górze, Dyrektor Centrum Zarządzania Ochroną Zdrowia, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego. ORCID: 0000-0002-8971-2287.

Abstract

Smoking and the use of nicotine products both in Poland and in the world remain at a high level. Current research shows the emergence of new smoking trends and the emergence of innovative tobacco and nicotine products that appear to be safe and harmless. However, scientists point out that the nicotine contained in them can lead to severe addiction, and the harmful chemicals they include lead to negative health effects for their consumers in the long run.

This study presents the properties of traditional and innovative tobacco products, the health consequences of smoking, and selected economic aspects related to both the functioning of the tobacco industry, revenues to the state budget due to excise duty on tobacco products, and the health effects of smoking in the context of public health.

Both the European Union and its member states (including Poland) take legislative measures to reduce the health and social risk posed by tobacco products and minimize the harm caused by their use. A significant problem is a lack or low degree of regulation of the circulation and use of new types of tobacco and nicotine products, which, according to the latest research, are also harmful, especially for young people who have easy access to them.

Keywords: tobacco, nicotine, public health, public finance, addiction, public policy, taxes.

Wstęp

Palenie tytoniu i wyrobów tytoniowych pozostaje w Polsce od lat na wysokim poziomie i dotyczy ponad ¼ społeczeństwa od 15. roku życia (Główny Urząd Statystyczny, 2016, s. 98–99). Współczesne badania naukowe prowadzone na świecie przez organizacje rządowe i pozarządowe, w tym również przez WHO¹ i Bank Światowy, wskazują na występowanie nowych trendów w paleniu tytoniu i innowacyjnych wyrobów tytoniowych². Ta ostatnia grupa wyrobów, tytoniowych zwiększająca ofertę na rynku, znajduje szczególne uznanie wśród młodzieży w wieku 15–18 lat oraz wśród kobiet. Specjaliści –

¹ Szerokie omówienie współczesnych problemów palenia tytoniu znajduje się w: *Global Progress Report on Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*, https://www.who.int/fctc/reporting/WHO-FCTC-2018_global_progress_report.pdf <https://fctc.who.int/docs/librariesprovider12/meeting-reports/2018-global-progress-report.pdf> (dostęp: 3.09.2020).

² W ustawie z dnia 6 grudnia 2008 roku o podatku akcyzowym – Dz.U. z 2009 r., Nr 3, poz. 11, rozdział 3 – *Wyroby tytoniowe, susz tytoniowy, płyn do papierosów elektronicznych i wyroby tytoniowe* – prezentowane są definicje poszczególnych wyrobów; art. 98 (*Definicja wyrobów tytoniowych*), art. 99a (definicje suszu tytoniowego), art. 99c (definicje wyrobów nowatorskich). Zob. też Ustawa o podatku akcyzowym, Dz.U. z 2020 r., poz. 722, t.j., stan prawny na dzień 1.10.2020 (dokument obowiązuje od 23.04.2020 do 31.12.2021).

wbrew powszechnej opinii o bezpiecznych nowatorskich (innowacyjnych) wyrobach tytoniowych – zwracają uwagę na fakt, że zawarta w nich nikotyna syntetyczna – podobnie jak nikotyna naturalna występująca w papierosach tradycyjnych – może prowadzić do uzależnienia i w dłuższej perspektywie czasowej do negatywnych skutków zdrowotnych dla osoby palącej.

Celem opracowania jest przedstawienie właściwości tradycyjnych i innowacyjnych wyrobów tytoniowych, zdrowotnych konsekwencji palenia tytoniu – z uwzględnieniem chorób odtytoniowych oraz wybranych ekonomicznych aspektów wiążących się zarówno z funkcjonowaniem przemysłu tytoniowego, wpływami do budżetu państwa z tytułu podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych, jak i zdrowotnymi konsekwencjami palenia wyrobów tytoniowych.

1. Tradycyjne i innowacyjne wyroby tytoniowe oraz ich własności

Polityka regulacyjna dotycząca wyrobów tytoniowych – ze względu na ich specyficzny charakter i znaczenie dla rozwoju gospodarczego oraz negatywny wpływ na zdrowie publiczne – prowadzona jest zarówno na szczeblu międzynarodowym, jak i na szczeblach regionalnym i krajowym. Jednym z takich przykładów regulacji może być dyrektywa w sprawie wyrobów tytoniowych Unii Europejskiej (2014/40/UE), która weszła w życie 19 maja 2014 roku i obowiązuje w państwach UE od 20 maja 2016 roku.

Proponowane regulacje odzwierciedlają przepisy w zakresie produkcji, prezentowania oraz sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów. Do wyrobów tych zaliczono papierosy, tytoń cięty do samodzielnego skręcania papierosów, tytoń fajkowy, cygara, cygaretki, wyroby tytoniowe bezdymne, papierosy elektroniczne i wyroby zielone do palenia³.

W punkcie 4 dyrektywy wskazano na konieczność wprowadzenia uregulowań prawnych w zakresie przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich UE w sprawie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych oraz wyrobów powiązanych. Konieczność wprowadzania polityki regulacyjnej wynika również z utrudnień w prawidłowym funkcjonowaniu rynku wewnętrznego. Dotyczy to też papierosów

³ Directive 2014/40/Eu of the Parliament and of the Council of April 2014 on the approximation of the laws, regulations, and administrative provision of the sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC. Official Journal of the European Union 29.04.2014.

elektronicznych i pojemników zapasowych do papierosów elektronicznych („pojemniki zapasowe”), wyrobów ziołowych do palenia, składników i wydzielanych substancji wyrobów tytoniowych, pewnych aspektów etykietowania i opakowań oraz problemów ekonomicznych transgranicznej sprzedaży wyrobów tytoniowych na odległość.

Wprowadzane przez Unię Europejską działania legislacyjne, obok wprowadzenia regulacji na rynku wewnętrznym, mają także na celu wdrożenie Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczaniu użycia tytoniu z maja 2003 roku. Istotne przepisy Konwencji dotyczą składu wyrobów tytoniowych, informacji jawnych o wyrobach tytoniowych, pakowania i oznakowaniu wyrobów tytoniowych, reklamy i nielegalnego obrotu tymi wyrobami.

Informacje jawne o składzie wyrobów tytoniowych mają również informować konsumentów o innych składnikach poza tytoniem i zawartością substancji smolistych lub substancji w syntetycznych zamiennikach tytoniu. Według Imperial Tobacco Polska⁴ dotyczy to również składników, które mogłyby być dodawane przez producentów wyrobów tytoniowych, np. w celu utrudnienia palaczom rzucenia palenia, podnoszenia atrakcyjności wyrobów dla osób niepełnoletnich, podwyższania lub zmiany formy chemicznej nikotyny zawartej w dymie tytoniowym. Należy również dodać, iż wyspecyfikowane składniki mogą dotyczyć substancji innych niż tytoń, takich, jak niektóre dodatki smakowe stosowane w żywności, dodawane w niewielkich ilościach w celu poprawy smaku i aromatu wyrobów tytoniowych. Do składników tych wyrobów zaliczane są również materiały wykorzystane do produkcji wyrobów tytoniowych, takie, jak m.in. bibułka, filtry, klej do bibułki oraz tusz barwiący ustnik⁵. W celu zmniejszenia szkodliwości spowodowanej paleniem tytoniu, zwłaszcza zawartych w nim toksyn, producenci niektórych wyrobów tytoniowych wprowadzają wyroby tytoniowe o zmniejszonej ekspozycji (*potential reduced exposure products* – PREPs) jako alternatywy dla papierosów⁶.

Palenie papierosów niesie ze sobą również inne zagrożenia dla zdrowia publicznego wynikające ze śmiertelności spowodowanej pożarami w wyniku pozostawienia bez kontroli palącego się papierosa lub porzu-

⁴ <https://imperial-tobacco.pl/imperial-tobacco/grupa-imperial-brands-plc/wyroby-tytoniowe/> (dostęp: 30.09.2020).

⁵ Ibidem.

⁶ Interwencje mające na celu zmniejszenie szkód wynikających z dalszego używania tytoniu, wersja z 13.10.2016 r.; <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005231.pub3/full/pl> (dostęp: 10.09.2020).

cenia tłącego się niedopałka. Zagwarantowanie technicznych norm bezpieczeństwa przeciwpożarowego dla papierosów, zapoczątkowane w latach 90. XX wieku w USA, stanowiło wyzwanie dla niektórych firm produkujących papierosy. W ramach swoich obowiązków statutowych koncerny tytoniowe są zobowiązane do prowadzenia badań naukowych dotyczących produkcji wyrobów pod kątem ograniczania ryzyka dla zdrowia, w tym również możliwości produkcji papierosów o zmniejszonej skłonności do zapłonu (*Reduced Ignition Propensity – RIP*) (WHO, 2014). Potocznie papierosy te są nazywane papierosami „ognioodpornymi” ze względu na samowygasanie, jeżeli nie są zaciągane przez palacza. Podobnie jak papierosy tradycyjne są również niebezpieczne pod względem konsekwencji zdrowotnych i nie zmieniają zachowania palacza, powodując również uzależnienie behawioralne i fizyczne od nikotyny.

W produkcji papierosów o zmniejszonej skłonności do zapłonu wykorzystywane są różne popularne sposoby, m.in. zmiana rodzaju papierowego opakowania tytoniu, zmniejszająca grubość i/lub gęstość papierosa oraz zastosowanie ultracienkich taśm niepalnych do pasmowania (bandingu) tradycyjnej bibułki papierosowej. Produkcja tych wyrobów tytoniowych została wprowadzona przez niektóre marki dopiero po roku 2000 i, jak wykazały badania ekonomiczne przeprowadzone w niektórych krajach, nie wpłynęła na zmniejszenie poziomu sprzedaży papierosów.

Z badań WHO wynika, że do roku 2014 wszystkie 28 państw UE wdrożyło zasady dotyczące obniżonej normy skłonności do zapłonu w produkowanych papierosach. Regulacje wprowadziły również wszystkie stany USA, Australia, Kanada, Islandia, Republika Południowej Afryki. Osoby palące w tych krajach, głównie o dużych dochodach, konsumowały około 20% światowej produkcji papierosów (WHO, 2014, s. 2).

W różnego rodzaju publikacjach naukowych dotyczących własności substancji uzależniających nikotyna wymieniana jest jako substancja uzależniająca fizycznie, podobnie jak należące do grupy leków mocno (np. benzydiazepiny) lub mniej (np. ketamina) uzależniające produkty lecznicze.

Dodatkowym czynnikiem wpływającym negatywnie zarówno na zdrowie osoby palącej, jak i osób przebywających w jej otoczeniu jest dym tytoniowy, którego skład chemiczny zależy od jakości wyrobów tytoniowych oraz wielu różnych czynników.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na wiele różnych czynników negatywnie wpływających na organizm człowieka, szczególnie na układ oddechowy. W samym dymie papierosowym zidentyfikowano około 4800 substancji chemicznych pochodzenia tytoniowego oraz 599 substancji

pochodzących z dodatków do tytoniu dodawanych w procesie produkcji papierosów, z których wiele wykazuje udokumentowane bezpośrednie lub pośrednie działanie rakotwórcze (Starek i Podolak, 2009, s. 300).

Podczas palenia tytoniu, w zależności od warunków i miejsca powstawania dymu, a także części papierosa, przy której zaprzestano palenia, wyróżnia się dwa strumienie dymu: główny i boczny. Główny strumień dymu powstaje w trakcie zaciągania i jest inhalowany przez palacza, natomiast strumień boczny tworzy się w przerwach między zaciąganiem w wyniku tlenia się papierosa. Ten ostatni rodzaj dymu stanowi główne źródło narażenia na działanie różnych czynników fizykochemicznych zarówno u osób palących, jak i u osób przebywających w jej otoczeniu (bierne palenie).

Do czynników wpływających na stężenie i rodzaj substancji szkodliwych zalicza się:

- rodzaj tytoniu – zależy od gatunku i odmiany tytoniu, długości i szerokości włókna roślinnego,
- temperaturę żarzenia – temperatura ma największy wpływ na zwiększanie wydzielania substancji szkodliwych zarówno dla zdrowia palacza, jak i osób będących w ich otoczeniu,
- rodzaj papierosa – bez filtru lub z ustnikiem – jego zawartość, grubość i rodzaj bibułki,
- sposób zaciągania się – wymienia się takie czynniki, jak szybkość i głębokość zaciągania, co z jednej strony wpływa na wysokość temperatury ognika papierosowego, a z drugiej strony wpływa na głębokość dotarcia dymu do poszczególnych struktur układu oddechowego. Dla przykładu temperatura żarzenia tytoniu papierosa może osiągać 900°C, natomiast w fajce około 600°C,
- stopnia wilgotności tytoniu – papierosy wilgotne emitują dwa razy więcej substancji szkodliwych niż papierosy suche.

Wymienione czynniki fizykochemiczne są charakterystyczne dla obu typów dymu tytoniowego (Florek, 1999, s. 334). Różnice uwidaczniają się w składzie gazowej i cząstkowej strumienia głównego dymu. Ekspozycja środowiskowa związana z bocznym strumieniem dymu zawiera wyższe stężenia substancji toksycznych i stanowi zagrożenie przede wszystkim dla otoczenia palacza.

Na dym tytoniowy w środowisku (*environmental tobacco smoke*) przypada około 80%–96% dymu powstałego w czasie palenia, a pozostałe 4%–20% stanowi dym wydychany przez palacza (Florek, 2004, s. 2). Stopień ekspozycji środowiskowej zależy nie tylko od liczby osób palących i liczby wypalanych przez nich papierosów, lecz także od wielkości pomieszczenia,

w którym przebywają palacze i osoby towarzyszące, sposobu i częstotliwości wentylacji tego pomieszczenia oraz czasu ekspozycji.

Zagrożenie dla zdrowia stanowią zarówno substancje lotne zawarte w dymie tytoniowym (takie jak np. amoniak, formaldehyd, chlorowodór) rozpuszczalne w wodzie i wchłaniane w całości w górnych drogach oddechowych, jak i substancje słabo rozpuszczalne w wodzie (m.in. tlenek węgla, tlenki azotu, benzen), trafiające prawie w całości do pęcherzyków płucnych. Każdy z wymienionych składników dymu tytoniowego może w różny sposób oddziaływać na organizm, wywołując choroby odtytoniowe.

Kolejnym elementem szczególnie szkodliwym dla zdrowia jest tzw. smółka, powstająca podczas palenia, przede wszystkim ze względu na zawartość w niej wielu substancji rakotwórczych. Przy założeniu, że palacz wchłania przeciętnie 500 mg dymu papierosowego, w jego skład wchodzi około 70% azotu i tlenu, 22% stanowi tlenek węgla, tlenek azotu, cyjanowodór, akroleina, oraz faza cząsteczkowa⁷ złożona z ponad 2300 zidentyfikowanych związków chemicznych (Florek, 1999, s. 335 i nast.). Dym tytoniowy jest również efektem palenia innych produktów tytoniowych, takich jak cygara, cygaretki i fajki zawierające czysty tytoń. Produkty te z reguły nie zawierają – jak tradycyjne papierosy – dodatkowych składników, ale, jak wskazują wyniki badań prowadzonych na szeroką skalę, nie ma bezpiecznego poziomu narażenia na dym tytoniowy.

Współcześnie na rynku wyrobów tytoniowych pojawia się wiele atrakcyjnych nowych produktów, ogólnie określanych jako e-papierosy lub T-vapory⁸, co pokazuje rosnący i trend uzależniającej konsumpcji. Jest to zjawisko szczególnie niepokojące dla zdrowia publicznego, chociażby z tego powodu, że produkty elektronicznych systemów dostarczania nikotyny (*Electronic Nicotine Delivery System* – ENDS) w długim okresie mogą również prowadzić do długotrwałego i szkodliwego wpływu na rozwój struktur mózgowych, szczególnie u młodocianych palaczy. Na rynku wyrobów tytoniowych pojawiają się również e-papierosy niezawierające nikotyny (*Electronic Non-Nicotine Delivery Systems* – ENNDS). Cechą charakterystyczną obu wymienionych nowatorskich produktów jest zastosowanie urzą-

⁷ Faza cząsteczkowa powstaje podczas spalania tytoniu i zawiera takie składniki jak węglowodory aromatyczne, węglowodory alifatyczne, fenole, kwasy, katechole, aldehydy, estry alifatyczne, alkohole, związki i siarki.

⁸ Do tej grupy wyrobów tytoniowych zalicza się dwa rodzaje wyrobów podgrzewających roztwór tzw. e-ciecz: Elektroniczny System Dostarczania Nikotyny (*Electronic Nicotine Delivery System* – ENDS) oraz Elektroniczne Systemy Dostarczania Nie-Nikotyny (*Electronic Delivery Non-Nicotine Delivery Systems* – ENNDS), <https://www.who.int/tobacco/communications/statements/electronic-cigarettes-january-2017/en/> (dostęp: 15.09.2020).

dzeń podgrzewających roztwór e-ciecz (*e-liquid*) do wysokiej temperatury około 200°C.

Z informacji zawartych w materiałach opracowanych przez Główny Inspektorat Sanitarny przy współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej wynika, iż w skład e-liquidu wchodzi: glikol propylenowy i/lub gliceryna, woda lub etanol, nikotyna (od 0 do 20 mg/ml) oraz dodatki smakowo-zapachowe. Obecnie istnieje ponad 8000 różnych rodzajów e-liquidu o owocowych bądź słodkich smakach (m.in.: czekolada, popcorn, guma balonowa, wanilia), które mają na celu zachęcić młode osoby do sięgnięcia po e-papierosa⁹. W wyniku odgrzewania e-ciecz powstaje aerozol, który jest wdychany przez użytkownika do płuc, natomiast podczas wydechu do otoczenia palacza przedostają się substancje, które mogą być wdychane przez osoby pozostające w jego otoczeniu, czyniąc je biernymi palaczami.

Podobnie jak dym tytoniowy para wodna może zawierać wiele szkodliwych substancji, do których m.in. zalicza się acetaldehyd, formaldehyd, akroleinę, propanol, nikotynę, aceton, o-metyl-benzaldehyd, kancerogenne nitrozoaminy. Ponadto używanie bezdymnych produktów tytoniowych powoduje wydzielanie pyłu zawieszonego (PM2.5 – aerozole atmosferyczne) oraz najdrobniejszych cząsteczek (UPFPs), których stężenie rośnie w otoczeniu osób palących¹⁰. Warto również zwrócić uwagę na fakt, że łatwo dostępne urządzenia do palenia e-papierosów mogą być używane do dostarczania substancji psychoaktywnych, co jest szczególnie niebezpieczne dla młodzieży.

Rynek nowatorskich produktów nikotynowych i tytoniowych rozwija się bardzo dynamicznie, w segmentach produktów zarówno wcześniejszych, jak i tych najnowszych, do których zalicza się produkty typu T-vapor, wykorzystujące prawdziwy tytoń. Obecnie produkty z parą T są produkowane i sprzedawane w dwóch wersjach, bez spalania oraz bez infuzji. Jednym z popularnych produktów w formie e-papierosa, wytwarzających aerozol, są urządzenia o systemie zamkniętym o nazwie JUUL, które nie są przeznaczone do napełniania. Urządzenie to jest wyposażone w akumulator, który można naładować, wykorzystując stację dokującą USB. W tych produktach

⁹ Informacja na temat potencjalnych zagrożeń związanych ze stosowaniem elektronicznych papierosów: *Materiał opracowany przez Główny Inspektorat Sanitarny przy współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej*, Warszawa, 7 października 2019, s. 1, https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2019/10/MEN-i-GIS_Informacja-na-temat-zagro%C5%BCe%C5%84-dotycz%C4%85cych-e-papieros%C3%B3w.pdf (dostęp: 15.09.2020).

¹⁰ Ibidem, s. 2.

mechanizm podgrzewający został tak zaprojektowany, aby ograniczać spalanie. Podobnie jak w innych rodzajach e-papierosów wykorzystuje się płynne wkłady, przy czym wkłady te zawierają wysoką dawkę nikotyny. Na rynku produkt ten jest dostępny tylko z wysokim stężeniem nikotyny (59 mg/ml) o różnych atrakcyjnych smakach. Jedna kapsułka zawiera więc tyle samo nikotyny co paczka 20 tradycyjnych papierosów¹¹, a częste wykorzystywanie tych urządzeń prowadzi do uzależnienia od nikotyny podobnie jak palenie tradycyjnych papierosów.

Współczesny przemysł tytoniowy skupia się na rozwoju produktów nowej generacji, które podlegają mniej restrykcyjnej polityce antynikotynowej, takich jak np. produkty tytoniowe typu *heat-not-burn* (HnB). Produkty te, będące narzędziami elektronicznymi przeznaczonymi do podgrzewania przetworzonego tytoniu, nie dopuszczają do zachodzenia procesu palenia. Charakterystyczny dla tych produktów aerozol wdychany do płuc zawiera mniej toksycznych substancji niż papierosy tradycyjne. Produkty HnB są produktami alternatywnymi, określanymi jako produkty tytoniowe o obniżonym ryzyku sercowo-naczyniowym (*Reduced Risk Tobacco Produkt* – RRP) (Szymański i in., 2019, s. 138).

Podsumowując tę część rozważań, należy stwierdzić, iż zawartość nikotyny i innych uwalnianych substancji chemicznych w nowatorskich podgrzewanych wyrobach tytoniowych różni się znacznie w poszczególnych produktach m.in. ze względu na różne sposoby dostarczania nikotyny (różne narzędzia podgrzewające aktualnie oferowane przez dynamicznie rozwijający się segment rynku tytoniowego Aftermarket). W tym kontekście istotne jest stwierdzenie ekonomisty J.E. Stiglitz, iż „...rynek konkuruje na uzależnieniach – wygrywają produkty najbardziej uzależniające. Dzięki badaniom (firmy), podobnie jak firmy produkujące papierosy, mogą dowiedzieć się, który z ich składników jest najbardziej skuteczny w zwiększaniu sprzedaży/uzależnienia. (...). Nie chcą rezygnować z tych możliwości zysku, bez względu na koszty dla społeczeństwa”¹².

¹¹ JUUL produkowane poza UE zawierają trzykrotnie więcej nikotyny niż w krajach członkowskich (20 mg/mol), w USA urządzenia te sprzedawane są osobom, które ukończyły 21. rok życia, ibidem, s. 3.

¹² <https://tobacco.ucsf.edu/european-public-health-association-releases-comprehensive-date-summary-science-e-cigs>, s. 6 (dostęp: 27.10.2020).

2. Konsekwencje zdrowotne palenia tytoniu

Rosnące spożycie tytoniu i wyrobów tytoniowych na świecie należy do najpoważniejszych współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych. Wynika to zarówno z rozpowszechnienia się tego zjawiska¹³, jak i strat ponoszonych przez społeczeństwo i gospodarkę (WHO, 2009, s. 7). Nie bez powodu rosnące spożycie tytoniu i wyrobów tytoniowych określane jest epidemią XXI wieku, z którą należy walczyć, stosując odpowiednie środki – zarówno legislacyjne, jak i szeroko zakrojoną prewencję i edukację zdrowotną.

Palenie wyrobów tytoniowych zawierających nikotynę naturalną lub syntetyczną prowadzi do uzależnienia nie tylko psychicznego, lecz także fizycznego, określanego mianem nikotynizmu, mającego wpływ na zdrowie osoby nałogowo palącej, a także na zdrowie osób niepalących i zanieczyszczenie środowiska naturalnego¹⁴. Definicja nikotynizmu opisana w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 została umiejscowiona w kategorii „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu (zespół uzależnienia)” z kodem F17.2 i wyróżnia 6 kryteriów, z których spełnienie co najmniej 3 jest konieczne do rozpoznania uzależnienia od nikotyny.

Bierne palenie związane z długim przebywaniem osób niepalących w otoczeniu palaczy prowadzi również do negatywnych skutków zdrowotnych, które ujawniają się w dalszej perspektywie czasowej, zwiększając prawdopodobieństwo śmierci z powodu przewlekłych chorób odtytoniowych.

Mimo że już od lat 50. XX wieku wyniki wielu badań naukowych, zwłaszcza wyniki badań naukowców amerykańskich, wskazują palenie papierosów jako jedną z głównych przyczyn rosnącej liczby zgonów, papierosy i inne wyroby tytoniowe są nadal legalnie sprzedawanym „środkiem rakotwórczym” na świecie. Jak wynika z badań Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc¹⁵, wraz z wprowadzeniem na rynek papierosów elektronicznych obserwuje się niepokojące zjawisko używania e-papierosa jako tzw. *dual use*. Oznacza to, że osoby palące e-papierosy palą również papierosy tradycyjne. Według ekspertów edukacja zdrowotna jest fundamentalnym sposobem ograniczania

¹³ Ogólnie rozpowszechnianie się uzależnienia w populacji określane jest jako stopa zarejestrowanych nowych przypadków uzależnienia od nikotyny w populacji, oznacza więc częstość występowania definiowaną jako odsetek populacji używającej tytoniu w badanym czasie.

¹⁴ W latach 90. XX wieku w dyskusjach nad przyczynami degradacji i zanieczyszczenia środowiska zwracano szczególną uwagę na masowe wyrzucanie przez palaczy niedopałków papierosów zawierających filtry nieulegające biodegradacji. Więcej na ten temat w: Novotny i in. (2009, s. 1691).

¹⁵ Opinia dr. Mateusza Jankowskiego z Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc prezentowana jest w artykule *Nowatorskie produkty tytoniowe także szkodzą*, <https://kolumna24.pl/blog/news-zdrowie.nowatorskie.produkty.tytoniowe.takze.szkodza-2953.html> (dostęp: 12.06.2020).

palenia (poza podejmowaniem innych działań), które w Polsce w 2030 roku powinny doprowadzić do ograniczenia liczby osób palących do poziomu poniżej 5% populacji. Według danych statystycznych w roku 2019 odsetek ten wynosił jeszcze ok. 24%¹⁶.

Problem legislacji i edukacji w zakresie profilaktyki palenia tytoniu stanowił główny temat debaty zorganizowanej w maju 2019 roku przez Główny Inspektorat Sanitarny. W trakcie dyskusji zwrócono uwagę na konieczność stworzenia tzw. mapy drogowej, która miałaby umożliwić ograniczenie punktów sprzedaży tytoniu oraz zasadność podnoszenia ceny papierosów. Jako przykład wskazano trzy obszary możliwych zmian proponowanych przez WHO¹⁷:

- ograniczenie ekonomiczne – wprowadzane prawnie zmiany ceny papierosów i wyrobów tytoniowych mogą wpłynąć na zmniejszenie liczby palaczy, których stać na zakup papierosów,
- ograniczenie dostępu do punktów sprzedaży poprzez zmniejszanie ich liczby,
- bezwzględny zakaz reklamy wyrobów tytoniowych i nowatorskich produktów tytoniowych.

Palenie wyrobów tytoniowych pozostaje jedną z głównych przyczyn chorób i zgonów w krajach zarówno rozwiniętych, jak i rozwijających się¹⁸. Jak wskazują badania międzynarodowe¹⁹, istnieją frakcje populacji, w których wskaźniki palenia tytoniu charakteryzują się wysokim poziomem. Dotyczy to szczególnie osób z chorobami psychicznymi i uzależnionych²⁰. W odniesieniu do tej grupy osób postępowania kliniczne z reguły koncentrują się na działaniu czynników farmakologicznych, fizjologicznych, psychologicznych i społecznych, które wpływają na ograniczenie używania tytoniu. Według

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Zagadnienia te przedstawił Z. Król, pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. Wdrażania Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich, natomiast o skutkach chorób odtytoniowych poinformował J. Pinkas, Główny Inspektor Sanitarny, <https://forsal.pl/artykuly/1415450,liczba-palaczy-wsrod-polakow-tendencje.html> (dostęp: 2.09.2020).

¹⁸ Jak wskazują badania prowadzone przez WHO.

¹⁹ Jednym z takich ośrodków badawczych zajmujących się wspieraniem i rozwijaniem praktyk promocji i zdrowia i profilaktyki ograniczania skutków palenia jest The Center for Addiction Research of British Columbia, które realizuje badania *Provincial Health Services Authority*. Jest to podmiot świadczący specjalistyczne usługi zdrowotne finansowanym ze środków publicznych w Kolumbii Brytyjskiej (Kanada). W swoim obowiązkach posiada m.in. świadczenie usług z zakresu zdrowia publicznego i używania substancji uzależniających, https://en.wikipedia.org/wiki/Provincial_Health_Services_Authority (dostęp: 31.08.2020).

²⁰ Obszerne informacje na ten temat w: Johnson i in. (2006).

Falkowskiego²¹ istnieją silne powiązania między chorobami psychicznymi, uzależnieniem i paleniem. Liczne badania wskazują także, że palacze z chorobami psychicznymi lub nałogami doświadczają poważniejszych konsekwencji zdrowotnych i zgonów związanych z paleniem w porównaniu z populacją ogólną²².

Uzależnienie od nikotyny nie tylko ma wpływ na zdrowie i prawidłowe funkcjonowanie osoby uzależnionej, lecz także powinno być rozważane w kontekście zdrowia publicznego. W przypadku osoby uzależnionej od palenia tytoniu wpływ na zdrowie jest jednoznaczny i nie budzi wątpliwości (Haczyński, 2019, s. 32).

Palenie wyrządza wiele szkód w organizmie, prowadząc do zaburzeń prawidłowego funkcjonowania wielu narządów. O wadze tego problemu może świadczyć opracowywanie przez Światową Organizację Zdrowia cyklicznych raportów pt. *WHO Report on The Global Tobacco Epidemic*. Ostatnie dwa raporty z lat 2017 i 2019 poświęcone były wciąż aktualnemu problemowi palenia tytoniu, jego konsekwencjom zdrowotnym i metodom przeciwdziałania. I tak, raport z roku 2017 poświęcony był monitorowaniu używania tytoniu i polityki związanej z profilaktyką (WHO, 2017), natomiast w raporcie z roku 2019 analizowano oferowanie pomocy w rzuceniu palenia (WHO, 2019). Celem obu tych opracowań było śledzenie epidemii palenia tytoniu i interwencji dotyczących zwalczania palenia oraz ocena negatywnych konsekwencji tego uzależnienia²³.

Uzależnienie od palenia tytoniu, poza uzależnieniem fizycznym od psychoaktywnego działania nikotyny, powoduje również uzależnienie psychiczne od czynności (*action addiction, behavioral dependency*), tzw. uzależnienie

²¹ Obszerne informacje na ten temat zawarte są w artykule Falkowski (2006). Por. Johnson i in. (2006, s. 9).

²² Tytoń zabija co roku ponad 8 milionów ludzi na całym świecie. Ponad 7 milionów tych zgonów jest spowodowanych bezpośrednim paleniem tytoniu, a około 1,2 miliona jest spowodowanych biernym paleniem przez osoby niepalące, *WHO statement: Tobacco use and COVID-19*, <https://www.who.int/news/item/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid> (dostęp: 10.08.2020).

²³ Palenie tytoniu jest znanym czynnikiem ryzyka wielu infekcji dróg oddechowych i zwiększa nasilenie chorób układu oddechowego. Przegląd badań przeprowadzonych przez ekspertów ds. zdrowia publicznego zwołanych przez WHO 29 kwietnia 2020 roku wykazał, że palacze – w porównaniu z osobami niepalącymi – są bardziej narażeni na ciężką chorobę z powodu COVID-19, *WHO statement: Tobacco use and COVID-19*, <https://www.who.int/news/item/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid> (dostęp: 10.08.2020); *Le tabac et la COVID-19 – Ce que nous savons jusqu'à présent*, Public Health Ontario, Synopsis, <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wkwsf/2020/08/what-we-know-tobacco-covid.pdf?la=fr> (dostęp: 10.08.2020).

behavioralne (Ogińska-Bulik, 2010). Uzależnienie psychiczne spowodowane jest powtarzaniem swoistego „rytuału” palenia i staje się stałą, silną, często nieświadomą potrzebą wykonania tej czynności, zdolną do podporządkowania trybu życia.

Z racji często zwiększanej, wraz z rozwojem nałogu, ilości wypalanych papierosów uzależnienie stanowi przyczynę wielu chorób bezpośrednio lub pośrednio związanych z nałogiem, które w dłuższej perspektywie czasu prowadzą do zachorowalności na choroby odtytoniowe. Palenie papierosów m.in. zwiększa ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych takich jak zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna, udar mózgu, zachorowania na nowotwory złośliwe, jak np.: rak płuc, krtani, jamy ustnej i gardła, pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych, trzustki, szyjki macicy oraz przewlekłych schorzeń układu oddechowego, takich jak przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) prowadząca do niewydolności układu oddechowego.

Palenie tytoniu może również prowadzić do dysfunkcji seksualnych, płodności i zaburzeń w przebiegu ciąży (np. poronień, małej wagi urodzeniowej noworodków). Ponadto dym tytoniowy zagraża zdrowiu osób niepalących, które, przebywając w otoczeniu osób palących, stają się biernymi palaczami. Stąd też różnego typu organizacje podejmują akcje edukacyjne i prowadzą kampanie społeczne. Nie bez znaczenia pozostaje również przeznaczanie na ten cel odpowiednich środków finansowych przez krajowe instytucje rządowe i pozarządowe.

Palenie wyrobów tytoniowych – tych tradycyjnych i nowoczesnych – jest ważnym czynnikiem uzależnień, mając wiele cech wspólnych z innymi uzależnieniami, takimi jak uzależnienia od środków psychotropowych czy behawioralnych (Ogińska-Bulik, 2014, s. 3). Na uzależnienie od nikotyny wskazują takie zjawiska jak:

- pojawienie się zjawiska głodu nikotynowego, objawiającego się silnym pragnieniem lub poczuciem przymusu podejmowania palenia,
- utrata kontroli nad zachowaniem dotyczącym palenia papierosów objawiająca się np. trudnościami w kontrolowaniu zachowania związanego z paleniem w środowisku osób niepalących lub przestrzeganiu przepisów ograniczających palenie,
- tolerancja objawiająca się w potrzebie przyjmowania większych dawek nikotyny w celu otrzymania efektów wcześniej uzyskiwanych przy mniejszym nasileniu, tzw. stwierdzenie tolerancji,
- fizjologiczne objawy odstawienia nikotyny, występujące, gdy palenie zostało przerwane lub ograniczone,

- narastające zaniedbywanie innych źródeł przyjemności i aktywności np. uprawiania sportu,
- kontynuacja palenia, mimo świadomości negatywnych następstw zdrowotnych i społecznych (Haczyński, 2019, s. 37).

Uzależnienie od tytoniu wiąże się również z długotrwałym, codziennym stosowaniem produktów na bazie tytoniu, takich jak papierosy, fajki, cygara, bidisy²⁴, fajki wodne, tytoń do żucia itp. Pod względem medycznym chroniczne palenie tytoniu ogólnie definiuje się natomiast jako uzależnienie od tytoniu lub od nikotyny, co wskazuje, że ten rodzaj uzależnień jest chorobą, musi być diagnozowany i leczony w taki sam sposób jak inne choroby przewlekłe i uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Upowszechnienie się tej definicji wskazuje, iż niezależnie od rozwoju ekonomicznego i społecznego gospodarek światowych w różnych politykach i działaniach podejmowanych przez różne rządy należy uwzględnić strategię i taktykę mające na celu ograniczenie skutków epidemii nikoty nowej.

Przeciwdziałanie negatywnym skutkom palenia wyrobów tytoniowych podejmowane są także przez organizacje o zasięgu międzynarodowym, do których należy Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Bank Światowy (WB). Obie organizacje w swoich obowiązkach statutowych mają możliwości opracowania i realizacji skutecznej polityki antytytoniowej (Zatoński i Przewoźniak, 2002, s. IX).

Skuteczność prowadzonej polityki antynikotynowej jest wzmacniana poprzez zastosowanie zróżnicowanych instrumentów polityki publicznej wskazanych w odpowiednich ustawach. Najczęściej prawnie usankcjonowanymi instrumentami są podatki, ceny regulowane oraz rozwiązania prawne ograniczające dostęp oraz możliwość konsumpcji wyrobów tytoniowych.

3. Choroby odtytoniowe

Wyniki międzynarodowych, wieloletnich badań dotyczących specyfiki uzależnień od tytoniu i nikotyny jednoznacznie wskazywały na silny związek między długotrwałym paleniem a określonymi stanami chorobowymi i niektórymi zaburzeniami psychicznymi u osób palących. Negatywne

²⁴ Bidis (beedi) – cienki papieros lub minicygara wypełnione płatkami tytoniu i owijane w liście hebanowca Coromandel (dispyros melanoxylon) (*Encyklopedia PWN*, online, dostęp: 19.06.2020).

oddziaływanie tytoniu na organizm jest wynikiem nie tylko długotrwałego działania nikotyny, lecz także działania toksycznych substancji chemicznych uwalnianych w trakcie spalania papierosa i wchodzących w skład strumienia głównego i bocznego dymu tytoniowego oraz wiele innych substancji trujących, w tym o właściwościach rakotwórczych zawartych w poszczególnych częściach papierosa oraz popiele powstającym w trakcie palenia.

Waga problemów zdrowotnych wynikających z używania tradycyjnych i innowacyjnych wyrobów tytoniowych znalazła odzwierciedlenie w obowiązującej aktualnie międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych ICD-10, opracowanej przez WHO. W tej klasyfikacji główna kategoria chorób wywołanych paleniem tytoniu została określona jako *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu* oraz oznaczona symbolem F17 z wyróżnieniem 10 kodów (tabela 1), natomiast w rozdziale XXII w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO do wykazu chorób dołączono kody ICD-10-CM U07.0, służące do klasyfikacji zaburzeń wynikających z waporyzacji. Kody te są wymienione w nowej sekcji *Tymczasowe przypisanie nowej choroby o niepewnej etiologii lub w nagłym przypadku*.

Tabela 1. Struktura kategorii wywołanych paleniem tytoniu F17 według ICD-10

Kategoria	Rodzaj choroby lub zaburzenia
F17	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane paleniem tytoniu
F17.0	Ostre zatrucia
F17.1	Następstwa szkodliwego używania substancji
F17.2	Zespół uzależnień
F17.3	Zespół abstynencyjny
F17.4	Zespół abstynencyjny z majaczeniem
F17.5	Zaburzenia psychotyczne
F17.6	Zespół amnestyczny
F17.7	Rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne
F17.8	Inne zachowania psychiczne i zaburzenia zachowania
F17.9	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania nieokreślone
F17.29	Uzależnienie od nikotyny i inne wyroby do waporyzacji nikotyny

Źródło: <http://dieta.tvtom.pl/icd-10-klasyfikacja-chorob/#tabela> (dostęp: 2.08.2020).

Według klasyfikacji ICD-10-CM kod U07.0 powinien być stosowany, gdy dokumentacja medyczna potwierdza występowanie u pacjenta zaburzenia związane z płucami w wyniku waporyzacji²⁵. Wapowanie, czyli wdychanie podgrzanej cieczy z elektronicznego papierosa, możliwe jest m.in. przy użyciu e-papierosów, elektronicznej fajki wodnej oraz elektronicznych systemów dostarczania nikotyny (ENDS).

Wyszczególnienie kategorii produktów typu e-papierosy zawierających (oprócz nikotyny) inne substancje chemiczne ułatwiające przekształcenie płynu w aerozol wskazuje na produkty, które narażają palaczy i ich otoczenie na negatywne skutki zdrowotne. Oprócz aromatów i innych dodatków smakowych produkty te mogą również zawierać oleje tetrahydrokannabinolowe (THC) i kannabinoidowe (CBD).

Objawy chorobowe związane z długotrwałym paleniem tradycyjnych papierosów zostały dobrze zdiagnozowane. Pojawienie się innowacyjnych wyrobów tytoniowych nowej generacji ograniczyło natomiast co prawda wpływ dymu na otoczenie palacza, ale (ze względu na brak badań dotyczących długotrwałego bezpieczeństwa) niesie za sobą duże ryzyko związane z waporyzacją. W doniesieniach naukowych najczęściej wymienianymi objawami w wyniku waporyzacji są: bóle brzucha, biegunka, utrata masy ciała, bóle mięśniowe, duszność, świszczący oddech spowodowany skurczem oskrzeli, przyspieszona częstość oddechów, ból w klatce piersiowej, nudność i/lub wymioty, gorączka, zmęczenie, nocne poty, dreszcze.

Konsumpcja papierosów oraz innych powszechnie dostępnych wyrobów tytoniowych, jako dóbr ekonomicznych społecznie niepożądanych²⁶, niesie za sobą dewastujące skutki dla zdrowia jednostki oraz konieczność ponoszenia dodatkowych nakładów związanych z leczeniem schorzeń spowodowanych paleniem papierosów. Ograniczenie palenia wyrobów tytoniowych jest jednym z celów regulacji społecznych i leży w szeroko pojętym interesie publicznym. Tęgo rodzaju regulacje, będące wyrazem interwencjonizmu

²⁵ W obowiązującym od dnia 1 kwietnia 2020 roku wykazie chorób związanych z używaniem innowacyjnych wyrobów tytoniowych przeznaczonych do wapowania zwrócono również uwagę na nową jednostkę chorobową EVALI, która została zdiagnozowana w 2019 roku. W toku prowadzonych długoletnich badań wykazano, iż tzw. e-papierosy oraz T-vap wykazują negatywny wpływ na zdrowie niektórych osób. Cechą charakterystyczną tej choroby jest nagłe pojawienie się i prowadzące bardzo często do nieodwracalnego uszkodzenia płuc, a także do zgonu w niektórych skrajnych przypadkach, <https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/Chapter-22-new-vaping-code-FINAL3.pdf> (dostęp: 27.10.2020).

²⁶ Zgodnie z ogólnie przyjętą definicją dobra społecznie niepożądane powodują szkody społeczne, które mimo przynoszenia konsumentowi użyteczności z korzystania z nich mają ujemną użyteczność dla społeczeństwa, [https://pl.wikipedia.org/wiki/Dobra_społecznie_niepożądane](https://pl.wikipedia.org/wiki/Dobra_spo%C5%82ecznie_niepo%C5%9B%C4%85dane) (dostęp: 19.06.2020).

państwa w życie społeczne, muszą uwzględniać również cele ekonomiczne oraz inne istotne uwarunkowania, mające wpływ na realizację określonego programu publicznego. Należy tutaj wymienić czynniki polityczne, instytucjonalne i kulturowe²⁷.

Obecnie prowadzona ogólnoświatowa kampania ograniczania konsumpcji wyrobów tytoniowych zawierających naturalną lub syntetyczną nikotynę w długiej perspektywie czasowej może przyczynić się do uzyskania większych korzyści ekonomicznych. Pozytywnym efektem może okazać się zmniejszenie nakładów na leczenie chorób związanych z długoletnim paleniem wyrobów tytoniowych i chorób pokrewnych, jak również wzrost produktywności ekonomicznej społeczeństwa oraz wydłużenie czasu aktywnego życia zawodowego.

4. Instrumenty prawne i ekonomiczne w polityce regulacyjnej dotyczącej wyrobów tytoniowych

4.1. Polityka regulacyjna – cele i rodzaje

Głównym celem współcześnie prowadzonej przez rządy różnych krajów polityki regulacyjnej dotyczącej również specyficznych dóbr ekonomicznych, jakimi są tradycyjne i innowacyjne wyroby tytoniowe, jest zagwarantowanie wszystkim podmiotom gospodarczym biorącym udział w procesie produkcji, wymiany, konsumpcji, osiągania nie tylko zysków ekonomicznych, lecz także korzyści społecznych. Stąd też regulacje stają się najbardziej rozpowszechnioną formą interwencji współczesnego państwa w życie gospodarcze, ochronę konsumenta, zdrowie, bezpieczeństwo publiczne oraz ochronę środowiska (Suchecki, 2019, s. 91). Według A. Surdeja odpowiednia polityka regulacyjna „... umożliwia łączenie wąsko rozumianych ekonomicznych celów z dążeniem do szerzej rozumianego dobrobytu społecznego” (Surdej, 2011, s. 25). Porównywana sytuacja wskazuje na występowanie pewnego rodzaju konfliktu interesów. Konflikt ten wynika również z odmiennego definiowania dobra ekonomicznego.

Konsumowane wszelkie wyroby tytoniowe niosące za sobą dewastujące skutki dla zdrowia publicznego są dobrami ekonomicznymi społecznie niepożądanymi. W procesie produkcji i wymiany zaliczane są natomiast do

²⁷ Szczegółowy opis istotnych uwarunkowań polityk publicznych prezentowany jest w opracowaniu Kozaczki (2016, s. 329).

typowych dóbr ekonomicznych, stanowiąc niebagatelne źródło dochodów budżetowych i zysków dla producentów dostarczających tytoń i producentów finalnych (Rosiński, 2014, s. 91).

Regulacje ekonomiczne odnoszą się do strony podażowej funkcjonowania podmiotów gospodarczych w sektorze tytoniowym. Efektem końcowym dla podmiotów ekonomicznych jest osiągnięcie odpowiedniego poziomu zysku. Z kolei zyski tego sektora osiągane w procesie wymiany tych wyrobów stanowią niebagatelne źródło dochodów budżetowych (Rosiński, 2014, s. 91).

W przypadku drugiego typu regulacji społecznych odnoszących się do wyrobów tytoniowych (dóbr społecznie niepożądanych) jednym z celów – ograniczenia konsumpcji wyrobów tytoniowych – jest szeroko pojmowany interes publiczny. Tego rodzaju regulacje, będące wyrazem interwencjonizmu państwa w życie społeczne, muszą uwzględniać również cele ekonomiczne oraz inne istotne uwarunkowania, mające wpływ na realizację określonego programu publicznego. Należy tutaj zwrócić uwagę na wielość uwarunkowań uwzględnianych w regulacyjnej polityce publicznej mających wpływ na jej efektywność, która powinna również „... opierać się na dobrej znajomości teorii ekonomicznej. Brak spełnienia tego warunku, rodzi chaos i temporalną niespójność” (Surdej, 2012, s. 17). Stąd też cele regulacyjnej polityki publicznej odnoszą się do zasobów przepisów prawa, istniejących w danym państwie czy regionie (ujęcie wąskie) oraz działań publicznych, mających określoną strukturę i oczekiwane rezultaty (ujęcie szerokie). Działania podejmowane w zakresie zdrowia należą do tzw. polityk miękkich.

Podsumowując: wdrażanie regulacyjnej polityki publicznej ma na celu nie tylko skuteczność oddziaływania, lecz także skuteczność bodźców motywujących do osiągnięcia określonych celów (Suchecky, 2019, s. 92). Planowane czy programowane działania publiczne odnośnie do ograniczania nadmiernej konsumpcji wyrobów tytoniowych oprócz uzasadnienia ich szkodliwego wpływu na zdrowie jednostki czy społeczeństwo powinny uwzględniać ekonomiczne skutki dla całej gospodarki.

4.2. Rynek papierosów w Polsce w latach 2017–2018

Rynek papierosów obejmuje szereg segmentów charakterystycznych dla poszczególnych rodzajów produktów oraz branż i stanowi ostatni element etapów w łańcuchu wartości wyrobów tytoniowych. Jego wielkość, struktura i atrakcyjność mają wpływ na kształtowanie się efektywnego popytu na oferowane produkty. Do jednych z najważniejszych czynników pozapo-

dażowych, wpływających na sprzedaż, należy zaliczyć aktualnie rozwijające się w społeczeństwie trendy konsumenckie²⁸. Wpływ na kształtowanie się spożycia szerokiego asortymentu wyrobów tytoniowych ma nie tylko moda, lecz także rozwój tzw. rynku społecznego (*social market*) oraz coraz wyższy poziom świadomości społeczeństwa na temat szkodliwości skutków palenia oraz preferowanie zdrowego stylu życia.

Społeczny rynek papierosów to wszelkiego rodzaju międzyludzkie transakcje wymienne dotyczące wyrobów tytoniowych – zarówno te odpłatne, jak i nieodpłatne. Ze względu na swoją specyfikę stanowi problem nie tylko zdrowotny, lecz także fiskalny. Dodatkowo jest on trudno mierzalny przy pomocy tradycyjnych metod pomiaru stosowanych w ekonomii. Z punktu widzenia społecznego jest natomiast szczególnie niebezpieczny dla osób młodocianych. Badacze tego zjawiska twierdzą, że rozwój tego segmentu rynku tytoniowego nasila się w wyniku wzrostu cen papierosów oraz w przypadku zaostrzania polityki dostępności wyrobów tytoniowych wśród osób niepełnoletnich (Katzman i in., 2007). Dalsze badania oraz rozpoznanie tego zjawiska są szczególnie istotne ze względu na możliwość ograniczenia liczby osób zaczynających palić, ponieważ jednym z czynników sprzyjających wstępowaniu na ścieżkę nikotynizmu jest presja grupy rówieśniczej.

W odniesieniu do gospodarki narodowej sektor tytoniowy w Polsce należy do sektorów mających wpływ na wzrost wartości PKB, a także na kształtowanie się strony dochodowej budżetu państwa. W analizach ogólnego spożycia wyrobów tytoniowych znaczną rolę odgrywa produkcja wyrobów tytoniowych i jej dynamika. Natomiast w polityce ekonomicznej uwzględnia się m.in. wartość produkcji tych wyrobów kształtowaną pod wpływem takich czynników jak ceny czy podatki, a także międzynarodową wymianę handlową. Polska po wstąpieniu do UE zobowiązana jest do wdrażania dyrektyw unijnych tzw. dyrektyw tytoniowych dotyczących zbliżenia przepisów ustawowych wykonawczych i administracyjnych w zakresie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych²⁹.

²⁸ Warto tutaj przytoczyć wyniki badań dotyczących kształtowania się rynku tytoniowego w Polsce od strony konsumentów. Badanie zostało przeprowadzone przez Centrum Badawczo-Rozwojowe BioStat® w dniu 16.07.2020 na próbie ogólnopolskiej liczącej 1000 osób. Wyniki pokazują, że 8 mln osób jest uzależnionych od tytoniu, 30% mężczyzn i 20% kobiet sięga nałogowo po papierosy. Okazało się również, że 20% badanych pali nałogowo, a 18% pali okazjonalnie i w celach towarzyskich, <https://www.statystyka.az.pl/zastosowania/badania-ankietowe-statystyka/badanie-ryнку-tytoniowego.php> (dostęp: 10.09.2020).

²⁹ Po roku 2001 Parlament UE wprowadzał wiele nowelizacji kolejnych dyrektyw tytoniowych. Można tutaj zwrócić uwagę na Artykuł 7 Dyrektywy z dnia 5 czerwca 2001 roku

Odnosząc się do sektora tytoniowego w Polsce w okresie przyjętym do analizy lat 2000–2018 ocenie poddano m.in. takie kategorie ekonomiczne, jak produkcja wyrobów tytoniowych i papierosów oraz jej dynamika, liczba pracujących w dziale produkcji wyrobów tytoniowych, wartość produkcji sprzedanej wyrobów tytoniowych oraz jej dynamika, a także wskaźniki cen produkcji sprzedanej.

Produkcja wyrobów tytoniowych w Polsce obejmowała te rodzaje³⁰ wyrobów, które zostały zdefiniowane w odpowiednich aktach prawnych, w tym dyrektywach unijnych. Z danych prezentowanych w tabeli 2 wynika, iż w kolejnych pięcioleciach w okresie 2000–2018 produkcja wyrobów tytoniowych oraz papierosów wykazywała systematyczny wzrost, osiągając w roku 2018 około trzykrotny wzrost w porównaniu do roku 2000 (210 tys. ton w stosunku do 77,9 tys. ton). Podobna tendencja charakteryzowała papierosy z tytoniu lub mieszanek tytoniu z jego namiastkami.

Tabela 2. Produkcja wyrobów tytoniowych (w tys. ton) oraz papierosów (w mld. szt.) w Polsce w latach 2000–2018

	2000	2005	2010	2015	2017	2018
Wyroby tytoniowe (w tys. ton)	77,9	96,2	127	148	172	210
w tym: papierosy z tytoniu lub mieszanek tytoniu z jego namiastkami (w mld szt.)	83,8	102	145	171	204	212

Źródło: GUS (2019). *Rocznik Statystyczny Przemysłu*, Tabl. 17(27), s. 112.

Z kolei dynamika produkcji wyrobów tytoniowych w cenach stałych w latach 2009–2018 (tabela 3) z roku na rok miała charakter rosnący, przy czym największy wzrost produkcji nastąpił w roku 2010 w porównaniu do roku 2009 i wynosił 140,8%. Tendencję spadkową obserwowano do roku 2014 (95,2%), natomiast w latach kolejnych następował raczej umiarkowany spadek dynamiki produkcji wyrobów tytoniowych wyrażonej w cenach stałych.

(2001/37/WE w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich dotyczących produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych, Dz.Urz. L 194 z 18.07.2001, s. 26) dotyczący opisu wyrobów i wprowadzający z mocą od dnia 30 września 2003 roku oraz bez uszczerbku dla przepisów z zachowaniem nazwy, zakaz stosowania znaków towarowych, symboli oraz inne znaki sugerujące, że konkretny wyrób tytoniowy jest mniej szkodliwy niż inne nie są stosowane na opakowaniach wyrobów tytoniowych (s. 12).

³⁰ Zagadnienia te omawiane były we wcześniejszych częściach niniejszego opracowania.

Tabela 3. Dynamika produkcji wyrobów tytoniowych w Polsce w latach 2009–2018

Dynamika produkcji	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
w cenach stałych rok poprzedni = 100	80,4	140,8	105,7	108,3	100,8	95,2	112,7	106,8	109,5	106,7

Źródło: GUS (2019). *Rocznik Statystyczny Przemysłu*, Tabl. 3(13), s. 73.

O opłacalności produkcji wyrobów tytoniowych dla przemysłu przetwórczego może natomiast świadczyć ponaddwukrotny (2,06) wzrost produkcji papierosów z tytoniu w przeliczeniu na 1 mieszkańca w Polsce w roku 2018 w porównaniu z rokiem 2014 (tabela 4).

Tabela 4. Produkcja papierosów z tytoniu w przeliczeniu na 1 mieszkańca w Polsce w latach 2000, 2005, 2010, 2017, 2018

	2000	2005	2010	2015	2017	2018
Produkcja papierosów w sztukach na 1 mieszk.	2191	2682	3756	4454	5306	5518

Źródło: GUS (2019). *Rocznik Statystyczny Przemysłu*, Tabl. 19(29), s. 130.

Nieznaczną tendencję wzrostową w okresach pięcioletnich 2000–2018 można zaobserwować, analizując kształtowanie się wartości produkcji wyrobów tytoniowych (tabela 5).

Tabela 5. Wartość produkcji wyrobów tytoniowych w Polsce w latach 2005–2018 (w mln zł) oraz w odsetkach produkcji globalnej

Produkcja	2005	2010	2015	2017	2018
w mln zł	4314,5	5512	8907	10629	11468
w odsetkach produkcji globalnej	0,6	–	–	–	0,7

Źródło: GUS (2019). *Rocznik Statystyczny Przemysłu*, Tabl. 2(12), s. 70.

Z prezentowanych danych wynika, że wartość produkcji w roku 2018 wzrosła ponad 2,6-krotnie w porównaniu z rokiem 2005. Natomiast udział wartości tej produkcji w odsetkach globalnych wzrósł nieznacznie w roku 2018 do 0,7% w porównaniu do roku 2005, w którym udział ten wynosił 0,6%.

Zgodnie z obowiązującą zasadą racjonalnego gospodarowania produkty wyprodukowane powinny znaleźć nabywców na rynku. Odnosząc tę zasadę do specyficznych własności wyrobów tytoniowych, które w rachunku ekonomicznym traktowane są jako dobra gospodarcze (ekonomiczne), można zauważyć

w roku 2018, w porównaniu z rokiem 2005, prawie dwukrotny wzrost wartości produkcji sprzedanej wyrobów tytoniowych w Polsce (tabela 6). Udział tej produkcji w wartościach sprzedanej produkcji globalnej wykazywał natomiast nieznaczny spadek – z 0,5% w roku 2005 do 0,4% w roku 2018.

Tabela 6. Wartość produkcji sprzedanej wyrobów tytoniowych w Polsce w latach 2005–2018

Produkcja sprzedana	2005	2010	2015	2017	2018
w mln zł	3629,4	3318	4542	6329,8	6698,9
w odsetkach sprzedanej produkcji globalnej	0,5				0,4

Źródło: GUS (2019). *Rocznik Statystyczny Przemysłu*, Tabl. 12(22), s. 97.

Analizując z kolei kształtowanie się dynamiki produkcji sprzedanej wyrobów tytoniowych w Polsce w latach 2009–2018 w cenach bieżących, wyrażonej w postaci indeksów łańcuchowych, można zauważyć spadki lub wzrosty tych mierników.

Tabela 7. Dynamika produkcji sprzedanej wyrobów tytoniowych w Polsce w latach 2009–2018

Dynamika produkcji sprzedanej	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ceny stałe rok poprzedni = 100	111,3	98,5	97,2	105,9	98,8	105,6	111,4	108,6	121,7	104,9

Źródło: GUS (2019). *Rocznik Statystyczny Przemysłu*, Tabl. 13(23), s. 100.

Przyjmując ceny podstawy porównań z roku 2005, 2010 oraz 2015 w każdym roku w okresie 2015–2018 można natomiast zauważyć wyraźną tendencję wzrostową, przy czym najszybszy wzrost odnotowano, przyjmując odniesienie porównań do roku 2010 (tabela 8). W tendencjach tych wyraźnie zarysowuje się wpływ polityk regulacyjnych stosowanych w odniesieniu do dystrybucji produkcji wyrobów tytoniowych w Polsce.

Tabela 8. Dynamika produkcji sprzedanej wyrobów tytoniowych w Polsce w latach 2015–2018 przy stałych podstawach

Rok podstawy	2015	2016	2017	2018
2005 = 100	80,1	87,0	105,9	111,1
2010 = 100	119,6	129,9	158,1	165,8
2015 = 100			132,2	138,7

Źródło: GUS (2019). *Rocznik Statystyczny Przemysłu*, Tabl. 13(23), s. 100.

Wartość produkcji sprzedanej wyrobów tytoniowych w Polsce uwarunkowana jest między innymi polityką cenową prowadzoną przez administrację rządową. Przyjętą tezę potwierdzają informacje zawarte w tabeli 9. Z informacji w niej zawartych wynika, iż zaobserwowana tendencja w kształtowaniu cen produkcji sprzedanej wyrobów tytoniowych z roku na rok nie jest wynikiem tylko gry rynkowej, ale podlega też odpowiednim regulacjom.

Tabela 9. Wskaźniki cen produkcji sprzedanej wyrobów tytoniowych w Polsce w latach 2009–2018

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Wskaźniki cen rok poprzedni = 100	107,1	104,3	103,7	104,3	100,2	103,5	101,9	103,3	102,1	100,8

Źródło: GUS (2019). *Rocznik Statystyczny Przemysłu*, Tabl. 16(26), s. 108.

Regulacje te są wprowadzane m.in. na mocy odpowiednich dyrektyw UE (np. Ustawa z dnia 22 lipca 2016 roku o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych) i krajowych aktów prawnych.

4.3. Podstawowe instrumenty regulacyjnej polityki publicznej

W celu przeciwdziałania negatywnym skutkom używania tytoniu oraz innych wyrobów z nikotyną sektor publiczny ma do dyspozycji trzy podstawowe instrumenty polityki publicznej. Są nimi wcześniej wymieniane ceny regulowane, podatki oraz rozwiązania prawne ograniczające dostęp oraz możliwość konsumpcji wyrobów tytoniowych – zarówno tych tradycyjnych, jak i nowatorskich.

Pierwsze z dwóch wymienionych instrumentów mogą być traktowane łącznie, ponieważ zazwyczaj artykuły tytoniowe są opodatkowane podatkami pośrednimi (w Polsce jest to podatek akcyzowy oraz podatek od towarów i usług) o charakterze cenotwórczym. W Polsce w 2020 roku struktura średniej ważonej ceny papierosów przedstawia się następująco:

- 19,2% – koszty i marże producentów i dystrybutorów,
- 18,7% – podatek od towarów i usług,
- 62,1% – podatek akcyzowy (Hegemajer i in., 2002, s. 47).

Warto jednak zaznaczyć, że polityka cenowa względem wyrobów tytoniowych może być regulowana niezależnie od polityki podatkowej (np. polityki zdrowotnej).

Wśród badaczy głosy co do skuteczności ekspansywnej polityki cenowej i podatkowej w stosunku do wyrobów tytoniowych są podzielone. M.J. Husain i in. opublikowali artykuł, w którym prezentują wyniki przeprowadzonych badań dotyczących efektów wzrostu opodatkowania wyrobów tytoniowych w Tajlandii w dwóch wybranych latach: 2009 i 2011. W badaniu użyto modelu regresji logarytmicznej (*logit regression*) do zbadania korelacji między zmianą ceny papierosów w przyjętych kategoriach cenowych a ich konsumpcją w dwóch regionach Tajlandii. Wyniki estymacji jasno wskazały, że wraz ze wzrostem cen papierosów w wyniku ich wyższego opodatkowania ogólna liczba wypalanych papierosów nie zmniejszyła się. Stało się to dlatego, że konsumenci rezygnowali z konsumpcji drogich marek papierosów, których ceny wzrosły najbardziej, na rzecz tańszych (Jami i in., 2017).

Podobne badanie zostało przeprowadzone w Hiszpanii w 2018 roku. Niestety, wnioski z tego badania są podobne jak w wyżej przytoczonym – wzrost ceny papierosów związany ze wzrostem stawki podatkowej na wyroby tytoniowe nie ma znaczącego wpływu na redukcję liczby osób palących. Wykazano również, że wraz ze spadkiem konsumpcji papierosów wzrasta konsumpcja ich tańszych zamienników, w tym przypadku ciętego tytoniu papierosowego (Burgillo i in., 2019).

W przeciwieństwie do wyżej przytoczonych wyników badań E. Blecher przedstawia w swoim artykule wysokie opodatkowanie alkoholu i papierosów jako skuteczną metodę redukcji spożycia tych substancji w społeczeństwie i sugeruje zastosowanie takiego rozwiązania dla napoi słodzonych, które są jedną z przyczyn epidemii otyłości w krajach rozwiniętych i rozwijających się (Blecher, 2015). Skuteczność wprowadzonych zmian fiskalnych w Republice Południowej Afryki w zmniejszeniu liczby osób palących uzasadniono formą wprowadzonego podatku w postaci stawki kwotowej.

Podatek w formie kwotowej jest stawką kwotową przypisaną do każdego papierosa, a nie procentem od ich ceny. Ogranicza to więc możliwość znalezienia przez osoby palące tańszego substytutu w postaci innej, tańszej marki papierosów lub tytoniu ciętego. Takie rozwiązanie jest również korzystne z fiskalnego punktu widzenia, gdyż podatki o stawkach kwotowych są zazwyczaj dużo prostsze do ściągnięcia, przez co stanowią efektywne źródło przychodów budżetowych.

W wielu badaniach podkreśla się również dualizm moralny związany z opodatkowaniem i kontrolą rynku wyrobów tytoniowych przez sektor publiczny. Przykładem tego typu badań może być artykuł autorstwa T.W. Hu i Z. Mao, w którym przedstawiono dość ciekawą analizę problemu konsumpcji wyrobów tytoniowych w Chinach w odniesieniu do budżetu państwa. Otóż

autorzy tego artykułu, na podstawie przeprowadzonego badania, twierdzą, że wzrost ceny papierosów, wynikający ze zwiększenia stawki podatkowej z 40% do 50% w badanym okresie (lata 1980–1997) spowoduje podwojenie strat budżetu państwa z tytułu przychodów podatkowych, plantatorów tytoniu oraz podatków lokalnych. Z drugiej jednak strony zwiększenie stawki podatkowej o wskazane 10% mogłoby przyczynić się do uratowania życia od 1,44 miliona do 2,66 miliona osób (Hu i Mao, 2002, s. 105–108).

Z nieco odmiennymi wnioskami możemy się spotkać w raporcie dotyczącym problemu nikotynizmu w Polsce (Czart Ciecierski i in., 2011). Wynika z niego, że zwiększenie średniego podatku akcyzowego do 9,76 PLN na paczkę papierosów w Polsce spowodowałoby rzucenie palenia przez 618 000 dorosłych i zniechęciłoby 215 000 młodych osób do rozpoczęcia palenia, co oznaczałoby ograniczenie liczby przypadków przedwczesnej śmierci o 7,2% w populacji Polski. Co więcej, zwiększyłyby to dochody z podatku akcyzowego o 7,1 mld PLN.

4.3.1. Podatki, akcyza, cła w regulacyjnej polityce publicznej

W czerwcu 2004 roku Polska podpisała Ramową Konwencję Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC), która następnie została ratyfikowana we wrześniu 2006 roku. Zgodnie z zapisami konwencji wyższy podatek akcyzowy na wyroby tytoniowe stanowi jedno z najbardziej skutecznych narzędzi ograniczania rozpowszechniania i używania wyrobów tytoniowych. Unia Europejska uznała, że ustalone przez nią zasady dotyczące podatku akcyzowego stanowią politykę ramową, której efektem jest podnoszenie podatku, co jest równoznaczne ze wzrostem cen. Wobec powyższego Polska jest zobowiązana nakładać na papierosy podatek akcyzowy składający się z dwóch elementów: stałej kwoty podatku akcyzowego za 1000 papierosów i części zależnej od wartości sprzedaży, która stanowi procent od maksymalnej ceny detalicznej podanej przez producenta na każdej paczce papierosów. Unia Europejska określiła również minimalny poziom podatku wyrażony zarówno w sposób nominalny (euro), jak i jako procent ceny (Czart Ciecierski i in., 2011, s. 5).

Artykuł 99 ustawy o podatku akcyzowym³¹ wskazuje minimalne stawki podatku akcyzowego od różnorodnych wyrobów tytoniowych. Na papierosy stawka akcyzy wynosi 228,10 zł za każde 1000 sztuk i 32,05% maksymalnej ceny detalicznej, na tytoń do palenia – 155,79 zł za każdy kilogram

³¹ Ustawa z dnia 6 grudnia 2008 r. o podatku akcyzowym, Dz.U. z 2009 r., Nr 3, poz. 11.

i 32,05% maksymalnej ceny detalicznej, a na cygara i cygaretki stawka kwotowa wynosi 433 zł za każdy kilogram. Ustawodawca określił również minimalną stawkę akcyzy³². Stawki akcyzy, a co za tym idzie również ceny papierosów i wyrobów tytoniowych w Polsce sukcesywnie rosły.

W okresie od 2010 do 2018 roku w Polsce średnia cena paczki papierosów wzrosła z 9,67 PLN do 13,76 PLN. Najwyższa średnia detaliczna cena za paczkę papierosów została odnotowana w 2017 roku. Było to 14,10 PLN. Wzrost cen związany był z wejściem w życie dyrektywy unijnej, która nałożyła na Polskę obowiązek podwyższenia podatku akcyzowego do minimalnego poziomu 90 euro za 1000 sztuk papierosów i osiągnięcie minimum 60% ceny detalicznej (Hegemajer i in., 2020, s. 45–46). Choć dyrektywa unijna zakładała, że Polska powinna osiągnąć wymagany minimalny poziom podatku akcyzowego do 2018 roku, to poziom ten został już osiągnięty w roku 2014. Oznacza to, że Polska podejmuje próby walki z nałogiem tytoniowym poprzez wykorzystanie instrumentów ekonomicznych.

Tabela 10. Średnie ceny (w PLN) paczki papierosów (20 sztuk) w Polsce w latach 2010–2018

Lata	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cena	9,67	10,50	11,40	12,20	12,60	13,03	13,60	14,10	13,76

Źródło: GUS (2011–2019). *Roczniki Statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej*.

Stosowanie instrumentów ekonomicznych do walki z nałogiem nikotynowym niesie jednak ze sobą ryzyko pojawienia się efektów substytucyjnych, które mogą przyjąć różną formę. Wysoka cena wyrobów tytoniowych może zamiast zmniejszenia liczby konsumentów sprawić, że zaczną oni wybierać tańsze substytuty, np. w postaci tytoniu do ręcznego skręcania papierosów, co potwierdziły wcześniej wspomniane badania. Dodatkowo nagle zmiany cen wyrobów tytoniowych sprzyjają rozwojowi tzw. szarej strefy. W przypadku wyrobów tytoniowych strefa ta rosła dynamicznie w latach 2006–2013, wraz ze wzrostem stawek podatku akcyzowego. Skokowe podwyżki akcyzy w latach 2010–2014 poprzedziły okres największego rozmiaru szarej strefy: 19% w II kwartale 2015 roku. W kolejnych latach rozmiar ten malał do 9,9% w 2019 roku. w ujęciu średniorocznym (Hegemajer i in., 2020, s. 59–60). Aby ograniczyć skalę tego zjawiska oraz ustabilizować rynek wyrobów tytoniowych od 2015 roku obowiązuje moratorium na wzrost stawek akcyzy.

³² Ustawa z dnia 13 lutego 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2020, Dz.U. z 2020 r., poz. 278.

Efekt substytucyjny występujący w przypadku wzrostu cen papierosów ujawnia się jeszcze w dwóch formach. Pierwszą z nich są tzw. innowacyjne wyroby tytoniowe (choć w większości przypadków powinno się je nazywać wyrobami nikotynowymi) oraz społeczny rynek papierosów (*social market*).

Do innowacyjnych wyrobów tytoniowych zalicza się dwie grupy urządzeń: podgrzewacze tytoniu oraz papierosy elektroniczne. O ile wkłady do podgrzewaczy tytoniu stanowią wyrób tytoniowy objęty akcyzą, o tyle e-ciecze do papierosów elektronicznych nie podlegały opodatkowaniu podatkiem akcyzowym aż do 1 lipca 2020 roku.

Społeczny rynek papierosów, jak wskazano wcześniej, obok problemu zdrowotnego stanowi również problem fiskalny chociażby z powodu wszelkiego rodzaju międzyludzkich transakcji wymiennych dotyczących wyrobów tytoniowych, zarówno tych odpłatnych, jak i nieodpłatnych. Badacze tego zjawiska twierdzą, że nasila się ono w wyniku wzrostu cen papierosów oraz w przypadku zaostrzania polityki dostępności wyrobów tytoniowych wśród osób niepełnoletnich (Katzman i in., 2007). Dalsze badania oraz rozpoznanie tego zjawiska są szczególnie istotne ze względu na możliwość ograniczenia liczby osób zaczynających palić, ponieważ jednym z czynników sprzyjających wstępowaniu na ścieżkę nikotynizmu jest presja grupy rówieśniczej.

4.3.2. Rozwiązania prawne w regulacyjnej polityce publicznej

W celu ograniczania dostępności wyrobów tytoniowych oraz dla ochrony przed negatywnymi skutkami wdychania dymu tytoniowego przez dzieci i młodzież w Polsce zostały wprowadzone dosyć rygorystyczne rozwiązania legislacyjne. Główną ustawą ograniczającą dostęp do wyrobów tytoniowych oraz nikotyny jest ustawa z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych³³. Ustawa ta ulegała od czasu jej uchwalenia sukcesywnym zmianom wynikającym z potrzeby dostosowania jej przepisów do zmian, jakie zaszły w przemyśle tytoniowym, czy mówiąc szerzej, w trendach konsumpcji substancji zawierających nikotynę. Dlatego też w ustawie zostały uwzględnione zarówno innowacyjne wyroby tytoniowe, jak i papierosy elektroniczne, które przez ustawodawcę traktowane są na równi z tradycyjnymi wyrobami tytoniowymi, takimi jak cygara, cygaretki i papierosy.

³³ Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, Dz.U. z 1996 r., poz. 55.

Ustawa ta w artykule 3 zakłada ochronę społeczeństwa przed negatywnymi skutkami zażywania wyrobów zawierających nikotynę. Ochrona ta odbywa się przez trzy rodzaje polityk: zdrowotną, ekonomiczną i społeczną. Realizacja tych polityk odbywa się przez:

- ochronę prawa osób niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego, pary z papierosów elektronicznych i substancji uwalnianych za pomocą nowatorskich wyrobów tytoniowych;
- promocję zdrowia przez propagowanie stylu życia wolnego od nałogu palenia papierosów, używania innych wyrobów tytoniowych oraz palenia papierosów elektronicznych;
- działalność wychowawczą i informacyjną;
- tworzenie warunków ekonomicznych i prawnych zachęcających do ograniczenia używania tytoniu;
- informowanie o szkodliwości palenia tytoniu na opakowaniach wyrobów tytoniowych;
- obniżanie norm dopuszczalnych zawartości substancji szkodliwych w wyrobach tytoniowych;
- leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od tytoniu.

Dodatkowo ustawa zwiększyła zakres miejsc, w których obowiązuje całkowity zakaz palenia wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych. Całkowity zakaz używania wspomnianych substancji obowiązuje:

- na terenie zakładów leczniczych podmiotów leczniczych i w pomieszczeniach innych obiektów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne;
- na terenie jednostek organizacyjnych systemu oświaty, o których mowa w przepisach o systemie oświaty, oraz jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, o których mowa w przepisach o pomocy społecznej;
- na terenie uczelni;
- w pomieszczeniach zakładów pracy;
- w pomieszczeniach obiektów kultury i wypoczynku do użytku publicznego;
- w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych;
- w środkach pasażerskiego transportu publicznego oraz w obiektach służących obsłudze podróży;
- na przystankach komunikacji publicznej;
- w pomieszczeniach obiektów sportowych;
- w ogólnodostępnych miejscach przeznaczonych do zabaw dzieci;
- w innych pomieszczeniach dostępnych do użytku publicznego.

Ustawa wnosi również ochronę prawną dzieci i młodzieży przed negatywnymi skutkami konsumpcji wyrobów zawierających nikotynę. Ochrona ta wyraża się na dwa sposoby. Po pierwsze, ustawa zakazuje sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom małoletnim poniżej 18. roku życia. Po drugie, reguluje też kwestie ochrony małoletnich przed wdychaniem dymu tytoniowego w miejscach publicznych, co ma ograniczyć negatywne skutki biernego palenia.

Dodatkowym krokiem zniechęcającym młodzież oraz początkujących palaczy do sięgania po wyroby tytoniowe było wprowadzenie całkowitego zakazu produkcji i sprzedaży papierosów mentolowych³⁴. Zakaz ten, obowiązujący od 20 maja 2020 na mocy dyrektywy tytoniowej i polskich przepisów, może stanowić, według niektórych źródeł, potencjalny impuls do wzrostu szarej strefy.

Podsumowanie

Palenie tytoniu niesie ze sobą niezaprzeczalnie negatywne skutki zdrowotne. W samym dymie papierosowym znajduje się około 5000 substancji chemicznych o udokumentowanym bezpośrednim lub pośrednim działaniu rakotwórczym. Ponadto palenie tytoniu pozostaje jedną z głównych przyczyn chorób i zgonów w krajach zarówno rozwijających się, jak i rozwiniętych. Dlatego też uzależnienie od nikotyny jest również rozważane w kontekście zdrowia publicznego.

Przeciwdziałania negatywnym skutkom palenia podejmowane są nie tylko na gruncie krajowym. Angażują się w nie też organizacje o zasięgu międzynarodowym, takie jak WHO czy Bank Światowy. Dodatkowo skuteczność prowadzonej antynikotynowej jest wzmacniana przez zastosowanie instrumentów polityki publicznej w postaci podatków, cen regulowanych oraz rozwiązań prawnych ograniczających dostęp do wyrobów tytoniowych, zwłaszcza osobom nieletnim.

Pomimo prowadzonych działań wartość produkcji wyrobów tytoniowych w Polsce w roku 2018 wzrosła ponad 2,6 razy w porównaniu z rokiem 2005. Dodatkowo należy wspomnieć, że w roku 2018 w porównaniu z rokiem 2005 nastąpił prawie dwukrotny wzrost wartości produkcji sprzedażowej wyrobów tytoniowych w Polsce. Ponadto stosowanie instrumentów ekonomicznych do walki z nałogiem prowadzi często do pojawienia się efektów substytu-

³⁴ Dyrektywa 2014/40/UE z dnia 3 kwietnia 2014 roku z późniejszymi zmianami.

cyjnych w postaci pojawienia się innowacyjnych wyrobów tytoniowych oraz społecznego rynku papierosów.

Bibliografia

- Blecher, E. (2015). Taxes on tobacco, alcohol and sugar sweetened beverages: Linkages and lesson learned. *Social Science and Medicine*, 136–137.
- Burgillo, M., Romero-Jordán, D. i Sanz-Sanz, J.-F. (2019). Efficacy of the tobacco tax policy in the presence of product heterogeneity: A pseudo-panel approach applied to Spain. *Health Policy*, 1–8.
- Czart Ciecierski, C., Cherukupalli, R. i Weresa, M. (2011). *Ekonomiczne aspekty palenia tytoniu i opodatkowania wyrobów tytoniowych w Polsce*. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- Directives, Directive 2014/40/Eu Of The Parliament And Of The Council of April 2004 on the approximation of the laws, regulations and administrative provision of the sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC. Official Journal of the European Union 29.04.2014.
- Encyklopedia PWN [online] (dostęp: 19.06.2020).
- Falkowski, C.L. (2006). Addressing the Nicotin addiction. When is the right time? *Consuller*, „The Magazin for Addiction Profesional”, 4.
- Florek, E. (1999). Skład chemiczny i kancerogeny dymu tytoniowego. *Alkoholizm i Narkomania*, 3(36).
- Florek, E. (2006). Co tkwi w dymie? *Poradnik Aptekarski*, 6.
- GUS (2016). *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, 98–99, tablice wyników VI/15-VI/20.
- Haczyński, J. (2019). Medyczne podstawy uzależnień. W: J. Suchecka i J. Haczyński (red.), *Uzależnienia w świetle współczesnej ekonomii*. Prometrium.
- Hegemajer, J., Malinowska, A., Poniatowski, G. i Śmietanka A. (2020). *Wpływ produkcji wyrobów tytoniowych na gospodarkę polską*. CASE.
- Hu, T.W. i Mao, Z. (2002). Effects of cigarette tax on cigarette consumption and the Chinese economy. *Tobacco Control*, 11.
- Jami, M., Kostova, D., Mbulo, L., Benjakul, S., Kengganpanich, M. i Andes, L. (2017). Changes in cigarette prices, affordability, and brand-tier consumption after a tobacco tax increase in Thailand: Evidence from the Global Adult Tobacco Surveys, 2009 and 2011. *Preventive Medicine*, 105.
- Johnson, J.L., MacDonald, S., Reist, D. i Bahadori, K. (2006). *Tobacco Reduction in the Context of Mental Illness and Addictions. A Review of the Evidence*. PHSA. Pozyskano z <https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/4800/Tobacco%20Reduction%20May%202006.pdf?sequence=1> (dostęp: 31.08.2020).
- Katzman, B., Markowitz, S. i McGeary K.A. (2007). An empirical investigation of the social market for cigarettes. *Health Economics*, 16.
- Kozaczka, D. (2006). Polityka publiczna jako proces. *Zoom Politikon*, 7, 323–341.
- Le tabac et la COVID-19 – Ce que nous savons jusqu'à présent*, Public Health Ontario, Synopsis, <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2020/08/what-we-know-tobacco-covid.pdf?la=fr> (dostęp: 10.08.2020).

- Novotny, Th.E., Lum, K., Smith, E., Wang, V. i Barnes, R. (2009). Cigarettes Butts and the Case for an Environmental Policy on Hazardous Cigarette Waste. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6.
- Ogińska-Bulik, N. (2014). Uzależnienia behawioralne – czym są i skąd się biorą. *Świat Problemów*, luty. Pozyskano z: <http://www.swiatproblemow.pl/uzaleznienia-behawioralne-czym-sa-i-skad-sie-biora> (dostęp: 2.08.2020).
- Ogińska-Bulik, N. (2010). *Uzależnienia od czynności. Mity czy rzeczywistość?* Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Starek, A. i Podolak, I. (2009). Rakotwórcze działanie dymu tytoniowego. *Roczniki Polskiego Zakładu Higieny*, 60(4).
- Suchecki, A.M. (2019). Współczesne trendy w polityce publicznej – wybrane aspekty. W: J. Suchecka i J. Haczyński (red.), *Uzależnienia w świetle współczesnej ekonomii*. Prometrium.
- Surde, A.J. (2012). *Analiza ekonomiczna w polityce publicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Surdej, A. (2011). *Nowoczesne państwo a gospodarka rynkowa*. Instytut Obywatelski.
- Szymański, F.M., Kuna, P., Płatek, A.E., Kowalik, R., Gotlib, J. i Filipiak, K.J. (2019). Produkty tytoniowe oparte na podgrzewaniu tytoniu (heat-not-burn) a zdrowie pacjentów – opinia grupy ekspertów. *Choroby Serca i Naczyni*, 16(2).
- Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, Dz.U. z 1996 r., poz. 55.
- Ustawa z dnia 13 lutego 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2020, Dz.U. z 2020 r., poz. 278.
- Ustawa z dnia 6 grudnia 2008 r. o podatku akcyzowym, Dz.U. z 2009 r., Nr 3, poz. 11.
- WHO (2009). *Stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce*. Pozyskano z: <http://sanepid.olsztyn.pl/oswiata/Raport-Stan-Zagrozenia-Epidemia-Palania.pdf> (dostęp: 10.09.2020).
- WHO (2014). *Fact sheet on reduced ignition propensity (RIP) cigarettes*, November. Pozyskano z: https://www.who.int/tobacco/industry/product_regulation/factsheetreducedignitionpropensitycigarettes/en/ (dostęp: 9.09.2020).
- WHO (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255874> (dostęp: 31.07.2020).
- WHO (2019). *WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204> (dostęp: 21.07.2020).
- WHO statement: Tobacco use and COVID-19*, <https://www.who.int/news/item/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid> (dostęp: 10.08.2020).
- Zatoński, W. i Przewoźniak, K. (red.) (2002). *Przeciwko Epidemii. Działania rządów a ekonomika ograniczania konsumpcji tytoniu*. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.

Źródła internetowe

- https://en.wikipedia.org/wiki/Provincial_Health_Services_Authority (dostęp: 31.08.2020).
- <https://forsal.pl/artykuly/1415450,liczba-palaczy-wsrod-polakow-tendencje.html> (dostęp: 2.09.2020).
- https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2019/10/MEN-i-GIS_Informacja-na-temat-zagro%C5%BCe%C5%84-dotycz%C4%85cych-e-papieros%C3%B3w.pdf (dostęp: 15.09.2020).

- <https://imperial-tobacco.pl/imperial-tobacco/grupa-imperial-brands-plc/wyroby-tytoniowe/> (dostęp: 30.09.2020).
- <https://kolumna24.pl/blog/news-zdrowie.nowatorskie.produkty.tytoniowe.takze.szkodza-2953.html> (dostęp: 12.06.2020).
- https://pl.wikipedia.org/wiki/Dobra_spolecznie_niepozadane (dostęp: 19.06.2020).
- <https://tobacco.ucsf.edu/european-public-health-association-releases-comprehensive-date-summary-science-e-cigs> (dostęp: 27.10.2020).
- <https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/Chapter-22-new-vaping-code-FINAL3.pdf> (dostęp: 27.10.2020).
- <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005231.pub3/full/pl> (dostęp: 10.09.2020).
- https://www.who.int/fctc/reporting/WHO-FCTC-2018_global_progress_report.pdf (dostęp: 3.09.2020).
- <https://www.who.int/tobacco/communications/statements/electronic-cigarettes-january-2017/en/> (dostęp: 15.09.2020).

Spożycie alkoholu oraz jego konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne

Streszczenie

W większości krajów świata obserwowany jest wzrost spożycia napojów alkoholowych. Wyrazem tego trendu w Polsce jest zarówno rosnący systematycznie poziom wydatków gospodarstw domowych na zakup wyrobów alkoholowych, jak i wzrastające wpływy do budżetu państwa z tytułu podatku akcyzowego od alkoholu.

Nadmierne spożycie alkoholu przez społeczeństwo niesie ze sobą wiele negatywnych następstw leżących w sferach zarówno ekonomicznej, społecznej, jak i medycznej. Jest czynnikiem ryzyka wielu chorób, generuje działalność o charakterze przestępczym, ma znaczący udział wśród przyczyn wypadków drogowych, a w przypadku populacji osób pijących prowadzi do uzależnienia się od alkoholu.

Słowa kluczowe: spożycie alkoholu, uzależnienie, zdrowie publiczne.

JEL: I12

Abstract

In most countries of the world, an increase in the consumption of alcoholic beverages is observed. An expression of this trend in Poland is both the systematically growing level of household spending on the purchase of alcoholic products, as well as the growing revenues to the state budget from income tax from alcohol.

Excessive consumption of alcohol by society has a number of negative consequences in the economic, social and medical spheres. It is a risk factor for many diseases, generates criminal activity, has a significant share among the causes of road accidents, and in the case of the drinking population leads to alcohol dependence.

Keywords: alcohol consumption, addiction, public health.

* Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego. ORCID: 0000-0002-0062-920X.

** Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku. ORCID: 0000-0002-5686-8349.

Wstęp

Współcześnie, w większości krajów świata, w tym w Polsce, obserwowany jest wzrost spożycia napojów alkoholowych. Wyrazem tego trendu może być rosnący systematycznie poziom wydatków gospodarstw domowych na zakup wyrobów alkoholowych, a także wzrastające wpływy do budżetu państwa z tytułu płaconego przez nabywców alkoholu podatku akcyzowego. Wielkość tego wpływu jest uzależniona od czynników cenotwórczych, których znaczenie wynika z celów polityki ekonomicznej oraz polityki społecznej, w tym polityki zdrowotnej. Akcyza, jako podatek pośredni, nakładana jest przez administrację rządową na niektóre dobra ekonomiczne, generujące niepożądane – ze społecznego punktu widzenia – skutki. Wysokość tego podatku jest – z jednej strony – zdeterminowana chęcią ograniczenia spożycia alkoholu z powodu jego negatywnego wpływu na zdrowie jednostki oraz zdrowie publiczne, ale także – z drugiej strony – jest konsekwencją stanu finansów publicznych i prowadzonej przez państwo polityki fiskalnej. Dwoisty charakter wyrobów alkoholowych, jako dobra społecznie niepożądanego i jednocześnie typowego dobra ekonomicznego, wymaga szczególnej uwagi przy wyznaczaniu przez odpowiednie podmioty administracji rządowej kierunków regulacyjnej polityki publicznej oraz polityki ekonomicznej.

Należy podkreślić, że nadmierne spożycie alkoholu przez społeczeństwo rodzi wiele negatywnych następstw o wszechstronnym charakterze, leżących w sferach zarówno ekonomicznej, społecznej, jak i medycznej. Jest czynnikiem ryzyka wielu chorób, generuje działalność o charakterze przestępczym, ma znaczący udział wśród przyczyn wypadków drogowych, a w przypadku populacji osób pijących prowadzi do uzależnienia się od alkoholu. Według niektórych badań spożycie alkoholu powoduje – w skali globalnej – 2,8 mln przedwczesnych zgonów rocznie (Ritchie i Rosner, 2020). Państwo ponosi znaczne koszty z tytułu świadczeń na leczenie osób uzależnionych od alkoholu, leczenie chorób wywołanych przez alkohol, leczenie ofiar wypadków drogowych spowodowanych przez pijanych kierowców itp. Znaczne koszty są ponoszone przez podmioty publiczne i różne organizacje pozarządowe związane z prowadzeniem polityki antyalkoholowej, mającej na celu zniechęcanie do konsumpcji (szczególnie osoby nieletnie, kobiety w ciąży), w tym również w obszarze oddziaływania profilaktycznego w ramach przeciwdziałaniu uzależnieniom od alkoholu. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie poziomu i struktury konsumpcji alkoholu w Polsce (na tle innych krajów europejskich) z uwzględnieniem skali wydatków gospodarstw domowych na zakup wyrobów alkoholowych, wartości transakcji

dokonywanych na rynku alkoholu i wpływów budżetowych z tytułu podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych oraz zdrowotnych i ekonomicznych konsekwencji nadmiernego spożycia alkoholu.

1. Spożycie alkoholu oraz wydatki na alkohol w Polsce (na tle innych krajów europejskich)

1.1. Tendencje zmian spożycia alkoholu w krajach europejskich

Problemy związane z nadużywaniem napojów alkoholowych od wielu lat wywołują zaniepokojenie zarówno administracji rządowej, jak i społeczeństw, które są nimi dotknięte. Szczególną rolę w sygnalizowaniu i rozwiązywaniu problemów wynikających z nadmiernej konsumpcji napojów alkoholowych odgrywają organizacje międzynarodowe, do których należy m.in. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) czy Bank Światowy. W swoich zadaniach statutowych uwzględniają pomoc w zapobieganiu szkodliwym skutkom nadużywania alkoholu, prowadzenie oraz finansowanie odpowiedniej polityki edukacyjnej i badań naukowych. Światowa Organizacja Zdrowia w swoich dokumentach wskazuje na trzy ważne obszary oddziaływań w ramach przeciwdziałania uzależnieniom od alkoholu. Działania te są klasyfikowane w zależności od grupy odbiorców i rodzaju jednego z trzech obszarów: uniwersalnego, selektywnego i ukierunkowanego¹.

Jak wynika z doniesień WHO, średnie roczne globalne spożycie alkoholu wynosiło w 2016 roku 6,4 litra na osobę w wieku powyżej 15 lat (Ritchie i Rosner, 2020). W celu uwzględnienia różnic w zawartości alkoholu w różnych napojach alkoholowych (piwo, wino, napoje spirytusowe), podaje się informacje o spożyciu wyrażone w litrach czystego alkoholu rocznie.

Polska nie jest wprawdzie krajem czołowym w Europie pod względem ilości wypijanego alkoholu na 1 mieszkańca (w wieku powyżej 15 lat, w litrach – w przeliczeniu na czysty alkohol), ale znajduje się w grupie krajów, w których spożycie alkoholu w ostatnich latach nie zmniejszyło się, lecz wykazuje ciągle tendencję wzrostową. W tym „rankingu” czołowymi w Europie krajami są: kraje postsocjalistyczne Europy Środkowo-Wschodniej² – Estonia (15–18 litrów per capita), Litwa (14–15 litrów),

¹ Szczegółowe informacje są zawarte na: <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/profilaktyka-uzaleznienia-od-alkoholu/> (dostęp: 1.12.2020).

² Dane WHO pokazują stosunkowo niewielkie spożycie alkoholu w Rosji i – szczególnie – na Ukrainie, ale nie jest to konsekwencja ograniczonego spożycia alkoholu przez mieszkańców

Białoruś (12–15 litrów) i Czechy (powyżej 12 litrów) oraz kraje Europy Centralnej i Zachodniej: Austria, Francja, Niemcy i Luksemburg (ok. 12 litrów per capita). W Polsce spożycie alkoholu per capita (15+) w 2010 roku wynosiło ok. 10 litrów (w przeliczeniu na czysty alkohol), w 2013 roku – wzrosło do 10,8 litra, a w 2016 roku – zmniejszyło się nieznacznie do poziomu 10,4 litra.

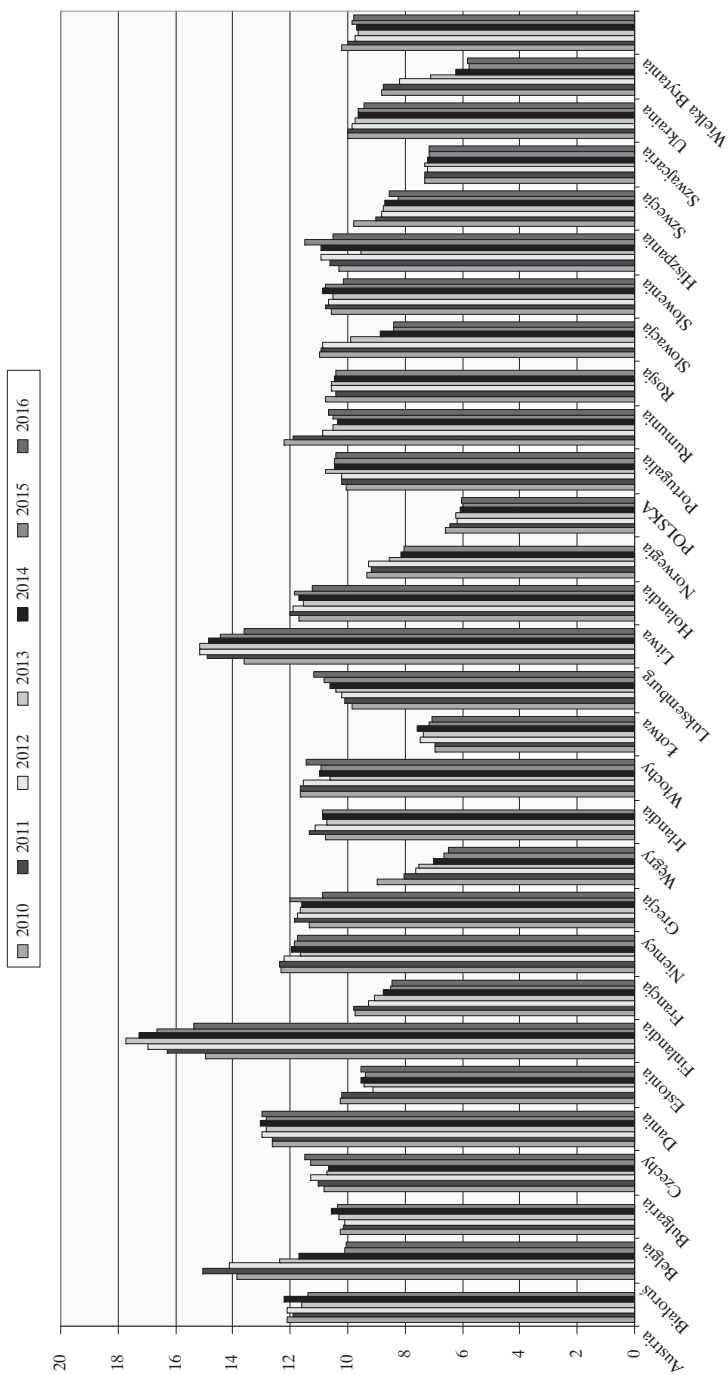
Na przeciwnym „biegunie”, wśród krajów europejskich o najniższym wskaźniku spożycia alkoholu znalazły się kraje skandynawskie: Norwegia (około 6 litrów), Szwecja (nieco ponad 7 litrów), w których – w efekcie prowadzonej przez państwo celowej polityki – dostęp do alkoholu jest znacznie utrudniony, oraz kraje śródziemnomorskie: Grecja (poniżej 7 litrów), Włochy (ok. 7 litrów), w których niski wskaźnik spożycia alkoholu jest efektem dominującego w strukturze spożycia wyrobów alkoholowych wina.

Generalnie statystyki wyodrębniają w strukturze konsumowanych wyrobów alkoholowych: piwo, wino i spirytus – napoje o różnej zawartości czystego alkoholu. Argumenty za tą klasyfikacją są związane z warunkami klimatycznymi panującymi w poszczególnych krajach, religią, tradycją i uwarunkowaniami kulturowymi oraz regulacjami w formie podatków i innymi warunkami, takimi jak otwartość na handel i globalizację oraz naturalne tło historyczne i tradycje, leżące u podstaw wzorców picia (Bentzen i Smith, 2018). Te różne tradycje kulturowe w poszczególnych krajach czy grupach krajów, preferowanie spożycia np. wina czy piwa, a nie produktów o wysokiej zawartości czystego alkoholu, będą rzutowały na strukturę spożycia wyrobów alkoholowych i tym samym na ostateczny poziom wskaźnika spożycia alkoholu per capita.

W literaturze można znaleźć opracowania dotyczące dłuższych okresów – J. Benzen i V. Smith, analizując zmiany w strukturze spożycia wyrobów alkoholowych w latach 1961–2014 dla 21 krajów OECD doszli do wniosku, że różnice między strukturą spożycia alkoholu w poszczególnych krajach w miarę upływu czasu wprawdzie zmniejszyły się, ale nadal wyraźny jest podział krajów na: kraje pijące piwo, wino lub wysokoprocentowe napoje alkoholowe (Bentzen i Smith, 2018).

Wspólną cechą dla ostatnich 50 lat wydaje się zmiana idąca w kierunku bardziej zrównoważonej struktury spożycia alkoholu na obszarze OECD. Najprawdopodobniej wynika to nie tylko ze wzrostu realnych

tych państw, a raczej wynika z istnienia dużego obszaru tzw. szarej strefy (nielegalna produkcja, przemysł), która nie jest uwzględniana w oficjalnej statystyce masowej.

Rysunek 1. Spożycie alkoholu na osobę (15+) w krajach europejskich w latach 2010–2016 (w litrach czystego alkoholu)

Źródło: apps.who.int/gho/data/node.main-euro.A.1039?lang=en&showonly=GISAH <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en> (dostęp: 12.05.2019).

dochodów, tj. wzrost gospodarczy i konwergencja mają również wpływ na wzorce konsumpcji, lecz także z działania takich czynników jak otwarcie handlu, jednolity kierunek demograficznych zmian społeczeństw (Bentzen i Smith, 2018).

Analizy prowadzone dla krótszego okresu (od roku 2000) pozwalają na stwierdzenie, że w XXI wieku poziom konsumpcji alkoholu w Europie był dość stabilny, a jego zróżnicowanie w krajach europejskich nie było znaczące. Natomiast, o ile do roku 2006 wyraźna była tendencja wzrostowa spożycia, o tyle w latach 2007–2008 tendencja uległa odwróceniu na malejącą. Zidentyfikowana zmiana tendencji była najprawdopodobniej spowodowana kryzysem na rynkach finansowych, który nastąpił właśnie w latach 2007–2009. W czasach kryzysu z reguły w pierwszej kolejności redukowane są wydatki na wyroby luksusowe. Wyroby alkoholowe zwykle są do nich zaliczane, ale kwestią dyskusyjną jest, czy dotyczy to wszystkich państw europejskich (Jałowiecki i Surdel, 2017).

1.2. Wydatki gospodarstw domowych na alkohol

Miarą służącą do oceny stopnia zaspokojenia potrzeb konsumpcyjnych gospodarstw domowych jest wskaźnik spożycia indywidualnego sektora gospodarstw domowych, zwany wskaźnikiem wydatków na spożycie ostateczne w sektorze gospodarstw domowych (*Household Final Consumption Expenditure*). Wyraża on wartość dóbr i usług sfinansowanych z dochodów rozporządzalnych i realizowanych w ramach konsumpcji indywidualnej. Kategoria ta obejmuje wszystkie wydatki ponoszone przez sektor gospodarstw domowych.

Klasyfikacja spożycia indywidualnego według celu stosowana jest dla badań budżetów gospodarstw domowych (*Classification of Individual Consumption by Purpose for Household Budget Surveys* – COICOP/HBS). Obecnie w ramach działań Eurostatu i GUS obowiązuje bardziej szczegółowa wersja, z pięciocyfrowym szczeblem agregacji. Dotychczas klasyfikacja COICOP miała następującą strukturę: 12 działów (kod dwucyfrowy), 44 grupy (trzy znaki), 110 klas (cztery znaki). Od roku 2014 istnieje dodatkowy, piąty szczebel klasyfikacji – podklasy (z kodem pięciocyfrowym).

Jak wspomniano, klasyfikacja COICOP grupuje 12 działów wydatków gospodarstw domowych na towary i usługi konsumpcyjne (w nawiasach podano kody grupowania): żywność i napoje bezalkoholowe (01), napoje alkoholowe i wyroby tytoniowe (02), odzież i obuwie (03), użytkowanie mieszkania i nośniki energii (04), wyposażenie mieszkania i prowadzenie gospodarstwa domowego (05), zdrowie (06), transport (07), łączność (08),

rekreacja i kultura (09), edukacja (10), restauracje i hotele (11), inne towary i usługi (12). Wykaz ten uzupełniony jest o tzw. pozostałe wydatki (dodatkowy dział 13), obejmujące m.in. darowizny na rzecz innych gospodarstw domowych, niektóre podatki, zaliczki, straty itp.

Przedmiotem zainteresowania autorów niniejszego opracowania jest dział 02 – „Napoje alkoholowe, wyroby tytoniowe i narkotyki”, w ramach którego następuje dalszy podział na grupy i wyodrębniona zostaje m.in. grupa 02.1. „Napoje alkoholowe”³.

Analiza danych Eurostatu pozwala – dla krajów Unii Europejskiej – porównać wydatki gospodarstw domowych na konsumpcję wyrobów alkoholowych poniesione w latach 2007 oraz 2018 (tabela 1), prezentując je jako:

- % produktu krajowego brutto,
- % wydatków konsumpcyjnych.

Wskaźnik opisujący udział wydatków gospodarstw domowych na konsumpcję wyrobów alkoholowych w PKB wahał się w roku 2007 w przedziale: 0,4–3,0%, a w roku 2018: 0,5–2,9%. Średnia dla 28 krajów Unii Europejskiej w 2007 roku wynosiła 0,8%, a w 2018 roku wzrosła do poziomu 0,9% PKB.

Najwyższe poziomy wskaźników odnotowano w obu przypadkach w post-socjalistycznych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, tj. w Estonii, Litwie, Łotwie; najniższe – w krajach śródziemnomorskich (Włochy, Hiszpania, Grecja) i w Holandii (Niderlandach).

W Polsce relacja wydatków gospodarstw domowych na konsumpcję wyrobów alkoholowych do PKB wynosiła w 2007 roku 2,1%, a w roku 2018 zmniejszyła się do 1,9%.

Wskaźnik opisujący udział wydatków na napoje alkoholowe w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstw domowych utrzymywał się okresie 2007–2017 na mniej więcej zbliżonym poziomie w zdecydowanej większości krajów europejskich. Średnia dla 28 krajów Unii Europejskiej w 2007 roku wynosiła 1,5%, a w 2018 roku wzrosła do 1,6% wydatków konsumpcyjnych.

Najwyższy wzrost wskaźnika odnotowano w Rumunii (z 2,3% w 2007 roku do 2,7% w 2018 roku, czyli wzrost o 0,4 punktu procentowego) oraz w Portugalii (wzrost o 0,3 pp: z 1,1% do 1,4%).

Spadek wskaźnika odnotowano natomiast w Bułgarii (znaczący spadek z 3,0% w 2007 roku do 1,6% w 2018 roku, czyli spadek aż o 1,4 pp), na Litwie (spadek o 1 pp, z 4,7% do 3,7%).

³ Classification of Individual Consumption, According to Purpose (COICOP) 2018 Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division, ST/ESA/STAT/SER.M/99, s. 29.

Tabela 1. Wydatki gospodarstw domowych na konsumpcję wyrobów alkoholowych w Europie w latach 2007 i 2018

	Wydatki gospodarstw domowych na konsumpcję wyrobów alkoholowych			
	jako % PKB		jako % wydatków konsumpcyjnych	
	2007	2018	2007	2018
Unia Europejska (28 krajów)	0,8	0,9	1,5	1,6
Strefa euro (19 krajów)	0,7	0,8	1,3	1,4
Belgia	0,7	0,7	1,5	1,5
Bułgaria	2,2	1,0	3,0	1,6
Czechy	1,5	1,6	3,2	3,3
Dania	0,8	0,8	1,7	1,7
Niemcy	0,7	0,7	1,4	1,5
Estonia	2,7	2,5	5,0	5,0
Irlandia	1,1	0,7	2,5	2,2
Grecja	0,5	*0,7	0,7	*0,9
Hiszpania	0,4	0,7	0,7	1,1
Francja	0,9	0,9	1,6	1,7
Włochy	0,5	0,5	0,9	0,9
Łotwa	2,7	2,7	4,7	4,5
Litwa	3,0	2,3	4,7	3,7
Luksemburg	0,9	0,8	2,3	2,5
Węgry	1,8	1,5	3,2	3,0
Holandia	0,5	0,5	1,0	1,2
Austria	0,7	0,7	1,3	1,3
POLSKA	2,1	1,9	3,6	3,3
Portugalia	0,7	0,9	1,1	1,4
Rumunia	1,5	1,6	2,3	2,7
Słowenia	0,9	0,9	1,7	1,6
Słowacja	1,3	1,3	2,5	2,3
Finlandia	1,6	1,5	3,3	3,0
Szwecja	0,9	0,9	2,0	2,0
Wielka Brytania	0,9	1,0	1,5	1,6
Norwegia	0,8	*0,9	2,2	*2,2

* rok 2017

Źródło:

W Polsce wskaźnik opisujący udział wydatków na napoje alkoholowe w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstw domowych wynosił: 3,6% w roku 2007 oraz 3,3% w roku 2018 (spadek o 0,3 pp).

1.3. Rynek napojów alkoholowych w Polsce oraz wpływy budżetowe z tytułu podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych

Ogólną prezentację rynku napojów alkoholowych w Polsce rozpoczyna zestawienie dostaw (w tys. hektolitrów) różnych rodzajów napojów alkoholowych w latach 2000–2018 (tabela 2).

Tabela 2. Dostawy wybranych towarów konsumpcyjnych – napoje alkoholowe w Polsce w latach 2000–2018 (tys. hl)

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Wódki, likiery, inne w przelicz. na 100%	747	951	1245	1222	1236	1433	1104	1194	1258	1260	1295
Wina gronowe	1120	1041	1107	1116	1123	1224	1256	1293	1400	1479	1517
Piwo (ze słodu)	25558	30855	35010	36194	38269	37751	38095	37967	38992	37950	38665

Źródło: Rocznik Statystyczny 2005, 2013, 2015, 2018, 2019 (www.stat.gov.pl).

Dostawy na polski rynek napojów alkoholowych w latach 2000–2018 zdecydowanie wzrosły, aczkolwiek tempa owego wzrostu w poszczególnych grupach alkoholi były zróżnicowane.

Dostawy wódek, likierów (w przeliczeniu na 100% alkoholu, wzrosły w latach 2000–2018 o 73%, z tym że w latach 2000–2010 nastąpił wzrost o 2/3 (ok. 67%), a w latach 2010–2018 wzrost ten wyniósł już tylko 4%.

Dostawy wina gronowego w latach 2000–2018 zwiększyły się o ponad 35%: w latach 2000–2010 nastąpiła stabilizacja dostaw, a wzrost dostaw nastąpił dopiero w II dekadzie XXI wieku.

Dostawy piwa (ze słodu) zwiększyły się w latach 2000–2018 o ponad 50%: w latach 2000–2010 wzrost dostaw wyniósł ok. 37%, a w latach 2010–2018 – tylko nieco ponad 10%.

W tabeli 3 przedstawiono wartość sprzedaży hurtowej napojów alkoholowych w Polsce w latach 2000–2018 – wzrosła ona z ponad 23 mld zł w roku 2000 do ponad 32 mld zł w roku 2018.

Tabela 3. Sprzedaż hurtowa napojów alkoholowych w Polsce w latach 2000–2018 (w mld zł, ceny bieżące)

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Napoje alkoholowe	23,33	28,39	25,29	27,48	24,79	24,05	24,55	29,44	30,93	31,12	32,33

Źródło: Rocznik Statystyczny 2005, 2013, 2015, 2018, 2019 (www.stat.gov.pl).

Sprzedaż alkoholu generuje wpływy do budżetu państwa z tytułu podatku akcyzowego. Akcyza na alkohol jest daniną publiczną, której początki w Polsce sięgają XV wieku. Wprowadzono ją uchwałą sejmową w 1452 roku, określając tzw. czopowe, czyli podatek od piwa, wina i miodu. Akcyza na alkohol obowiązywała w Polsce w okresie międzywojennym i przez krótki czas tuż po wojnie. Podatek akcyzowy przywrócono ponownie ustawą z dnia 8 stycznia 1993 roku o podatku od towarów i usług oraz o podatku akcyzowym. Po latach zastąpiono ją ustawą z dnia 6 grudnia 2008 roku o podatku akcyzowym (u.p.akc.). Od 1 stycznia 2020 roku obowiązują nowe, wyższe stawki akcyzy na napoje alkoholowe i wyroby tytoniowe wprowadzone ustawą z dnia 21 listopada 2019 roku o zmianie ustawy o podatku akcyzowym (Dz.U. z 2019 r., poz. 2523). Akcyza jest podatkiem pośrednim – w przypadku alkoholu etylowego podstawą opodatkowania jest liczba hektolitrów alkoholu etylowego 100% vol. w temperaturze 20°C zawartego w gotowym wyrobie (art. 93 pkt 3 u.p.akc.). Obecnie podatek akcyzowy stanowi pod względem przychodów państwa drugą daninę w Polsce po podatku od towarów i usług.

Wpływy do budżetu państwa z tytułu podatku akcyzowego w latach 2010–2018 systematycznie rosły (wyjątkiem był jedynie rok 2014). Najwyższy wzrost odnotowano w roku 2015 (o 5,4% w stosunku do roku poprzedniego) i w roku 2016 (o 4,3%).

Największy udział we wpływach budżetowych z tytułu akcyzy od wyrobów alkoholowych miały wpływy z tytułu alkoholu etylowego: stanowiły w 2010 roku ponad 63%, a w roku 2018 – ponad 2/3 akcyzy od wyrobów alkoholowych. Wzrosły także – liczone w wartościach bezwzględnych – stanowiące ok. 30% podatku akcyzowego od alkoholu, wpływy z tytułu podatku akcyzowego od piwa.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że obciążenie podatkiem akcyzowym w Polsce było już w latach 2013–2014 jednym z największych wśród krajów europejskich, a w roku 2018 i 2020 – ponownie wzrosło.

W raporcie przygotowanym w 2014 roku przez Związek Przedsiębiorców i Pracodawców w Polsce znalazło się następujące stwierdzenie: „Stawka akcyzy na alkohol etylowy wynosi w Polsce 1348 euro (5704,00 zł)/1 hektolitr

100% alkoholu. Jest to więcej od wszystkich sąsiadów Polski, a po uwzględnieniu parytetu siły nabywczej wyższą akcyzę w Unii Europejskiej mają jedynie Szwedzi, Finowie, Brytyjczycy, Irlandczycy i Grecy. Należy pamiętać, że akcyza nie jest jedynym podatkiem obciążającym wyroby alkoholowe. Na cenę alkoholu w znacznym stopniu wpływa podatek VAT, który także jest wyższy niż u naszych sąsiadów” (Związek Przedsiębiorców i Pracodawców w Polsce, 2014, s. 23). Autorzy wspomnianego raportu już w 2014 roku (tuż po podwyżce akcyzy w Polsce i niektórych krajach europejskich) zwrócili uwagę na fakt, iż „przy tak wysokim obciążeniu spirytusu zarówno VAT, jak i akcyzą rynek wysokoprocentowych alkoholi w Polsce jest bardzo mało konkurencyjny w stosunku do naszych sąsiadów, co sprzyja zakupowej turystyce. Ponadto prowadzi to do powstania na szeroką skalę nierejestrowanego rynku alkoholi, który swoim zakresem obejmuje: odkażanie lub częściowe odkażanie alkoholu skażonego, przemysł alkoholu, handel alkoholem przewiezionym w dozwolonych ilościach, bimbrownictwo, kradzieże alkoholu z legalnych zakładów” (Związek Przedsiębiorców i Pracodawców w Polsce, 2014, s. 24).

Tabela 4. Wpływy do budżetu państwa z tytułu podatku akcyzowego w latach 2010–2018 (w mln zł)

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Wyroby alkoholowe		10243,3	10296,4	10583,7	11035,9	10551,1	11118,0	11600,7	11659,9	11783,9
w tym:	alkohol etylowy	6500,2	6445,1	6612,4	7158,8	6614,1	7124,7	7635,3	7824,0	7843,6
	piwo	3298,3	3422,4	3579,5	3504,4	3565,9	3608,6	3608,1	3453,2	3552,7
	wino, napoje fermentowane i wyroby pośrednie	444,8	428,9	391,8	372,7	371,1	384,7	357,3	382,7	387,6
Wskaźnik wzrostu podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych			100,5	102,8	104,3	95,6	105,4	104,3	100,5	101,1

Źródło: zestawienie i opracowanie własne na podstawie: <https://www.gov.pl/web/finanse/sprawozdanie-roczne-za-2018>; <https://mf-arch2.mf.gov.pl/ministerstwo-finansow/dzialalnosc/finanse-publiczne/budzet-panstwa/wykonanie-budzetu-panstwa/sprawozdanie-z-wykonania-budzetu-panstwa-roczne/-2a-2018> (dostęp: 7.10.2020).

Ostatnia podwyżka akcyzy weszła w życie z dniem 1 stycznia 2020 roku⁴ i jej stawki przedstawiono w tabeli 5. Uzasadnieniem dla wprowadzonych zmian stawek akcyzy jest – zdaniem Ministerstwa Finansów – realizacja polityki prozdrowotnej. Ministerstwo Finansów stwierdziło, że wzrost stawek akcyzy na alkohol związany jest głównie ze stale rosnącymi kosztami przeciwdziałania skutkom społecznym i zdrowotnym konsumpcji tych używek. Już na etapie konstrukcji zmian do ustawy wskazano, że poprzednia zmiana stawek akcyzy na alkohol etylowy miała miejsce 1 stycznia 2014 roku i wynosiła odpowiednio 15%. Podwyżka stawek akcyzy na alkohol z dniem 1 stycznia 2020 roku wynosiła 10%

Tabela 5. Aktualna stawka akcyzy na napoje alkoholowe

Rodzaj napoju alkoholowego		Stawka akcyzy obowiązująca do końca 2019 r.	Stawka akcyzy obowiązująca od 1 stycznia 2020 r.
Alkohol etylowy		5.704,00 zł/hl 100% vol	6.275,00 zł/hl 100% vol
Piwo		7,79 zł/hl za każdy stopień Plato	8,57 zł/hl za każdy stopień Plato
Wyroby winiarskie	wino	158,00 zł/hl	174,00 zł/hl
	napoje fermentowane (zmiana nie obejmuje cydru i perry o mocy alkoholowej do 5% obj.)	158,00 zł/hl	174,00 zł/hl
	wyroby pośrednie	318,00 zł/hl	350,00 zł/hl

Źródło: Ustawa z dnia 21 listopada 2019 r. o zmianie ustawy o podatku akcyzowym, poz. 99, 99a (Dz.U. z 2019 r., poz. 2523).

2. Konsekwencje nadmiernego spożywania alkoholu

2.1. Uwagi ogólne

Konsekwencje nadmiernego spożywania alkoholu można rozpatrywać z różnych punktów widzenia, uwzględniając m.in. znaczenie i skalę negatywnych skutków na poziomie ogólnospołecznym czy jednostki. Jak wynika z wcześniej prezentowanych informacji, Europa jest kontynentem, na którym konsumuje się najwięcej alkoholu. Należy również zauważyć, że o ile po roku 1990 obserwowano spadek spożycia alkoholu, o tyle w ostatniej dekadzie

⁴ Ustawa z dnia 21 listopada 2019 r. o zmianie ustawy o podatku akcyzowym (Dz.U. z 2019 r., poz. 2523).

XXI wieku nastąpił ponowny wzrost konsumpcji alkoholu i jej stabilizacja na poziomie około 9 litrów czystego alkoholu spożywanego rocznie przez mieszkańca (poziom spożycia w poszczególnych krajach jest uzależniony m.in. od uwarunkowań międzykulturowych i obowiązujących wzorców konsumpcji).

W badaniach poświęconych identyfikacji problemów związanych z nadużywaniem napojów alkoholowych stosuje się podejście ilościowe lub jakościowe. W podejściu ilościowym najczęściej uwaga badacza jest skoncentrowana na analizie wielkości (również w ujęciu wartościowym) i struktury spożycia wyrobów alkoholowych, a także na porównaniach przestrzennych na poziomie międzynarodowym lub krajowym. Celem analiz jakościowych jest natomiast ustalenie okoliczności, w jakich ludzie piją alkohol, sposobów jego konsumpcji oraz konsekwencji. Połączenie wyników badań ilościowych i jakościowych może wskazać kierunki działań podejmowanych przez różne instytucje w celu stworzenia odpowiednich narzędzi ograniczania negatywnych skutków nadużywania alkoholu.

Warunkiem prowadzenia badań porównawczych dotyczących spożycia alkoholu jest stosowanie odpowiednich jednostek pomiaru. Najczęściej stosowane są dwie jednostki pomiaru: standardowa porcja alkoholu lub standardowy drink. W zależności od rodzaju napoju alkoholowego przypisuje się mu odpowiednią liczbę standardowych porcji. Zgodnie z powszechnie akceptowaną definicją jedna standardowa porcja alkoholu to 10 g czystego (100%) alkoholu. Uwzględniając rodzaje napojów alkoholowych: jedna standardowa porcja odpowiada odpowiedniej pojemności napoju. Na ogół w praktyce statystycznej przyjmuje się umownie, że jedna standardowa porcja alkoholu odpowiada: 250 ml piwa (5%), 100 ml wina (12%) oraz 30 ml wódki (40%) (Fudała, 2018).

Picie napojów alkoholowych niesie ze sobą ryzyko szkodliwości dla zdrowia, a ono jest zależne od ilości, czasu trwania spożywania alkoholu i pici osób pijących (tabela 6).

Dane zawarte w tabeli 6 jedynie w przybliżeniu przedstawiają dopuszczalne ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne limity spożycia, bowiem każda osoba pijąca ma inny poziom metabolizmu. W badaniach naukowych podejmowano próby ustalenia granic zawartości czystego alkoholu jako substancji toksycznej o działaniu psychoaktywnym; zwracano szczególnie uwagę na wpływ alkoholu na układ nerwowy, na jego kancerogenne konsekwencje dla przewodu pokarmowego⁵.

⁵ O randze problemu może świadczyć dyskusja, która toczyła się w listopadzie 2017 roku na II Szczycie Europejskim, a dotyczyła chorób układu pokarmowego w wyniku niewłaściwego odżywiania i nadmiernego spożywania alkoholu. Podkreślono również potrzebę wprowadzenia

Tabela 6. Ryzyko picia alkoholu i przykładowe limity spożycia

Poziom ryzyka picia alkoholu (w %)	Ilość czystego alkoholu w gramach spożywana dziennie (w gramach)		Ilość czystego alkoholu w gramach spożywana tygodniowo (w gramach)	
	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni
Niskie	do 20	do 40	do 140	do 280
Ryzykowne	20–40	40–60	140–209	280–349
Szkodliwe	ponad 40	ponad 60	210 i więcej	350 i więcej

Źródło: *Limity spożycia*, <http://www.wyhamujwpore.pl/index.php/dzialanie-alkoholu/limity-spozycia> (dostęp: 7.12.2020).

Nadużywanie alkoholu rodzi wiele konsekwencji, wśród których można m.in. wyróżnić (Ryszkowski i in., 2015, s. 4–5):

1. negatywny wpływ na zdrowie osób nadmiernie pijących,
2. zaburzenie rozwoju pijącej młodzieży,
3. rodziny osób z problemem alkoholowym,
4. współuzależnienie od alkoholu,
5. kłopoty z prawem,
6. szkody w miejscu pracy osób pijących.

Wymienione negatywne skutki nadużywania alkoholu wskazują na konieczność wdrażania odpowiednich działań mających na celu ich ograniczanie. O randze problemu mogą świadczyć wnioski sformułowane już w dniu 5 czerwca 2001 przez Radę Unii Europejskiej w sprawie strategii Wspólnoty w dziedzinie redukcji szkód wywołanych przez alkohol. W jednym z punktów podsumowujących założenia strategii podkreślono, że „...pożądane byłoby opracowanie wszechstronnej strategii unijnej nastawionej na redukcję szkód powodowanych przez alkohol, składającej się (...) na zbieranie wszechstronnych informacji o charakterze porównawczym, łącznie z informacjami pochodzącymi z odpowiednich badań spełniających wysokie standardy oraz stworzenie skutecznego systemu monitoringu spożycia alkoholu, szkód wyrządzanych przez alkohol, działań podejmowanych w zakresie polityki poszczególnych państw wobec alkoholu i ich skuteczności we Wspólnocie Europejskiej” (*Rada Unii Europejskiej w sprawie strategii...*, <http://www.wyhamujwpore.pl/index.php/dzialanie-alkoholu/limity-spozycia>).

Problem nadużywania alkoholu dotyczy również społeczeństwa polskiego. Szacuje się, że w Polsce żyje ok. 800 tys. nałogowych alkoholików,

prawnie wiążących przepisów dla przemysłu spożywczego (w tym spirytusowego), opartych na dowodach naukowych (United European Gastroenterology, 2018, s. 159).

a około 2 miliony osób nadużywają alkoholu. Około 4 milionów Polaków żyje w rodzinach, w których z powodu alkoholu dochodzi do przemocy, zaniedbań, ubóstwa i demoralizacji. Około 2 miliony dzieci cierpią z powodu alkoholizmu rodziców. Większość rozwodów (70%) ma podłoże alkoholowe. Picie pogłębia ubóstwo rodzin, stając się np. istotną przeszkodą w znalezieniu pracy. Istnieją szacunki, zgodnie z którymi 6% konsumentów wypija aż 53% alkoholu (Ryszkowski i in., 2015).

2.2. Konsekwencje zdrowotne nadużywania alkoholu

Przewlekłe i nadmierne spożywanie alkoholu wywiera negatywny wpływ na stan zdrowia. Szacuje się, że nadużywanie alkoholu skraca życie średnio o 16 lat, powodując wiele chorób układu nerwowego, oddechowego, pokarmowego, krążenia, hormonalnego i odpornościowego. Najczęściej występujące choroby to: choroba refluksowa przełyku, ostre i przewlekłe zapalenie trzustki, nowotwory jamy ustnej i gardła oraz rak jelita grubego. Metabolizm alkoholu zachodzi przede wszystkim w wątrobie, więc jest to najbardziej narażony na uszkodzenie organ. Alkoholowa marskość wątroby jest najbardziej zaawansowaną formą uszkodzenia wątroby, występuje u 15–30% osób nadużywających alkoholu. Większość pacjentów, u których rozpoznano wspomnianą jednostkę chorobową, nie przeżywa 10 lat od momentu rozpoznania (Szymczak i in., 2009). Alkohol oddziałuje również na psychikę człowieka, powodując różnorodne zaburzenia, takie jak depresja, psychoza alkoholowa, halucynoza i paranoja alkoholowa, zespoły otępienne, zaburzenia osobowości i zachowania. Jak pokazują badania, osoby uzależnione od alkoholu są obciążone 60–120 razy większym ryzykiem popełnienia samobójstwa niż abstynenci (Klimkiewicz i in., 2011).

Alkohol może mieć również pozytywne działanie na organizm człowieka. Jego umiarkowane picie redukuje ryzyko zapadnięcia na dwadzieścia chorób, w tym osteoporozę i chorobę Parkinsona⁶. Etanol obniża prawdopodobieństwo wystąpienia choroby układu krwionośnego, redukuje stres, pozytywnie wpływa na socjalizację, zmniejsza zawartość glukozy we krwi. Zaobserwowano również pozytywny wpływ lekkiej i umiarkowanej konsumpcji alkoholu na zdolności poznawcze, w tym ryzyko demencji (Sowa, 2018). Dane epidemiologiczne pochodzące z 20 państw Ameryki Północnej, Europy, Azji i Australii wskazują, że wśród umiarkowanie pijących odno-

⁶ <https://www.mp.pl/poz/psychiatria/uzaleznienia/68124,czy-picie-alkoholu-zmniejsza-ryzyko-choroby-sercowo-naczyniowej> (dostęp: 10.12.2020).

towuje się niższe wskaźniki umieralności na chorobę wieńcową niż w przypadku pijących intensywnie i abstynentów. Dawki alkoholu, co do których można przyjąć, iż nie powodują szkód zdrowotnych, lub też minimalnie wpływają na powstawanie takich szkód w organizmie dorosłego człowieka, określone zostały przez WHO po serii długoletnich badań.

Zespół uzależnienia od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które poprzednio miały dla pacjenta większą wartość. Nadużywanie alkoholu powoduje dużą ilość szkód i zagrożeń. Około 4 milionów Polaków żyje w rodzinach z problemem alkoholowym. Bliscy i krewni osoby uzależnionej borykają się z problemami takimi jak pogorszenie sytuacji materialnej, przemoc, chroniczny stres, zaburzenia psychosomatyczne i emocjonalne, demoralizacja. Nadmierne spożycie alkoholu prowadzi w aspekcie społeczno-ekonomicznym do „zmniejszenia zasobów” kapitału ludzkiego – następuje zaburzenie procesu edukacji młodzieży i dorosłych, utrata produktywności i zwiększenie bezrobocia oraz wykluczenia społecznego i bezdomności (Sowa, 2018).

W publikacjach analizujących problemy zdrowotne generowane przez picie alkoholu stosowana jest z reguły tzw. metoda „ryzyka przypisanego populacji” (*population attributable risk*, PAR) (Kolasa, 2015). Polega ona na oszacowaniu wpływu spożywania alkoholu na zapadalność na określone choroby i na chorobowość. U podstaw tej metody leży ocena negatywnych skutków picia alkoholu w dwóch płaszczyznach:

- 1) chorób bezpośrednio związanych z alkoholem (*wholly attributable alcohol conditions*) – m.in. zespołu uzależnienia od alkoholu, psychozy alkoholowej lub urazów doznanych w stanie nietrzeźwości);
- 2) chorób pośrednio związanych z alkoholem, których rozwój jest możliwy bez jego udziału, ale w przypadku których spożywanie alkoholu podwyższa ryzyko wystąpienia oraz wpływa na przebieg choroby (*partly attributable alcohol conditions*).

Szacuje się, że w Polsce długość życia alkoholika jest o 15 lat krótsza, a śmiertelność 2,5 razy większa niż osoby wolnej od nałogu. Śmierć zależna od alkoholu stanowi ok. 10% wszystkich zgonów. Alkohol to najczęstsza przyczyna nagłej śmierci w wypadku komunikacyjnym, upadku, utonięciu, pożarze czy poparzeniu, 80% prób samobójczych popełnianych jest pod wpływem alkoholu, a połowa skutecznych samobójców to alkoholicy.

Wiele osób uzależnionych od alkoholu leczy się z powodu zaburzeń krążenia, układu trawiennego, nerwowego, oddechowego. Alkohol jest odpowiedzialny za powstanie wielu nowotworów. Alkohol drażni i uszkadza

śluzówki, zaburza pracę jelit, utrudnia wchłanianie pokarmów, upośledza funkcje takich narządów jak wątroba czy trzustka. Pobudza wydzielanie soku żołądkowego. Po wypiciu napoju alkoholowego alkohol z żołądka przedostaje się do krwi, a wraz z nią do mózgu, gdzie bezpośrednio oddziałuje na układ nerwowy. W mózgu alkohol usypia ośrodkowy układ nerwowy. Następnie alkohol z krwią trafia do wątroby – jedyne organu w ciele człowieka neutralizującego alkohol, gdzie jest rozkładany na aldehyd octowy, a następnie wydalanany przez nerki. Alkohol nawet w niewielkich ilościach upośledza zdolność człowieka do racjonalnego myślenia, a ponadto powoduje pogorszenie koordynacji ruchów, zmniejszenie szybkości reakcji, pogorszenie wzroku, rozproszenie uwagi, wzmożoną senność.

W ostatnich czasach nasila się negatywne zjawisko wzrostu liczby młodzieży, zwłaszcza w wieku szkolnym, pijącej napoje alkoholowe. Dominującą grupą w tej populacji są dziewczęta. Ocenia się, że negatywne następstwa zdrowotne występują u 10–15% pijących młodocianych i przejawiają się najczęściej w zaburzeniach rozwoju. Alkohol spożywany przez młodzież wpływa na rozwijający się mózg, ograniczając tworzenie komórek mózgowych i powodując zmiany w funkcjonowaniu neuroprzekazników (połączeń komórek nerwowych). Efektem tego są zaburzenia koncentracji czy pogorszenie umiejętności poznawczych⁷. Do negatywnych skutków picia alkoholu odczuwanych przez młodzież zalicza się również m.in.: brak sprawności intelektualnej, zwiększoną męczliwość, wzmożoną drażliwość, pobudliwość, skłonność do irytacji, agresywność, obniżenie aktywności psychicznej, problemy w nauce, niezdyscyplinowanie, problemy wychowawcze.

2.3. Konsekwencje ekonomiczne nadużywania alkoholu

Opracowania prezentujące ekonomiczne konsekwencje picia alkoholu zazwyczaj prezentują to zagadnienie przez negatywny wpływ picia alkoholu na długość życia lub analizę konsekwencji społeczno-ekonomicznych.

W publikacjach analizujących problemy zdrowotne generowane przez picie alkoholu stosowana jest z reguły tzw. metoda „ryzyka przypisanego populacji” (*population attributable risk*, PAR) (Kolasa, 2015). Polega ona na oszacowaniu wpływu spożywania alkoholu na zapadalność na określone choroby i na chorobowość. U podstaw tej metody leży ocena negatywnych skutków picia alkoholu w dwóch płaszczyznach:

⁷ <https://stopuzaleznieniom.pl/artykuly/fakty-o-alkoholu/sutki-picia-alkoholu-i-najnowsze-statystyki-dotyczace-spozycia-alkoholu-wsrod-polskiej-mlodziezy> (dostęp: 6.12.2020)

- chorób bezpośrednio związanych z alkoholem (*wholly attributable alcohol conditions*) – m.in. zespołu uzależnienia od alkoholu, psychozy alkoholowej lub urazów doznanych w stanie nietrzeźwości),
- chorób pośrednio związanych z alkoholem, których rozwój jest możliwy bez jego udziału, ale w przypadku których spożywanie alkoholu podwyższa ryzyko wystąpienia oraz wpływa na przebieg choroby (*partly attributable alcohol conditions*).

W ramach analiz ekonomicznych konsekwencji picia alkoholu wyróżnia się zazwyczaj dwie kategorie kosztów choroby (Kolasa, 2015):

- koszty bezpośrednie – ponoszone przez system ochrony zdrowia, lokalne samorządy oraz pacjentów – najczęściej koszty wizyt ambulatoryjnych u lekarzy pierwszego kontaktu oraz specjalistów, hospitalizacji, a także badań laboratoryjnych.
- koszty pośrednie – dotyczące utraty produktywności oraz koszty niematerialne związane z cierpieniem oraz bólem wywołanym chorobą.

Uwzględnienie w badaniu kosztów pośrednich traktuje się jako uwzględnienie perspektywy społecznej. Próbuje się kwantyfikować skutki finansowe wynikające z odczuwanego bólu i smutku, pogorszenia jakości życia oraz utraty możliwości konsumpcji dóbr i usług. Podejmowane były również próby policzenia wpływu alkoholu na aktywność zawodową – szacowano koszty związane z obniżoną wydajnością i nieobecnością w miejscu pracy oraz z negatywnymi konsekwencjami przedwczesnej umieralności. Nadużywanie alkoholu może generować również konsekwencje finansowe związane z naruszeniem prawa, tj. zarówno koszty działań związanych z zapobieganiem przestępstwom, jak i koszty będące następstwem przestępstw – zniszczenia dóbr materialnych oraz poniesione przez ofiary szkody emocjonalne związane z utratą zdrowia fizycznego i psychicznego (w tym koszty opieki psychologicznej) czy też z pogorszeniem jakości życia oraz koszty związane z działaniem organów ścigania – koszty prowadzonych dochodzeń policyjnych, koszty sądowe oraz zatrzymań.

W kilku publikacjach podjęto próby przedstawienia makroekonomicznych konsekwencji nadużywania alkoholu – opracowania te dotyczyły RPA, Portugalii, Szkocji oraz stanu Kalifornia w USA (Rosen i in., 2008; Cortez-Pinto i in., 2010; Matzopoulos i in., 2014; Johnston i in., 2012). Oszacowano, że całkowite koszty konsumpcji alkoholu stanowiły: od 1% PKB (publikacja dotycząca Portugalii) do 10% PKB (szacunki dotyczące RPA). W przypadku RPA konsekwencje picia potraktowano bardzo szeroko – koszty pośrednie stanowiły tam ponad 80% ogółu kosztów konsumpcji alkoholu. Generalnie, jeśli przedmiotem szacunków były zarówno koszty bezpośred-

nie, jak i pośrednie, zawsze w kosztach ogółem dominowały właśnie te drugie.

Zgodnie z ustaleniami autorów przywoływanych publikacji wśród kosztów bezpośrednich dominowały wydatki związane z korzystaniem ze świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych. Utrata produktywności, wynikająca z przedwczesnej śmierci, była z kolei główną przyczyną generowania wysokich kosztów pośrednich.

W wielu pracach poświęconych społeczno-ekonomicznym konsekwencjom spożycia alkoholu przedmiotem analizy jest jego wpływ na długość życia społeczeństwa (Kolasa, 2015). W każdym przypadku korzystano z tzw. formuły „ryzyka przypisanego populacji” (*population attributable risk*). Mimo jednolitej metodologii badań wyniki analiz są mocno zróżnicowane – np. zaskakująco wysoki jest wpływ alkoholu na umieralność w Szwajcarii (8,7%), a szczególnie niski w USA (2,7%).

Dokonany przez Kolasę przegląd literatury z lat 2004–2014 wykazał znaczący wpływ alkoholu na przedwczesną umieralność i obciążenie systemu ochrony zdrowia (Kolasa, 2015). Interesujący jest przykład kalkulatora przygotowanego w USA w Center of Disease Control and Prevention (CDC), który pozwala na dokładne określenie w wybranej populacji docelowej liczby przypadków chorobowych powstałych na skutek nadużywania alkoholu – są to zarówno zachorowania spowodowane wyłącznie przez alkohol, jak i zachorowania, do których rozpowszechnienia przyczynia się alkohol. Rehm i in. (2004) w analizie przeprowadzonej na podstawie ponad 6000 badań klinicznych wykazali, że istnieje ponad 30 stanów chorobowych bezpośrednio związanych z nadmierną konsumpcją alkoholu. Zwrócili także uwagę na fakt, iż w przypadku wielu chorób zakaźnych, nowotworów, cukrzycy, chorób psychicznych czy chorób układu krążenia istnieje ich pośredni związek ze spożywaniem alkoholu.

W badaniu przeprowadzonym w Szwajcarii wymienia się jako wywołane spożyciem alkoholu nowotwory trzustki, przełyku, krtani, jelita grubego, odbytnicy, wątroby, piersi, a także epilepsję, cukrzycę, choroby układu oddechowego, gruźlicę, choroby wątroby, zaburzenia przewodzenia oraz udar niedokrwienny (Marmet i in., 2014).

Poza omówieniem skutków zdrowotnych i ekonomicznych picia alkoholu autorzy publikacji pokazują także, jak rządy krajów rozwiniętych próbują tym skutkom zapobiegać. W Szkocji – w ramach Monitoring and Evaluating Scotland's Alcohol Strategy (MESAS, [http](http://www.mesas.scot.nhs.uk/)), zaplanowano szereg działań zintegrowanych w siedmiu programach. Jeden z nich dotyczył interwencji psychospołecznych dla osób uzależnionych. Szkocki Narodowy Fundusz

Zdrowia został zobowiązany do przeprowadzenia prawie 150 tysięcy takich interwencji w ciągu zaledwie trzech lat. Wśród innych programów znalazła się ocena postaw społecznych na temat konsumpcji alkoholu, a także analiza wpływu nadużywania alkoholu na stan zdrowia społeczeństwa, system bezpieczeństwa oraz edukacji.

Analiza dotycząca Kanady wykazała, iż udałoby się zaoszczędzić 900 mln dolarów kanadyjskich (6,7% całkowitych kosztów związanych z alkoholem), wprowadzając programy profilaktyki i mechanizmy kontroli nad alkoholem – wśród nich wymieniono zwiększenie akcyzy na alkohol, ograniczenie dopuszczalnego poziomu alkoholu przy prowadzeniu pojazdów czy też interwencje psychospołeczne dla osób pijących i ich rodzin (Rehm, 2011).

Jeśli chodzi o przypadek Polski, zdaniem ekspertów koszty społeczne i ekonomiczne uzależnienia od alkoholu w Polsce są szacowane w przedziale od 1,3 do 3% PKB (Bogucki i in., 2013). Do tej pory jednak nie podjęto próby oszacowania wszystkich konsekwencji picia alkoholu. Z dostępnych danych wynika, że wydatki NFZ na leczenie chorób bezpośrednio związanych z alkoholem (leczenia odwykowego, hospitalizacji z powodu chorób wątroby i mózgu oraz intoksykacji alkoholem etylowym) sięgają rocznie ponad 400 milionów złotych. Z pewnością oszacowanie pozostałych kosztów medycznych, tj. chorób pośrednio związanych z alkoholem oraz tych niemiedycznych uwidoczniliby faktyczną skalę problemu.

Podsumowanie

Nadużywanie i uzależnienie od alkoholu uznaje się na świecie za istotny problem interdyscyplinarny, dotyczący wielu sfer: medycznej, społecznej i ekonomicznej.

Celem niniejszego opracowania było przedstawienie skali zjawiska konsumpcji alkoholu w Polsce (na tle innych krajów europejskich), wydatków gospodarstw domowych na ten cel, wartości transakcji dokonywanych na rynku wyrobów alkoholowych oraz wpływów do budżetu państwa z tytułu akcyzy od wyrobów alkoholowych. Pokazano także wybrane aspekty zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych konsekwencji nadmiernego spożycia alkoholu.

Bibliografia

- Bentzen, J. i Smith V. (2018). Structural Changes in the Consumption of Beer, Wine and Spirits in OECD Countries from 1961 to 2014. *Beverages*, 4(8). Pozyskano z www.mdpi.com/journal/beverages (dostęp: 23.02.2020).
- Bogucki, M., Gierczyński, J. i Gryglewicz, J. (2013). Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i Polsce. Uczelnia Łazarskiego.
- Classification of Individual Consumption, According to Purpose (COICOP) (2018). Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division, ST/ESA/STAT/SER.M/99
- Cortez-Pinto, H., Gouveia, M., dos Santos Pinheiro, L., Costa, J., Borges, M. i Vaz Carneiro, A. (2010). The burden of disease and the cost of illness attributable to alcohol drinking – results of a national study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1442–9.
- Fudała, J. (2018). Bezpieczne picie alkoholu. *Medycyna Praktyczna dla Pacjenta*, 13.12.2018, <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69551,bezpieczne-picie-alkoholu> (dostęp: 7.12.2020).
- Jałowicki, P. i Surtel, I. (2017). Zróżnicowanie konsumpcji wyrobów alkoholowych w Europie. *Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu*, XIX(5).
- Johnston, M., Ludbrook, A. i Jaffray, M.A. (2012). Inequalities in the distribution of the costs of alcohol misuse in Scotland: a cost of illness study. *Alcohol and Alcoholism*, 47(6), 725–733.
- Klimkiewicz, A., Serafin, P. i Wojnar M. (2011). Czynniki ryzyka zachowań samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu. *Psychiatria*, 8(1), 7–17. Pozyskano z: <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/download/29095/23860> 2011 (dostęp: 10.12.2020).
- Matzopoulos, R., Truen, S., Bowman, B. i Corrigan, J. (2014). The cost of harmful alcohol use in South Africa. *South African Medical Journal*, 104(2), 127–132.
- Marmet, S., Rehm, J., Gmel, G., Frick, K. i Gmel, G. (2014). Alcohol-attributable mortality in Switzerland in 2011 – age-specific causes of death and impact of heavy versus non-heavy drinking. *Swiss Medical Weekly*, 20. <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2014.13947>
- MESAS – NHS Health Scotland Monitoring and Evaluating Scotland's Alcohol Strategy. Pozyskano z: <http://www.healthscotland.com/scotlands-health/evaluation/planning/MESAS.aspx> (dostęp: 28.05.2015).
- Rada Unii Europejskiej w sprawie strategii Wspólnoty w dziedzinie redukcji szkód wywołanych przez alkohol. Pozyskano z: <http://www.parpa.pl/index.php/alkohol-i-mlodzi-polacy/poradnik-dla-rodzicow> (dostęp: 7.12.2020).
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N. i in. (2004). Alcohol Use. W: M. Ezzati, A. Lopez, A. Rodgers, C. Murray (red.), *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. WHO.
- Rehm, J., Patra, J., Gnam, W.H., Sarnocinska-Hart, A. i Popova, S. (2011). Avoidable cost of alcohol abuse in Canada. *European Addiction Research*, 17(2), 72–79.
- Ritchie, H. i Roser, M. (2020). *Alcohol Consumption*. Pozyskano z: <https://ourworldindata.org/alkohol-consumption> (dostęp: 22.02.2020).
- Rocznik Statystyczny (2005, 2013, 2015, 2018, 2019). www.stat.gov.pl.
- Rosen, M., Miller, T.R. i Simon, M. (2008). The cost of alcohol in California. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(11), 1925–1936.

- Ryszkowski, A., Wojciechowska, A., Kopański, Z., Brukwicka, I., Lishchynskyy, Y. i Mazurek, M. (2015). Objawy i skutki nadużywania alkoholu. *Journal of Clinical Healthcare*, 1, 4–5.
- Sowa, B. (2018). Konsumpcja alkoholu w Polsce oraz jej społeczno-ekonomiczne skutki w latach 2001–2017. *Rynek-Społeczeństwo-Kultura*, 3(29), 29–33. Pozyskano z: <https://kwartalnikrsk.pl/Artykuły/RSK-3-2018/RSK-3-2018-Sowa-Konsumpcja-alkoholu-w-Polsce-skutki-spoeczno-ekonomiczne.pdf> (dostęp: 7.12.2020).
- Szymczak, A., Niśkiewicz, I., Krela-Kaźmierczak, I. i Linke, K. (2009). Wpływ alkoholu na wybrane schorzenia przewodu pokarmowego. *Nowiny Lekarskie*, 78(3–4), 222–227.
- United European Gastroenterology (2018). Pozyskano z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5802682/> (dostęp: 7.12.2020).
- Związek Przedsiębiorców i Pracodawców w Polsce (2014). *Straty budżetu państwa z powodu błędów Ministerstwa Finansów*. Raport Warszawa.

Akty prawne

Ustawa z dnia 21 listopada 2019 r. o zmianie ustawy o podatku akcyzowym (Dz.U. z 2019 r., poz. 2523).

Strony internetowe

- apps.who.int/gho/data/node.main-euro.A.1039?lang=en&showonly=GISAH <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en> (dostęp: 12.05.2019).
- http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-423035_QID_4_DF157C8_UID_-3F171EB0&layout=UNIT,L,X,0;GEO,L,Y,0;COICOP,L,Z,0;TIME,C,Z,1;INDICATORS,C,Z,2;&zSelection=DS-423035INDICATORS,OBS_FLAG;DS-423035COICOP,CP021;DS-423035TIME,2017;&rankName1=INDICATORS_1_2_1_2&rankName2=COICOP_1_2_0_0&rankName3=TIME_1_0_0_0&rankName4=UNIT_1_2_0_0&rankName5=GEO_1_2_0_1&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=true&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23 (dostęp: 12.05.2020).
- <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/profilaktyka-uzaleznienia-od-alkoholu/> (dostęp: 1.12.2020).
- <https://www.mp.pl/poz/psychiatria/uzaleznienia/68124,czy-picie-alkoholu-zmniejsza-ryzyko-choroby-sercowo-naczyniowej> 2012 (dostęp: 10.12.2020).
- <https://stopuzaleznieniom.pl/artykuly/fakty-o-alkoholu/skutki-picia-alkoholu-i-najnowsze-statystyki-dotyczace-spozycia-alkoholu-wsrod-polskiej-mlodziezy> (dostęp: 6.12.2020).
- <http://www.wyhamujwpore.pl/index.php/dzialanie-alkoholu/limity-spozycia> (dostęp: 7.12.2020).
- <https://www.gov.pl/web/finanse/sprawozdanie-roczne-za-2018> (dostęp: 7.10.2020).
- <https://mf-arch2.mf.gov.pl/ministerstwo-finansow/dzialalnosc/finanse-publiczne/budzet-panstwa/wykonanie-budzetu-panstwa/sprawozdanie-z-wykonania-budzetu-panstwa-roczne/> (dostęp: 7.10.2020).

Marta Donderska*
Zuzanna Czudy**
Milena Matuszczak***
Józef Haczyński****

Globalna epidemia otyłości i jej ekonomiczno-społeczne konsekwencje

Streszczenie

W ostatnim czasie odnotowano gwałtowny wzrost występowania nadwagi i otyłości wśród ludzi na całym świecie. Nadmierna masa ciała jest przyczyną wielu chorób przewlekłych oraz utrudnia prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie. Leczenie otyłości generuje koszty, które możemy podzielić na bezpośrednie (związane z kosztowną farmakoterapią, hospitalizacją czy leczeniem ambulatoryjnym) oraz pośrednie, wynikające ze spadku produktywności i licznych absencji w pracy. Ze wzrostem liczby osób otyłych skorelowany jest wzrost kosztów profilaktyki oraz leczenia nadmiernej masy ciała i jej konsekwencji, które co roku obciążają budżety państw na całym świecie.

Słowa kluczowe: otyłość, nadwaga, ekonomia, koszty pośrednie, koszty bezpośrednie, profilaktyka, koszty farmakoterapii.

JEL: I12

Abstract

There has been a rapid increase in the prevalence of overweight and obesity among people worldwide in recent times. Excessive body weight causes many chronic diseases and hinders proper functioning in society. Obesity treatment generates costs that can be divided into direct (related to expensive pharmacotherapy, hospitalization or outpatient treatment) and indirect, resulting from a decrease in productivity and numerous

* Studenckie Koło Naukowe Chorób Wewnętrznych, Wydział Lekarski, Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. ORCID: 0000-0002-7144-4624.

** Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. ORCID: 0000-0002-1619-4343.

*** Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. ORCID: 0000-0001-8050-1507.

**** Wydział Medycyny Uniwersytetu w Zielonej Górze, Dyrektor Centrum Zarządzania Ochroną Zdrowia, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego. ORCID: 0000-0002-8971-2287.

absences from work. The increase in the number of obese people is correlated with the increase in the costs of prevention and treatment of excess body weight and its consequences, which burden budgets of countries around the world every year.

Keywords: obesity, overweight, economy, direct costs, indirect costs, prevention, costs of pharmacotherapy.

Wstęp

Nadmierna masa ciała to globalny problem społeczny i zdrowotny. Nadwaga i otyłość rozpoznawane są w oparciu o wskaźnik masy ciała (BMI, body mass index), czyli iloraz masy ciała wyrażonej w kilogramach przez wzrost wyrażony w metrach do kwadratu. BMI wykazuje korelację z całkowitą zawartością tkanki tłuszczowej w organizmie u osób dorosłych, nie określa jednak jej rozmieszczenia. Prawidłowy BMI nie przekracza 25 kg/m^2 . O nadwadze stanowi BMI w granicach $25\text{--}30 \text{ kg/m}^2$, a o otyłości, gdy jest wyższy niż 30 kg/m^2 (Kinalska i in., 2006). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje nadwagę i otyłość jako nieprawidłowe lub nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej, powodujące zwiększenie masy ciała powyżej zalecanej dla danej płci i wieku oraz stanowiące zagrożenie dla zdrowia. Ze względu na nieustanny wzrost w populacji osób z nadmierną masą ciała prowadzone są liczne badania analizujące wpływ otyłości na zdrowie i różne dziedziny życia. Długofalowe konsekwencje zdrowotne wczesnego występowania otyłości prowadzą do rozwoju wielu schorzeń o charakterze przewlekłym, obniżenia jakości życia oraz spadku wydolności organizmu (Przybylska Daria i in., 2012). Nadmierna masa ciała jest chorobą przewlekłą, związaną nie tylko z jednostkowym cierpieniem, lecz także z ogromnymi kosztami dla społeczeństwa, przez co stanowi ogromne wyzwanie dla współczesnej ekonomii (Chooi i in., 2019).

1. Patogeneza i przyczyny

Patogeneza otyłości jest niezwykle złożona. Obejmuje m.in. czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe, takie jak dieta i aktywność fizyczna, czynniki społeczne i kulturowe oraz stan hormonalny organizmu. Dużą rolę odgrywają czynniki genetyczne, które warunkują predyspozycję do nadmiernej masy ciała. Być może konieczność magazynowania energii wynikała z potrzeby przystosowania człowieka do okresów z dostatkiem pożywienia

(np. lato, jesień) i okresów z mniejszą ilością pożywienia (zima, wiosna). Dziedziczenie otyłości ma charakter poligenowy, dotyczy mutacji w genach regulujących pobieranie pokarmu, przemianę materii czy dojrzewanie adipocytów. Wyróżniamy trzy typy otyłości uwarunkowanej genetycznie: jednogenową, wchodzącą w skład zespołu genetycznego oraz wielogenową. Nie ma wątpliwości co do tego, że główną przyczyną otyłości są czynniki środowiskowe (Wąsowski i in., 2013). Dotyczą one nieprawidłowego żywienia jakościowego i ilościowego oraz braku aktywności fizycznej, które bezpośrednio prowadzą do tzw. otyłości prostej (60–70% otyłych). Równowaga energetyczna człowieka zależy od właściwego zbilansowania poboru energii z jej spożyciem. Jeśli pobór energii przewyższa jej wydatek, to tłuszcz zaczyna się gromadzić w ustroju (Hill i in., 2012). Czynniki genetyczne mają dużo mniejsze znaczenie w rozwoju otyłości prostej. Wśród nich wymienia się polimorfizmy genów: FTO (*fat mass and obesity-associated gene*), PPAR γ (gen receptora aktywowanego proliferatorami peroksygenów typu γ), adiponektyny, rezystyny. Przyczyny otyłości wtórnej są bardziej złożone. Występuje ona m.in. w przebiegu endokrynopatii, zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego, rzadkich zespołów uwarunkowanych genetycznie jako zespół polekowy (spowodowany przyjmowaniem glikokortykosteroidów, estrogenów, leków przeciwdepresyjnych, niektórych neuroleptyków) (Jung, 2014). Czynniki zwiększającymi ryzyko wystąpienia otyłości są m.in. stresujące doświadczenia psychospołeczne z dzieciństwa. Ze względu na złożoną patogenезę otyłość należy postrzegać jako problem nie tylko kliniczny, lecz także społeczny. Poprawa środowiska psychospołecznego, w którym żyją dzieci, może przyczynić się do pierwotnej profilaktyki otyłości i jej konsekwencji (Danese i Tan, 2013). Również otyłość wieku dziecięcego jest istotnym czynnikiem predykcyjnym otyłości w wieku dorosłym. Stwierdzono, że otyłość w dzieciństwie nie tylko zwiększa prawdopodobieństwo otyłości w wieku dorosłym, lecz także jest ściśle związana z ryzykiem rozwoju chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy. Co więcej, konsekwencje te mogą być obecne mimo unormowania masy ciała w wieku dorosłym. Także niewystarczająca ilość snu może przyczynić się do rozwoju otyłości. Dorośli, którzy deklarują poniżej 5–6 godzin snu na dobę, szybciej przybierają na wadze, mają większy obwód talii i wykazują większą częstość występowania otyłości. W badaniu przeprowadzonym na grupie 13 742 respondentów zaobserwowano, że osoby śpiące poniżej 6 godzin na dobę są 1,0 kg/m² cięższe i mają obwód talii o 2,2 cm większy, niż osoby śpiące 7–9 godzin na dobę. Ten związek może być bardziej wyraźny u młodych dorosłych (18–29 lat) i dorosłych w średnim wieku (30–64 lat), niż u osób powyżej 65. roku życia. Wykazano

to również na populacji pediatrycznej. Niemowlęta śpiące krótko wykazały większą częstość występowania nadwagi i otyłości w wieku 2–3 lat (Spaeth i in., 2018).

2. Epidemiologia

Od 1980 roku do roku 2015 liczba osób otyłych w skali globalnej wzrosła prawie dwukrotnie. W 1980 roku nadwaga i otyłość dotyczyły odpowiednio 26,5% i 7% populacji, natomiast w 2015 roku odpowiednio 39,0% i 12,5%. W 2016 roku 1,9 miliarda osób miało nadwagę, a ponad 650 milionów było otyłych, co stanowiło wówczas 39% populacji. W analizie rozpowszechnienia nadwagi i otyłości na świecie Chung Chooi i in. wskazali, że nadmierna masa ciała w 2015 roku w przedziale wiekowym od 20 do 44 lat częściej dotyczyła kobiet niż mężczyzn, natomiast po osiągnięciu 45–49 lat częściej dotyczyła mężczyzn (Chooi i in., 2019). Szczyt nasilenia otyłości i nadwagi u obu płci zaobserwowano dla grup w wieku od 50 do 65 lat. Regionami, w których otyłość i nadwaga są najbardziej nasilone jest region amerykański i europejski (Światowa Organizacja Zdrowia, 2020). Według prognozy Wang i in. aż 46–47% dorosłych Amerykanów do roku 2030 będzie miało nadwagę lub będą otyli (Wang i in., 2020). Występowanie otyłości i nadwagi różni się w zależności od przynależności do grupy etnicznej czy społeczno-ekonomicznej. Szczególną grupą ryzyka wystąpienia nadwagi i otyłości są Amerykanie pochodzenia meksykańskiego oraz Amerykanki pochodzenia afroamerykańskiego, u których prognozowana częstość występowania otyłości do roku 2030 wyniesie odpowiednio 61,4% oraz 66,3% (Wang i in., 2020). Również w Polsce odsetek osób z nadwagą i osób otyłych rośnie na przestrzeni lat. Według badania WOBASZ II (Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności) prowadzonego w latach 2013–2014 24,4% mężczyzn i 25% kobiet w wieku 20–99 lat było otyłych oraz 43,2% mężczyzn i 30,5% kobiet miało nadwagę (Stepaniak i in., 2016). Najwyższy odsetek otyłych mężczyzn występował w województwie świętokrzyskim (53,7%), a kobiet w zachodniopomorskim (36,3%), zaś najniższy odsetek stwierdzono wśród mężczyzn województwie małopolskim (37,2%), natomiast wśród kobiet – w lubelskim (26,7%). W porównaniu do innych państw europejskich częstość występowania otyłości w Polsce jest podobna, np. Anglii (26% mężczyzn, 23,8% kobiet) czy Hiszpanii (24,4% mężczyzn, 21,4% kobiet) (Stefan i in., 2013).

Otyłość i nadwaga nie dotyczą jednak wyłącznie osób dorosłych. Aktualne dane dotyczące występowania otyłości wskazują, że zjawisko to występuje coraz częściej także u dzieci i młodzieży, szczególnie w krajach rozwijających się, takich jak: Chiny, Albania, Brazylia (Monteiro i in., 2004). W tych krajach liczba dzieci z nadwagą lub otyłością rośnie o 30% szybciej niż w krajach rozwiniętych. Rosnące wskaźniki otyłości dziecięcej są szczególnie niepokojące, ponieważ otyłość w wieku dziecięcym zwiększa prawdopodobieństwo otyłości wieku dorosłego, a także jest ściśle związana z ryzykiem rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, która może być wciąż obecna mimo normalizacji masy ciała u osoby obciążonej otyłością w dzieciństwie. „Na świecie w roku 2014 blisko 41 mln dzieci poniżej 5. roku życia dotkniętych było nadwagą lub otyłością” (Kędzior i in., 2017). Wykazano, że w latach 1975–2016 częstość występowania otyłości na świecie wśród dzieci w wieku 5–19 lat wzrosła z 0,7% do 5,6% u dziewcząt i z 0,9% do 7,8% u chłopców. Najwyższe wskaźniki występowania otyłości i nadwagi odnotowano w USA i Nowej Zelandii. Szacuje się, że w USA na przestrzeni ostatnich 30 lat średnia masa ciała dziecka wzrosła o około 5 kg. W latach 1976–1980 otyłość występowała odpowiednio u 6,5% i 5,0% amerykańskich dzieci i młodzieży. Obecnie jedna trzecia dzieci i młodzieży w Stanach Zjednoczonych Ameryki to osoby z nadwagą lub otyłością. Częstość występowania nadwagi i otyłości rośnie wraz z wiekiem. W Stanach Zjednoczonych Ameryki zwiększoną masę ciała odnotowano u 22,8% dzieci w wieku przedszkolnym (2–5 lat), z czego 8,4% jest otyłych, 34,2% dzieci w wieku szkolnym (6–11 lat), z czego 7,7% jest otyłych oraz u 34,5% młodzieży (12–19 lat), z czego 20,5% jest otyłych i in., 2019). W Polsce w latach 1994–1995 nadwaga występowała u 8,7% dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat, a otyłość u 3,4% (Wojnarowska i in., 2006). W publikacji Kułaga i in. wykazano, że odsetek dzieci z nadwagą i otyłością w wieku 7–12 lat w Polsce plasuje się obecnie na poziomie 21,7–30,4% oraz 18,4–23,2% odpowiednio dla chłopców i dziewcząt (Kułaga i in., 2016). Otyłość w tej grupie wiekowej występuje u 5,5–13,1% chłopców i 3,6–6,4% dziewcząt. W grupie nastolatków w wieku 13–18 lat częstość występowania nadwagi i otyłości wynosi 14,6–19,4% i 10,3–13,0% odpowiednio dla chłopców i dziewcząt, a otyłość występuje u 3,4–5,0% chłopców i 2,0–2,6% dziewcząt. W badaniu Kułaga i in. wykazano pewne prawidłowości dotyczące otyłości dziecięcej (Kułaga i in., 2016). Nadwaga i otyłość wieku dziecięcego ulegają zmniejszeniu około 11.–12. roku życia w grupie dziewcząt i 13–14 roku życia w grupie chłopców, przy czym spadek jest lepiej widocz-

ny u płci męskiej. Związane jest to z tzw. wiekiem szczytowego przyrostu wzrostu (Kułaga i in., 2016).

3. Konsekwencje zdrowotne nadwagi i otyłości

Nadwaga i otyłość niekorzystnie wpływają na prawie wszystkie fizjologiczne funkcje organizmu i stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego. Okres życia, w którym pojawia się otyłość oraz czas trwania otyłości mają znaczący wpływ na stan zdrowia, jakość życia oraz jego długość. Wykazano liniowy związek między wzrostem BMI a ryzykiem incydentów sercowo-naczyniowych, a także korelację między masą ciała a czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, takimi jak wysokość ciśnienia krwi, oporność na insulinę, stężenie lipidów w osoczu czy występowanie i przebieg przewlekłych procesów zapalnych. Zwiększona masa ciała powoduje zwiększenie obciążenia serca, prowadząc do zwiększenia objętości wyrzutowej lewej komory, pojemności minutowej serca a w konsekwencji do przerostu komór i niewydolności serca (Ortega i in., 2016). Metaanalizy wykazały, że otyłość i nadwaga są ważnymi czynnikami ryzyka udarów niedokrwiennych (de Groot i in., 2011; Strazzullo i in., 2010). Udowodniono także związek pomiędzy występowaniem nadciśnienia a zwiększoną masą ciała. Nawet u osób bez nadwagi czy otyłości ciśnienie krwi rośnie razem ze zwiększającą się masą ciała. Stwierdzono, że każdy wzrost BMI o jedną jednostkę zwiększa o 12% ryzyko wystąpienia nadciśnienia (Colditz i Hank, 2018). Jest kilka mechanizmów, w wyniku których otyłość powoduje rozwój nadciśnienia, np.: hiperinsulinemia, która jest częsta u osób z nadwagą lub otyłych i może aktywować układ współczulny tak samo skutecznie jak retencja sodu, co uznawane jest za jedną z istotnych przyczyn nadciśnienia. Zwiększona masa ciała koreluje również z występowaniem cukrzycy typu 2. Wskaźnik ryzyka w tym wypadku wynosi 2,40 dla nadwagi u mężczyzn i 3,92 u kobiet (Maggio i Pi-Sunyer, 2003). Ryzyko rośnie wraz ze wzrostem BMI i w przypadku otyłości wskaźnik ten wynosi 6,74 u mężczyzn oraz 12,41 u kobiet. Warto dodać, że ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 zaczyna wzrastać z wiekiem również u osób z prawidłowym BMI, np.: dla BMI 21–22,9 kg/m² wskaźnik ryzyka wynosi 1,2. Niezależnie od masy ciała rozmieszczenie tkanki tłuszczowej odgrywa ważną rolę w rozwoju cukrzycy typu 2. Zaobserwowano, że u kobiet z większym obwodem w talii (91,9 cm) pięciokrotnie częściej rozwijała się cukrzyca typu 2 niż u kobiet z mniejszym obwodem (66,5 cm), niezależnie od BMI. Ryzyko cukrzycy wzrasta także wraz ze wzrostem

wskaźnika talia-biodra będącego ilorazem obwodu ciała mierzonego w talii i obwodu bioder (Emdin i in., 2017).

Nowotwory są szczególną grupą chorób, na których rozwój ma wpływ zwiększona masa ciała. Zidentyfikowano 13 różnych typów nowotworów korelujących z otyłością (dane na rok 2016). Nadwaga i otyłość sprzyjają powstawaniu procesu nowotworzenia przez wiele współbieżnych mechanizmów. Składają się na nie: stymulacja procesu zapalnego i stresu oksydacyjnego przez cytokiny prozapalne (np. IL-6, TNF) i reaktywne formy tlenu, zmiana stężeń czynników pobudzających wzrost komórek (szczególnie insuliny i IGF-1), zmiana stężeń hormonów płciowych (szczególnie w przypadku raku piersi i jajnika), zmiany w mikrobiomie jelitowym z ekspansją gatunków bakterii sprzyjających powstawaniu nowotworów, a także mechaniczne skutki otyłości, takie jak powstawanie przepukliny rozworu przełykowego, choroby refluksowej przełyku, predysponujące do gruczolakoraka przełyku (Berger, 2018). Metaanaliza danych obejmująca 221 zbiory danych pokazała, że ryzyko postmenopauzalnego raka piersi wzrasta o 1,12 wraz ze wzrostem BMI o 5 kg/m² (Renehan i in., 2008). Innym nowotworem, powiązaniem zarówno z otyłością, jak i z obwodem w talii, jest rak okrężnicy. Otyłość oraz obwód w talii mają szczególnie istotny wpływ na występowanie tego nowotworu u mężczyzn. Obserwuje się wzrost ryzyka raka okrężnicy o 30% (wskaźnik ryzyka = 1,3) u mężczyzn i o 12% (wskaźnik ryzyka = 1,12) u kobiet z każdym wzrostem BMI o 5 kg/m² lub zwiększeniem obwodu w talii o 10 cm. Zwiększona masa ciała koreluje również z rzadszymi niż wymienione wcześniej nowotworami, np.: rakiem endometrialnym, gruczolakorakiem przełyku, nowotworem wpustu żołądka, nowotworem wątroby, nowotworem trzustki czy nerek. Ryzyko w ww. nowotworach plasuje się na poziomie 1,2–1,5 dla BMI 25–29,9 kg/m² i 1,5–1,8 dla BMI $\geq$ 30 kg/m² (Larsson i Wolk, 2006).

Zwiększona masa ciała przyczynia się również do chorób, które bezpośrednio nie prowadzą do zgonu, ale prowadzą do niepełnosprawności, np. choroba zwyrodnieniowa stawów, która powoduje konieczność rehabilitacji i przewlekłego leczenia, a tym samym ponoszenie dodatkowych kosztów zarówno przez pacjenta, jak i często przez płatnika. Wykazano również związek między podwyższoną masą ciała a występowaniem innych schorzeń, takich jak astma, obturacyjny bezdech senny (OBS), bezpłodność, łagodny przerost prostaty (Wang i in., 2011). Obturacyjny bezdech senny występuje prawie dwukrotnie częściej w przypadku osób otyłych w porównaniu do osób o prawidłowej masie ciała. Proporcjonalnie do rosnącej liczby osób otyłych i z nadwagą rośnie liczba osób dotkniętych OBS. Mechanizm powstawa-

nia schorzenia w tym przypadku jest związany z magazynowaniem tłuszczu w sąsiedztwie górnych dróg oddechowych, szyi, klatki piersiowej i tułowia, co prowadzi do pogorszenia czynnościowej pojemności zalegającej (FRC). Skutkuje to bezpośrednim związkiem między bezdechem a ilością tkanki tłuszczowej pacjenta. Dlatego jednym z etapów leczenia OBS jest redukcja masy ciała (Upadhyay i in., 2018).

Nadwaga i otyłość mają również wpływ na wiele aspektów dotyczących jakości życia. Znamienny jest wpływ masy ciała na zdrowie psychiczne. Osoby otyłe często mają problem z nawiązywaniem znajomości, są stygmatyzowane i dyskryminowane na wielu płaszczyznach, co znacząco wpływa na ich samopoczucie (Pan i in., 2018). Istnieje tzw. dwukierunkowy związek między otyłością a depresją. Z jednej strony otyłość może prowadzić do obniżenia samooceny, braku akceptacji własnego wyglądu oraz izolacji społecznej, które mogą być przyczyną zwiększonego poziomu stresu, obniżenia nastroju i wystąpienia depresji. Z drugiej strony wymienione objawy i występowanie depresji mogą powodować zmiany zachowań żywieniowych, które w konsekwencji przyczyniają się do wzrostu masy ciała i rozwoju otyłości. Dotychczasowe badania związku tych dwóch chorób przyniosły sprzeczne rezultaty, jednak wyraźnie zauważa się wzrost częstości występowania depresji oraz otyłości w porównaniu z wcześniejszymi latami. W badaniach oryginalnych wykazano, że u osób z BMI ≥ 40 kg/m² częściej widoczne było występowanie ciężkiej depresji w porównaniu z osobami z I i II stopniem otyłości (Olszanecka-Glinianowicz, 2008).

4. Konsekwencje społeczne

Oprócz tego, że otyłość niesie ze sobą liczne konsekwencje zdrowotne, oddziałuje również na społeczne aspekty życia jednostki. Osoby otyłe dotyka wykluczenie z życia towarzyskiego, prześladowanie, dokuczanie. Dyskryminacja zaczyna się już w dzieciństwie. Dzieci z nadwagą są często wykluczane z zabaw, zajęć wychowania fizycznego. Przyczynia się to do rozwoju niskiej samooceny, braku akceptacji własnego ciała. Może to przekładać się także na problemy w nauce. Osoby stygmatyzowane często opuszczają zajęcia w szkole, na uczelni, aby znaleźć się w bezpiecznym miejscu, wolnym od prześladowań (Sahoo i in., 2015). Negatywne postawy, dyskryminacja oraz napaści słowne i czasem fizyczne ataki na osoby otyłe związane są w dużej mierze z dotyczącymi ich stereotypami. Są one postrzegane jako osoby leniwe, nieudolne o słabej sile woli i słabej kondycji

fizycznej. Stygmatyzowanie ich przez społeczeństwo sprawia, że postrzegają siebie jako mniej kompetentne do podejmowania aktywności fizycznej, a ze stresem radzą sobie, jedząc więcej, co prowadzi to do pogłębiania się otyłości. Mają w tym udział również mechanizmy fizjologiczne, ponieważ stres angażuje oś podwzgórze–przysadka–nadnercza do wydzielania kortyzolu, co sprzyja spożywaniu większej ilości pożywienia. Ponadto osoby żyjące w przewlekłym stresie, w celu pobudzenie ośrodka przyjemności w podwzgórzu mają większą tendencję do wybierania żywności wysokokalorycznej i wysokotłuszczowej (Sutin i Terracciano, 2013). Dyskryminacja osób otyłych przekłada się także na ich możliwości zarobkowe. W badaniu O'Brien i in. poddano ocenie kobiety otyłe oraz te same kobiety po wystąpieniu redukcji ciała wywołanej operacją bariatryczną, ubiegające się o stanowisko kierownicze (O'Brien i in., 2013). Kobiety otyłe przed wykonaniem zabiegu bariatrycznego były negatywnie oceniane w zakresie potencjału przywódczego, przewidywanego sukcesu zawodowego, całkowitej oceny pracownika, wynagrodzenia, prawdopodobieństwa wyboru oraz kolejności w rankingu preferencji w stosunku do innych kandydatów (Borak, 2011). Uznawanie osób otyłych za mniej wydajnych i gorszych pracowników prowadzi do zaburzenia poczucia własnej skuteczności. Osoby z nadwagą i otyłością częściej wątpią w swoje kompetencje, boją się podejmowania nowych zadań. Zaniżona samoocena osób otyłych utrudnia także zmianę nawyków żywieniowych, redukcję masy ciała, powoduje utratę wiary w osiągnięcie zamierzonego celu. Zmagania z nadwagą oraz brakiem akceptacji własnego ciała przyczyniają się do odczuwania wstydu, rozżalenia związanego ze swoim wyglądem. Respondenci zapytani, czy zamiast otyłości woleliby cierpieć z powodu innego schorzenia, odpowiadali zgodnie, że preferowaliby trądzik, głuchotę, utratę wzroku niż otyłość (Rand i Macgregor, 1991). Uznanie otyłości jako najbardziej dojmującej spośród wymienionych dolegliwości jest związane z ogromną presją ze strony społeczeństwa, mass mediów i kultury promujących wizerunek osób o idealnej budowie ciała, mających szczupłą sylwetkę, co często prowadzi do obsesji myślenia o jedzeniu i liczeniu kalorii przez osoby podejmujące próbę często nieskutecznego odchudzania się. W skrajnych przypadkach taka postawa może prowadzić także do zaburzeń odżywiania takich jak zespół napadowego objadania się (ang. *binge eating disorder* – BED), syndrom jedzenia nocnego (ang. *night eating disorder* – NES) czy bulimii. Dodatkowe frustracje, na które narażone są osoby otyłe związane są z samym procesem odchudzania. Niejednokrotnie podejmowane próby redukcji masy ciała nie prowadzą do szybkich i łatwo zauważalnych efektów, co pogłębia niechęć, a nawet prowadzi do poddania

się pacjenta. Dlatego kluczowym elementem terapii odchudzającej staje się wsparcie psychologiczne, które istotnie zwiększa efektywność kompleksowego leczenia otyłości (Juruć i Bogdański, 2010).

5. Ekonomia otyłości

Koszty generowane przez osoby otyłe nie wynikają wyłącznie z finansowania leczenia farmakologicznego samej otyłości i jej powikłań czy specjalistycznego sprzętu umożliwiającego pielęgnację i codzienne życie pacjentów, ale także z ich zmniejszonej wydolności oraz niezdolności do pracy. Wskaźnikiem służącym do oceny zmian w produktywności, które bezpośrednio wynikają z niepełnosprawności jednostki, jest wskaźnik *disability-adjusted life years* (DALY). Określa on rozpowszechnienie choroby, mierząc utracone lata życia oraz lata życia z niepełnosprawnością na skutek choroby lub urazu, a przy tym nakreśla skutek potencjalnej interwencji, czyli czas życia, który można uzyskać, chroniąc pacjenta przed zgonem lub poprzez zaproponowanie mu leczenia zmniejszającego stopień jego niepełnosprawności oraz prowadzenie działań prewencyjnych mających na celu niedopuszczenia do jego uszczerbku na zdrowiu. Za pomocą wskaźnika DALY możliwe jest określenie umieralności oraz chorobowości i rozpowszechnienie chorób lub czynników ich ryzyka. Dzięki tym danym możliwe jest wdrożenie działań prewencyjnych mających na celu zmniejszenie tych współczynników oraz kosztów poszczególnych medycznych interwencji. Otyłość odpowiadała ogółem za 639 lat utraconej produktywności chorych w 2015 roku oraz 698 lat utraconej produktywności chorych w 2016 roku. Odnotowano wzrost rok do roku wynoszący 9%.

Zdolność do pracy jest zależna w największym stopniu od stanu zdrowia pracownika. Pogorszenie stanu zdrowia jednostki i rozpoznanie u niej choroby przewlekłej nieodzwrotnie wiodą do gorszych rezultatów ekonomicznych: zmniejsza się ich produktywność w pracy, co przekłada się bezpośrednio na zmniejszenie oszczędności i spadek poziomu produktu krajowego brutto oraz spadek dynamiki jego wzrostu. Spowodowane jest to zwiększoną absencją pracownika, ograniczeniem podaży pracy oraz skróceniem aktywnego czasu jego życia.

Analizy kosztów występowania chorób przewlekłych dokonuje się w ujęciu zarówno mikroekonomicznym, jak i makroekonomicznym. To pierwsze odpowiada za ocenę wpływu choroby na życie pacjenta na poziomie jednostki oraz gospodarstwa domowego, czyli ocenę jego konsumpcji i oszczędności

oraz aktywność dotyczącą edukacji i zatrudnienia. Przez analizy makroekonomiczne możliwe jest określenie wpływu zdrowia oraz jego braku, poprzez wystąpienie choroby przewlekłej na poziomie produktu krajowego brutto (PKB) oraz ocena dynamiki wzrostu gospodarczego. Badania przeprowadzone przez brytyjską organizację Oxford Health Alliance wskazują, że koszty generowane przez osoby chore przewlekłe stanowią od 0,02 do 5,87% PKB. W Stanach Zjednoczonych Ameryki osoby cierpiące na choroby przewlekłe w największym stopniu korzystają z opieki zdrowotnej – ich udział stanowi 96% wizyt domowych, 88% wystawionych recept, 72% udzielonych konsultacji medycznych i 76% hospitalizacji”. Każda z tych usług jest nieodłącznie związana z pokryciem ich należności przez państwo lub jednostkę, co znacznie obciąża budżet państwa oraz budżet rodzinny (Topór-Mądry, 2011).

Koszty, które w związku z otyłością ponosi społeczeństwo, dzielimy na trzy kategorie – koszty bezpośrednie, pośrednie i indywidualne. Bezpośrednie związane są z profilaktyką, diagnostyką i leczeniem chorób wynikających z nadmiernej masy ciała jednostki. Koszty pośrednie spowodowane są zmniejszoną produktywnością i wynikają z licznych absencji w pracy, konieczności wypłacania rent zdrowotnych oraz przedwczesnego zgonu. W Polsce koszty pośrednie utraconej produktywności chorych z otyłością ogółem, szacowane metodą kapitału ludzkiego, w zależności od implementacji 1 z 4 wskaźników, wyniosły w 2015 roku od 29,91 mln zł do 77,55 mln zł, a w 2016 roku od 33,90 mln zł do 85,14 mln złotych. Koszty pośrednie otyłości przyjęły najwyższe wartości przy implementacji wskaźnika PKB na pracującego i wyniosły w 2015 roku 77,55 mln zł, a w 2016 roku 85,14 mln zł (dynamika zmian 2016 vs 2015 wyniosła 110%). Najniższe wartości otrzymano przy implementacji wskaźnika PKB per capita – 29,91 mln zł w 2015 roku oraz 33,65 mln zł w 2016 roku (dynamika zmian 2016 vs 2015 wyniosła 113%). Chorzy z otyłością, w zależności od przyjętych wariantów metody kapitału ludzkiego szacowania kosztów utraty produktywności, generowali koszty pośrednie na poziomie od 29,91 mln zł do 77,55 mln zł w 2015 roku oraz od 33,90 mln zł do 85,14 mln zł w 2016 roku. Nastąpił 10-procentowy wzrost wartości maksymalnych kosztów pośrednich chorych z otyłością w 2016 roku w stosunku do 2015 roku. W 2015 roku wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wyniosły łącznie 33 855,7 mln złotych. W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy grupa związana z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej (E00–E90) generowała 1,8% ogółu wydatków. W wydatkach na świadczenia udział wydatków z tytułu otyłości

(E66) wyniósł 0,1%, natomiast udział w wydatkach poniesionych na choroby zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00–E90) – 4,0% wydatków w tej grupie chorobowej. W porównaniu z rokiem 2014 obserwujemy wzrost wydatków poniesionych na świadczenia z tytułu otyłości o 4,6%. Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej otyłością wzrosły przy tym zaledwie o 1,6%, zaś liczba osób pobierających renty spadła o 1,2%. Wysoki wzrost o 26,9% odnotowany został w przypadku wydatków na absencję chorobową. Wzrosły wydatki na renty socjalne o 3,7%, zaś wydatki na świadczenie rehabilitacyjne zmalały o 10,3%. W wydatkach ogółem dominującą pozycję stanowiły wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2015 roku renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej otyłością pobierało 1,6 tys. osób na łączną kwotę 18 803,7 tys. zł, co stanowiło 77,7% wydatków z tytułu tej choroby. Drugą znaczącą pozycją były wydatki z tytułu czasowej niezdolności do pracy; ich udział wyniósł 16,9% w kwocie 4093,5 tys. złotych. Wydatki na świadczenia rehabilitacyjne stanowiły 3,1%, zaś na renty socjalne wyniosły 2,2%. Analizując strukturę wydatków z tytułu niezdolności spowodowanej otyłością według płci świadczeniobiorców i rodzajów świadczeń, obserwujemy, że jedynie w odniesieniu do wydatków poniesionych na renty z tytułu niezdolności do pracy dominują wydatki poniesione z tytułu niezdolności mężczyzn i są wyższe o prawie 29 punktów procentowych od wydatków z tytułu niezdolności kobiet. W przypadku pozostałych świadczeń udział wydatków z tytułu niezdolności u kobiet jest wyższy, tj. o 24,4 punkty procentowe od wydatków na absencję chorobową mężczyzn, o 5,6 punktów procentowych od wydatków na świadczenie rehabilitacyjne mężczyzn oraz o 4,6 punktów procentowych od wydatków na renty socjalne wypłacane mężczyznom. Przeciętna wypłata na jednego rentobiorcę w 2015 roku z tytułu otyłości wyniosła 12 100,19 złotych. W 2016 roku przeciętna absencja skumulowana (suma dni absencji w roku dla danej osoby) wyniosła ogółem 37,52 dnia, a liczba osób, którym wystawiono przynajmniej 1 zwolnienie lekarskie to 6 355,0 tys. ubezpieczonych. Liczba ubezpieczonych, którym w 2016 roku wystawiono choć 1 zwolnienie z tytułu otyłości wyniosła 3,4 tys. osób. Długość absencji chorobowej skumulowanej w roku była krótsza od długości absencji ogółem o ok. 7 dni, wyniosła 30,11 dnia. Porównując z rokiem 2015 liczbę osób, którym wystawiono przynajmniej jedno zwolnienie z tytułu otyłości obserwujemy wzrost o 9,6%, z tego liczby mężczyzn o 9,8%, zaś liczby kobiet o 7,8%. Otyłość to choroba powodująca czasową niezdolność do pracy u osób w wieku między 30. a 59. r.ż. (dotyczy to zarówno mężczyzn, jak i kobiet). Spowodowała ona absencję chorobową 32,8% osób w wieku 40–49 lat i 30,3% osób w wieku 30–39 lat.

W ocenie poziomu absencji chorobowej istotny jest wskaźnik liczby dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 1 tys. osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Wskaźnik liczby dni absencji chorobowej spowodowanej otyłością na 1 tys. objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w 2016 roku wyniósł 6,404 dnia (Budzyński i in., 2020). Szacuje się, że w USA otyłość generuje 117 mld dolarów kosztów w ochronie zdrowia w ciągu roku (Boniecka i in., 2009). „Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że jeśli odsetek chorób przewlekłych w skali świata zmniejszyłby się o 2% w kolejnych 10 latach, to Chiny zanotowałyby oszczędności na poziomie 26 miliardów dolarów, Rosja 20 miliardów, a Indie 15 miliardów” (Topór-Mądry, 2011). Elementem kosztów pośrednich, które generują pracownicy z otyłością jest także tzw. prezenteizm, który występuje wtedy, gdy pracownik, mimo obecności na stanowisku pracy, wykonuje ją wolniej i mniej efektywnie z racji swojej choroby. „Inaczej mówiąc, jest to sumaryczna utrata produktywności w grupie chorych z określonym schorzeniem w ciągu jednego roku $\times$ średnia krajowa płaca w tym roku” (Kawalec i in., 2006). Tabela 1 ilustruje w jaki sposób dolegliwości somatyczne, będące niejednokrotnie konsekwencją nadmiernej masy ciała, wpływają na spadek prezentyzmu w pracy wraz z wyszczególnieniem danych socjodemograficznych pacjentów.

Dzięki przedstawionemu w tabeli 1 procentowemu rozkładowi wskazanych dolegliwości możemy określić częstość, z jaką chorzy pojawiali się w pracy mimo dolegliwości. Osoby zmagające się z otyłością mogą należeć do grupy osób pojawiających się w pracy mimo dolegliwości gastrycznych, bólu zębów, szyi, pleców oraz stawów. Badania wskazują na korelację obniżenia wydajności pracowników z występowaniem wielu chorób. Do najczęściej wymienianych należą: alergia, depresja, migrena/bóle głowy, zapalenie stawów, problemy żołądkowo-jelitowe, a także cukrzyca, która pozostaje w ścisłym związku z występowaniem nadmiernej masy ciała u chorego (Malińska, 2013).

Przez wzgląd na stosunkowo łatwe dokonywanie pomiarów badania, które oszacowują koszty absencji z powodu nadwagi i otyłości, stanowią największą kategorię badań kosztów produktywności. Metodologie są różne, chociaż badania konsekwentnie wskazują na silną korelację między otyłością a wyższymi wskaźnikami absencji. Część autorów omawiających absencję przekłada wpływ korelacji między otyłością a absencją na kwoty wyrażone w dolarach, które stanowią koszt szacowanej utraty produktywności. Odbywa się to zwykle poprzez obliczenie poziomu rekompensaty dla odpowiednich pracowników na podstawie danych ankietowych lub

Tabela 1. Częstość występowania dolegliwości somatycznych towarzyszących nadmiernej masie ciała oraz ich wpływ na ograniczenie jakości w pracy

Dane socjodemograficzne pacjentów	Dolegliwości gastryczne	Ból zębów	Ból pleców, szyi i stawów
Ogółem (n = 183)	16,39	19,67	33,33
Płeć			
kobiety (n = 142)	15,49	12,68	27,46
mężczyźni (n = 41)	19,51	43,90	53,66
wartość p	0,540	0,000	0,002
Wiek (w latach)			
20–29 (n = 53)	7,55	35,85	32,08
30–39 (n = 47)	12,77	12,77	27,66
40–49 (n = 66)	27,27	15,15	37,88
50–61 (n = 17)	11,76	5,88	35,29
wartość p	0,024	0,004	0,715
Stan zdrowia			
bardzo dobry (n = 49)	22,45	16,33	8,16
dobry (n = 97)	17,53	23,71	42,27
ani dobry, ani zły (n = 32)	6,25	0,00	34,38
zły (n = 5)	0,00	100	100
bardzo zły (n = 0)	–	–	–
wartość p	0,188	0,000	0,000
Problemy zdrowotne			
tak (n = 29)	31,03	10,34	62,07
nie (n = 154)	13,64	21,43	27,92
wartość p	0,020	0,168	0,000
Częstość ograniczania jakości pracy przez problemy zdrowotne			
bardzo często (n = 0)	–	–	–
często (n = 32)	18,75	25,00	31,25
rzadko (n = 95)	16,84	27,37	40,00
bardzo rzadko (n = 50)	16,00	4,00	26,00
nigdy (n = 5)	0,00	0,00	0,00
wartość p	0,771	0,004	0,130

Źródło: Malińska (2013).

średnich BLS. Tsai i in. stwierdzili, że straty produktywności samej firmy Shell Oil z powodu absencji spowodowanej otyłością były warte 11,2 miliona dolarów rocznie (Hammond i Levine, 2010). Kwota ta obejmuje tylko bezpośrednie koszty produktywności związane z absencją; nie uwzględnia żadnych drugorzędnych skutków dla treningu, morale lub innych efektów sieciowych. Koszty pośrednie nieodłącznie związane są także z wymiarem psychologicznym: traumą, lękiem o życie swoje lub biskiej osoby, bólem i cierpieniem. Obejmują również tzw. koszty alternatywne (ang. *opportunity costs*), czyli straty spowodowane rezygnacją z produkcji, która miałaby miejsce, jeśli osoby dotknięte chorobą i niepełnosprawnością były zawodowo aktywne (Pan i in., 2018). Natomiast koszty indywidualne to takie, które dotyczą chorego osobiście i są związane m.in. z niższymi zarobkami osób otyłych, wyższymi składkami na ubezpieczenie zdrowotne i kosztami, które ponoszą podczas przystosowywania mieszkania, aby mogły w nim swobodnie funkcjonować.

Parametr, który stanowi sumę wszystkich powyższych wydatków nazywany jest kosztem choroby (ang. *cost of illness* – COI). Za jego pomocą możemy określić, jak koszty choroby wpływają na jakość życia całego społeczeństwa oraz oszacować kwotę, jaką udałoby się zaoszczędzić, gdyby choroba nie wystąpiła. Dzięki niemu możliwe jest także określenie wytycznych formułowanych przez Radę do spraw Zdrowia Publicznego oraz ukierunkowane działania prewencyjne otyłości (Springer i in., 2019).

Bezpośrednią konsekwencją nadmiernej masy ciała są rozliczne schorzenia fizyczne oraz psychiczne. Koszty, które ponosi nie tylko cierpiąca na nią jednostka, lecz także całe społeczeństwo, nie są związane wyłącznie z działaniami mającymi na celu wywołanie spadku wagi, ale również z wymagającym wysokiego nakładu finansowego leczeniem chorób współistniejących (Holman, 2020). Dodatkowym problemem jest wyższy koszt leczenia chorób przewlekłych wymagający stosowania wyższych niż standardowe dawek leków.

Dokonując systematycznego przeglądu kosztów opieki zdrowotnej związanych z otyłością, Withrow i Alter (2011) oszacowali, że otyłość stanowi do 2,8% wydatków na opiekę zdrowotną, przy tym badania były bardzo konserwatywne – rzeczywista kwota prawdopodobnie jest wyższa. Porównując najnowsze dane z USA, Finkelstein i in. podali, że w zestawieniu z osobami, które nie cierpią na nadwagę i otyłość, otyli pacjenci ponoszą o 46% wyższe koszty hospitalizacji, 27% więcej wizyt lekarskich i kosztów ambulatoryjnych oraz 80% wyższe wydatki na leki na receptę (Finkelstein i in., 2009). W ujęciu rocznym dodatkowe koszty leczenia otyłości w USA oszacowano na

75 miliardów dolarów w 2003 roku i stanowiły 4–7% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia.

Na początku lat 90. XX wieku oszacowano, że otyłość stanowi 2% kosztów opieki zdrowotnej we Francji, 4% w Holandii, i 2% w Australii. Stosując podobną metodologię do wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej, oszacowano łączne bezpośrednie i pośrednie koszty otyłości w 2002 roku na około 33 miliardy euro rocznie. W 2007 roku brytyjski program Office for Science Foresight opracował raport, w którym twierdzi, że ciągły wzrost otyłości zwiększy do 2050 roku o 5,5 miliarda funtów koszty leczenia dla National Health Service. W Szwecji osoby z nadwagą są od 1,5 do 1,9 razy bardziej predysponowane do pobrania zwolnienia lekarskiego, a 12% otyłych kobiet ma renty inwalidzkie spowodowane nadmierną masą ciała, co w konsekwencji odpowiada kosztowi około 300 USD na każdą dorosłą kobietę w populacji. Finkelstein i in. obliczyli również, że w USA liczba opuszczonych dni pracy w ciągu roku wahała się od 0,5 dni więcej u mężczyzn z nadwagą do 5,9 dni więcej u mężczyzn z otyłością III stopnia ($BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$) w porównaniu do mężczyzn o prawidłowej masie ciała (Finkelstein i in., 2009). Ponadto oszacował, że łączny roczny koszt prezentyzmu u mężczyzn, którzy byli bardzo otyli ($BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$) był równoważnością 1 miesiąca całkowitej utraty produktywności i kosztował pracodawców 3792 USD rocznie.

Dokładne określenie kosztów ponoszonych z powodu utraty produktywności jest bardzo trudne. Dzieje się tak z powodu niedostatecznej ilości danych i założeń potrzebnych do określenia struktury rynku pracy. Ważnym wnioskiem, który można wysnuć na podstawie brytyjskiego projektu Foresight (Houck i Speaker, 2020) jest jednak to, że określenie skali problemu może stać się początkiem działań mających na celu podniesienie świadomości i zaktywizowanie woli politycznej do znalezienia rozwiązania tego narastającego problemu.

Prowadzone badania poddały obserwacji, w ramach hipotetycznych scenariuszy na lata 2010–2030, przewidywane wyniki zdrowotne i skorygowaną jakość w ciągu całego życia. Autorzy sugerowali, że w latach 2010–2030 dalszy wzrost otyłości spowoduje łącznie 6–8,5 mln przypadków cukrzycy, 5,6–7,3 mln incydentów chorób sercowo-naczyniowych i ponad pół miliona nowych nowotworów w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. Oprócz narażania zdrowej, produktywnej długości życia populacji przewidywali, że do 2030 roku ten wzrost zachorowań na choroby związane z otyłością zwiększy koszty opieki zdrowotnej o 48–66 miliardów dolarów rocznie w USA oraz o 1.9–2 GBP miliardów rocznie w Wielkiej Brytanii (Tremmel i in., 2017).

Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że otyłość powoduje ponad milion zgonów rocznie wyłącznie na terenie samej Europy. Wieloletnie badania wykazały, że nadmierna masa ciała jest niezależnym czynnikiem choroby niedokrwiennej serca, z powodu której umiera 70–80% populacji pacjentów z otyłością. Jest ona jednocześnie, obok palenia papierosów główną składową powodującą rozwój choroby wieńcowej oraz nadciśnienia tętniczego (Szymocha Monika i in., 2009).

Kolejnym schorzeniem, które towarzyszy otyłości, jest cukrzyca. Choroba ta skraca czas życia jednostki średnio o 10–15 lat, co bezpośrednio przekłada się na spadek jej produktywności. Ponadto koszty opieki nad chorymi z zaburzeniami glikemii znacznie przewyższają średnią wartość leczenia „przeciętnego” chorego. Farmakoterapia pacjentów z cukrzycą jest wysoce kosztowna w porównaniu z innymi schorzeniami. Nie można również zapomnieć o tym, że choroba ta często skutkuje trwałym uszkodzeniem ciała i inwalidztwem, co na zawsze uniemożliwia pacjentowi podjęcie pracy zarobkowej, a stopniowo pogarszający się stan zdrowia przekłada się na spadek produktywności oraz liczne absencje. W przypadku cukrzycy typu II koszty pośrednie przewyższają koszty bezpośrednie lub im dorównują. W badaniu ankietowym przeprowadzonym w pięciu różnych przychodniach na terenie Krakowa w 2004 roku wzięło udział 385 osób chorujących na cukrzycę. Aż 49,8% spośród nich otrzymało wcześniejszą rentę lub emeryturę z powodu schorzenia, na które cierpią lub jego powikłań. Posługując się wartościami średniego wieku emerytalnego dla obu płci oraz średnim czasem podjęcia pracy zawodowej – 20 lat, udało się ustalić, że osoba dotknięta cukrzycą rocznie traciła średnio 0,1748 roku, ponieważ z powodu choroby porzuciła czynną pracę zawodową na rzecz renty i emerytury. Opierając się na ówczesnej wartości PKB oraz zgromadzonych danych, można obliczyć wartość strat spowodowanych przez ich rezygnację z pracy zawodowej – w roku 2004 wynosiła 3682,2 zł. Łączny koszt obniżonej produktywności, która spowodowana tylko przedwczesnym przejściem na rentę i emeryturę osób z cukrzycą wynosił 4 731 620 000 zł (Kawalec i Pilc, 2006).

W gronie osób biorących udział w badaniu pracowały 193 osoby, co stanowiło 50% pacjentów. 18 spośród nich nie zjawiało się w pracy, przy czym 7 przez cały czas trwania badania (trzy miesiące), co spowodowane było cukrzycą lub jej powikłaniami. Pacjenci byli objęci zwolnieniem lekarskim przez łącznie 618 dni roboczych. Dysponując powyższymi danymi oraz wartością PKB, obliczono, że choroba ta skutkuje utratą produktywności na poziomie 532,6 zł na jednego chorego w ciągu roku. Opierając się na tych wartościach, można oszacować, że strat jest 684 395 000 zł rocznie

w przeliczeniu na całą populację osób cierpiących na cukrzycę (Kawalec i Pilc, 2006).

Ponadto przedwczesna umieralność związana z tym schorzeniem również przekłada się na znaczny spadek produktywności. Posługując się średnią długością życia kobiet i mężczyzn w Polsce, wiekiem emerytalnym właściwym dla każdej płci, liczbą osób przechodzących na rentę oraz przedwczesną emeryturę, obliczono wartość generowanych przez nich kosztów pośrednich. O ile kobiety chorujące na cukrzycę umierają średnio po uzyskaniu wieku emerytalnego, co nie ma wpływu na PKB, o tyle mężczyźni tracą 0,035 roku rocznie, ponieważ są wtedy w wieku przedemerytalnym. Na podstawie powyższych danych można obliczyć, że koszty pośrednie generowane przez jednostkę chorą na cukrzycę wynoszą 0,035 roku, co w skali całej populacji osób dotkniętych tym schorzeniem daje 947 045 000 zł kosztów. Całkowita utrata produktywności wynosi około 6 363 000 000 zł rocznie (Kawalec i Pilc, 2006). Aby lepiej zobrazować ten problem, posłużymy się tabelą 2, podsumowującą koszty pośrednie, które ponosi państwo z powodu chorujących na cukrzycę.

Tabela 2. Tabela ilustrująca koszty pośrednie cukrzycy i jej powikłań

Koszty pośrednie	Koszty pośrednie rocznie w przeliczeniu na jednego pacjenta (zł)	Sumaryczne koszty pośrednie (zł)
Koszty zmniejszenia produktywności z powodu przedwczesnej renty lub emerytury	3682,2	4 731 627 000 (3 682,2 × 1 285 000)
Koszty zmniejszenia produktywności z powodu zwolnień lekarskich	532,6	684 391 000 (532,6 × 1 285 000)
Koszty zmniejszenia produktywności z powodu przedwczesnej umieralności	737	947 000 000 (737 × 1 285 000)
Suma kosztów pośrednich	4951,8 zł	6 363 000 000 zł

Źródło: Kawalec i Pilc (2006).

„W 2008 r. współczynnik hospitalizacji osób z powodu otyłości wyniósł 17,7, a z powodu cukrzycy insulinozależnej 113,2 na 100 tysięcy mieszkańców” (Gajewska i in., 2011).

Na podstawie danych zgromadzonych przez Bank Światowy widzimy, że cukrzyca plasuje się w świetle wielkości ekonomicznego obciążenia populacji na drugim miejscu (ustępuje tylko chorobie niedokrwiennej serca). Stanowi

więc nie tylko bezpośrednie zagrożenie życia cierpiących na nią pacjentów, ale również znacznie obciąża budżet całej rodziny, znacznie obciąża ogólny system usług zdrowotnych, pochłaniając około 5–10% środków, którymi dysponuje ochrony zdrowia. „Porównanie kosztów leczenia standardowego pacjenta oraz chorego na cukrzycę przemawia za tym, że pojawienie się cukrzycy kilkakrotnie podwyższa koszty leczenia” (Kawalec i Pilc, 2006).

Najbardziej oczywistym środowiskowym warunkiem rozwoju otyłości w populacji jest sytuacja majątkowa jednostki umożliwiająca pokrycie kosztów związanych z zakupem żywności. Relacja między PKB a średnim BMI jest dodatnia i liniowa do poziomu PKB wynoszącego około 5000 USD na osobę rocznie; przy wyższym PKB relacja z PKB i BMI jest prawie płaska.

Wysoki poziom dobrobytu gospodarczego sprzyja otyłości, jednak status materialny jednostki nie musi być wysoki, aby otyłość się ujawniła. W niektórych krajach, takich jak kraje wysp Pacyfiku, mimo że jego obywatele mają stosunkowo niskie dochody, zjawisko otyłości jest bardzo częste. Przemiana gospodarcza w kierunku wzrostu PKB wiąże się z innymi zmianami: demograficznymi (przemieszczenie się ludności młodszej i starszej, ze wsi do miasta); epidemiologicznymi lub zdrowotnymi; technologicznymi (niska do wysokiej mechanizacji i motoryzacji); i odżywczymi (od tradycyjnej żywności i kuchni po bardziej przetworzoną żywność o dużej zawartości energii). Tempo tych przemian znacznie wzrosło w ciągu ostatnich dziesięcioleci; wiele krajów na etapie przejściowym boryka się z podwójnymi obciążeniami związanymi z chorobami. Na przykład w większości regionów, w których nadal występuje duży problem niedożywienia i związanych z nim chorób, występuje również znaczny lub pojawiający się problem otyłości i związanych z nią chorób niezakaźnych.

Nowoczesne gospodarki rynkowe koncentrują się na korzyściach płynących ze zwiększenia dochodów. Wzrost gospodarczy jest szczególnie ważny dla krajów o niskich przychodach, aby przejść od ubóstwa do dobrobytu gospodarczego. W krajach o wysokich dochodach wyższy poziom PKB nie przynosi większego szczęścia i dobrobytu ich obywatelom, za to zwiększą konsumpcję. Zmiany technologiczne, które powodują powstawanie tańszych i bardziej dostępnych kalorii w żywności oraz silne siły ekonomiczne napędzające konsumpcję i nieuchronnie doprowadzają do nadmiernej konsumpcji i otyłości (Swinburn i in., 2011).

Wzrost i rosnący konsumpcjonizm napędzają zwiększone spożycie żywności, co doprowadziło do powstania otyłości w środowisku, w którym nadmierna bierna konsumpcja jest wszechobecna. W dobie wszechobecnej epidemii otyłości zasadne wydaje się, aby rządy wdrażały programy

mające na celu prewencję tej jednostki chorobowej, również ze względu na ekonomiczne tło tego zjawiska. Dyscyplina ekonomii zdrowia umożliwia podejmowanie decyzji dotyczących alokacji zasobów, dając tym samym liczne dowody na temat opłacalności szeregu działań powiązanych z zarządzaniem otyłością. Interwencje, które były ukierunkowane na prewencję pierwotną, są prawdopodobnie bardziej opłacalne niż leczenie lub interwencje dotyczące prewencji wtórnej. Ponadto interwencje polityczne są bardziej trwałe i opłacalne niż programy, których realizacja wiąże się ze stałym finansowaniem. Natomiast interwencje skupiające się na ilości spożytego pokarmu (lub spożytego pokarmu w połączeniu z aktywnością fizyczną) są prawdopodobnie bardziej opłacalne niż interwencje dotyczące tylko aktywności fizycznej. Najbardziej opłacalne jest podjęcie działań na jak najwcześniejszym etapie, skupiające się na czynnikach środowiskowych, które wywołały epidemię otyłości, na przykład uregulowanie prawne zasad dotyczących reklamy niezdrowej żywności i napojów, eksponowanie wartości odżywczej produktu z przodu etykiety oraz wprowadzenie podatków od żywności i napojów, które są niezdrowe (Ananthapavan i in., 2014).

Aby nadać właściwy kierunek polityce związanej z zarządzaniem populacją dotkniętą otyłością, osoby, które odpowiadają za jej rozwój, zobligowane są do ustalania jej priorytetów na podstawie wyników badań naukowych. Ekonomia zdrowia może wnieść do tego znaczący wkład poprzez prowadzenie analiz dostarczających danych na temat opłacalności zestawu interwencji, które zostały ocenione przy użyciu spójnych metod. Nie ma „złotego standardu”, jeśli chodzi o metodologię ustalania priorytetów, dlatego wypróbowano kilka podejść. Poniżej prezentujemy przegląd różnych źródeł dotyczących ustalania priorytetów związanych z zarządzaniem otyłością.

Międzynarodowe projekty zajmujące się tym zagadnieniem:

1. The ACE-Obesity (*cost-effectiveness analysis* – ACE) – analiza efektywności kosztów w otyłości, informuje decydentów o wpływie na zdrowie, przystępności cenowej i badaniach drugiego etapu dla ważnych opcji zapobiegania niezdrowemu przyrostowi masy ciała u dzieci.
2. The Pacific OPIC Project (Obesity Prevention In Communities) obejmuje programy interwencji w czterech krajach (Fidżi, Tonga, Nowa Zelandia, Australia), których celem jest zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości u młodzieży.
3. The OECD Obesity – wspólna inicjatywa Organizacji ds. Współpracy gospodarczej i rozwoju (OECD) oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

Metodologia *cost-effectiveness analysis* (ACE) znalazła zastosowanie w *ACE-Obesity* i *ACE-Prevention* (projekt dotyczący zapobiegania otyłości). To przykład badań nad ustalaniem priorytetów związanych z zarządzaniem otyłością w Australii. *ACE-Obesity* i *ACE-Prevention* były pierwszymi badaniami na terenie Australii, które przyniosły systematyczną ocenę interwencji związanych z otyłością. Ich głównym celem było dostarczenie odpowiednich informacji wymaganych przez rząd. Czołową ideą metodologii ACE jest połączenie dwóch głównych wymagań dotyczących podejmowania decyzji politycznych i ustalania działań priorytetowych – stosowania reguł decyzyjnych oraz podejmowania racjonalnych decyzji w oparciu o debatę i budowania konsensusu między interesariuszami. Najważniejszą cechą metodologii ACE jest zastosowanie standardowego protokołu oceny (wspólny rok odniesienia, perspektywa, ramy czasowe, populacja docelowa oraz metody pomiaru kosztów i korzyści) dla każdej z interwencji. Innymi ważnymi elementami metodologii ACE jest objęcie badaniami określonej grupy interesariuszy, którzy są włączeni w każdy aspekt projektu oraz dwuetapowa analiza korzyści, w której rezultaty efektywności kosztowej analizowane są wraz z innymi względami (tzw. filtry drugiego etapu) – sprawiedliwość, wykonalność wdrożenia, przystępność cenowa, akceptowalność, trwałość, siła dowodów i potencjał oraz ryzyko skutków ubocznych.

W badaniu *ACE-Obesity* oceniono 13 najistotniejszych działań rządowych związanych z leczeniem otyłości u dzieci i młodzieży. Badaniu *ACE-Prevention* poddano 150 interwencji mających na celu przede wszystkim zapobieganie (127 interwencji), ale także leczenie (23 interwencje) chorób niezakaźnych. Spośród tych 150 działań aż dziewięć dotyczyło leczenia otyłości. Przegląd wyników badań ACE może pomóc w uzyskaniu wiedzy na temat charakterystyki leczenia otyłości, która warunkuje ich efektywność kosztową.

Badaniom ACE poddanych zostało jedenaście działań prewencji wtórnej. Wykazano, że leczenie celowane było stosunkowo kosztowne, ale jednocześnie okazało się ono skuteczne w utracie wagi. Podjęto również dwie interwencje, które przyniosły oszczędności i obie były skierowane do dzieci z nadwagą lub otyłością. Pokazuje to, że w Australii istniało kilka opłacalnych opcji leczenia dla dzieci i dorosłych z nadwagą i otyłością. Wyjątkami były program *Weight Watchers* i zastosowanie leczenia farmakologicznego u dorosłych, które nie było opłacalne przy *incremental cost-effectiveness ratios* (ICER) wynoszących odpowiednio około 84 000 AUD i 200 000 AUD na DALY. Rezultaty farmakologicznego leczenia u dorosłych różniły się od wyników dla leku *Orlistat* podawanego nastolatkom, dla których ICER

netto wynosił około 8000 AUD na DALY. Odzwierciedla to potrzebę dopasowania prewencji indywidualnie dla różnych grup docelowych (dorośli, młodzież i dzieci).

Z drugiej strony wykazano, że większość działań profilaktycznych, które były ukierunkowane zarówno na dzieci, jak i dorosłych, przyniosła oszczędności. Sugeruje to, że w ujęciu długoterminowym interwencje zapobiegawcze były lepszymi opcjami niż leczenie otyłości. Badanie wykazało również, że nie wszystkie działania profilaktyczne okazały się opłacalne. Czynniki, które na to wpłynęły obejmowały działania, które nie były ukierunkowane na zapobieganie otyłości – na przykład interwencje oparte na transporcie zorganizowanym, który miał na celu zwiększenie liczby dzieci chodzących do szkoły i zapewnienie bezpieczniejszego środowiska ruchu wokół szkół. Pokazuje to ograniczenia związane ze stosowaniem metodologii ACE.

OECD i WHO opracowały model mikrosymulacji (Światowa Organizacja Zdrowia, 2020) do oceny opłacalności ośmiu interwencji profilaktycznych dotyczących behawioralnych czynników ryzyka warunkujących otyłość (interwencje promujące zdrowie w szkołach, interwencje promujące zdrowie w miejscu pracy, kampanie promujące zdrowie w mediach, środki fiskalne, koszt niezdrowej żywności i jego obniżenie, poradnictwo lekarskie dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka, uregulowanie reklam żywności dla dzieci, obowiązkowe etykietowanie żywności). Działania prewencyjne porównano z interwencjami leczniczymi w sześciu krajach rozwijających się (Brazylia, Chiny, Indie, Meksyk, Rosja i Republika Południowej Afryki), gdzie niedostępne były interwencje zapobiegawcze. Działania, które okazały się opłacalne we wszystkich krajach, obejmowały środki fiskalne i etykietowanie żywności. Autorzy badania twierdzą, że wspólną właściwością bardziej opłacalnych interwencji było to, że obejmowały one większą populację i były stosunkowo tanie w realizacji w porównaniu z ocenianymi interwencjami bardziej ukierunkowanymi.

Projekt ten przyczynił się do lepszego zrozumienia przyczyn epidemii otyłości i dostarczył pewnych informacji na temat potencjalnie opłacalnych opcji zmian. Obecne dowody dostępne w poprzednich projektach ACE i innych działaniach mających na celu ustalanie priorytetów związanych z zarządzaniem otyłością sugerują, że najbardziej efektywne i opłacalne interwencje są skierowane na czynniki napędzające środowisko otyłości. Podkreśla się, jak ważne jest nie tylko zajęcie się środowiskowymi czynnikami powodującymi otyłość, ale przede wszystkim skupienie się na systemowych czynnikach powodujących ten problem. Niestety badania dotyczące

wpływu polityk społecznych i gospodarczych na wyższym szczeblu łańcucha dostaw, takich jak podatki, handel i regulacja rynku, mają bardzo ograniczony charakter (Sturm i An, 2014).

Podsumowanie

Nadmierna masa ciała to skomplikowany problem zarówno w ujęciu ekonomicznym, społecznym, jak i zdrowotnym. Stanowi podłoże rozlicznych chorób somatycznych, które trwale upośledzają funkcjonowanie osób zmagających się z nadwagą. Wiąże się to także ze spadkiem produktywności jednostki na skutek częstych absencji i zmniejszenia wydajności w pracy, kosztowną farmakoterapią, długotrwałym leczeniem chorób współistniejących oraz zwiększoną śmiertelnością i skróceniem średniego czasu życia. Wszystkie te czynniki mają negatywny wpływ na gospodarkę, powodują duże straty finansowe, zwiększając przy tym wydatki na opiekę zdrowotną i znacząco obciążając budżet państwa. Dzięki rozwojowi badań dotyczących ekonomii otyłości możliwe jest oszacowanie i zredukowanie kosztów generowanych przez osoby z nadmierną masą ciała.

Bibliografia

- Ananthapavan, J., Sacks, G., Moodie, M. i Carter, R. (2014). Economics of obesity – Learning from the past to contribute to a better future. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(4), 4007–4025. <https://doi.org/10.3390/IJERPH110404007>
- Berger, N.A. (2018). Young Adult Cancer: Influence of the Obesity Pandemic. *Obesity*, 26, 641–650. <https://doi.org/10.1002/oby.22137>.
- Boniecka, I., Szczygieł, B. i Paśnik, K. (2009). Selected lifestyle characteristic of patients with extreme obesity qualified for bariatric surgery. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 60(3), 279–284.
- Borak, J. (2011). Obesity and the workplace. *Occupational Medicine*, 61(4), 220–222. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr030>.
- Budzyński, A., Drapała, A., Gałązka-Sobotka, M., Gierczyński, J., Gryglewicz, J., Karczewicz, E., Kaska, Ł., Major, P., Paśnik, K., Stefaniak, T., Stepianiak, P., Śliwczyński, A. i Zalewska, A. (2020). *Model kompleksowej opieki nad pacjentem chorym na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie*. Uczelnia Łazarskiego.
- Chooi, Y.C., Ding, C. i Magkos, F. (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism*, 92, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>.
- Colditz, G.A. i Dart, H. (2018). Epidemiology and Health and Economic Consequences of Obesity. W: T.A. Wadden i G.A. Bray (red.), *Handbook of Obesity Treatment Second Edition*. Guilford.

- Danese, A. i Tan, M. (2013). *Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis*. <https://doi.org/10.1038/mp.2013.54>.
- de Groot, P.C.M., Dekkers, O.M., Romijn, J.A., Dieben, S.W.M. i Helmerhorst, F.M. (2011). PCOS, coronary heart disease, stroke and the influence of obesity: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 17(4), 495–500. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmr001>.
- di Cesare, M., Sorić, M., Bovet, P., Miranda, J.J., Bhutta, Z., Stevens, G.A., Laxmaiah, A., Kengne, A.-P. i Bentham, J. (2019). The epidemiological burden of obesity in childhood: a worldwide epidemic requiring urgent action. *BMC Medicine*, 17(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1449-8>.
- Emdin, C.A., Khera, A.V., Natarajan, P., Klarin, D., Zekavat, S.M., Hsiao, A.J. i Kathiresan, S. (2017). Genetic Association of Waist-to-Hip Ratio With Cardiometabolic Traits, Type 2 Diabetes, and Coronary Heart Disease. *JAMA*, 317(6), 626. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.21042>.
- Finkelstein, E.A., Trogdon, J.G., Cohen, J.W. i Dietz, W. (2009). Annual Medical Spending Attributable To Obesity: Payer-And Service-Specific Estimates. *Health Affairs*, 28(Supplement 1), w822–w831. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.w822>.
- Gajewska, M., Goryński, P. i Wysocki, M. (2011). Otyłość i cukrzyca typu 2 jako główne przyczyny hospitalizacji w polskich szpitalach w 2008 roku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(1), 132–136.
- Hammond, R. i Levine, R. (2010). The economic impact of obesity in the United States. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 285. <https://doi.org/10.2147/DMSOTT.S7384>.
- Hill, J.O., Wyatt, H.R. i Peters, J.C. (2012). Energy Balance and Obesity. *Circulation*, 126(1), 126–132. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.087213>.
- Holman, H.R. (2020). The Relation of the Chronic Disease Epidemic to the Health Care Crisis. *ACR Open Rheumatology*, 2(3), 167–173. <https://doi.org/10.1002/acr2.11114>.
- Houck, M.M. i Speaker, P. (2020). Project FORESIGHT: A ten-year retrospective. *Forensic Science International: Synergy*, 2, 275–281. <https://doi.org/10.1016/j.fsisyn.2020.08.005>.
- Jung, A. (2014). Obesity – a lifestyle disease. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 10(3), 226–232. <https://doi.org/10.15557/PiMR.2014.0025>.
- Juruć, A. i Bogdański, P. (2010). Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 1(4), 210–219.
- Kawalec, P., Kielar, M. i Pilc, A. (2006). Koszty leczenia cukrzycy typu 1 i 2 w Polsce. *Diabetologia Praktyczna*, 7(5), 287–294.
- Kawalec, P. i Pilc, A. (2006). Koszty pośrednie cukrzycy w Polsce. *Diabetologia Praktyczna*, 7(4), 211–215.
- Kędzior, A., Jakubek-Kipa, K., Brzuszek, M. i Mazur, A. (2017). Trendy w występowaniu nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce. *Pediatric Endocrinology*, 16(1), 41–48. <https://doi.org/10.18544/EP-01.16.01.1662>.
- Kinalska, I., Popławska-Kita, A., Telejko, B., Kinalski, M. i Zonenberg, A. (2006). Obesity and carbohydrate metabolism. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2(3), 94–101. <https://journals.viamedica.pl/eoizpm/article/view/26071>.

- Kułaga, Z., Grajda, A., Gurskowska, B., Wojtyło, M., Gózdź, M. i Litwin, M. (2016). The prevalence of overweight and obesity among Polish school-aged children and adolescents. *Przegląd Epidemiologiczny*, 70(4), 641–651.
- Larsson, S.C. i Wolk, A. (2006). Meat consumption and risk of colorectal cancer: A meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Cancer*, 119(11), 2657–2664. <https://doi.org/10.1002/ijc.22170>.
- Maggio, C.A. i Pi-Sunyer, F.X. (2003). Obesity and type 2 diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 32(4), 805–822. [https://doi.org/10.1016/S0889-8529\(03\)00071-9](https://doi.org/10.1016/S0889-8529(03)00071-9).
- Malińska, M. (2013). Prezenteizm – zjawisko nieefektywnej obecności w pracy. *Medycyna Pracy*. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.2013.0037>.
- Monteiro, C.A., Moura, E.C., Conde, W.L. i Popkin, B.M. (2004). Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(12), 940–946. <https://doi.org/S0042-96862004001200011>.
- O'Brien, K.S., Latner, J.D., Ebner, D. i Hunter, J.A. (2013). Obesity discrimination: the role of physical appearance, personal ideology, and anti-fat prejudice. *International Journal of Obesity*, 37(3), 455–460. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.52>.
- Olszanecka-Glinianowicz, M. (2008). Depression – cause or result of obesity? *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 4(2), 78–85. <https://journals.viamedica.pl/eoizpm/article/view/26040>.
- Ortega, F.B., Lavie, C.J. i Blair, S.N. (2016). Obesity and Cardiovascular Disease. *Circulation Research*, 118(11), 1752–1770. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.115.306883>.
- Pan, L., Li, X., Feng, Y. i Hong, L. (2018). Psychological assessment of children and adolescents with obesity. *Journal of International Medical Research*, 46(1), 89–97. <https://doi.org/10.1177/0300060517718733>.
- Przybylska, D., Kurowska, M. i Przybylski, P. (2012). Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej. *Hygeia Public Health*, 47(1), 28–35.
- Rand, C.S. i Macgregor, A.M. (1991). Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. *International Journal of Obesity*, 15(9), 577–579.
- Renahan, A.G., Roberts, D.L. i Dive, C. (2008). Obesity and cancer: Pathophysiological and biological mechanisms. *Archives of Physiology and Biochemistry*, 114(1), 71–83. <https://doi.org/10.1080/13813450801954303>.
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A., Sofi, N., Kumar, R. i Bhadoria, A. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(2), 187. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.154628>.
- Spaeth, A.M., Dinges, D. i Goel, N. (2018). Sleep and obesity. W: A.T. Wadden i A. Bray George (red.), *Handbook of Obesity Treatment Second Edition* (second, pp. 123–136). Guilford.
- Springer, M., Zaporowska-Stachowiak, I., Hoffmann, K., Markuszewski, L. i Bryl, W. (2019). Obesity – An expensive disease. *Hygeia Public Health*, 54(2), 88–91.
- Stefan, N., Häring, H.-U., Hu, F.B. i Schulze, M.B. (2013). Metabolically healthy obesity: epidemiology, mechanisms, and clinical implications. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 1(2), 152–162. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70062-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70062-7).

- Stepaniak, U., Micek, A., Waśkiewicz, A., Bielecki, W., Drygas, W., Janion, M., Kozakiewicz, K., Niklas, A., Puch-Walczak, A. i Pająk, A. (2016). Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland. Results of the WOBASZ II study (2013–2014) and comparison with the WOBASZ study (2003–2005). *Polish Archives of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.20452/pamw.3499>.
- Strazzullo, P., D'Elia, L., Cairella, G., Garbagnati, F., Cappuccio, F.P. i Scalfi, L. (2010). Excess Body Weight and Incidence of Stroke. *Stroke*, 41(5). <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.576967>.
- Sturm, R. i An, R. (2014). Obesity and economic environments. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 64(5), 337–350. <https://doi.org/10.3322/caac.21237>.
- Sutin, A.R. i Terracciano, A. (2013). Perceived Weight Discrimination and Obesity. *PLoS ONE*, 8(7), e70048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070048>.
- Swinburn, B.A., Sacks, G., Hall, K.D., McPherson, K., Finegood, D.T., Moodie, M.L. i Gortmaker, S.L. (2011). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804–814. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60813-1).
- Szymocha, M., Bryła, M. i Maniecka-Bryła, I. (2009). Epidemia otyłości w XXI wieku. *Zdrowie Publiczne/Polskie Towarzystwo Higieniczne*, 119, 207–212.
- Światowa Organizacja Zdrowia (2020, April 1). *Arkuszy informacyjny z dnia 1 kwietnia 2020 r.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Topór-Mądry, R. (2011). Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 9(1). <https://www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarządzanie/2011/Tom-9-zeszyt-1/art/1452/>.
- Tremmel, M., Gerdtham, U.-G., Nilsson, P. i Saha, S. (2017). Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), 435. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040435>.
- Upadhyay, J., Farr, O., Perakakis, N., Ghaly, W. i Mantzoros, C. (2018). Obesity as a Disease. *Medical Clinics of North America*, 102(1), 13–33. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.004>.
- Wang, Y., Beydoun, M.A., Min, J., Xue, H., Kaminsky, L.A. i Cheskin, L.J. (2020). Has the prevalence of overweight, obesity and central obesity levelled off in the United States? Trends, patterns, disparities, and future projections for the obesity epidemic. *International Journal of Epidemiology*, 49(3), 810–823. <https://doi.org/10.1093/ije/dy273>.
- Wang, Y.C., McPherson, K., Marsh, T., Gortmaker, S.L. i Brown, M. (2011). Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *The Lancet*, 378(9793), 815–825. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60814-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60814-3).
- Wąsowski, M., Walicka, M. i Marcinowska-Suchowierska, E. (2013). Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeniza. *Postępy Nauk Medycznych*, 26(4), 301–306.
- Withrow, D. i Alter, D.A. (2011). The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obesity Reviews*, 12(2), 131–141. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00712.x>.
- Wojnarowska, B., Mazur, J., Kołowo, H. i Małkowska Agnieszka. (2006). *Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej*, 2001/2002. Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego.

CZĘŚĆ 2

PACJENT W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Organizacje pacjentów a ochrona zdrowia w Polsce

Streszczenie

Pacjenci i organizacje pacjentów coraz mocniej angażują się w politykę zdrowotną i funkcjonowanie ochrony zdrowia. Wartość takiej aktywności odgrywa szczególnie istotną rolę w obszarze chorób przewlekłych, takich jak nowotwory czy choroby rzadkie, gdzie pacjenci napotykają ograniczony dostęp do skutecznych terapii ze względu na długi proces badań klinicznych oraz skomplikowane procedury regulacyjne związane z rejestracją i refundacją leku. Sugerowano, że zaangażowanie organizacji pacjentów ma istotny wpływ na zmniejszenie niepewności i ryzyka decyzyjnego, począwszy od etapu badań klinicznych nad nową substancją leczniczą przez udział w roli konsultantów na etapie rejestracji i refundacji gotowego leku aż po kliniczne korzyści z terapii. W niniejszym przeglądzie zbadano obszary zaangażowania organizacji pacjentów na najistotniejszych poziomach funkcjonowania ochrony zdrowia.

Aktualnie aktywność organizacji pacjentów wydaje się ściśle powiązana z cyklem życia produktu leczniczego na rynku ochrony zdrowia i obejmuje następujące obszary: psychologiczne i emocjonalne wsparcie pacjentów, finansową i rzeczową pomoc dla podopiecznych, zarządzanie i popularyzację konkretnej wiedzy medycznej skoncentrowanej na budowaniu świadomości choroby i edukacji, planowanie i udział w badaniach klinicznych, wczesny dostęp do leczenia, udział w procesie refundacji leku i działania systemowo-legislacyjnych. Wszystkie wymienione aktywności mają istotny wpływ na ochronę zdrowia i kształtowanie się polityki lekowej.

Zaangażowanie pacjentów, ich rodzin i organizacji pacjentów widać na wielu poziomach funkcjonowania ochrony zdrowia. Na podstawie dostępnych źródeł trudno jednak określić skalę i efektywność poszczególnych form zaangażowania. Ponadto istniejące możliwości nie zostały do tej pory zbadane wystarczająco szczegółowo, aby pokusić się o ocenę poziomu zaangażowania.

Słowa kluczowe: organizacje pacjentów, ochrona zdrowia, choroby przewlekłe, aktywizacja pacjentów, zaangażowanie pacjentów.

JEL: J44

* Doktorantka Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, e-mail: agnieszka.stasiewicz@commstart.pl.

Abstract

Patients and patient organizations are becoming increasingly involved in health policy and operations of health care. The value of such activity plays a particularly important role in the area of chronic diseases such as cancer or rare diseases, where patients suffer from limited access to effective therapies due to lengthy clinical trials, complex regulatory procedures of drug registration and reimbursement. It has been suggested that input of patient organizations has a significant impact on reducing uncertainty and decision risk, throughout the entire process, beginning from the clinical trials, through engagement as experts in their diseases in registration and reimbursement, up to routine clinical practice applications. This comprehensive review examines the areas of patient organizations involvement at crucial stages of public healthcare operations.

At present, activities of patient organizations seem to be closely related to the lifecycle of a medical product on the health care market and coverings following areas: psychological and emotional support, financial and non-financial assistance to patients, knowledge gathering and sharing, raising public awareness of their disease, participation in the design and conduct of clinical trials, early access programs, engaging in reimbursement decision making and advocacy aimed at regulatory changes. All inputs of patient organizations listed above generate significant impact on the health care system and shaping of drug policies.

The findings demonstrate that involvement of patients, their families and patient organizations exist at many levels of the health care system. Due to study limitations, the extent and effectiveness of patient's organization various initiatives have yet to be explicitly explored. Moreover, the existing input requires further studies to evaluate the level of engagement.

Keywords: patients organisations, healthcare, chronic diseases, patient involvement, health activism.

Wstęp

W ostatnich dwudziestu latach obserwujemy duże nasilenie aktywności organizacji pacjentów (OP) w Polsce i na świecie. Odnosi się to nie tylko do większej ich liczby czy zwiększonej aktywności, ale przede wszystkim do ich merytorycznego wpływu na model i system funkcjonowania ochrony zdrowia we współczesnym świecie w warunkach rynkowych. Ciągłe jednak jest mało informacji i badań na temat OP i ich faktycznego miejsca i wpływu na system ochrony zdrowia. Sam ten fakt może skutkować krytycznymi opiniami i porównaniami do agencji lobbingowych.

Niniejsza praca powstała, aby bliżej przyjrzeć działalności organizacji pacjentów w Polsce. Na podstawie dostępnych raportów i stron internetowych

towych warto przyjrzeć się bliżej, w jakie dziedziny zdrowia publicznego angażują się OP, jaka jest motywacja i oczekiwania. Zrozumienie ich genetyzy i metodologii działania pozwoli lepiej ustalić ich miejsce w ochronie zdrowia.

System ochrony zdrowia z założenia powinien mieć na względzie dobro pacjenta i być dla niego przyjazny. Poszukiwanie właściwych rozwiązań systemowych wymaga współpracy między organami decyzyjnymi w ochronie zdrowia i pacjentami. Największe wyzwanie i finansowe obciążenie dla ochrony zdrowia stanowią schorzenia przewlekłe: nowotwory, choroby genetyczne, choroby rzadkie. Z tych samych względów jest to jednocześnie obszar, gdzie pacjenci wymagają szczególnego wsparcia i działa najwięcej organizacji pacjentów.

Organizacje pacjentów poruszają się w bardzo wrażliwym i specyficznym obszarze, jaki stanowią dziedzina zdrowia i sektor gospodarki rynkowej ochrony zdrowia. Sprawia to, że są inaczej postrzegane niż inne podmioty na rynku, a nawet inaczej niż pozostałe ruchy społeczne (stowarzyszenia branżowe, organizacje feministyczne), do której to kategorii należy zaliczyć OP. Inne kryteria są przyjmowane przy ewaluacji ich aktywności (Kelly, 2012).

OP zakładane są z reguły z przyczyn psychologiczno-emocjonalnych jako poszukiwanie wzajemnego wsparcia przez osoby i ich rodziny zmagające wspólnie z ciężkim, przewlekłym, nieuleczalnym schorzeniem. Motorem do ich dalszego rozwoju i funkcjonowania jest jednak pojawienie się leku, który daje potencjalną szansę ich wyleczyć czyli rozwiązać podstawowy problem. W świetle teorii kolektywnego działania potencjalna szansa na leczenie jest dobrem zbiorowym stanowiącym cel do osiągnięcia dla całej OP jako zbiorowości (Kelly, 2012). Zanim jednak do tego dojdzie, po drodze czekają inne korzyści stymulujące do działania: lek wchodzący do badań przekłada się na nową, dostępną wiedzę na temat samej choroby, możliwość udziału w badaniach klinicznych, szansę na wczesny dostęp do leczenia, zanim będzie ono komercyjnie dostępne na rynku (Boon, 2010; Gonzato, 2019).

Z danych ujętych w raporcie *Organizacje Pacjentów w Polsce. Struktura, Aktywności, Potrzeby 2017*, przygotowanym przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, wynika, że w Polsce zarejestrowanych jest około 5,3 tys. organizacji działających w obszarze ochrony zdrowia, z czego około 1 tys. to podmioty skoncentrowane na działalności na rzecz pacjentów. Powyższy podział na organizacje działające w obszarze ochrony zdrowia i organizacje skoncentrowane na działalności na rzecz pacjen-

tów został stworzony przez badaczy pracujących nad raportem na podstawie zadeklarowanego przez uczestników badania obszaru działalności organizacji.

Działające w Polsce organizacje pacjentów mogą pochwalić się dużym dorobkiem i bogatym doświadczeniem zebrany przez cały okres swojej działalności. Raport wykazał, że większość organizacji działających na rzecz pacjentów funkcjonuje na rynku polskim średnio 15 lat, podczas gdy druga grupa – 13 lat. Nadrzędnym ich celem jest pomoc osobom chorym, a także – w szerszym ujęciu – najbliższemu otoczeniu, czyli całej rodzinie zmagającej się z chorobą bliskiej osoby. Organizacje angażują się jednak w wiele innych aktywności, które w ich rozumieniu mają pozytywnie wpływać na sytuację i realizację potrzeb pacjentów, których reprezentują.

Niniejsza publikacja została przygotowana na podstawie publikacji naukowych poświęconych aktywizacji pacjentów i ruchom pacjentów w Europie i na świecie (*health activism, patients advocacy*), dogłębnej analizie publicznie dostępnych materiałów na temat organizacji pacjentów z uwzględnieniem ich stron internetowych, mediów społecznościowych, a także raportu *Organizacje Pacjentów w Polsce. Struktura Aktywności, Potrzeby 2017*, przygotowanego przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

1. Podstawa teoretyczna

Organizacje pacjentów stanowią kategorię ruchów społecznych, które stały się przedmiotem licznych badań już na początku XX wieku. Dynamiczny rozwój farmakologii i nowoczesnej medycyny od połowy XX wieku, przy jednoczesnych rosnących nierównościach w dostępie do nowoczesnego leczenia, przyczyniły się do organizowania się pacjentów i tworzenia grup wzajemnego wsparcia. Dzięki innowacjom nowoczesne leki stosowane w nieuleczalnych wcześniejszej chorobach stały się dostępne dla pacjentów i ratowały im życie. Niemniej nie wszystkim i nie we wszystkich chorobach. Na przykład, pacjenci cierpiący na choroby serca czy płuc cieszyli się dostępnością leków, które poprawiały ich stan zdrowia, zaś pacjenci z nowotworami czy chorobami rzadkimi nie mieli tego przywileju. Ta nierówność dostępu do korzystania ze zdobyczy medycyny i ochrony zdrowia legła u podstaw ruchów społecznych obejmujących pacjentów (Runciman, 1966; Zoller, 2005; Marek, 2014).

Bazując na teorii zbiorowego działania (Olson, 1954) i teorii relatywnej deprywacji (Davies, 1962; Runciman, 1966) można wyjaśnić genezę organizacji pacjentów i ich aktywności.

Według psychologii społecznej jako deprywację definiujemy samorzutny stan wywołany brakiem możliwości zaspokojenia istotnej potrzeby przez jednostkę lub grupę społeczną. Wyróżniamy deprywację relatywną (względna) i absolutną. W ujęciu relatywnym poziom zaspokojenia określonych potrzeb jednostek, np. dochodu, zdrowia, uznania, odnosi się do poziomu ich zaspokojenia przez pozostałych członków społeczności (Panek, 2011). W ujęciu absolutnym ten aspekt nie jest uwzględniany. Tym samym deprywacja relatywna leży u podstaw aktywizacji ruchów społecznych, w krańcowych przypadkach może prowadzić do wybuchu społecznej rewolucji.

Deprywacja dochodowa odnosi się do sytuacji, kiedy jednostka lub grupa odczuwa niezaspokojone potrzeby finansowe, czuje się niezaspokojona pod względem dochodów w stosunku do innych (Dudek, 2012). Analogicznie można wnosić, że jednostki pozbawione dostępu do leczenia zapewnionego innym osobom chorym w ramach tego samego systemu ochrony zdrowia czuły się wykluczone, nierówne, gorsze. Deprywacja relatywna skłania ludzi do podejmowania działań mających na celu istotną zmianę aktualnego stanu, odzyskanie utraconego dobra albo zdobycie nowego poprzez zmniejszenie lub wyeliminowanie czynnika wywołującego.

Za twórcę koncepcji relatywnej deprywacji uważa się amerykańskiego socjologa Jamesa A. Daviesa (1962). Samą ideę nierówności jako źródła konfliktu społecznego, znajdujemy jednak już u XIX-wiecznych filozofów, m.in. u Marksa. Koncepcja Daviesa doczekała się wielu analiz i modyfikacji. Walter G. Runciman dokonał ważnej obserwacji. Stwierdził, że koncepcja relatywnej deprywacji sprawdza się szczególnie w sytuacji, kiedy element, którego ludzie pragną (przedmiot porównań) jest możliwy do zdobycia (ang. *feasible*) (Runciman, 1966; Marek, 2014).

Drugą teorią nauk społecznych wyjaśniającą uwarunkowania organizacyjne i strukturalne działania grupy jest teoria kolektywnego działania, opracowana w 1965 roku przez ekonomistę Mancurę Olsona. Analizując ruchy społeczne, swoje rozważania oparł na założeniach teorii racjonalnego wyboru (TRW) i doszedł do interesujących wniosków. Na ich bazie sformułował teorię kolektywnego działania pozwalającą wyjaśnić psychospołeczne i ekonomiczne podstawy tworzenia się grup, takich jak cechy rzemieślnicze, stowarzyszenia kobiet, grupy gejowskie, związki zawodowe czy także organizacje pacjentów (Olson, 1971).

Olson zauważył, że grupa powstanie tylko wtedy, kiedy będzie to w interesie kilku osób. Jednostki będą dążyć do stworzenia grupy, jeśli ich działanie zbiorowe pozwoli im lepiej realizować swoje cele niż działanie indywidualne. Realizację celu grupy należy analizować w kategoriach

dobra zbiorowego (ang. *collective good*). Przynosi ona bowiem korzyści wszystkim jej członkom bez względu na stopień indywidualnego wkładu. Oznacza to, że po pierwsze działanie jednostki w ramach grupy prowadzi do rozproszenia korzyści – każda osoba z grupy otrzyma jedynie część wspólnej korzyści, będącej wynikiem ich kolektywnego działania. Po drugie, korzyści z ich dostarczenia są dostępne również dla tych członków grupy, którzy nie uczestniczyli w działaniach na rzecz pozyskania dobra. Dobra zbiorowe charakteryzują się brakiem możliwości wyłączenia pojedynczych osób z konsumpcji. Jak określił to Olson „muszą być dostępne dla wszystkich, jeśli mają być w ogóle dostępne” (Olson, 1971, s. 23). Taka sytuacja stwarza bodźce do „jazdy na gapę”, czyli zjawiska, kiedy pojedynczym członkom grupy nie opłaca się uczestniczyć w zbiorowych działaniach. Dostrzegają, że zaniechanie działania na rzecz grupy zmniejszy indywidualny udział jedynie o ułamek wspólnej korzyści z tego działania, z drugiej strony mogą liczyć na korzyści z podziału zbiorowego dobra zdobytego poprzez działania pozostałych członków. Olson zauważył, że w przypadku kiedy tak kalkulować będą wszyscy członkowie grupy, doprowadzi to sytuacji, kiedy nikt nie podejmie działań i dobro zbiorowe w ogóle nie zostanie pozyskane.

W zależności od sytuacji w grupie występują zachowania nieegoistycznych, co prowadzi do tego, że dobro zbiorowe zostanie dostarczone, jednak w przypadku przewagi zachowań egoistycznych leżącego u podstaw braku zaangażowania jednostek, żadne działania nie zostaną podjęte. Olson analizował ponadto mechanizmy, dzięki którym grupy mogą przełamać przedstawiony paradoks. Wykazał, że w takich przypadkach niezbędne staje się dostarczenie bodźców selektywnych, które będą wpływać na rzeczywiste zaangażowanie konkretnych jednostek w działania grupy. Bodźce selektywne mogą przyjmować różne postacie, m.in. kary lub nagrody. Ustanowienie skutecznych mechanizmów, które z zasady, same w sobie są dobrem zbiorowym, stanowi duże wyzwanie. W małych grupach łatwiej wytworzyć i kontrolować takie bodźce, dzięki komunikacji bezpośredniej, bliskiej współpracy i wzajemnej obserwacji działań. Mobilizacja jednostek do podejmowania działania staje się o wiele trudniejsza wraz ze wzrostem liczebności grupy. Jest to jeden z kluczowych wniosków teorii Olsona. Działania małych grup mogą być efektywniejsze i szybciej prowadzić do osiągnięcia celu, jakim jest pozyskanie dobra zbiorowego niż grup dużych (Olson, 1971).

Wielu późniejszych badaczy uważa, że model kolektywnego działania stworzony przez Olsona, zakładający w pełni racjonalne działanie jednost-

ki, powinien zostać zarezerwowany dla prostych, rywalizacyjnych sytuacji analogicznych do wyboru rynkowego (Vicari, 2016).

Relatywna deprywacja i kolektywne działanie charakteryzują również organizacje pacjentów działające na rynku ochrony zdrowia. Ich genezą jest nierówny dostęp do zasobów ochrony zdrowia: leku, terapii, leczenia. Pozbawienie dostępu do wyżej wymienionych dóbr jest niezasłużone, niezawinione i krzywdzące, stąd ich wysiłki polegające na szukaniu wzajemnego wsparcia, dzieleniu się doświadczeniem i siatką kontaktów, rozszerzaniu relacji, następnie tworzeniu grupy, która lepiej zadba o interesy jednostek niż one same indywidualnie mogą to zrobić (Zoller, 2005). Celem jest oczywiście lek, który staje się w takiej postaci dobrem zbiorowym, możliwym do osiągnięcia wyłącznie wspólnymi wysiłkami.

2. Podstawa prawna działania organizacji pacjentów w Polsce

Z założenia organizacje pacjentów zaliczają się do organizacji pozarządowych i podlegają tym samym definicjom i regulacjom prawnym. W polskim prawie nie istnieje jeden akt prawny, który regulowałby całość zagadnień związanych z funkcjonowaniem organizacji pozarządowych. Oprócz ustaw odnoszących się do podstaw założycielskich funkcjonuje kilka innych aktów i rozporządzeń, których wybrane fragmenty odnoszą się do różnych aspektów działalności organizacji pozarządowych, np. ustawa o podatku dochodowym, ustawa o podatku VAT, kodeks pracy.

Kluczowym dokumentem jest Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności organizacji pożytku publicznego i o wolontariacie (art. 3 ust. 2). Podaje ona następującą definicję organizacji pozarządowych: „Organizacjami pozarządowymi są, niebędące jednostkami sektora finansów publicznych, w rozumieniu przepisów o finansach publicznych i niedziałające w celu osiągnięcia zysku, osoby prawne lub jednostki nieposiadające osobowości prawnej utworzone na podstawie przepisów ustaw, w tym fundacje i stowarzyszenia”.

Tak więc za organizację pozarządową uznawane są podmioty posiadające osobowość prawną, jak fundacje, stowarzyszenia, związki zawodowe, partie polityczne, lecz również takie, które osobowości prawnej nie posiadają, np. stowarzyszenia zwykłe, organizacje studenckie działające na uczelniach czy nawet koła gospodyń wiejskich.

Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie reguluje zasady prowadzenia działalności organizacji pożytku publicznego; określa

sposób uzyskiwania przez organizacje pozarządowe statusu organizacji pożytku publicznego oraz konsekwencje finansowo-prawne z tym powiązane. Określa zasady współpracy organizacji pozarządowych z administracją publiczną. Ponadto odnosi się do udzielania zleceń publicznych i przyznawania dotacji, a także wykonywania świadczeń przez pracowników i wolontariuszy.

3. Struktura organizacyjna OP

Organizacje pacjentów zrzeszają pacjentów chorujących na ciężkie, przewlekłe, często nieuleczalne obecnie schorzenia. Dla większości z nich choroba stanowi fizyczne, psychiczne i ekonomiczne obciążenie ze względu na wysokie koszty bezpośrednie i pośrednie leczenia. Członkami organizacji, oprócz samych chorych, często bywają całe rodziny, opiekunowie, przyjaciele chorego. Na podstawie analizy stron internetowych organizacji pacjentów widać, że wiele z nich wśród swoich członków, posiada także ekspertów medycyny i personel medyczny. Częściowo ich zaangażowanie wiąże się z tym, że mają powiązania rodzinne z osobą chorą, w wielu przypadkach angażują się ze względów naukowych lub czysto humanitarnych, pełniąc funkcję doradców i konsultantów. Czasami eksperci medyczni wchodzi w skład rad naukowych czy nadzorczych, doradzających lub kontrolujących zasadność projektów podejmowanych przez organizacje jako całość. Jak wykazują badania Mandeville (2019), obecność autorytetów medycznych tworzących radę naukową pozytywnie wpływa na transparentność funkcjonowania, a także neutralność akcji i projektów, jakie wspierają organizacje. Medycy pomagają dobrać sponsorów i partnerów. Dbają o zapewnienie ładu korporacyjnego OP zgodnego z ich statusem i obowiązującym prawem; czasami też samodzielnie i dobrowolnie tworzą własne kodeksy postępowania. Celem jest zwiększenie efektywności i przejrzystości działań, ale również zapobieżenie stratom finansowym przez niewłaściwe gospodarowanie ograniczonymi zasobami (Mandeville, 2019). Ważny jest też aspekt wizerunkowy udziału autorytetów. Huyard (2009) zauważa jednak, że zaangażowanie ekspertów medycznych nie wpływa zasadniczo na formy i metody działań organizacji.

Jeśli chodzi o formę prawną, większość organizacji pacjentów to stowarzyszenia działające na podstawie przyjętego statusu, przeważnie publikowanego na stronie internetowej. Mniejsza liczba działa jako fundacja.

4. Model działania

Organizacje pacjentów w żadnym przypadku nie stanowią monolitu; wręcz odwrotnie – charakteryzuje je duża różnorodność. Wyróżniają się grupową tożsamością, strukturą organizacyjną i motywacją działań. Wielu badaczy analizujących działalność organizacji pacjentów na świecie stara się zbudować ich taksonomię. Ze względu zarówno na ich różnorodność, jak i ich stały rozwój i adaptację do zmieniających się warunków rynkowych nie jest to łatwe zadanie.

W raporcie pt. *Kondycja organizacji pozarządowych 2018* przygotowanym przez Stowarzyszenie Klon/Jawor na podstawie badania ankietowego organizacji pozarządowych w Polsce znajdujemy podział organizacji działających w sektorze ochrony zdrowia na dwie grupy: organizacje działające dla dobra pacjenta oraz na rzecz ochrony zdrowia. To pierwsza próba sklasyfikowania OP w Polsce, oparta na sposobie w, jaki same organizacje definiowały swoje cele i potrzeby działania.

Inną typologię proponuje francuska socjolożka Caroline Huyard, która wyróżnia następujące kategorie organizacji:

1. Organizacje pluralistyczne (*pluralistic associations*), zrzeszające kilka różnych grup interesów/uczestników/udziałowców, reprezentujących pacjentów chorujących na różne, ale w pewnym stopniu spokrewnione ze sobą choroby, np.: stowarzyszenia pacjentów z nowotworami, Fundacja Alivia działająca na rzecz osób z nowotworami czy też organizacja pacjentów z mukopolisacharydozami obejmująca swoimi zasięgiem 8 schorzeń. Przy tym modelu organizacji podstawą jest wspólny cel i chęć współpracy.
2. Organizacje monistyczne (*monistic associations*), reprezentujące tylko jedną grupę interesów, czyli zrzeszające pacjentów reprezentujących tylko jedno schorzenie, jak na przykład Stowarzyszenie Rodzin z chorobą Fabry'ego, Ogólnopolski Ruch Kobiet Po Mastektomii PARS, Stowarzyszenie Pacjentów z Hiperlipidemią Rodzinną.

Bez względu na typologię każda grupa organizacji, oprócz pacjentów zrzesza rodziny, opiekunów, a także specjalistów medycyny, począwszy od czołowych naukowców, przez lekarzy praktyków, personel pielęgniarstwa, terapeutów, psychologów, psychoterapeutów, czyli ludzi, którzy zgodnie z teorią Olsona podziałają wartości grupy jako całości, czyli fakt, że działanie grupowe może przynieść więcej korzyści niż jednostkowe.

5. Ustawodawstwo

5.1. Organy administracyjne a ochrona praw pacjenta

W Polsce działa kilka instytucji centralnych nadzorujących ochronę i przestrzegania praw pacjenta, w imieniu których działają organizacje pacjentów. Warto tutaj wymienić najważniejsze z nich:

5.1.1. Rzecznik Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta jest kluczowym i centralnym organem administracji rządowej, właściwym dla spraw ochrony praw pacjentów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Powołany został ustawą z dnia 31 marca 2009 roku (Dz.U. z 2019 roku, poz. 1127). Zgodnie z ustawą do jego obowiązków należy współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia, współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta, analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy”.

5.1.2. Rzecznik Praw Dziecka

Kolejną instytucją działającą w tym obszarze jest Rzecznik Praw Dziecka. To konstytucyjny, jednoosobowy organ władzy państwowej ustanowiony artykułem 72 ust. 4 Konstytucji RP z 1997 roku. Rzecznik stoi na straży praw dziecka określonych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Konwencji Praw Dziecka i innych przepisach prawa

5.1.3. Parlamentarne Zespoły ds. Zdrowia

W odpowiedzi na rosnące potrzeby społeczne w polskim parlamencie powstały zespoły parlamentarne skoncentrowane m.in. na ochronie zdrowia. Ich tworzenie i funkcjonowanie regulują art. 17 ust. 1 i 3 z dnia 9 maja 1996 roku o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz.U. z 2003 r., Nr 221, poz. 2199 z późn. zm.), a także Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2002 r., Nr 23, poz. 398 z późn. zm.).

W parlamencie działają więc zespoły zajmujące się najistotniejszymi w danej chwili obszarami ochrony zdrowia, takimi jak: onkologia, opieka nad osobami niepełnosprawnymi, osoby głuchonieme, podstawowa opieka

zdrowotna i profilaktyka, stwardnienie rozsiane, autyzm, borelioza, cukrzyca, łuszczyca, szczepienia, pielęgniarstwo, położne i inni pracownicy opieki zdrowotnej czy zdrowia Polaków.

Od kilku lat działa także Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjenta zajmujący się tematyką praw pacjentów. W jego skład wchodzi 6 posłów sejmiku wiodącej partii politycznej oraz jeden senator. Ocena faktycznej współpracy, jej zakres i efekty mogą stanowić obszar osobnych badań.

Jak wynika z danych raportu Stowarzyszenia Klon/Jawor (2018), organizacje pacjentów współpracują praktycznie ze wszystkimi wyżej wymienionymi organami stojącymi na straży praw pacjenta.

5.2. Zaangażowanie

Wiele badań organizacji pacjentów wskazuje, że zaczęły powstawać jako spontaniczne grupy wzajemnego wsparcia, tworzone przez matki i/lub rodziców zmagających się z ciężkimi schorzeniami swoich dzieci. Z biegiem czasu ich działalność przyjmowała formę bardziej ustrukturyzowaną i zorganizowaną. Przez legalizację działalności w formie urzędowej rejestracji jako stowarzyszenie czy fundacja uzyskiwały prawną możliwość zbierania i zarządzania funduszami stanowiącymi ważny element motywacyjny wspierający ich funkcjonowanie. Wydaje się, że istotnym bodźcem rozwojowym staje się szansa na skuteczne leczenie, bez względu na fakt, jak bardzo jest odległa.

Bez względu na szerokość geograficzną organizacje pacjentów spełniają wiele ważnych funkcji w systemie ochrony zdrowia. Jako kluczowe działania możemy wyróżnić (Boon, 2010; Young, 2017):

1. Organizację grup psychologicznego i emocjonalnego wsparcia.
2. Zapewnienie finansowego i rzeczowego wsparcia dla podopiecznych.
3. Zarządzanie i popularyzację konkretnej wiedzy medycznej.
4. Wspieranie i udział w badaniach klinicznych.
5. Dostęp do leków w ramach programów wczesnego dostępu (Early Access Program).
6. Interakcje związane z procesem refundacji leku.
7. Działania rzecznicze – wpływanie na kształtowanie polityki lekowej.

5.2.1. Grupy psychologicznego i emocjonalnego wsparcia

Wychodząc z teorii relatywnej deprywacji, można stwierdzić, że przyczyną powstawania organizacji pacjentów jest poczucie dysharmonii między faktycznym poziomem życia, czy też w naszym przypadku zdrowia, a pragnieniami i oczekiwaniami. Deprywacja relatywna z założenia popycha

ludzi i/lub grupy społeczne do podejmowania aktywności mających na celu doprowadzenie do istotnej zmiany aktualnego stanu, odzyskanie utraconego dobra albo osiągnięcie nowego.

Osoby cierpiące na ciężkie, nieuleczalne choroby mają świadomość swojej odmienności, krzywdy i niezawinionej niższości. Ciężka choroba, czasami o podłożu genetycznym, piętnuje całą rodzinę, prowadzi do izolacji i wyobcowania połączonego ze świadomością braku dostępu do dóbr, które są udziałem innych. Aby uzewnętrznić przykre emocje i zrationalizować wrażenie deprywacji, chorzy chętnie dzielą się doświadczeniami z osobami, które znalazły się w podobnej sytuacji. Z czasem aktywnie budują sieć kontaktów i wzajemnych powiązań, które pomagają im zredukować poziom stresu i niepewności, uzyskać wsparcie psychologiczne, zjednoczyć się w ramach wspólnoty i wspólnego poszukiwania rozwiązań systemowych. Jak wskazują wyniki raportu, 59% osób reprezentujących polskie organizacje pacjentów deklaruje „chęć wspólnego działania i wymiany doświadczeń z innymi osobami zmagającymi się z chorobą własną lub swoich bliskich jako przyczynę zakładania grupy” (Stowarzyszenie Klon/Jawor, 2018). 41% wymienia zaś chęć rozwiązania konkretnych problemów w społeczeństwie lub okolicy. Współdziałanie wewnątrzgrupowe eliminuje izolację, daje poczucie wspólnoty, pełni funkcję psychoterapii, jednocześnie zapewnia osiągnięcie praktycznych korzyści w postaci rozwiązania podstawowych problemów jak na przykład znalezienie kontaktu do lekarza zajmującego się leczeniem danej choroby, znalezienie dostępu do pomocy pielęgniarstwa, rehabilitacyjnej czy opieki społecznej, wsparcie finansowe i rzeczowe (w postaci wyrobów medycznych, sprzętu rehabilitacyjnego, środków transportu itp.). Nawet częściowe rozwiązanie problemu zmniejsza czynnik stresogenny u osoby chorej, a także całej rodziny (Huyard, 2009).

Wydaje się, że psychologiczne wsparcie stanowi podstawową i najczęstszą formę aktywności OP, ale z drugiej strony może stanowić także bodziec i motywator do podejmowania innych form działania mających na celu osiągnięcie celu, czyli dostęp do leku.

5.2.2. Organizowanie finansowego i pozafinansowego wsparcia działalności

Zgodnie ze swoim statutem OP mają prawo do zbierania funduszy na swoją działalność. Członkowie OP opłacają roczne składki, które zasilają budżet organizacji. Dla wielu z nich stanowi to główne źródło dochodu niezbędnego do prowadzenia działalności. Na budżet OP składa się także finansowe i pozafinansowe wsparcie udzielane przez podmioty gospodarcze, w głównej mierze przez firmy farmaceutyczne czy też producentów

wyrobów medycznych. Z danych raportu *Organizacje pacjentów w Polsce. Struktura. Aktywności. Potrzeby* wynika, że 63% OP korzysta z pieniężnych dotacji. 67% deklaruje, że główną formą są darowizny pozafinansowe jak np.: sprzęt i meble biurowe, udostępnienie lokalu itd. (Charycka, 2017). Potwierdzają to dane producentów leków i branżowych zrzeszeń, którzy na swoich stronach internetowych upubliczniają informacje dotyczące pomocy i wsparcia finansowego organizacji pacjentów. Taka triangulacja danych zwiększa wiarygodność badania. Pozyskane w ten sposób środki OP przeznaczają na finansowanie bieżącej działalności, a także realizację własnych projektów i promocję. Zaliczyć można do nich akcje informacyjne i edukacyjne zwiększające świadomość pacjentów i społeczeństwa na temat chorób i terapii, a także inne działania zmierzające do wprowadzenia konkretnych zmian w systemie opieki zdrowotnej, włącznie z refundacją leku.

Niektórzy autorzy wskazują na ryzyko konfliktu interesów. Mandeville w swoich badaniach prowadzonych na rynku brytyjskim policzyła, że 71,7% organizacji pacjentów akceptowało dofinansowanie ze strony producentów leków i wyrobów medycznych, w tym także od firm konkurencyjnych. Odbывало się to także tym samym okresie, kiedy firma ubiegała się o rejestrację/refundację produktu medycznego, co z założenia jest sprzeczne z zasadą neutralności (Rose, 2017; Mandeville, 2019).

Nie ma wątpliwości, że dostęp do właściwego leczenia jest kluczowy dla pacjentów i dla OP, co potwierdza ich aktywny udział w procesie refundacyjnym przy ocenie technologii medycznej. Transparentne procedury są jednak równie ważne. Organy decyzyjne w Polsce i innych krajach na świecie (AOTMiT, EMA, FDA, NICE, HAS itd.) mają tego świadomość i dążą do zwiększenia przejrzystości przez ujawnianie sponsoringu, dotacji i grantów finansowych otrzymanych przez wszystkie strony, aby mieć gwarancje, że komitety decyzyjne wiedzą, jakie interesy wchodzi w grę.

5.2.3. Zarządzanie i popularyzacja unikalnej wiedzy zbiorowej

Blisko 100 organizacji pacjentów działa w obszarze chorób rzadkich i nowotworowych. Oba schorzenia mogą mieć podłoże genetyczne, czyli będą przekazywane w rodzinie, co z reguły aktywizuje wszystkich jej członków do zaangażowania w działania grupowe. Choroby rzadkie mogą mieć bardzo odmienny obraz i objawy, ale łączy je jeden wspólny czynnik – niski współczynnik występowania w populacji. Według definicji Unii Europejskiej choroby rzadkie to schorzenia, które dotyczą nie więcej niż 5 osób na 10 000 i których leczenie wymaga szczególnych, skoordynowanych wysiłków wielu specjalistów.

Ze względu na rzadkość występowania lekarze w swojej codziennej praktyce bardzo rzadko mają okazję leczyć pacjenta z chorobą rzadką, co oznacza, że ich wiedza na ten temat jest ograniczona. Stoi to w dużym dysonansie do pacjenta z chorobą rzadką, który w zakresie swojego własnego schorzenia zdążył stać się ekspertem. Fakt niskiej częstości występowania chorób rzadkich, sprawia, że proces rozpoznawania choroby przez lekarza i postawienia ostatecznej diagnozy może trwać od kilku do kilkunastu lat. W tym czasie chory odwiedził wielu specjalistów, przeszedł wiele badań diagnostycznych. Z perspektywy pacjenta przekłada się to na fakt, że ma szeroką i unikalną wiedzę na temat swojej choroby i sposobów radzenia sobie z nią. Teraz on staje się ekspertem. Tak dochodzi do transformacji personalnych, medycznych doświadczeń w wiedzę zbiorową, łączącą w sobie wiedzę zarówno doświadczalną, jak i medyczną, unikalną i wysoko cenioną nawet przez autorytety zdrowia publicznego (Rabeharisoa, 2014).

Na podstawie analizy stron internetowych, publikacji prasowych, mediów społecznościowych widać, że tak zgromadzona wiedza chętnie znajduje ujście w postaci akcji edukacyjnych popularyzujących problematykę ruchu pacjentów. Reprezentanci organizacji pacjentów chętnie biorą udział w spotkaniach, sympozjach, zjazdach adresowanych nie tylko do innych grup pacjentów, ale także do ekspertów i decydentów ochrony zdrowia. Organizują konferencje prasowe, aby za pośrednictwem mediów określony przekaz dotarł do innych uczestników rynku zdrowia publicznego. Z jednej strony takie akcje OP służą celom edukacji społeczeństwa, dla których jest to nowy temat. Przy okazji przekaz dotrze do ekspertów medycznych, od których zależą decyzje ważne dla zdrowia i życia osób chorych, członków organizacji pacjentów. OP nagłoścniają swoje nierozwiązane problemy, np. brak dostępu do leczenia, brak łóżek szpitalnych dedykowanych chorym określonej kategorii, brak refundacji leku itd. (Vicari, 2016; Young, 2017).

Wraz z rozwojem nowych technologii organizacje pacjentów coraz częściej i chętniej korzystają z mediów cyfrowych. Jako przykłady warto wymienić m.in. filmy z udziałem pacjentów zamieszczane na YouTube, posty, memy, fora dyskusyjne w mediach społecznościowych takich jak Facebook, Twitter, Instagram. W ten sposób OP tworzą swoją wielokanałową, interaktywną komunikację. Wyniki badań pokazują, że interaktywna komunikacja w mediach cyfrowych uprawiana przez organizacje pacjentów wykracza poza zwykłe poszukiwanie wsparcia społecznego dla swojego ruchu, ona buduje dwukierunkową wymianę wiedzy. Spersonalizowane treści na temat zdrowia wzmacniają przekaz, ułatwiając dotarcie z wiedzą zarówno doświadczalną, jak i medyczną do autorytetów i decydentów (Vicari, 2016).

W takich przypadkach aktywność OP upodabnia się do działań prowadzonych przez przedsiębiorstwa i organizacje komercyjne (izomorfizm). W ochronie zdrowia, podobnie jak w innych dziedzinach gospodarki, media cyfrowe doskonale służą dwukanałowemu dyskursowi, przyczyniając się do transformacji tradycyjnych działań i struktur w zdrowiu publicznym (Vicari, 2016).

5.3. Badania kliniczne i wpływ na budżet ochrony zdrowia

Analiza stron internetowych wielu organizacji pacjentów potwierdza, że posiadają one rozległą wiedzę na temat badań klinicznych prowadzonych przez firmy farmaceutyczne w danej jednostce chorobowej i na miarę swoich zasobów dążą do ułatwienia obu stronom przebiegu badań. Z jednej strony stanowią więc źródło wiarygodnej dla swoich członków wiedzy na temat badań klinicznych i zasad udziału w nim. Z drugiej strony ułatwiają podmiotom prowadzącym badania kliniczne, czyli firmom farmaceutycznym i uniwersytetom medycznym, dostęp do zasobu pacjentów (Komlos, 2013; Rabeharisoa, 2014; Terry, 2015). Warto tu nadmienić, że wiele organizacji prowadzi rejestry swoich członków-pacjentów, które oprócz ogólnych danych mogą zawierać elementy historii przebiegu choroby. Udostępniane są wyłącznie na zgodą ich właściciela i zgodnie z aktualnym ustawodawstwem.

Badanie kliniczne prowadzone na ludziach stanowi końcową, ale najważniejszą część procesu badawczego poprzedzającego formalno-prawne dopuszczenie produktu medycznego do stosowania u ludzi. Dla pacjenta zmagającego z ciężką lub nieuleczalną chorobą udział w badaniach zapewnia wartość dodaną, uzyskaną dzięki członkostwu w organizacji pacjentów. Daje mu dostęp do diagnostyki i leczenia o wysokim standardzie, w najlepszych szpitalach uniwersyteckich, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W niektórych przypadkach, jak na przykład w chorobach rzadkich czy nowotworowych, gdzie aktualnie nie ma właściwego leczenia, jest jedyną drogą dostępu do nowej terapii, zwiększająca szanse przeżycia (Pypops, 2012). Zgodnie z protokołem badawczym badacz, czyli lekarz, ma obowiązek poinformować każdego uczestnika o potencjalnym ryzyku związanym z udziałem w badaniu. Decyzja o udziale w badaniu należy więc bezpośrednio do uczestnika.

Z perspektywy rachunku ekonomicznego udział pacjenta w badaniach klinicznych gwarantuje tymczasowe odciążenie budżetu państwowej ochrony zdrowia, albowiem wszelkie koszty z tym związane, tzn. diagnostyki, badania włączające, monitorowanie przebiegu leczenia włącznie z kosztami wynagrodzenia personelu medycznego zaangażowanego w badanie kliniczne

pokrywa strona aranżująca badanie, tzn. firma farmaceutyczna czy uniwersytet medyczny. Badania kliniczne stanowią dodatkowe źródło dochodu dla szpitali i klinik w nich uczestniczących. Dla lekarzy i kierownictwa kliniki prowadzenie badania klinicznego jest równoznaczne z badaniami naukowymi, co z kolei przekłada się na prestiż i publikacje naukowe dedykowane wynikom badania. Oszacowanie realnego wpływu badań klinicznych na budżet ochrony zdrowia w Polsce nigdy nie zostało dokonane i wymaga osobnych badań, zarówno w kwestiach finansowych, jak i pozafinansowych.

Warto dodać, że organizacje pacjentów i zrzeszeni w nich pacjenci nie stanowią wyłącznie obiektu badawczego w badaniach klinicznych, ale również mają aktywny udział w jego projektowaniu. Coraz więcej organizacji pacjentów angażuje się jako doradcy podczas projektowania protokołu badań. Firmy farmaceutyczne już na etapie planowania konsultują z organizacjami pacjentów wybrane, ale często kluczowe dla bezpieczeństwa badania parametry, takie jak liczba badanych w próbie, zakres i czynniki monitorowane itd. (Parkinson, 2012; Pypops, 2012). Jako przykład posłużyć może obszar chorób rzadkich, gdzie organizacje pacjentów negocjowały powiększenie grupy badawczej otrzymującej substancję leczniczą kosztem zmniejszenia grupy placebo w badaniu randomizowanym, podwójnie zaślepionym vs placebo. Dzięki temu zgodnie z protokołem zaakceptowanym przez EMA i FDA więcej pacjentów z chorobą rzadką miało szansę odnieść korzyści z leczenia substancją aktywną, bez szkody dla wyniku samego badania (Polich, 2012). Stanowi to dowód wykorzystania wiedzy i doświadczenia pacjentów na etapie rozwoju i badań poprzedzających dopuszczenie leku do komercyjnego stosowania (Terry, 2015; Gonzato, 2019). Współpraca lekarz-badacz i OP może przynosić korzyści dla funkcjonowania i budżetu ochrony zdrowia.

5.3.1. Leczenie w ramach programów wczesnego dostępu (*Early Access Program*)

Praktyka wskazuje, że dzięki zaangażowaniu organizacji pacjentów ich członkowie mają łatwiejszy dostęp do leczenia, zwłaszcza na wczesnym etapie, kiedy odpowiedni dla nich produkt leczniczy nie został jeszcze zarejestrowany ani nie jest refundowany (Komlos, 2013). Obie powyższe procedury są niezbędne i zasadnicze, aby odpowiednie organy decyzyjne mogły podjąć decyzję w kwestii dopuszczenia produktu leczniczego do leczenia. Obie procedury, bez względu na to, czy odbywają się na poziomie europejskim w ramach procedury centralnej, czy na poziomie krajowym, trwają jednak od 6 miesięcy przy procedurze szybkiego dostępu do leczenia do paru lat. Aby w tym okresie zapewnić chorym dostęp do leku ratują-

cego życie unijny ustawodawca ustanowił prawo do Programu Wczesnego Dostępu do Leczenia (*Early Access Program*). Odbywa się to przez przekazanie leku przez producenta klinice leczącej pacjenta. W Polsce określane jest jako charytatywny dostęp do leku, czasami zwany potocznie darowizną.

Ta dość skomplikowana procedura formalno-prawna gwarantuje najciężej chorym dostęp do terapii ratującej życie i zdrowie. Jest powszechnie stosowana w całej Unii Europejskiej, zwłaszcza w najcięższych przypadkach, kiedy nie ma alternatywnego leczenia, a nowy, niezarejestrowany lek daje szansę przeżycia. *Early Access Program* został wywalczony i wprowadzony kilkanaście lat temu przez organizacje pacjentów działające w dziedzinie onkologii. Dokładna częstość, długość i zakres stosowania nie są znane; sama procedura nie podlega prawnemu rejestrowaniu przez organa decyzyjne. Nie ma wątpliwości, że pacjentowi zapewnia korzyść, bez której miałby ograniczone szanse przeżycia. Stanowi także wartość dodaną dla budżetu państwowej ochrony zdrowia, mierzalną w postaci bezpośrednich i pośrednich kosztów leczenia (Komlos, 2012; Gonzato, 2019). Dokładne określenie skali i wartości na rynku polskim wymaga jednak dalszych badań.

5.3.2. Zaangażowanie w proces refundacyjny leku

Opierając się na wspomnianej wyżej Teorii Zbiorowego Działania według Mancura Olsona, grupy podejmują działania, kiedy dostęp do dobra zbiorowego staje się możliwy. Stanowi to ekonomiczny cel podejmowania aktywności przez grupę, gdyż przynosi korzyści wszystkim jej członkom. Tym samym uzasadnia celowość angażowania się organizacji pacjentów w aktywności zapewniające im dostęp do leku i terapii (Gonzato, 2019). Zaangażowanie organizacji pacjentów w proces refundacyjny inicjowany przez producenta leku i realizowany przez organy decyzyjne w ochronie zdrowie koncentruje się na dostarczaniu informacji do wykorzystania w ocenie technologii lekowej, wyrobu medycznego prowadzącego do wydania decyzji administracyjnej przez Ministra Zdrowia. Ustawodawca w Polsce narzucił wymóg poddawania analizie weryfikacyjnej leku i wyrobu medycznego konsultacjom społecznym¹ (Zawada, 2013).

Jedną z form takiej konsultacji społecznej stosowaną w polskim ustawodawstwie jest możliwość uczestniczenia pacjentów w charakterze paneli-

¹ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2005 r. w sprawie utworzenia Agencji Oceny Technologii Medycznych (Dz.Urz. MZ z 2005 r., Nr 13, poz. 56); Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.).

sty-konsultanta w pracach zespołu przygotowującego analizę weryfikacyjną oceny produktu leczniczego w AOTMiT².

Pacjenci czy organizacje pacjentów mogą też brać udział w posiedzeniach Rady Przejrzystości, będącej jednostką publiczną działającą na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jej zadaniem jest opiniowanie i wydanie rekomendacji dla Prezesa AOTMiT³.

Kolejną z form konsultacji społecznej jest możliwość wyrażenia opinii do analiz weryfikacyjnych udostępnianych publicznie na stronie internetowej AOTMiT. Swoje uwagi i komentarze do analiz weryfikacyjnych mają prawo składać, oprócz samego wnioskodawcy, także inne podmioty zainteresowane, tj.: lekarze, pacjenci, organizacje pacjentów. Tutaj po raz kolejny ustawodawca umożliwia, aby głos samych pacjentów był słyszalny. Ich opinie i rekomendacje poparte rzeczywistymi doświadczeniami w walce z własną chorobą odrywają istotną rolę. Według opinii ekspertów w tej dziedzinie OP czynią to jednak zbyt rzadko. Stanowi więc to w dalszym ciągu obszar wymagający dalszych działań w celu poprawy efektywności procesu (Zawada, 2013).

Warto przyjrzeć się bliżej, dlaczego głos samych pacjentów reprezentowanych przez OP jest ważny dla całokształtu funkcjonowania ochrony zdrowia. Opinie i komentarze prezentują perspektywę pacjenta jako podmiotu w ochronie zdrowia, obejmują wiele aspektów analizy refundacyjnej ważnych z punktu widzenia płatnika. Dla przykładu należy wymienić korzyści postrzegane przez pacjentów stosujących lek, subiektywną ocenę ryzyka jego stosowania, ciężar działań niepożądanych, jeśli takie wystąpiły. Ponadto w procesie uwzględniane są opisy przypadków pacjentów stosujących lek (tzw. *Real-World-Evidence*) jako uzupełnienie i wzmocnienie dowodów klinicznych i ekonomicznych (Komlos, 2013; Nowakowska, 2018).

Decyzja refundacyjna jest zawsze obciążona dużym ryzykiem i niepewnością. Refundacja nowego leku przez płatnika z założenia oznacza dodatkowe obciążenie finansowe dla budżetu państwa, które musi ponieść koszty leczenia pacjentów nowym, z reguły droższym niż poprzednie lekiem. Z drugiej strony nowy, ale droższy, powinien przełożyć się zmniejszenie kosztów bezpośrednich i pośrednich, co w praktyce oznacza mniej wizyt lekarskich, ograniczenie stosowania innych leków, rzadsze hospitalizacje, niższą absencję chorobową, pełny lub częściowy powrót do zdrowia i życia

² Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2005 r. w sprawie utworzenia Agencji Oceny Technologii Medycznych (Dz.Urz. MZ z 2005 r., Nr 13, poz. 56).

³ Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 z późn. zmianami.

zawodowego, co z kolei z założenia powinno obniżyć całkowite koszty leczenia i odciążyć budżet ochrony zdrowia i ubezpieczyciela. Organizacje pacjentów posiadające ekspercką wiedzę na temat choroby poprzez aktywny udział w procesie refundacyjnym zmniejszają niepewność decyzyjną (Menon, 2015). Obszarem, w którym zaangażowanie przekłada się w wysokim stopniu na znaczące zmniejszenie ryzyka decyzyjnego, są leki sieroce stosowane w chorobach rzadkich, onkologii, reumatologii itp.

Zarówno Europejska Agencja ds. Leków (European Medicine Agency – EMA), jak i jej amerykański odpowiednik (Food & Drug Administration – FDA) stale dążą do zwiększenia bezpośredniego zaangażowania organizacji pacjentów w swoją statutową działalność, czyli większego udziału OP w procesie oceny skuteczności leku (Food and Drug Administration, 2012; 2014; European Commission, 2011). Od wielu lat przyjętą praktyką jest zapraszanie przedstawicieli OP do udziału w charakterze panelistów w publicznych spotkaniach przeznaczonych na ocenę produktu leczniczego (Terry, 2015).

Warto zauważyć, że udział organizacji pacjentów w procesie refundacyjnym ma miejsce w zarówno w Polsce, jak i innych krajach Unii Europejskich, Australii, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych. W Kanadzie opinie uwzględniają także informacje na temat wpływu choroby i jej leczenia na rodzinę (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2014a; 2014b).

Pomimo szerokiego wachlarza zidentyfikowanych możliwości uczestnictwa organizacji pacjentów w procesie refundacyjnym i ich realnego wpływu na budżet ochrony zdrowia, nadal istnieje mało badań i publikacji na ten temat. Brakuje szczegółowych analiz określających zakres i poziom zaangażowania, a także oszacowania, które typy organizacji bardziej angażują się w proces refundacyjny. Co więcej, w publikacjach takie zaangażowanie jest różnie interpretowane. Padają różne określenia, poczynając od nieuczestniczenia (braku aktywności), poprzez manipulację aż do „kontroli obywatelskiej” (Rose, 2017).

Niektórzy autorzy (Mandeville, 2016; Rose, 2017) zwracają uwagę na konieczność zadbania o większą transparentność i neutralność uczestników procesu refundacyjnego. Liczne obiekcje i zastrzeżenia opinii publicznej wskazują, że znacznie więcej można zrobić w tym zakresie, aby korzyści z zaangażowania OP nie budziły żadnych wątpliwości. Dotyczy to zarówno ekspertów medycznych, jak i organizacji pacjentów.

5.3.3. Działania legislacyjne – wpływ na kształtowanie polityki lekowej

Jak pokazuje historia powstania organizacji pacjentów w Stanach Zjednoczonych i w Europie, ich zaangażowanie w realizację zadań i rozwój ochrony zdrowia doprowadziły do pozytywnych zmian systemowych i organizacyjnych. Aktywność organizacji pacjentów przyczyniła się do procesu reformowania systemu zdrowia, kładąc nacisk na podmiotowość pacjenta na rynku ochrony zdrowia.

Stały rozwój przedsiębiorczości napędzany przez gospodarkę rynkową prowadzi do gruntownych zmian, jakim podlegają wszystkie sektory gospodarki, w tym także ochrona zdrowia.

System opieki zdrowotnej stale wymaga przeobrażeń mających na celu zapewnienie wszystkim równego dostępu do badań, profilaktyki i leczenia. Oznacza to konieczność zapewnienia dostępności usług i świadczeń zdrowotnych na możliwie najwyższym poziomie wiedzy, zgodnie ze sztuką medyczną i zasadami dobrej praktyki. Organizacje pacjentów mają tutaj szerokie pole do działania (Boon, 2010).

Jak wynika z raportu z badań organizacji pacjentów, 53% OP działających na rzecz pacjenta deklaruje swoje zaangażowanie w „działania rzecznicze na rzecz zmian systemowych w obszarze zainteresowania organizacji”. Blisko połowa OP (43%) odpowiedziała w ankiecie przeprowadzonej w czerwcu i lipcu 2017 roku, że w ciągu dwóch ostatnich lat „uczestniczyła w opracowywaniu lub konsultowaniu uchwał, dokumentów, strategii przygotowywanych przez administrację centralną” (Charycka, 2017). Warto zwrócić uwagę, że właśnie administracja centralna stała się partnerem do rozmów, gdyż tam podejmowane są kluczowe decyzje dla OP dotyczące kwestii polityki zdrowotnej, co deklarują uczestnicy badania. Wśród partnerów OP 27% wymieniło Ministerstwo Zdrowia, 21% Rzecznika Praw Pacjenta, zaś 17% inne ministerstwa. Co więcej, 59% podaje, że część zgłaszanych przez nich uwag została uwzględniona przez organa administracji centralnej.

Z drugiej strony 38% OP wskazało, że nie brało udziału w konsultacjach społecznych, przy czym 26% w tej grupie uzasadniło ten fakt „brakiem wiedzy, aby się wypowiedzieć w konsultowanych kwestiach”. Aż 60% podało, że nie uczestniczyło w dyskusji na ważny dla nich temat z prozaicznej przyczyny: „bo nie wiedziało o konsultacjach”.

Zaangażowania OP w proces refundacji leków czy wpływania na kształt polityki lekowej budzi zastrzeżenia ekspertów medycznych i opinii publicznej. Niemniej w wielu krajach UE organa decyzyjne zadbały o instrumenty nadzoru, które mają zapewnić większą transparentność procedur dla każ-

dego jej uczestnika. Można tu wymienić konieczność ujawniania źródeł finansowania na stronach internetowych, w raportach rocznych albo specjalnie do tego celu przeznaczonych deklaracjach. Kierownictwo organów decyzyjnych powinno zadbać, aby wszystkie osoby reprezentujące strony uczestniczące w działaniach rzeczniczych było gotowe zadeklarować otrzymywane wsparcie finansowe i pozafinansowe (Rose, 2017).

Nie ulega wątpliwości, że OP działają na rzecz poprawy dostępu do innowacyjnych metod leczenia, ale zwiększenie transparentności procesu może pozytywnie wpłynąć na prestiż i wizerunek OP w oczach opinii publicznej. Istnieje tutaj wiele narzędzi. Deklarowanie korzyści finansowych przyjętych od podmiotu, którego produkt wspierają, uzgodnienie polityki neutralności finansowej w czasie trwania procesu refundacyjnego przyczyniłoby się do umocnienia niezależności OP.

Zakończenie

Dyskusja na temat roli, miejsca i funkcjonowania organizacji pacjentów w warunkach zmian zachodzących w społeczeństwie, gospodarce i państwie toczy się wokół nowych zasad organizacyjnych i ekonomicznych, umożliwiających łączenie przedsiębiorczości ze społeczną wrażliwością. Na rynku działa wiele OP, czasami obejmujących bardzo wąski zakres specjalizacji, co według niektórych badaczy mogą ograniczać ich dalszy rozwój (Rabeharisoa, 2014). Teoria kolektywnego działania Olsona wskazuje, że małe organizacje – jako ruch społeczny – mogą z wielu względów charakteryzować się większą efektywnością działania, jednak muszą liczyć się z wyzwaniem w kwestii pozyskiwaniu funduszy niezbędnych do działania i rozwoju. Bez względu na ich wielkość zasadne jest umożliwienie wzrostu partycypacji pacjentów w ochronie zdrowia, ponieważ funkcjonują one z reguły w tym obszarze, gdzie standardowe działania instytucji regulatorowych zawiodły (Olson, 1971; 2012).

Musolino zauważa, że aktywność organizacji pacjentów stanowiących przykład ruchów społecznych leży u podstaw ewoluowania systemu ochrony zdrowia. OP kładą nacisk na podmiotowość pacjenta w funkcjonowaniu systemu i lepszego zaspokojenia rosnących jego potrzeb. Są to dwa ważne aspekty psychospołeczne, które wcześniej były postrzegane jako drugorzędne. Podmiotowość pacjenta, partnerstwo na linii lekarz–pacjent pozostawały długo niezauważane, nie dotrzymując kroku postępom dokonującym się w medycynie, biotechnologii i diagnostyce medycznej. Można śmiało powie-

dzieć, że organizacje pacjentów wcześniej dostrzegły problem i powoli, ale systematycznie, swoją aktywnością kształtują kierunek zmian (Vicari, 2013).

Większość autorów wskazuje, że zwiększanie zaangażowania OP w kształtowanie rynku ochrony zdrowia może przynieść wielorakie korzyści finansowe i pozafinansowe. Pozwoli na budowanie partnerskich relacji między podmiotami ochrony zdrowia (Terry, 2015). Menon zauważa inny aspekt – zmniejszenie niepewności i ryzyka decyzyjnego organów odpowiedzialnych za dostęp do leków poprzez godzenie kosztów ekonomicznych z efektywnością społeczną w zakresie standardów świadczeń zdrowotnych, co sprawia, że produkt końcowy wypracowany przez obie strony gry rynkowej jest lepiej dostosowany do potrzeb odbiorców tych usług.

Niektórzy badacze (Mandeville, 2017) krytycznie oceniają uzależnienie organizacji pacjentów od funduszy pozyskanych od sponsorów, w tym zwłaszcza firm farmaceutycznych. Zwracają uwagę, że powinny zadbać o wzmocnienie przejrzystości działań, szczególnie w procesie pozyskiwania funduszy na działalność, co powinno przełożyć się na poprawę ich autonomii. Może się to odbywać poprzez wypracowanie wspólnego systemu weryfikacji i edukację przedstawicieli OP w tym zakresie. OP mają prawo pozyskiwać fundusze i powinny wiedzieć, jak to robić efektywnie i zgodnie z regulacjami prawnymi. Powinny także poszerzać wiedzę merytoryczną w kwestiach procedur podejmowania decyzji, tworzenia wytycznych klinicznych, orzecznictwa, na co zwraca uwagę Rose (2017).

Badania z ostatnich 10 lat wskazują, że zachodzące zmiany systemowe i regulacyjne zmierzają w kierunku uwzględnienia głosu pacjentów i organizacji pacjentów zaangażowanych w ochronę zdrowia przy jednoczesnym zapewnieniu standardów transparentności działań. Tworzenie i nowelizacja przepisów prawa to szeroki obszar współdziałania, zwłaszcza w czasach, kiedy nowe technologie w medycynie, genetyce, biotechnologii przynoszą przełomowe odkrycia.

Funkcjonując w warunkach rynkowych, ochrona zdrowia stale adaptuje się do zachodzących zmian. Takim samym regułom podlegają również organizacje pacjentów. Na pewno ich rola, zaangażowanie i wpływ na politykę ochrony zdrowia będą rosnąć. Nie można ulepszać i modyfikować systemu ochrony zdrowia z myślą o dobru pacjentów bez ich aktywnego udziału w procesie.

Bibliografia

- Boon, W. i Broekgaarden, B. (2010). The role of patient advocacy organisations in neuromuscular disease R&D—the case of the Dutch neuromuscular disease association VSN. *Neuromuscular Disorders*, 2, 148–151.
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) (2014). *About the Common Drug Review* (2014). Ottawa.
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) (2014). *Patient input*. Ottawa.
- Charycka, B. (2017). *Organizacje Pacjentów w Polsce, Struktura, aktywności, potrzeby – Raport z Badań*. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej i Stowarzyszenie Klon/Jawor.
- Davies, J.C. (1962). Toward a theory of revolution. *American Sociological Review*, 1, 5–19.
- Dudek, H. (2013). Wpływ relatywnej deprawacji na subiektywne postrzeganie dochodów. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 278.
- European Commission (2011). *Creation of a process for the exchange of knowledge between member states and European authorities on the scientific assessment of the clinical added value for orphan medicines*. Reference: EAH/2010/Health/05 ed. Executive Agency for Health and Consumers (EAHC). Brussels.
- EURORDIS: Rare Diseases Europe/European Medicines Agency (EMA) (2013). *Scientific advice/protocol assistance: experience and impact of patient involvement*.
- Gonzato, O. i Gronchi, A. (2019). The evolving role of patient advocates in rare cancers: opportunities and challenges. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 19(1), 1–3.
- Huyard, C. (2009). Who rules rare disease associations? A framework to understand their action. *Sociology of Health & Illness*, 31(7).
- Kelly, C. i Breinlinger, S. (2012). *Psychology of collective action – identity, injustice and gender*. Taylor & Francis.
- Komlos, D. (2013). *Focusing on patients in drug development*. Life Science Connect. Pozyskano z: <http://lsconnect.thomsonreuters.com/patient-focused-drug-development/> (dostęp: 20.10.2020).
- Lawrenceville (2009). *Germany—pharmaceutical*. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR).
- Mandeville, K. i in. (2019). Financial interests of patient organisations contributing to technology assessment at England's National Institute for Health and Care Excellence: policy review. *BMJ*, 364:k5300.
- Marek, T. (2014). Koncepcja relatywnej deprywacji jako uzasadnienie rewolucji społecznych i zachowań przestępczych. *Przegląd Prawniczy Ekonomiczny i Społeczny*, 3.
- Mavris, M. i Le, C.Y. (2012). Involvement of patient organisations in research and development of orphan drugs for rare diseases in Europe. *Molecular Syndromology*, 3(5), 237–243.
- Menon, D. i in. (2015). Involving Patients in Reducing Decision Uncertainties Around Orphan and Ultra-Orphan Drugs: A rare opportunity? *Patient*, 8, 29–39.
- Musolino, C. i in. (2020). Global health activists' lessons on building social movements for Health for All. *International Journal for Equity in Health*, 19:116.
- Nowakowska, E. (2018). *Farmakoekonomika w zarządzaniu zasobami ochrony zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

- Olson, M. (1971). *The Logic of Collective Actions: Public Goods and Theory of Groups*. Harvard University Press.
- Parkinson, K. (2012). The involvement of patients in developing clinical guidelines [abstract]. *Orphanet Journal of Rare Diseases* (Suppl. 2), 13.
- Stowarzyszenie Klon/Jawor (2018). *Kondycja organizacji pozarządowych*.
- Polich, G. (2012). Rare disease patient groups as clinical researchers. *Drug Discovery Today*, 17(3–4), 167–172.
- Pypops, U. (2012). Patient perspective on CT involvement: Are they listening to my needs? [abstract]. *Orphanet Journal of Rare Diseases*;7(Suppl 2), A39.
- Rabeharisoa, V. i in. (2014). From ‘politics of numbers’ to ‘politics of singularisation’: Patients’ activism and engagement in research on rare diseases in France and Portugal. *BioSocieties*, 9, 194–217.
- Rose, L. i in. (2017). Patient Advocacy Organizations, Industry Finding and Conflicts of Interest. *JAMA Internal Medicine*, 177(3), 344–350.
- Runciman, W.G. (1966). *Relative deprivation and social justice – A study of attitudes to social inequality in 20th century*. London.
- Terry, S.F. i Patrick-Lake, B. (2015). Hearing voices: FDA seeks advice from patients. *Science Translational Medicine*, 7(313), 313ed12.
- US Food and Drug Administration (FDA) (2014). *FAQs: who can be a patient representative?* Silver Spring.
- US Food and Drug Administration (FDA) (2012). *FDA working with patients to explore benefit/risk: opportunities and challenges*. Silver Spring.
- Vicari, S. i Cappai, F. (2016). Health activism and the logic of connective action. A case study of rare disease patient organisations. *Information, Communication & Society*, 19(11), 1653–1671.
- Young, A. i in. (2017). Exploring patient and family involvement in the lifecycle of an orphan drug: a scoping review. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 12: 188.
- Zawada, A. i Andrzejczyk, Ł. (2013). Rola oceny technologii medycznych w refundacji leków w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 11(1), 28–34.
- Zoller, H.M. (2005). Health Activism: Communication Theory and Action for Social Change. *Communication Theory*, 15(4).

Akty Prawne

- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności organizacji pożytku publicznego i o wolontariacie (art. 3 ust. 2).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka.
- Ustawa z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora, z późn. zmianami.
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2005 r. w sprawie utworzenia Agencji Oceny Technologii Medycznych (Dz.Urz. MZ z 2005 r., Nr 13, poz. 56).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.).

European Medicines Agency (2014). Science Medicines Health, Incorporating patients' views during evaluation of benefit/risk by the EMA Scientific Committees, 23 October 2014. The European Parliament and the Council of European Union Regulation (EC) No. 141/2000 of the European.

Źródła internetowe

Fundacja SMA, <https://www.fsma.pl/> (dostęp: 27.10.2020).

https://alivia.org.pl/?gclid=Cj0KCQjwufn8BRCwARIsAKzP695I7Wdfnq0iyHkEv6h8O-5n59AhkxxLovQOMKo92BPKwRtsKv_t1DucaAg0TEALw_wcB (dostęp: 27.10.2020).

<http://chorobyspichrzeniowe.pl/> (dostęp: 27.10.2020).

Stowarzyszenie Chorych na Mukopolisacharydozę (MPS) i choroby rzadkie, <https://choroby-rzadkie.pl/?s=6&p=ch2> (dostęp: 27.10.2020).

Stowarzyszenie Pacjentów z Hiperlipidemią Rodzinną w Gdańsku, <https://hipercholesterolemia.pl/>.

<http://www.debra-kd.pl/> (dostęp: 27.10.2020).

Problem kodeksów etyki w ochronie zdrowia widziany z perspektywy refleksyjnego praktyka zarządzania¹

Streszczenie

Celem niniejszego rozdziału jest krytyczna analiza kodeksów etycznych funkcjonujących aktualnie placówek medycznych ochrony zdrowia w sektorze państwowym w Polsce, jak również wskazanie właściwych rozwiązań do ich standaryzacji w celu stworzenia ujednoliconego kodeksu etycznego, który połączyłby kodeks etyki biznesowej, kodeks postępowania dla pracowników, kodeks praktyki zawodowej, zbiór praw i obowiązków w całość, tworząc w ten sposób podstawowy mechanizm zapewniający pełen profesjonalizm w ich funkcjonowaniu.

W pracy poddano analizie m.in. obowiązujące prawa i obowiązki pacjenta, relacje międzyludzkie personel/pacjent, standardy etycznego zachowania kadry zarządzającej oraz kwestię społecznej odpowiedzialności.

Niestety analiza nie jest szczegółowa ze względu na niewielką liczbę dostępnych rzeczowych analiz i opracowań, jak również wielowątkowość tematyczną, która wymaga efektywnej komunikacji – partycypacji wszystkich środowisk zawodowych, analizy stanu wyjściowego, znajomości prawa i przepisów, oszacowania ryzyka czy też wiedzy na temat branży i jej sytuacji rynkowej.

Słowa kluczowe: kodeks etyczny, ochrona zdrowia, zarządzanie, etyka biznesu, prawa pacjenta, zawody medyczne.

JEL: J44

Abstract

The purpose of this chapter was to critically analyze the codes of ethics of currently operating health care medical institutions in the state sector in Poland, as well as to

* ORCID: 0000-0001-6321-7547.

¹ Niniejszy rozdział stanowi zmienioną wersję pracy dyplomowej napisanej pod kierunkiem dr. hab. Tomasza Ochrowskiego na seminarium dotyczącym zarządzania ludźmi, które było realizowane na studiach podyplomowych Zarządzanie w ochronie zdrowia, Wydział Zarządzania UW, rok akademicki 2019/2020. Autorka podjęła te studia po ponad 15 latach praktyki zarządzania różnego typu firmami, również o zasięgu międzynarodowym. Zarówno więc wspomniane studia, jak i prezentowany artykuł stanowią rodzaj konceptualizacji tego doświadczenia.

identify appropriate solutions for their standardization in order to create a unified code of ethics that would combine the code of business ethics, the code of conduct for employees, the code of professional practice, the set of rights and duties into a whole, thus creating a basic mechanism to ensure full professionalism in their operation.

This work analyzes, among other things, the existing rights and obligations of the patient, interpersonal staff/patient relations, standards of ethical behavior for management, and the issue of social responsibility.

Unfortunately, the analysis is not detailed due to the small number of factual analyses and studies available, as well as the multifaceted nature of the subject matter, which requires effective communication-participation of all professional communities, a baseline analysis, knowledge of laws and regulations, estimation of risks, or knowledge of the industry and its market situation.

Keywords: code of ethics, health care, management, business ethics, patient's rights, medical professions.

Wprowadzenie

Rozdział stanowi autorską propozycję krytycznej analizy problematyki kodeksów etycznych funkcjonujących aktualnie na obszarze działań polskiej ochrony zdrowia i umiejscawia tę problematykę w szerszym kontekście etyki biznesu. Został napisany, co jest podkreślone w tytule, przez refleksyjnego praktyka, jako punkt wyjścia do dalszych dyskusji. Takie i tylko takie zadanie – uporządkowanie tematyki w celu zainicjowania pogłębionej wymiany poglądów – postawiła sobie autorka. Czytelniom pozostawia osąd, na ile niniejsze refleksje okażą się inspirujące dla praktyków zarządzania ochroną zdrowia, którym prezentowany rozdział jest przede wszystkim dedykowany, a może także dla badaczy tej dziedziny praktyki społecznej łączącej medycynę i nauki o organizacji.

1. Prawa pacjenta jako punkt wyjścia do refleksji nad kodeksami etycznymi w ochronie zdrowia

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pacjent to osoba korzystająca ze świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, czy jest osobą zdrową, czy chorą (WHO, 2014).

Samo słowo „pacjent” wywodzi się z łacińskiego *patiens*, od *patior*, co w tłumaczeniu znaczy „cierpieć” lub „znosić”. Medyczne znaczenie tego słowa było obecne w języku angielskim od pierwszego odnotowanego użycia

przez Geoffreya Chaucera pod koniec XIV wieku, które skutecznie przyjęło się w ochronie zdrowia, gdyż kojarzy nam się przede wszystkim z osobą chorą, której pomagamy.

Obecnie pacjentami nazywamy również osoby zdrowe, które wymagają np. badań kontrolnych, diagnostyki w celu potwierdzenia stanu zdrowia, czy też osoby potrzebujące pomocy terapeutycznej. Po raz pierwszy zwrócił na to uwagę amerykański psycholog i terapeuta Carl Rogers, który znany był przede wszystkim jako jeden z przedstawicieli psychologii humanistycznej i twórca „psychoterapii zorientowanej na klienta”.

Według Carla Rogersa osoba poddająca się terapii jest partnerem w relacji, a określenie „pacjent” temu partnerstwu nie służy i prowadzi do stygmatyzacji osoby chorej (Paluch-Gęgała, <http>). Postępujące zmiany zachodzące w ochronie zdrowia i ciągle zmieniający się rynek medyczny stają się, coraz bardziej otwarte na określenie „pacjent/klient”, który coraz częściej staje się decydem w kwestii doboru placówki, w której jest leczony lub wykonuje badania.

Należy pamiętać, że jego decyzja przekłada się m.in. na budowanie opinii o placówce i wielkość funduszy, również tych, które są efektem refundacji z NFZ za wykonane usługi.

Pacjent/klient zaczyna być świadomy zarówno swoich praw, jak i faktu, że jest na samym szczycie hierarchii, gdyż to on stanowi źródło dochodu dla placówki, nawet jeśli nie płaci bezpośrednio za usługę w formie podatków i opłat odprowadzonych do budżetu państwa. Trzeba pamiętać, że prawa pacjenta są integralną częścią szeroko rozumianych praw człowieka (Karkowska, 2004), „które są podstawowe, niezbywalne i uniwersalne przysługujące człowiekowi bez względu na rasę, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy, pochodzenie narodowe lub społeczne, majątek, urodzenie, stan zdrowia i inne” (Nowicki, <http>). Wynikają z obowiązujących przepisów prawa regulowanych zarówno przez akty o charakterze międzynarodowym w szczególności Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Europejską Konwencję Praw Człowieka, Europejską Bioetyczną Konwencję, Międzynarodowy Pakiet Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych, jak i ustawodawstwo krajowe.

W Polsce podstawowe uregulowanie prawne znajduje się w szeregu ustaw, w szczególności w:

- Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku.
- Ustawie z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417).
- Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204 z późn. zm.).

- Ustawie z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. z 1996 r., Nr 91, poz. 410).
- Kodeksie Etyki Lekarskiej.
- Kodeksie Etyki Pielęgniarki i Położnej.

Wspomniane dokumenty zawierają m.in. prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do dodatkowej opinii lekarza, prawo do informacji i tajemnicy informacji związanych z pacjentem czy do wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu jego zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych, ale przede wszystkim prawo do poszanowania intymności i godności.

Według Józefa Tischnera „Osoba ludzka staje się podmiotem dramatu jako osoba ucieleśniona. Oznacza to, że nie tylko ona sama, ale również inny ukazuje się w jej ciele i poprzez ciało. Odkrywając obok siebie innego, osoba odkrywa zarazem jego i własną cielesność” (Tischner, 2011, s. 81), tym samym wpisując się w zachodzące przemiany we współczesnym systemie ochrony zdrowia, które w znaczący sposób wpływają na różne jej obszary funkcjonowania, między innymi również na zmianę relacji personel medyczny–pacjent/klient.

Zastosowanie skutecznej komunikacji pomiędzy dwoma stronami w obszarze technik argumentacyjnych i perswazyjnych w znaczący sposób może wpłynąć na wskaźniki dotyczące zdrowia somatycznego, psychicznego i społecznego nie tylko pacjenta/klienta, lecz także personelu medycznego. Nawiązanie i podtrzymanie werbalnego i niewerbalnego kontaktu w sposób partnerski, wzajemnie uznanie istoty zarówno swoich problemów, jak i potrzeb i oczekiwań, wymiana informacji, zasada dwukierunkowego (dwustronnego) charakteru komunikowania się, aktywnego słuchania czy ukierunkowanego obserwowania będą miały zbawienny wpływ na wzajemne relacje pomiędzy pacjentem a personelem medycznym według zasady Tischnera „być człowiekiem to znaczy zawsze: umieć wyjść poza samego siebie, umieć siebie przekroczyć” (Tischner, 2017, s. 3).

Spotkanie z drugim człowiekiem staje się początkiem dramatu, tzn. próbą przemieszczenia się pomiędzy dobrem a złem, a to już nadaje spotkaniu wymiar etyczny będący synonimem moralności: „(...) ogół ocen i norm moralnych przyjętych w danej zbiorowości w określonej epoce historycznej, której przedmiotem jest teoria dobra, a więc nie co jest dobre, a co złe z moralnego punktu widzenia” (Okoń, 2007, s. 103).

Według Karola Jasińskiego „Pierwotną, zasadniczą formą doświadczenia etycznego nie jest przeżycie wartości jako takich, ale spotkanie z drugim człowiekiem, który jest źródłem naszych etycznych doświadczeń” (Jasiński, 2008, s. 83).

Niestety nie odnajdziemy takich informacji w istniejących kodeksach etycznych placówek ochrony zdrowia w Polsce, a jeśli istnieją, to są traktowane marginesowo.

2. Uwagi dotyczące charakteru kodeksów etycznych funkcjonujących w polskich placówkach ochrony zdrowia

W ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. z 2020 r., poz. 295) występuje wyraźny podział na dwie grupy: osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych, m.in. lekarze i pielęgniarki, oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny².

Do tej grupy zawodowej zaliczymy np. psychologów klinicznych, fizyko-terapeutów, dietetyków czy asystentki higieniczne.

Ochrona zdrowia i jej placówki to również duża grupa pracowników niewykonujących zawodów medycznych, ale pozostających w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (m.in. pracownicy administracyjni, techniczni, ekonomiczni, gospodarczy).

Istniejące kodeksy etyczne w placówkach dotyczą przeważnie wyłącznie personelu medycznego i mają raczej charakter regulaminów wewnętrznych. W większości brakuje m.in. następujących zapisów:

- Zasady wyrażone w kodeksie etyki obejmują wszystkich pracowników.
- Obowiązkiem każdego pracownika jest przestrzeganie przyjętych norm prawnych, etycznych, dbanie o dobre imię placówki oraz odnośnienie się z szacunkiem do pacjentów, przełożonych, podwładnych i współpracowników.
- Pracownik działa zgodnie z zasadą praworządności, stosuje procedury wynikające z przepisów powszechnie obowiązujących oraz regulacji wewnętrznych placówki i wykonuje swoją pracę, mając na celu przede wszystkim dobro pacjenta.
- Pracownik przedkłada dobro publiczne nad interes własny.
- Pracownik wykonuje swoje obowiązki rzetelnie i bezstronnie, wykorzystując w sposób optymalny posiadaną wiedzę i umiejętności.

Według ACHE (American College of Healthcare Executives) – profesjonalnego stowarzyszenia liderów opieki zdrowotnej – nadrzędnym celem

² Na podstawie: *Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne*, LBY.410.007.00.2015. Pozyskano z: <https://www.nik.gov.pl> (dostęp: 5.07.2020).

kadry zarządzającej w placówkach ochrony zdrowia powinno być utrzymanie lub poprawa ogólnej jakości życia, godności i dobrego samopoczucia każdej osoby potrzebującej opieki zdrowotnej, stworzenie sprawiedliwego, dostępnego, skutecznego i wydajnego systemu opieki zdrowotnej, a także:

- Unikanie niewłaściwego wykorzystywania relacji zawodowych dla osobistych korzyści.
- Zapobieganie oszustwom i nadużyciom oraz agresywnym praktykom księgowym, które mogą skutkować negatywnymi wynikami finansowymi.
- Pracowanie nad podnoszeniem jakości świadczonej opieki i usług.
- Wykazywanie zerowej tolerancji dla jakiegokolwiek nadużycia władzy, które naraża pacjentów, ich rodziny, pracowników i osoby współpracujące z placówką.
- Zarządzanie organizacją według ustalonych priorytetów i standardów opieki nad pacjentem ponad innymi względami.
- Zapewnianie usługi opieki zdrowotnej zgodnie z dostępnymi zasobami, a gdy zasoby są ograniczone – pracowanie nad zapewnieniem istnienia procesu alokacji zasobów uwzględniającego konsekwencje etyczne.
- Prowadzenie organizacji w zakresie stosowania i doskonalenia standardów zarządzania i dobrych praktyk biznesowych.
- Tworzenie środowiska pracy, które promuje etyczne postępowanie (*ACHE Code of Ethics*, [http](http://)).

Niestety nie odnalazłam podobnych deklaracji w kodeksach etycznych napisanych w placówkach ochrony zdrowia świadczących swoje usługi na terenie naszego kraju, a szkoda, bo to właśnie kadra zarządzająca ma zdecydowany wpływ na funkcjonowanie placówek, a od jej wiarygodności w dużym stopniu zależy wizerunek całego systemu.

3. Kwestia odpowiedzialności w zawodach medycznych

Według *Małego Słownika Języka Polskiego* pod redakcją m.in. Stanisława Skorupki odpowiedzialność to „konieczność, obowiązek moralny lub prawny odpowiadania za swoje czyny i ponoszenia za nie konsekwencji” (Skorupka i in., 1968).

W zależności od przyjętych kryteriów możemy wyróżnić wiele jej rodzajów, np. prawną, cywilną czy polityczną.

Podstawowe rodzaje odpowiedzialności placówki leczniczej to:

- cywilna.
- zawodowa.

- pracownicza.
- karna (Dyda, <http>).

Erich Fromm pisał: „Dzisiaj odpowiedzialność pojmuję się często jako coś narzuconego z zewnątrz, natomiast odpowiedzialność w swym prawdziwym znaczeniu jest aktem całkowicie dobrowolnym; jest moją potrzebą zaspokojenia wyrażonych i niewyrażonych potrzeb drugiej istoty ludzkiej. Być „odpowiedzialnym” znaczy być zdolnym i gotowym do »odpowiadania« na ten apel” (Fromm, 1992, s. 7).

W przypadku odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarz odpowiada przed Izbą Lekarską (Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich, Dz.U. z 2009 r., Nr 219, poz. 1708). Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej toczy się na wniosek pacjenta, jego bliskich lub pełnomocnika i jest niezależne od postępowania cywilnego, karnego czy dyscyplinarnego. Takie same procedury obowiązują w stosunku do pielęgniarek i położnych, które również podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu (Ustawa z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dz.U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.). Pacjentowi pozostaje także droga administracyjna, czyli złożenie skargi do Zarządu Placówki, Narodowego Funduszu Zdrowia czy Rzecznika Praw Pacjenta.

Niezależnie od tego, kto jest odpowiedzialny za pacjenta, jaki został popełniony błąd lub niedopatrzenie w opiece medycznej, za szkody pacjenta odpowiedzialność ponosi solidarnie zarówno personel, jak i placówka medyczna, gdyż tak stanowi prawo (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135) i Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku, Kodeks cywilny – art. 430 (Dz.U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93).

Zgodnie z definicją podaną przez Agnieszkę Liszewską „błąd w sztuce medycznej oznacza naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności” (Liszewska, 1998, s. 73).

Orzecznictwo sądów definiuje (*lege artis*) błąd lekarski jako czynność (zaniechanie) lekarza w sferze diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym (Daniluk, 2014).

W doktrynie i literaturze przedmiotu najczęściej spotykamy podział błędów medycznych na:

- Błędy diagnostyczne (dotyczy to rozpoznania – nieprawidłowa diagnoza, jak również wadliwa ocena stanu pacjenta: błędy zaniechania, np. niezapoznania się z dokumentacją medyczną, zaniechania wywiadu – badania podmiotowego, rozumowania, np. mylna interpretacja badań).
- Błędy w leczeniu (terapeutyczne: zaniechania – np. pozostawienie bez nadzoru o operacji lub działania – np. błędne dawkowanie leków).
- Błędy organizacyjne (wszelkie zaniedbania logistyczne, brak dostępu do diagnostyki, właściwego sprzętu).
- Błędy techniczne (niepoprawne realizowanie decyzji lekarskich już podjętych – np. przez personel szpitala) (Sieńko, 2013).

Reasumując – jest to nieumyślne działanie, zaniedbanie lub zaniechanie powodujące przede wszystkim szkodę pacjenta wyrządzoną przez personel medyczny, ale również stanowiące ogromne i niepotrzebne obciążenie budżetu ochrony zdrowia.

Dlatego też istotną kwestią jest zapobieganie niepożądanym zdarzeniom i reagowania na zdarzenia niepożądane, a także ich raportowanie i analiza w celu wykluczenia ich w przyszłości. Obecnie tylko w nielicznych istniejących kodeksach etycznych możemy odnaleźć zapisy dotyczące bezpieczeństwa i błędów medycznych, takie jak:

- zapobieganie niepożądanym zdarzeniom i reagowania na zdarzenia niepożądane, a gdy wystąpią, skuteczne ich ujawnianie i usuwanie.
- monitorowanie bezpieczeństwa.
- raportowanie i analiza błędów medycznych.
- wykonywanie przez personel poleceń służbowych w sposób gwarantujący poszanowanie prawa i ograniczający możliwość popełniania pomyłek.

4. Bezpieczeństwo pracy personelu medycznego jako zagadnienie zapomniane przez autorów kodeksów etycznych funkcjonujących w Polsce

Przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) stanowią podstawowy zbiór norm ochrony pracy. Ustawowo zostały one określone zarówno w Kodeksie pracy, jak i w innych aktach prawnych np. w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 roku w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. z 2003 r., Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.) czy też dyrektywy UE (np. Dyrektywa 89/391/EWG przyjęta w 1989 roku dotycząca bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy).

Praca w ochronie zdrowia (w szczególności dotyczy to personelu medycznego) zawsze niosła ze sobą różnorodne zagrożenia związane m.in. z kontaktem z promieniowaniem jonizującym, polem elektromagnetycznym, szkodliwymi substancjami; urazami (zakłucia lub zranienia ostrym narzędziami), chorobami zawodowymi, zakażeniami wirusowymi, stresem czy agresją pacjentów. Niestety w 2020 roku lista zagrożeń została poszerzona o zagrożenia wynikające z wystąpienia pandemii wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2 (SARS – Severe Acute Respiratory Syndrome), powodującego chorobę COVID-19 (Corona-Virus-Disease-2019). Nagle okazało się, że dotychczasowe procedury są niewystarczające i wymagają natychmiastowej nowelizacji, jak również wprowadzenia nowych lub uzupełniających zasad koniecznych do prawidłowego funkcjonowania całej ochrony zdrowia w szczególności w kwestii ochrony i bezpieczeństwa personelu medycznego.

W dostępnych kodeksach nie odnalazłam nigdzie działu dotyczącego bezpieczeństwa personelu. Możliwe, że tak istotna kwestia została zapisana w wewnętrznych regulaminach. Oczywiście 2020 rok przyniósł nagłe zainteresowanie uzupełnieniem informacji dotyczących postępowania w okresie pandemii, ale dotyczy to przede wszystkim pacjentów.

Dlatego też istotne byłoby zamieszczenie takiego działu w kodeksie etycznym w celu poinformowania zarówno pracownika, jak i pacjenta o istniejących zagrożeniach, na które narażony jest personel medyczny. Dotyczyłoby to zarówno stosowania wszelkich dostępnych środków eliminujących lub ograniczających stopień narażenia, np. na zranienie ostrymi narzędziami, choroby zakaźne, zapewnienia warunków bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów medycznych, zapewnienia środków ochrony indywidualnej, odpowiedniego do rodzaju i poziomu narażenia czy też obowiązujących procedur gwarantujących bezpieczeństwo dla obydwu stron pacjent–pracownik³.

5. Idea społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR) i standardy zarządzania jakością a problematyka kodeksów etycznych w ochronie zdrowia

Wytyczne dotyczące odpowiedzialności społecznej (ang. *Guidance on Social Responsibility*) zawarte w normie ISO 26000 zostały opracowa-

³ Na podstawie: Pałeczka, M. (red.) (2013). *Biuletyn Okręgowej Izby Pieleniarek i Położnych*. Pozyskano z: <https://oipip.walbrzych.pl> (dostęp: 5.07.2020).

ne przez Grupę Roboczą ISO/TMB (ang. *International Organization for Standardization/Technical Management Board*), w której brali udział eksperci z ponad 90 krajów i 40 międzynarodowych organizacji zaangażowanych w różne aspekty odpowiedzialności społecznej (ISO 26000, <http>) i dedykowane są wszystkim typom organizacji, niezależnie od ich wielkości, lokalizacji czy rodzaju (publiczne, prywatne, non profit).

Zgodnie z prezentowaną definicją społeczna odpowiedzialność powinna być rozumiana jako odpowiedzialność organizacji za wpływ podejmowanych przez nią decyzji i działań – zarówno na społeczeństwo, jak i na środowisko (Pisz i Rojek-Nowosielska, 2013).

Powinna zagwarantować przejrzyste i etyczne postępowanie, które przyczyni się do zrównoważonego rozwoju, w tym do zdrowia i dobrobytu społeczeństwa i będzie zgodne z obowiązującym prawem. To nie Grupa Robocza ISO/TMB była jednak twórcą definicji.

Pierwszą doktrynę odpowiedzialności społecznej stworzył amerykański magnat stalowy i filantrop Andrew Carnegie, uznawany za prekursora wprowadzenia społecznej odpowiedzialności biznesu jako teorii prowadzenia przedsiębiorstwa. Na doktrynę składały się według niego dwie zasady: dobroczynność i powierniczość. Pierwsza nakazywała wspomagać tych, którym się nie powiodło, ale przede wszystkim w formie ułatwienie zdobywania wiedzy, druga – dysponowanie swoim kapitałem w sposób społecznie akceptowany. Mawiał, że „To umysł wzbogaca ciało. Nie ma klasy tak żałosnej, jak ta, która posiada pieniądze i nic więcej. Pieniądze mogą być tylko pożytecznym marnotrawstwem rzeczy niezmiernie wyższych od siebie” (Carnegie, <http>).

Za moment narodzin CSR w Polsce często uznaje się powstanie w 2000 roku Forum Odpowiedzialnego Biznesu (FOB) – pozarządowej organizacji, promującej jej ideę w sposób kompleksowy. O odpowiedzialności społecznej mówił już jednak polski filozof, psycholog, pedagog i twórca Szkoły Lwowsko-Warszawskiej Kazimierz Twardowski, w trakcie swojego wykładu *O dostojeństwie uniwersytetu* (Twardowski, 2011). Wartości takie jak prawda, rzetelność, uczciwość, odpowiedzialność, tolerancja, sprawiedliwość, twórczość, godność mają charakter ponadczasowy, i są niezwykle ważne nie tylko w sferze naukowej, lecz także w życiu społecznym (Ostrowska, 2014). Zwracał szczególną uwagę na kształtowanie kolejnych pokoleń, a w szczególności na przekazywanie właściwych ideałów i dyrektyw etycznych, w celu tworzenia odpowiedzialnego społeczeństwa nie tylko na forum akademickim.

Reasumując: odpowiedzialność społeczna to nic innego jak działanie na rzecz pozytywnych zmian w otoczeniu – zarówno przez jednostki, jak i całe

organizacje. Społeczna odpowiedzialność organizacji jest więc sposobem zarządzania wykraczającym poza narzucane jej przez prawo zobowiązania.

Trzeba pamiętać, że ISO 26000 nie jest normą dotyczącą systemu zarządzania. Nie jest przeznaczona ani odpowiednia do celów certyfikacyjnych, celów regulacyjnych lub umownych. Ma na celu dostarczenie organizacjom wskazówek dotyczących odpowiedzialności społecznej i może być stosowana jedynie jako część działań z zakresu polityki publicznej⁴.

Polska norma *PN-ISO 26000: 2012 Wytyczne dotyczące społecznej odpowiedzialności* została opracowana w Komitecie Technicznym ds. Społecznej odpowiedzialności w Polskim Komitecie Normalizacyjnym i opublikowana 5 listopada 2012 roku (*Polski Komitet Normalizacyjny*, 2012). Niestety tylko nieliczne placówki ochrony zdrowia w naszym kraju odwołują się w swoich kodeksach etycznych do wytycznych ISO 26000, a jeśli już to robią, to dotyczy to kwestii uczestnictwa w projektach społecznych odnoszących się wyłącznie do profilaktyki i badań medycznych czy uczestnictwa w kampaniach społecznych.

Dlatego też ochrona zdrowia wymaga bardzo profesjonalnego i efektywnego zarządzania, przede wszystkim w celu ograniczenia moralnego hazardu poszczególnych grup zawodowych czy społecznych mających bezpośredni lub pośredni wpływ na jej struktury, ponieważ jest to ta strefa usług, na którą zwracamy szczególną uwagę, gdyż dotyczy naszego życia w bezpośredni sposób. Jerzy Kisielnicki z Wydziału Zarządzania UW określił doskonałe zarządzanie jako „(...) zarządzanie systemowe, elastyczne i otwarte na zmieniające się otoczenie, zarządzanie organizacją w taki sposób, aby zrealizować misję przedsiębiorstwa i cele, które zostały przed nią postawione. To koncepcja oparta na założeniu bycia najlepszym z najlepszych, a więc realizacja wzorcowych wizji, zamierzeń, celów, czy metod na wszystkich szczeblach zarządzania” (Kisielnicki, 1995, s. 1165).

Podejmując decyzję o zarządzaniu jednostką w ochronie zdrowia, powinniśmy liczyć się nie tylko z ograniczeniami prawnymi czy organizacyjnymi, lecz także w dużym stopniu z problemami związanymi z czynnikiem ludzkim.

Peter F. Drucker – znany ekspert ds. zarządzania, badacz procesów organizacji i zarządzania w korporacjach oraz organizacjach non profit, jeden z najwybitniejszych myślicieli i teoretyków zarządzania XX wieku (Warner, 2002, s. 1480) w swojej książce *Praktyka zarządzania* (ang. *The Practise of Management*) stwierdził: „(...) W ostatecznym rozrachunku zarządzanie

⁴ Na podstawie: Polska wersja ISO 26000 (2012). Pozyskano z: <https://odpowiedzialnybiznes.pl/aktualno%C5%9Bci/polska-wersja-iso-26000/> (dostęp: 10.08.2020).

biznesem zawsze sprowadza się do czynnika ludzkiego – bez względu na to, jak zdrowa jest ekonomika danego biznesu, jak skrupulatne jego analizy” (Drucker, 1998, s. 112).

Problemem nie jest też wyłącznie niski poziom wydatków na ochronę zdrowia czy też kryzys kadrowy, ale także w dużym stopniu brak standaryzacji usług i spójnego strategicznego podejścia do zarządzania placówkami na poziomie mikro – poszczególnych organizacji tworzących system opieki zdrowotnej.

Obecny niedobór kultury organizacyjnej, analityczny sposób myślenia niewykraczający poza zestawienia i liczby, brak kreatywności, stereotypy, brak wiedzy, a także eliminacja podstawowych założeń etyki, wpływają destrukcyjnie na możliwość dysponowania zasobami nie tylko pieniężnymi, ale również ludzkimi, co tym samym wpływa na brak efektywności w rozwoju danej placówki.

Nie można mówić o jakości przedsiębiorstwa bez konsekwentnego wdrożenia wysokich standardów etycznych.

Według Watsuji Tetsurō „Jesteśmy nierozzerwalnie społeczni, połączeni na wiele sposobów, a etyka jest badaniem tych powiązań społecznych i pozytywnych sposobów interakcji. Istoty ludzkie mają dwoistą naturę, jako jednostki i jako członkowie różnych grup społecznych.” (Tetsurō, [http](#)).

Obecnie coraz szersza grupa przedsiębiorców posiada długofalowe strategie obejmujące w swoim zakresie normy rzetelności i sumienności zawodowej, na podstawie których są tworzone zasady odpowiedzialnego biznesu CSR (ang. *Corporate Social Responsibility*), nawiązujące do czterech obszarów, takich jak: pracownik, klient i kontrahent, społeczność lokalna i środowisko naturalne. Stanowią one próbę pogodzenia interesów społecznych z osiągnięciem maksymalnych zysków. Oczywiście CSR to nie jedyna propozycja uporządkowania relacji zachodzących między światem biznesu a społeczeństwem (Stowarzyszenie Forum Odpowiedzialnego Biznesu, [http](#)).

W koncepcji „potrójnej linii wyników” (*triple bottom line* – TBL) Johna Elkingtona wyróżniamy: *profit* – wynik finansowy – bilans zysków i strat, *people* – wynik społeczny i *planet* – wskaźnik mówiący o odpowiedzialności względem środowiska naturalnego (Elkington, 2019). Uwzględnienie tych trzech wymiarów działania stanowi podstawę do osiągnięcia celu – zrównoważonego rozwoju.

Pojęcie zrównoważonego rozwoju zostało zapisane m.in. w art. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku:

„Rzeczpospolita Polska strzeże niepodległości i nienaruszalności swojego terytorium, zapewnia wolności i prawa człowieka i obywatela oraz

bezpieczeństwo obywateli, strzeże dziedzictwa narodowego oraz zapewnia ochronę środowiska, kierując się zasadą zrównoważonego rozwoju”.

Corporate Social Performance (CSP) koncentruje się na badaniu procesów zachodzących między organizacją a jej otoczeniem w skali mikro i obejmuje swoim zakresem zasady społecznej odpowiedzialności, jak również wszelkie procesy przedsiębiorstwa – organizacji, które są związane z reagowaniem na oczekiwania społeczne (programy, wyniki działalności czy prowadzoną politykę w kwestiach istotnych dla danej społeczności). Trzeba pamiętać, że CSR i inne koncepcje pokrewne nie są przeznaczone wyłącznie na potrzeby dużych korporacji. Mogą być również z powodzeniem realizowane przez każdy inny podmiot, np. przez instytucje publiczne, stowarzyszenia czy placówki medyczne w ochronie zdrowia.

Dlatego też punktem wyjścia niezbędnym do poprawy sytuacji w placówkach medycznych, a tym samym ich restrukturyzacji, jest w dużym stopniu potrzeba zmiany myślenia w kwestii postrzegania ochrony zdrowia i należących do niej podmiotów przez pryzmat zachowań etycznych.

Zgodnie z zapisem w Konstytucji (art. 68. Prawo do ochrony zdrowia):

- Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
- Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
- Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
- Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
- Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Nie oznacza to, że placówki w ochronie zdrowia nie mogą funkcjonować równolegle jak dobrze prosperujące przedsiębiorstwa na zasadach Kodeksu spółek handlowych (Dz.U. z 2000 r., Nr 94, poz. 1037), mając swój własny kodeks etyczny, który połączy koronne wartości i zasady obejmujące m.in. relacje interpersonalne, a także określi wizję i misję.

Nie od dziś wiadomo, że dzięki instrumentom i zasobom etycznym potrafimy analizować sytuację przedsiębiorstwa, w szczególności w kwestii problemów związanych z ich funkcjonowaniem, uwzględniając procesy nie tylko społeczne i polityczne, lecz także ekonomiczne. To nic innego jak

narzędzie do uzyskania wysokich parametrów skuteczności w przypadku rozwiązywania konfliktów, kiedy dana organizacja – przedsiębiorstwo napotyka ograniczenia wynikające z moralnych czy społecznych uwarunkowań.

Kodeks etyczny jest więc instrumentem etyki biznesu, zbiorem dobrych praktyk, postępowania i wartości. W chwili kiedy stanie się sformalizowanym zbiorem zasad i reguł, zostanie prawidłowo wdrożony i przestrzegany, zwiększy wartość podmiotu, przynosząc realne korzyści nie tylko wizerunkowe, lecz również materialne.

Na związek ekonomii z etyką zwracał już uwagę m.in. Adam Smith, który w swoim dziele *Teoria uczuć moralnych* (ang. *The Theory of Moral Sentiments*) pisał: „Nie do pomyślenia jest abyśmy nie pragnęli szczęścia innych ludzi, wszystkich rozumnych, niewinnych istot i nie czuli w jakiejś mierze sprzeciwu wobec jej niedoli” (za: Markwart i Szymańska, 2013), a w swoim największym dziele *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów* (ang. *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*) jednoznacznie wskazał, że istotą człowieka jest dążenie do większej korzyści osobistej w warunkach naturalnej wolności, ale pod warunkiem istnienia pewnych ograniczeń instytucjonalnych i moralnych (Przybyła, 2005).

Pierwszym dokumentem będącym swego rodzaju kodeksem etycznym dla biznesu był *Manifest z Davos*, napisany w trakcie III Europejskiego Sympozjum Zarządzania w 1937 roku, w którym określono, że podstawową funkcją biznesu jest odpowiedzialność wobec zarówno interesariuszy wewnętrznych, zewnętrznych, jak i całego społeczeństwa, a nie tylko zysk (Żabski, 2013).

Innymi zbiorami zasad i reguł postępowania w działalności gospodarczej były Zasady Okrągłego Stołu z Caux z 1989 roku (*Caux Round Table Principles for Business*), które m.in. zawierały zapis o wzajemnym zrozumieniu i współpracy opartej na najwyższych wartościach moralnych i odpowiedzialnej działalności jednostek w biznesie, jak również *Globalne Zasady Sullivana i Inicjatywie Global Compact* z 1999 roku (Żemigala, 2013).

Jerzy Cieślik i Wojciech Gasparski w swojej publikacji *Etyczna firma. Pakiet narzędziowy dla drożenia standardów etycznych w małej i średniej firmie* twierdzą, że: „Kodeks etyczny to dokument kodyfikujący wartości wspólne członków organizacji, określający zachowania, jakie uważa się za właściwe, wskazujący to, co nie jest właściwe oraz określający sankcje, jakie mogą być orzekane w przypadku niestosowania się do postanowień kodeksu. Kodeksy etyczne opatrywane są różnymi nazwami, są to mianowicie kodeksy dobrej praktyki, kodeksy postępowania itp. Za najlepsze kodeksy etyczne uważa się kodeksy będące połączeniem kodeksu wartości, kodeksu postępowania oraz kodeksu norm, jakich należy przestrzegać” (Gasparski, 2000, s. 131).

Kodeksy etyczne można sprowadzić do dwóch kategorii – kodeksy ogólne, takie, które są adresowane do wszystkich lub znaczącej grupy ludzi zaangażowanych w działania organizacyjne i kodeksy szczegółowe normujące działalność np. jednej organizacji. Na pograniczu kodeksów ogólnych i szczegółowych, normalizujących zasady postępowania organizacyjnego, można umieścić kodeksy zawodowe, które zawierają mniej lub bardziej szczegółowo sprecyzowane normy etyczne danego zawodu, np. dotyczące zawodów wykonywanych na rzecz interesów publicznych, wymagających zaufania społecznego, takich jak lekarz, pielęgniarka czy ratownik medyczny. W dzisiejszych czasach Przysięga Hipokratesa stanowi fundament etyki zawodowej lekarzy i pokazuje, jak ważne jest określenie zasad moralnych, które obowiązują tę grupę zawodową. Jej główne przesłanie głosi *Primum non nocere*, co znaczy „Po pierwsze nie szkodzić”, jak również m.in. służyć zdrowiu i życiu ludzkiemu, przeciwdziałać cierpieniu, nieść pomoc, okazywać szacunek, nie nadużywać zaufania⁵.

Należy jednak pamiętać, że wspólną cechą wszystkich kodeksów etycznych – zarówno ogólnych, jak i szczegółowych – powinna być ich deklaracja legalizmu, czyli postępowania zgodnie z prawem. Według Davida Hessa (*Regulating Corporate Social Performance: A New Look at Social Accounting, Auditing, and Reporting*) kodeksy etyczne są powiązane z tym, co w amerykańskiej literaturze prawniczej nazywa się prawem refleksyjnym – *reflexive law* (prawo ściśle powiązane z etyką i odpowiedzialnością biznesu) (Hess, 2001). Potrzebny jest taki model regulacji, który będzie na tyle elastyczny, aby uwzględnić różnorodne konteksty, w których działają przedsiębiorstwa, ale również sprawi, że będzie reagować na zmieniające się społeczne oczekiwania dotyczące właściwego zachowania danej jednostki. Należy jednak odróżnić prawo refleksyjne od prawa przedmiotowego, stanowionego przez państwo i określającego to, co jest prawnie dozwolone czy zakazane. Widzimy to również w publikacji Roberta Campbella i Alana Kitsona *The Ethical Organisation*. Autorzy w swoim studium przypadków, jako istotny element tworzenia kodeksów etycznych, umieścili zapis informujący o możliwości modyfikacji i nanoszenia poprawek do kodeksu w miarę zdobywania doświadczenia, jako kluczowy element tworzenia spójnej, wspólnej pracy w wyniku szczegółowych badań i konsultacji ze wszystkimi grupami interesariuszy (Kitson i Campbell, 2008). Kodeksy etyczne tworzone dla potrzeb placówek ochrony zdrowia powinny być zbiorem aktów prawnych, wartości, norm i zasad postępowania zgodnych z *Primum non nocere*, stworzonych

⁵ Na podstawie: https://mfiles.pl/pl/index.php/Kodeks_etyki_zawodowej (dostęp: 10.08.2020).

przede wszystkim w celu budowania profesjonalnego wizerunku, jak również w celu ujednolicenia standardów pracy.

Dlatego też niesłusznie pracownicy placówek ochrony zdrowia postrzegają je jako formę usztywnienia pracy, narzucenie dodatkowych obowiązków, ograniczenia swobody czy podważenie kompetencji. Nie są dodatkowym kosztem czy obciążeniem, a zarzuty dotyczące chęci zwiększenia zyskowności czy pozyskania wyłącznie akredytacji są bezpodstawne. Brak wyczerpujących informacji w kwestii rozróżnienia pojęć „kodeks etyczny” i „kodeks postępowania” powoduje w dużym stopniu dezinformację w kwestii ich zasadności, gdyż kodeksy różnią się pod względem celu, zakresu i treści. W odróżnieniu od kodeksu etycznego kodeks postępowania zwykle określa konkretne wytyczne z bardziej szczegółowymi zaleceniami, zakazami działania, i jest adresowany wyłącznie dla określonej grupy pracowników.

Podsumowanie

Propozycje optymalizacji funkcjonowania kodeksów etycznych w polskiej ochronie zdrowia jako materiał do dyskusji

W Polsce funkcjonują przeważnie dwa rodzaje kodeksów w ochronie zdrowia – kodeksy etyki zawodowej i kodeks etyczny dotyczący danej placówki medycznej. Niestety właśnie z powodu braku standaryzacji możemy spotkać się z różną formą nazewnictwa tych samych dokumentów w ochronie zdrowia (np. kodeks etyki i postępowania, kodeks etyki, kodeks etyczny, kodeks postępowania), mimo że już po wstępnej analizie widzimy, że dotyczą tych samych zagadnień.

Trzeba jednak pamiętać, że obowiązujące kodeksy etyczne – w odróżnieniu od kodeksów etyki zawodowej – są dynamiczne i podlegają niewątpliwie ciągłym zmianom, ale każdy z nich powinien posiadać niezmienny kręgosłup moralny oparty na etyce i literze prawa.

Synergia działań międzysektorowych daje wymierne korzyści beneficjentom działań i buduje zaufanie społeczne, a także jest istotnym czynnikiem motywującym pracowników do efektywnej pracy. Niezależnie od negatywnych aspektów tworzenia kodeksów etycznych większość naukowców i biznesmenów utrzymuje, że kodeksy etyczne są użyteczne.

Najlepszym rozwiązaniem byłaby sytuacja, w której jeden kodeks etyczny obowiązywałby wszystkie placówki ochrony zdrowia, niezależnie od stanu prawnego podmiotów leczniczych (szpitale, przychodnie, domy opieki itd.).

Standaryzacja dotyczyłaby placówek, które podpisały umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jak również jednostek, które pobierają świadczenia bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia – co w dużym stopniu pozwoliłoby na zmianę wizerunku systemu ochrony zdrowia w Polsce w sektorze państwowym.

Ujednolicony kodeks etyczny pełniłby wiele funkcji, m.in. regulacyjną, edukacyjną, gwarancyjną, przeciwdziałającą nieprawidłowościom, kontrolną czy doradczą. Zawierałby zbiór wartości, misję, wizję czy informacje dotyczące legalizmu, a tym samym stałby się fundamentem do budowania pozytywnych relacji zarówno z otoczeniem zewnętrznym, jak i środowiskiem wewnętrznym.

Deklaracja etycznego postępowania zawarta w takim kodeksie stanowiłaby również motywację do przestrzegania Karty Praw Pacjenta (Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417), szeregu aktów normatywnych (m.in. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r., Nr 91, poz. 408), Kodeksu pracy (Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r., Dz.U. z 1974 r., Nr 24, poz. 141.), kodeksów etyki zawodowej, ratyfikowanych umów międzynarodowych m.in. Deklaracji Praw Pacjenta WHO, ale przede wszystkim Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483, z późn. zm. z dnia 2 kwietnia 1997 r.).

Każdy pracownik placówki medycznej, a w szczególności kadra zarządzająca, byłby zobowiązany działać zarówno w relacjach zewnętrznych, jak i wewnątrz organizacji w sposób zgodny z postanowieniami kodeksu. Dotyczy to również osób zatrudnionych na podstawie innej niż umowa pracę, np. osób współpracujących na podstawie umów cywilnoprawnych, kontraktów, pracowników tymczasowych lub oddelegowanych z firm zewnętrznych świadczących usługi dla placówki medycznej.

Należy postrzegać kodeks jako pozytywny aspekt rozwoju, a nie kolejny bubel administracyjny.

Martin Seligman – amerykański psycholog, twórca pojęcia psychologii pozytywnej – w swojej publikacji *Authentic Happiness Using the New Positive Psychology to Realise your Potential for Lasting Fulfilment* zidentyfikował listę cech, które posiadają ludzie o wysokim poczuciu szczęścia. Są to:

- Mądrość i wiedza, a więc również potrzeba i umiejętności do zdobywania i wykorzystywania nowej wiedzy.
- Odwaga, charakteryzująca się przede wszystkim potrzebą i umiejętnością osiągania celów, jak również potrzebą i siłą do obrony własnych wartości i podejmowania wyzwań.

- Humanitaryzm, czyli umiejętność dbania również o innych.
- Sprawiedliwość.
- Opanowanie charakteryzujące się przede wszystkim ostrożnością, dyskrecją, rozważą i samokontrolą.
- Transcendencja, tłumaczona jako potrzeba poczucia posiadania sensu życia (Seligman, 2017).

Wszystkie te cechy powinny być fundamentem podczas podejmowania przez nas decyzji, które nie powinny być efektem zewnętrznego przymusu, np. kodeksu etycznego, ale osobistych przekonań i stanowić inspirację do zwiększenia dobrostanu (ang. *well-being*) – szczęścia u siebie i innych.

Ze względu na fakt, że większość swojego dorosłego życia poświęcamy aktywności zawodowej, poczucie dobrostanu w miejscu pracy zaczyna mieć istotne znaczenie dla naszego zdrowia psychicznego i fizycznego oraz kondycji przedsiębiorstwa – placówki, w której pracujemy. Nie należy więc go traktować jako zbioru zakazów i nakazów dla pracowników. Jego nadrzędną rolą jest wskazanie właściwych zasad i rozwiązań w przypadku konieczności rozstrzygnięcia problemów etycznych związanych z jego stosunkiem pracy, ale także powinien stanowić metodę na zwiększenie osobistego dobrostanu.

Dlatego też opracowanie dobrego kodeksu etycznego jest niezwykle trudne, gdyż bardzo łatwo jest stworzyć zasady czy procedury niemożliwe do wykonania lub wzajemnie się wykluczające.

Kodeks etyczny dla pracowników ma być podstawą do realizacji wyznaczonych celów przez placówkę medyczną ochrony zdrowia, gdzie podstawowym i głównym celem powinna być orientacja na pacjenta i jego potrzeby, jak również konieczność ciągłego podnoszenia jakości świadczonych usług.

Cele te dla pacjenta staną się gwarancją przestrzegania jego prawa m.in. do świadomego podejmowania decyzji dotyczących leczenia, do uzyskania rzetelnej informacji o stanie zdrowia, do życzliwego i kulturalnego traktowania, do samostanowienia czy prawa do zachowania tajemnicy lekarskiej (Lenczowska-Soboń, 2007).

Oczywiście trzeba pamiętać, że żaden kodeks etyczny wprowadzony przez daną organizację nie zastąpi osobistej oceny, która oparta jest w szczególności na etyce indywidualnej, kształtowanej pod wpływem rodziny, kolegów, doświadczenia zawodowego, czynników sytuacyjnych czy osobistych wartości i norm moralnych (Griffin, 2017, s. 136). Ten zbiór zasad i reguł nie może być celem sam w sobie. Jego nadrzędną rolą powinno być świadome kształtowanie kultury etycznej w organizacji i budowanie pozytywnych relacji międzyludzkich, a w szczególności stosowanie się do zasady

Immanuela Kanta „Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twojej osobie, jak też w osobie każdego innego używał zawsze jako celu, nigdy tylko jako środka” (za: Kusak, 2006, s. 53).

Bibliografia

- ACHE Code of Ethics American College of Healthcare Executives*. Pozyskano z: <https://www.ache.org/about-ache/our-story/our-commitments/ethics/ache-code-of-ethics> (dostęp: 12.07.2020).
- Carnegie, A. (1985). *Prezentacja Biblioteki Carnegie mieszkańcom Pittsburgha*, 5 listopada 1895. Pozyskano z: <https://explorepahistory.com/> (dostęp: 2.08.2020).
- Daniluk, P. (2014). Prawne aspekty czynności lekarskich w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego. *Przegląd Urologiczny*, maj.
- Drucker, P.F. (1998). *Praktyka Zarządzania*. Warszawa: MT Biznes.
- Dyda N., *Odpowiedzialność cywilna za błędy medyczne na tle innych rodzajów odpowiedzialności*. Kondrat i Partnerzy. Pozyskano z: <http://prawo-medyczne.info> (dostęp: 5.07.2020).
- Elkington, J. (2019). 25 Years Ago I Coined the Phrase Triple Bottom Line. Here's Why It's Time to Rethink It. *Harvard Business Review*.
- Fromm, E. (1992). *The Art. Of Loving (O sztuce miłości)*. Wydawnictwo Sagittarius.
- Gasparski, W. (2000). Kodeksy etyczne: ich projektowanie, wprowadzania i stosowanie (na wybranym przykładzie). *Annales*, 3.
- Griffin, R.W. (2017). *Management (Podstawy zarządzania organizacjami)*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hess, D. (2001). Regulating Corporate Social Performance: A New Look at Social Accounting, Auditing, and Reporting. *Business Ethics Quarterly*.
https://mfiles.pl/pl/index.php/Kodeks_etyki_zawodowej (dostęp: 10.08.2020).
- ISO 26000:2010(en) *Guidance on social responsibility*. Pozyskano z: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:26000:en> (dostęp: 12.07.2020).
- Jasiński, K. (2008). Doświadczenie wartości przez człowieka w myśli Józefa Tischnera. *IDEA – Studia nad strukturą i rozwojem pojęć filozoficznych*, XX. Białystok.
- Karkowska, A. (2004). *Prawa Pacjenta*. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC.
- Kisielnicki, J. (1995). *Zarządzanie w Biznesie*. W: *Encyklopedia Biznesu*. Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Kitson, A. i Campbell, R. (2008). *The Ethical Organisation*. Red Globe Press, edycja II.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* Pozyskano z: <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski> (dostęp: 10.08.2020).
- Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne*, LBY.410.007.00.2015. Pozyskano z: <https://www.nik.gov.pl> (dostęp: 5.07.2020).
- Kusak, L. (2006). Zarys antropologii Immanuela Kanta. *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, 722.
- Lenczowska-Soboń, K. (2007). *Kodeks etyki lekarskiej – moc prawna i stosowanie w orzecznictwie sądów powszechnych*. Pozyskano z: <https://prawo.pl> (dostęp: 5.07.2020).
- Liszevska, A. (1998). *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*. Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze.

- Markwart, A. i Szymańska, M. (2013). Dobro jednostki dobrem społeczeństwa czy dobro społeczeństwa dobrem jednostki? George Berkeley i Adam Smith o postrzeganiu i moralności. *Etyka*, 46, 21–34.
- Nowicki, M.A., *Prawa człowieka*. Pozyskano z: <https://encyklopedia.pwn.pl/> (dostęp: 19.06.2020).
- Okoń, W. (2007). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Ostrowska, U. (2014). O wartościach ponadczasowych uniwersytetu w myśli Kazimierza Twardowskiego. *Przegląd Pedagogiczny*, 1.
- Paluch-Gęgała, A., *Klient czy pacjent? Kto odwiedza psychologa?* Pozyskano z: <https://psychologikaprawnika.pl/> (dostęp: 5.07.2020).
- Pałeczka, M. (red.) (2013). *Biuletyn Okręgowej Izby Pieleniarek i Położnych*. Pozyskano z: <https://oipip.walbrzych.pl> (dostęp: 5.07.2020).
- Pisz, Z. i Rojek-Nowosielska, M. (2013). *Spoleczna odpowiedzialność organizacji. W poszukiwaniu paradygmatów, metodologii i strategii*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego.
- Polski Komitet Normalizacyjny (2012). *ISO 26000 Guidance on social responsibility. Norma międzynarodowa dotycząca społecznej odpowiedzialności*. Pozyskano z: <https://www.pkn.pl/informacje/2013/09/iso-26000> (dostęp: 2.08.2020).
- Przybyła, H. (2005). Adam Smith a Forerunner of Business Ethics, *Etyczny Wymiar Działalności Gospodarczej*, 35.
- Seligman, M. (2017). *Authentic Happiness Using the New Positive Psychology to Realise your Potential for Lasting Fulfilment*. Nicholas Brealey Publishing.
- Sieńko, A. (2013). Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej. W: N. Dyda, *Rodzaje błędów medycznych*. Pozyskano z: <http://prawo-medyczne.info> (dostęp: 5.07.2020).
- Skorupka, S., Auderska, H. i Łempicka, Z. (red.) (1968). *Mały słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- Stowarzyszenie Forum Odpowiedzialnego Biznesu, *Spoleczna odpowiedzialność biznesu (CSR)*. Pozyskano z: <http://odpowiedzialnybiznes.pl/hasla-encyklopedii/spoleczna-odpowiedzialnosc-biznesu-csr/> (dostęp: 20.06.2020).
- Tetsurō, W. (2019). *The Significance of Ethics. As the Study of Man*. Pozyskano z: <https://plato.stanford.edu> (dostęp: 10.08.2020).
- Tischner, J. (2017). *Krótki przewodnik po życiu*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Tischner, J. (2011). *Spór o istnienie człowieka*. Kraków.
- Twardowski, K. (2011). *O dostojęństwie Uniwersytetu – The majesty of the University* – reprint wraz z notą biograficzną Małgorzaty Nowak. Poznań: UAM.
- Warner, M. (red.) (2002). *International Encyclopedia of Business & Management*. Thomson Learning.
- Żabski, Ł. (2013). Kodeks dobrych praktyk jako narzędzie doskonalenia nadzoru korporacyjnego. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias*, VII.
- WHO (2014). *A Declaration on the Promotion Rights of Patients in Europe, European Consultation on the Rights of Patients*, Amsterdam, 28–30 March 1994. Pozyskano z: https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994 (dostęp: 11.06.2020).
- Żemigala, M. (2013). *Spoleczna odpowiedzialność biznesu w świetle analiz bibliometrycznych i opinii pracowników na temat równowagi między życiem zawodowym a prywatnym*. Warszawa: WNwZ UW Warszawa.

CZĘŚĆ 3

ZARZĄDZANIE PLACÓWKAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rozwiązania zdalne w medycynie w dobie pandemii COVID-19 – perspektywa zarządzającego szpitalem wieloprofilowym

Streszczenie

Czas globalnej pandemii COVID-19 zapoczątkował, spopularyzował i skonsolidował wirtualną medycynę na całym świecie. Ogromna zmiana relacji międzyludzkich i biznesowych w skali globalnej wymusiła głębokie modyfikacje na rynku medycznym. Wizyta u lekarza, spotkanie z pielęgniarką, badanie diagnostyczne nie będą już wyglądać tak samo jak wcześniej – nastąpi ułatwienie dostępu pacjentom i obniżenie kosztów systemu.

Słowa kluczowe: transformacje cyfrowe, telemedycyna, pandemia, COVID-19, medycyna wirtualna.

JEL: I110

Abstract

The time of the global pandemic COVID-19 initial, popularized, and consolidated virtual medicine in all over the World. A massive change of interpersonal and business relations in global scale has been forced profound modifications on medical market. A visit to a medical doctor, a meeting with a nurse, diagnostic examination will not look the same as before. Facilitating access for patients and reducing cost of system.

Keywords: digital transformations, telemedicine, pandemic, COVID-19, virtual medicine.

* Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Centrum Zarządzania w Ochronie Zdrowia. ORCID: 0000-0002-7743-0768.

Wstęp

Celem pracy jest identyfikacja kluczowych obszarów zmian w zakresie telemedycyny, ich zakresu oraz spowodowanych przez stan pandemii modyfikacji w zakresie organizacji ochrony zdrowia.

Światowa pandemia COVID-19 zmieniła na całym globie interakcje społeczne i biznesowe. Przełamała wiele niewzruszalnych wcześniej barier i całkowicie zmieniła sposób oceny relacji zdalnych, zarówno biznesowych, jak i prywatnych. Nie ominęło to także medycyny, w której bezpośredni kontakt z pacjentem z powodu ryzyka epidemiologicznego musiał zostać ograniczony, i wymusił przyspieszoną odpowiedź na wiele wątpliwości w wykorzystaniu technologii w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Rewolucja technologiczna w rozwoju powszechnej komunikacji na odległość, z wykorzystaniem istniejących, ale umiarkowanie popularnych aplikacji sieciowych, dokonała się w czasie liczącym w dniach na oczach zaskoczonych koncernów informatycznych. Zdalna stała się praca, nauka, spotkania towarzyskie, relacje rodzinne. Skokowo wzrosło obciążenie sieci teleinformatycznych spowalniając przepustowość w skali świata (*Badanie Urzędu Komunikacji Elektronicznej*, <http://>). Największy, sięgający 140% wzrost zanotowano wśród użytkowników internetu stacjonarnego. Tak duże obciążenie sieci miało miejsce w godz. 8–16. Wszyscy szukają wiedzy i w kilka tygodni upowszechnia się znajomość oprogramowania i sprzętu do transmisji, zdalnych spotkań i nauki, które stają się stałym narzędziem dla obywateli, ale też dla mediów i parlamentów całego świata.

Celem usług publicznych, służących ochronie i zachowaniu zdrowia jest zapewnienie ich powszechnej dostępności, sprawność działania, efektywna alokacja ograniczonych zasobów i wysoka jakość obsługi pacjentów. Dlatego w zakresie rozwiązań organizacyjnych obszar publiczny musi się zbliżyć do rozwiązań rynku komercyjnego, i e-health jest rozwiązaniem całkowicie zgodnym z celami usług świadczonych w sektorze publicznym – czyli przeważającej części większości europejskich, w tym polskiego, systemów ochrony zdrowia. Różnica pozostanie w kryteriach dostępności, ale nie w procedurach medycznych czy układzie właścicielskim.

Po doświadczeniach reorganizacji systemu spowodowanego pandemią jesteśmy już pewni, że tylko rozwój i uznanie telemedycyny jako pełnoprawnego elementu systemu ochrony zdrowia pozwolą na poprawę dostępności do świadczeń oraz zwiększenie efektywności wykorzystania zasobów. Zostały uruchomione i zapewne będą utrwalone rozwiązania formalnie dostępne, lecz w praktyce wcześniej niefunkcjonujące, jak zwiększenie aktywności

asystentów medycznych, i w największym zakresie pielęgniarek, w sprawowaniu bieżącej (on-line) opieki, a także wystawianiu recept, zwolnień, skierowań, czy udzielaniu bezpośrednich porad w zakresach dopuszczonych prawem.

Otoczający nas świat technologii powoduje ogromne zmiany w świadczeniu wielu usług. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) przewiduje, że 65% obecnej populacji dzieci, z powodu rozwoju technologii, będzie wykonywać w przyszłości zawody, które jeszcze nie istnieją. Naukowcy z Uniwersytetu Oksfordzkiego prognozują, że 47% istniejących obecnie miejsc pracy w Stanach Zjednoczonych, w wyniku procesów związanych z rozwojem technologicznym, zostanie zautomatyzowanych. Dla krajów Unii Europejskiej ta prognoza waha się w przedziale 45–60%. Medycyna zaliczana jest do dziedzin, które zostaną objęte zmianami w największym stopniu.

Definicja telemedycyny, ewolucja historyczna

Słowo „telemedycyna” pochodzi od greckiego słowa *tele* (na odległość) i łacińskiego *mederi* (leczenie). Według dokumentu z 1998 roku, *Information for Health: An information strategy for the modern NHS*, telemedycyna obejmuje aktywności związane z ochroną zdrowia (w tym diagnostykę, porady, leczenie i monitorowanie), w których uczestniczy pracownik opieki zdrowotnej i pacjent lub dwóch pracowników ochrony zdrowia, oddzielonych od siebie w przestrzeni (a niekiedy także w czasie). Aktywności te są możliwe poprzez zastosowanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych (Karkowski, [http](#)).

Telemedycyna powstała i rozwinęła się na kanwie medycyny wojskowej w USA. Już w latach 60. XX w. powstała satelitarna sieć telekomunikacyjna łącząca amerykańskie bazy wojskowe rozrzucone na wszystkich kontynentach ze specjalistycznymi ośrodkami w USA. Drugim idealnym czynnikiem jej rozwoju stał się program kosmiczny NASA. Opieka medyczna i monitorowanie stanu zdrowia astronautów musiały się odbywać z konieczności na odległość. Telemedycyna jest już w USA praktyczną i ekonomicznie uzasadnioną rzeczywistością.

Zgodnie z definicją Amerykańskiego Stowarzyszenia Telemedycyny telemedycyna jest formą wymiany informacji medycznych między dwiema stronami, przebiegającą przy wykorzystaniu narzędzi telekomunikacyjnych, której celem jest poprawa stanu zdrowia pacjentów. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) telemedycyna to dostarczanie przez specjali-

stów usług medycznych, gdy dystans jest kluczowym czynnikiem, przy wykorzystaniu technologii komunikacyjnych do diagnozy, leczenia, profilaktyki, badań, konsultacji w celu polepszenia zdrowia pacjentów.

1. Nowy impuls – pandemia

Zmiany w organizacji usług związane z wdrażaniem elementów technologicznych, medycyny zdalnej, zarówno po stronie pacjentów, lekarzy, farmaceutów, jak i organizatorów świadczeń na Polskim rynku usług medycznych na tle innych krajów były bardzo powolne, ograniczane oporem środowiska medycznego, przyzwyczajeniami i oczekiwaniami pacjentów, brakiem świadczeń zdalnych w cenniku Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pandemia COVID-19 doprowadziła do gwałtownego przyspieszenia stosowania obowiązujących regulacji oraz wykorzystania w codziennej praktyce rozwiązań wcześniej dopuszczalnych, ale nierozpowszechnionych (Zvikhachevskaya i in., 2009).

Pandemia, ogólnoświatowa i powszechna, dokonała przełomu w tempie stosowania, ale także częściowo myślenia o dostarczaniu i realizowaniu usług zdrowotnych z wykorzystaniem narzędzie cyfrowych. Polska również nie mogła uniknąć tej zmiany. I nie jest to tylko bardzo medialna i wywołująca wiele emocji kwestia teleporad, ale wiele form realizacji kontaktu pacjenta z systemem i relacji wewnątrz systemu opieki zdrowotnej, a nawet wykorzystanie sztucznej inteligencji w świadczeniu usług zdrowotnych.

To zmiana nieunikniona z powodów istotnych dla wszystkich uczestników rynku medycznego: dla pacjenta kluczowy argument to zwiększenie dostępności do usług oraz ich wyższa jakość, dla płatnika publicznego dominującego w polskim systemie opieki to zmniejszenie kosztów ponoszonych na leczenie i ich większa racjonalność.

Nikt nie ma wątpliwości, że wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań cyfrowych to nie pomocnicza forma świadczeń zdrowotnych, ale nowy sposób kontaktu z pacjentem i jego problemami, głęboka zmiana metodyki udzielania świadczeń (Joseph i Joseph, 2003), rozumianych bardzo szeroko – od zlecenia badań, oceny wyników badań, zaleceń czy kolejnych stadiów leczenia. Ostatnie lata to gwałtowny rozwój technologiczny. Wdrożenie wielu rozwiązań, nie tylko w obszarze medycyny, spowodowało rozwiązanie wielu – uznawanych jeszcze kilka lat temu za nierozwiązalne – problemów związanych ze świadczeniem usług technologicznych w medycynie.

2. Nowy kształt rynku medycznego

Wszystkie kluczowe firmy doradcze świata przygotowały w ostatnich latach dedykowane raporty poświęcone e-health i perspektywie rozwoju na najbliższe lata (PWC, <http>). Obszary rozwoju w tym zakresie są dosyć zbieżne: wstępna diagnostyka świadczona samodzielnie przez zainteresowanego bądź częściowo zdalnie, redukcja bezpośrednich spotkań z lekarzem szczególnie przy chorobach przewlekłych, w tym w szczególności onkologicznych i kardiologicznych, rehabilitacja wraz z monitoringiem realizacji zaleceń (medycyna ciągła), konsultacje specjalistów wąskich dziedzin i odmiejscowienie zabiegów.

Bazując na tych postulatach, należy wskazać, że w najbliższych latach rynek usług medycznych będzie kształtować się inaczej niż obecnie – mieszać się będą źródła wiedzy i kompetencji. Dane zdrowotne i efekty leczenia już stały się elementem wielkiej bazy danych.

Nowa, kształtująca się struktura rynku usług medycznych zbudowana będzie według podziału opartego na kryteriach nowej rzeczywistości post-pandemicznej:

- usługi świadczone całkowicie automatycznie,
- usługi świadczone na odległość z wykorzystaniem transmisji na odległość,
- usługi realizowane w specjalistycznych punktach usługowych,
- usługi w domu pacjenta,
- usługi realizowane w formie wizyty w poradni,
- usługi realizowane w szpitalu.

Ze swej funkcji wyłączone z tej struktury, przynajmniej przejściowo, jest świadczenie usług w zakresie medycyny ratunkowej, które także będzie się gwałtownie zmieniać. System SOR (Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych) w Polsce – który w okresie pandemii obsługiwał pomiędzy 25–50% pacjentów w relacji do okresu wcześniejszego – przestaje być rezerwowym elementem usług powszechnych, a staje się realnym serwisem ratowania życia i zdrowia w stanach skrajnych. I tu nastąpiła zmiana – automatyczne punkty pobrania krwi, pomiaru ciśnienia i temperatury dla potrzeb *triage* na SOR i ustalenia kolejki szybko się rozpowszechniają i będzie ich przybywało. Dodatkowa konieczność zbadania pacjenta SOR na obecność wirusa COVID-19 przebudowała ścieżkę wizyty na oddziale, która zaczyna się od wymazu i izolacji do czasu otrzymania wyniku. Czasami już nawet w Polsce nie wymaga to kontaktu z pracownikiem SOR.

2.1. Medycyna całkowicie automatyczna

Jako medycynę całkowicie automatyczną określam świadczenie usług zdrowotnych lub wspomagających z wykorzystaniem algorytmu komputerowego, automatycznie ustalającego zindywidualizowane działania, przy czym następuje to bez udziału człowieka lub przy jego ograniczonym udziale.

W praktyce polskiej to szerokie spektrum rozwiązań, nadal starannie maskowanych jako rozwiązania wspomagające albo przed zastosowaniem wymagające weryfikacji przez wysoko wykwalifikowanego pracownika ochrony zdrowia. Ale zaraz okaże się, że rozwiązanie zautomatyzowane jest mniej omyłne niż człowiek. Pierwszym obszarem objętym tym działaniem jest wstępna diagnostyka oraz zapisy pacjentów do lekarza, pielęgniarki, na badania diagnostyczne. Inteligentne systemy (lub całkowicie proste, oparte na wyborze guzika w telefonie bądź komputerze) bez udziału człowieka pomagają wybrać lekarza, termin i miejsce wizyty. Podpowiadają, jakie badania lub czynności należy wykonać wcześniej, bazując na danych systemowych, jakie badania są aktualne w wielkiej bazie danych o pacjentach danego kraju (lub ubezpieczalni zależnie od kraju).

Automaty w obszarze wejściowym do placówek ochrony zdrowia, ale także w aptekach, a nawet klubach seniora, umożliwiają samodzielne pobranie krwi i moczu do badania czy pomiar ciśnienia i temperatury. Specjalne kabiny umożliwiają samodzielne zrobienie zdjęcia RTG, a samo oprogramowanie opisuje zrobione zdjęcie, w praktyce wymagając zatwierdzenia przez radiologa.

Przykładem wdrożonego w pełni automatycznego systemu w zakresie medycyny ratunkowej jest system eCall¹ – ogólnoeuropejski system szybkiego powiadamiania o wypadkach drogowych. eCall jest związany z inicjatywą „eSafety” – częścią kompleksowej strategii Komisji Europejskiej, zmierzającej do zachowania bezpieczeństwa na drogach i poprawy efektywności transportu w Europie. Urządzenia eCall są obowiązkowo montowane we wszystkich nowych pojazdach osobowych oraz dostawczych do 3,5 tony, które uzyskały homologację po 31 marca 2018 roku. W Polsce zgłoszenia trafiają do centrów obsługi numeru 112. System eCall umożliwia szybkie manualne lub automatyczne wezwanie pomocy. Ręczne wezwanie jest włączane przyciskiem przez kierowcę lub pasażerów pojazdu, a automatycznie aktywowane, w określonych warunkach po zderzeniu, dzięki czujnikom zamontowanym w pojeździe. Po uruchomieniu samochodowe urządzenie

¹ Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady 585/2014/UE w dnia 15 maja 2014 w sprawie wdrożenia interoperacyjnej usługi eCa; na terenie całej UE – Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L164/6.

eCall łączy się przy użyciu sieci telefonii komórkowej ze służbami ratunkowymi, umożliwiając przekazanie danych elektronicznych i nawiązanie połączenia głosowego. Zgłoszenia są odbierane przez centralę, którą stanowi odpowiedni terytorialnie punkt przyjmowania zgłoszeń o wypadkach, funkcjonujący w ramach sieci telefonów alarmowych 112. Urządzenie prześle minimalny zestaw danych dotyczących wypadku w postaci elektronicznej (tzw. komunikat MSD) oraz podejmie próbę ustanowienia połączenia głosowego między pojazdem a centralą. Osoby znajdujące się w pojeździe, podczas rozmowy z wyszkolonym operatorem eCall, mogły udzielić dodatkowych informacji. Minimalny zbiór danych będzie zawierał informacje na temat zdarzenia obejmujące czas, dokładne położenie geograficzne pojazdu w czasie zdarzenia, dane pojazdu (w tym numer identyfikacyjny VIN), status eCall (informacje o tym, czy wezwanie uruchomiono ręcznie czy automatycznie) oraz informacje na temat operatora świadczącego usługi.

2.2. Usługi świadczone na odległość z wykorzystaniem transmisji na odległość

W Niemczech do roku 2018 nie wolno było przez telefon postawić diagnozy, jeśli pacjent wcześniej nie był w gabinecie. Po zmianie regulacyjnej nastąpił gwałtowny rozwój tej formy świadczenia usług, co pozwoliło w pandemii za zapewnienie świadczeń pomimo zamknięcia gabinetów lekarskich.

W Polsce do rewolucji formalnej doszło znacznie wcześniej, bo już w 2015 roku².

Ustawa z dnia 9 października 2015 roku o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, niosąc ze sobą zmiany do kluczowych ustaw regulujących rynek medyczny w Polsce, wprowadziła fundamentalne zapisy umożliwiające rozwój telemedycyny:

Kluczowa była zmiana art. 3 pkt 1 w ustawie o działalności leczniczej, który w nowym brzmieniu stanowi, że „Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”.

Analogiczne zapisy dające możliwość świadczenia usług medycznych na odległość, poprzez zmiany z stosownych ustawach, wprowadzono także w odniesieniu do farmaceutów i pielęgniarów.

² Druk sejmowy 3763 – uzasadnienie; Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2020 r., poz. 702), Ustawa o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 295), Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2020 r., poz. 295), Ustawa o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2019 r., poz. 1419), Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2020 r., poz. 562).

Praktyka zdecydowanie nie podążyła jednak za zmianami formalnymi i na przyspieszenie największy wpływ miały poza pandemią, kolejne zmiany legislacyjne, które po wielu latach i toczących się sporach oraz opóźnieniach we wdrożeniu przez administrację systemów informatycznych, doprowadziły do nałożenia obowiązku stosowania rozwiązań cyfrowych – w zakresie e-zwolnień lekarskich (1 grudnia 2018), wystawiania e-recept (8 stycznia 2020), wystawiania e-skierowań (8 stycznia 2021), i być może całkowitego przejścia na elektroniczną dokumentację medyczną od 2023 roku.

Bariera społeczna dla wizyt zdalnych dostrzegalnie maleje. W 2020 roku, w początkowym okresie pandemii i zwiększenia roli wizyt zdalnych, 70% respondentów, którzy korzystali ze zdalnej wizyty uznało, że ma ona taką samą wartość jak zwykła wizyta w gabinecie lekarskim. Ponad 60% osób dla których wizyta zdalna nie miała takiego samego charakteru jak wizyta w gabinecie, wskazało, że powodem jest brak w ich ocenie możliwości prawidłowego zbadania przez lekarza (SW Research, 2020).

Pandemia przypominała lekarzom – szczególnie podstawowej opieki medycznej – o istnieniu art. 42 pkt 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Kilka dni po ogłoszeniu stanu pandemii wszyscy lekarze pierwszego kontaktu w obszarze publicznej i niepublicznej ochrony zdrowia zamknęli drzwi do gabinetów i rozpoczęli świadczenie usług „za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby”. Według wyników badania agencji SW Research we wrześniu 2020 roku osobisty kontakt z lekarzem miało 30%, a telefoniczny 60% pacjentów, którzy kontaktowali się z lekarzami w tym czasie (SW Research, 2020) (jeszcze kilka tygodni wcześniej, w wiosennym szczycie zachorowań, taka grupa stanowiła 30%). 4% procent pacjentów miało kontakt online, a aż 58% respondentów, którzy korzystali z kontaktu telefonicznego z lekarzem, było z niego zadowolonych. Trzy czwarte badanych (76%) jest zdania, że telemedycyna nie zastąpi bezpośredniego kontaktu z lekarzem. Tylko co czwarty mówi, że odpowiada mu kontakt z lekarzem online oraz kontakt telefoniczny. Panuje opinia, że telemedycyna to opcja wygodna dla lekarzy, ale nie dla pacjentów, chociaż jest niemała grupa osób, która uważa, że dla nich jest to duże ułatwienie. Połowa badanych uważa, że lekarze świadczący usługi telemedyczne mniej się starają.

Z kolei z badania Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia zrealizowanego w sierpniu 2020 roku wynika, że w czasie epidemii 80% konsultacji medycznych odbywało się w formie teleporady. Blisko 92% badanych pacjentów zadeklarowało rozwiązanie problemu podczas teleporady (Narodowy Fundusz Zdrowia, sierpień 2020). 16% pacjentów

oceniło teleporadę jako przewyższającą jakościowo wizytę w przychodni stacjonarnej, 41,7% uznało, że jakość jest porównywalna.

Zmieniło się wszystko – z określonych godzin przyjęć pacjentów w przychodni do świadczenia usług przez całą dobę, czyli standardowe w przypadku wielu usług prywatnych umożliwienie dostępu 365/24 godziny. Zmienia się proces obsługi i metodyka udzielenia świadczenia.

Rozmywa się stosowany powszechnie podział na dwa typy telemedycyny: telemedycyna oparta na wcześniejszym zapisie informacji dotyczących pacjenta oraz telemedycyna czasu rzeczywistego (Nazarko-Ludwiczak, [http](http://)).

Aby zweryfikować, jak bardzo ta forma relacji lekarz–pacjent utrwaliła się i spopularyzowała, wystarczy wpisać w wyszukiwarkę Google hasło „e-recepta”. Na stronie wyświetla się lista kilkudziesięciu ofert gabinetów lekarskich oferujących za jedyne 49,99 zł wizytę i e-receptę, a nawet e-zwolnienie.

Co ważne, w środowisku ochrony zdrowia – w przeciwieństwie do większości branż – poziom przerw regulowania formalnego prowadzonej działalności skutecznie niweluje kluczową barierę pracy zdalnej identyfikowaną na etapie „onboardingu”, czyli wdrażania nowych pracowników do firmy. W działalności medycznej, bardzo precyzyjnie określającej rolę w procesie leczenia, odpowiedzialność i uprawnienia uczestników, tryby realizacji procedur diagnostycznych i leczniczych, zadania są precyzyjne i znane oraz powtarzalne. Długi proces kształcenia wymusza znajomość relacji poziomych i pionowych w każdym z typów organizacji i zapewnia płynność wdrożenia nowej osoby w organizacji procesu świadczeń i rozwoju digitalizacji. Kolejne etapy procesu leczenia wymagają wymiany informacji, którą w Polsce zapewnił rząd za pośrednictwem portalu <https://pacjent.gov.pl/>, który jest bazą danych, dostępną dla wszystkich legalnie praktykujących lekarzy w Polsce.

2.3. Usługi w domu pacjenta

Telemonitoring elektrokardiograficzny (EKG) za pomocą rejestratorów zewnętrznych jest podstawowym narzędziem telediagnostyki kardiologicznej. Opiera się on na analizie zapisów EKG rejestrowanych na odległość i przesyłanych do ośrodka nadzorującego. Bieżący dostęp do analizy przesyłanych zapisów EKG umożliwia optymalizację czasu monitorowania (np. jego ograniczenie do chwili osiągnięcia założeń diagnostycznych), co zapewnia optymalizację kosztów i racjonalne zarządzanie dostępem do tego typu diagnostyki (Piotrowicz i in., 2016). Telemonitoring urządzeń wszcze-

pialnych obejmuje pacjentów z zaburzeniami rytmu serca i/lub niewydolnością serca, u których implantowano stymulator lub kardiowerter-defibrylator serca (ICD) wyposażony w funkcję, która umożliwia zdalne przekazywanie zgromadzonych danych. Istotą działania takich układów jest wyposażenie chorego w transmiter, który za pośrednictwem sieci GSM lub łącza telefonii naziemnej przekazuje dane z urządzenia wszczepionego do centrali producenta urządzenia. Następnie informacje te są udostępniane za pośrednictwem internetu upoważnionym lekarzom w celu ich weryfikacji i analizy. W sytuacji zagrożenia życia automatycznie wysyłany jest sygnał wezwania karetki. W obecnie stosowanych stymulatorach oraz ICD dane gromadzone w urządzeniu, które mogą być przekazane lekarzowi za pośrednictwem telemonitoringu, praktycznie nie różnią się od uzyskiwanych podczas kontroli chorego w gabinecie. Dzięki zastosowaniu tego rozwiązania odnotowano zmniejszenie śmiertelności ogólnej pacjentów z tymi urządzeniami.

Telemonitoring powszechnie służy do kontroli glikemii u pacjentów z cukrzycą wymagających ścisłej kontroli. Dzięki odczytom wyników glikemii, ich transmisji do centrum telemedycznego oraz możliwości telekonsultacji, kontrola glikemii ulega poprawie. Zdalnie dokonuje się także kontroli wagi pacjenta. Ten zbiór danych jest jednym z podstawowych elementów monitorowanych w grupie pacjentów z niewydolnością serca. Badanie Whole System Demonstrator przeprowadzone przez Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia wskazuje na korzyści kliniczne (istotna redukcja hospitalizacji i śmiertelności) płynące z monitorowania pacjentów z niewydolnością serca lub POCHP bądź cukrzycą. Śmiertelność w grupie z interwencją była istotnie mniejsza w porównaniu do grupy kontrolnej (4,6% vs 8,3%, $p < 0,001$).

Oceny czynności układu oddechowego (szczytowa prędkość wydechu – PEF, 1-sekundowa natężona pojemność wydechu – FEV1, natężona pojemność życiowa – FVC) mogą być monitorowane za pomocą zdalnych urządzeń, co pozwala na regularną kontrolę nasilenia objawów pacjentów z POCHP lub astmą.

W ocenie stylu życia w celu modyfikacji aktywności fizycznej pacjentów pomaga natomiast zdalne monitorowanie aktywności oraz działania motywacyjne za pomocą SMS oraz aplikacji na telefony komórkowe wpływające na wzrost aktywności fizycznej oraz odsetka pacjentów osiągających zalecane 10000 kroków dziennie

W monitoringu stanu dziecka w łonie matki aktualnie standardowo stosowaną metodą jest kardiokografia (KTG), pozwalająca na rejestrację akcji serca płodu, jego ruchów oraz czynności skurczowej mięśnia macicy. Długotrwałe (kilku- lub nawet kilkunastogodzinne) monitorowanie stanu

dziecka w łonie matki, powtarzane częściej niż raz na kilka lub kilkanaście dni, powinno pozwolić na wcześniejsze wykrycie nieprawidłowości, a tym samym poprawić uzyskiwane wyniki położnicze (Oszukowski i in., 2014). Takie rozumowanie prowadzi w naturalnej konsekwencji do przesunięcia miejsca wykonywania tych obserwacji z ośrodka medycznego (szpitala, przychodni) do domu ciężarnej (Rytlewski i in., 2017).

W teleopiekę nad osobami starszymi zaangażowane są różne systemy oferowane przez czołowe, ale także niszowe podmioty działające na rynku medycznym. Ich operatorami są zarówno podmioty komercyjne, jak i gminy oraz powiaty organizujące Centra Opieki dla swoich mieszkańców. Ich istotą jest monitoring funkcji życiowych, często uzupełniony o tzw. przycisk życia – umożliwiający wezwanie pomocy w sytuacji złego samopoczucia. W Polsce powstało już kilka centrów monitorowania, w których wyniki są automatycznie analizowane przez specjalne programy analizujące, a w sytuacji odstępstw od normy wykwalifikowany ratownik medyczny dzwoni do osoby starszej i po przeprowadzeniu wywiadu może zdecydować o wezwaniu pomocy lub powiadomieniu osób bliskich. Podopieczny nosi w domu niewielkie urządzenie na nadgarstku lub szyi. Jest ono wyposażone w guzik umożliwiający wezwanie pomocy. Dodatkowo montowany jest wysokiej klasy nadajnik, który pozwala na to, by system działał w całym domu. Wciśnięcie guzika w razie wypadku powoduje natychmiastowe połączenie się z teleopiekunem bez względu na porę dnia lub nocy.

W monitoringu przyjmowania leków o czasie pomaga powstały w 2017 roku Abilify MyCite. To inna nazwa Arypiprazolu, czyli leku neuroleptycznego drugiej generacji. W każdej tabletkie leku umieszczono elektroniczny czujnik o wielkości pojedynczego ziarnka piasku. Sensor ten aktywowany jest w momencie kontaktu z kwasem żołądkowym.

Kwas żołądkowy w zetknięciu z mikroskopijnymi elektrodami pozwala na wygenerowanie odpowiednio dużego ładunku elektrycznego, żeby czujnik wysłał krótki komunikat do opaski mocowanej na żebrach pacjenta. Nie jest to żaden skomplikowany komunikat. W zasadzie ogranicza się on do informacji, że sensor jest aktywny. Komunikat trafia do opaski mocowanej na żebrach pacjenta, a ta z kolei łączy się z aplikacją na smartfonie pacjenta. Funkcjonalność samej aplikacji ogranicza się do rejestrowania dokładnej daty i godziny przyjęcia leku i udostępniania tych informacji lekarzowi oraz czterem, wybranym przez pacjenta osobom. Ponadto ciekawą funkcją dodatkową jest możliwość zapisywania swojego aktualnego samopoczucia przez pacjenta, o także aktywacji powiadamiania przez aplikację o odnotowaniu nieprzyjęcia leku o założonym czasie.

2.4. Diagnostyka – odmiejscowienie i automatyzacja

Wszystkie praktycznie działające na rynku diagnostyki medycznej i laboratoryjnej prywatne podmioty oraz wiele podmiotów publicznych udostępnia wyniki badań poprzez przeznaczoną do tego stronę WWW lub połączenie systemów własnych z systemami zleceńodawcy przez logowanie na konto pacjenta albo podmiotu. Podmioty publiczne korzystają jeszcze czasem z rozwiązań opartych na haśle jednorazowym – wydawanym po rejestracji do szpitala, przychodni czy laboratorium, i po pobraniu oraz oznaczeniu próbek. Pandemia spowodowała nieplanowane wcześniej wprowadzenie wyniku badania w kierunku COVID-19 do systemu e-pacjent. Osoby mające ten publiczny profil pacjenta otrzymują wynik badania w formie powiadomienia SMS oraz informacji w systemie e-pacjent dostępnym po zalogowaniu.

Ogólnosiwiatową zmianą jest organizacja realizacji zleceń na COVID-19 w systemie zlecenia elektronicznie badania przez lekarza POZ, po którym pacjent samodzielnie udaje się do stacjonarnego lub mobilnego punktu pobierania wymazu. Rozwój tego systemu dla innych zleceń diagnostycznych jest nieunikniony, choć w polskich warunkach oznacza, że większość z tych punktów to dedykowane miejsca w placówkach ochrony zdrowia, ale skutecznie minimalizujące ryzyko zakażenia i długich kolejek. Przyszłość należy do takich rozwiązań i pozwoli, tak jak w innych branżach, zwiększyć dostępność terytorialną do usług, np. w okresie letnim nad morzem, kiedy pacjenci z całej Polski w czasie wakacji tradycyjnie blokowali wszystkie poradnie i szpitale oraz apteki.

Rozpowszechnia się w sposób nieunikniony diagnostyka automatyczna, obecnie minimalizująca zbędny kontakt z potencjalnie zakażonym, a w przyszłości usprawniająca obsługę pacjentów.

Kolejny krok to badania zautomatyzowane, realizowane przez pacjenta w domu. Na rynku dostępnych jest już kilka testów, których wynik można uzyskać od razu samodzielnie (choćby test ciążowy) lub w trybie pozyskania zestawu do samodzielnego przeprowadzenia pobrania materiału i w pakiecie przekazania zamkniętej próbki kurierowi, który dostarcza materiał do laboratorium. Wynik badania trafia do pacjenta e-mailem, z opcją dokupienia szczegółowego opisu przez lekarza specjalistę wyniku badania i ewentualnego zlecenia dodatkowych badań.

Te usługi opisowe to zupełnie nowy kierunek związany z globalizacją, ale także rozwojem automatycznych narzędzi wspierających dokonywanie opisu i tłumaczeń specjalistycznych. Realizator badania, a czasem nawet pacjent, może zlecić opis specjalistę z dowolnego kraju Unii Europejskiej, który

wspierając się dostępnymi narzędziami i systemem norm wyników, dokona interpretacji badania, opisze w dowolnym języku, a system samodzielnie przetłumaczy opis na język pacjenta. Do tego od razu można wystawić e-receptę na leki.

2.5. Farmakoterapia zautomatyzowana

Farmakologia zautomatyzowana to nowy obszar, szybko znajdujący swoje miejsce w praktyce mimo ewidentnego w tym obszarze braku regulacji.

To automatyczne wsparcie dawkowania leków, oparte na danych pacjenta i wskazanie producenta leków. Lekarz czy pielęgniarka sprowadzeni są tu do funkcji wprowadzającego dane. Opierając się na zaleceniach producentów oraz danych o pacjencie, system dobierze lek i wskaże sposób dawkowania. Lekarz pozostaje aktywnym uczestnikiem procesu, na bazie swojej wiedzy wybierając spośród wygenerowanych automatycznie propozycji. Stworzone schematy postępowania i leczenia, nowelizowane na bieżąco zgodnie z nowymi odkryciami w obszarze farmakologii, będą jednak ograniczały jego rolę. Dodatkowo wymuszają one wprowadzenie dodatkowych danych i wykonanie badań. Wcześniej taką diagnostykę pozostawiano doświadczeniu i rutynie lekarzy. Będzie na nie coraz mniej przestrzeni. Jednocześnie dane o wykupionych, a także niewykupionych zleconych lekach, trafiają do lekarza, czy pielęgniarki monitorującej przebieg procesu leczenia, oraz osób odpowiedzialnych za leczenie szpitalne i, co ważniejsze, w sytuacji konieczności natychmiastowego udzielenia pomocy do jej udzielających.

Ważnym elementem systemu farmakoterapii zautomatyzowanej jest natychmiastowe wskazanie potencjalnego pola konfliktu z innymi substancjami używanymi przez pacjenta, już zastosowanymi czy stosowanymi w chorobach przewlekłych – zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Uwolni to czas lekarzy od śledzenia informacji o zachodzących zmianach.

Zlecenia leku w szpitalu do wydania w systemie automatycznym wyeliminuje błędy ludzkie, skracając łańcuch logistyki przygotowania leków i wydania ich pacjentom. Już dziś w wielu krajach Europy funkcjonują w pełni automatyczne apteki, realizujące zlecenia także na leki recepturowe. Konfrontują one on-line receptę z systemem wydawania recept, potwierdzają z dowodem tożsamość pacjenta, przyjmują płatność. W okresie wysokiej zachorowalności, w tym pracowników aptek, to rozwiązanie zapewniające ciągłość dostępu do niezbędnych leków.

2.6. Dokumentacja medyczna

Przez ostatnie lata środowisko medyczne uparcie wskazywało, że dokumentacja medyczna jest kluczową barierą cyfryzacji usług zdrowotnych. Podnoszono słusznie argumenty o wiarygodności zapisów cyfrowych, nieuprawnionej możliwości ich zniekształcenia lub zmiany, a także ryzyka naruszenia tajemnicy medycznej, sfery intymnej czy po prostu informacji o danych osobowych.

Dzisiejsza technologia rozwiązała większość barier, które występowały jeszcze kilka lat temu. Zabezpieczenia stosowane wcześniej, przez choćby instytucje finansowe, które sprawdzają się w masowym stosowaniu, przeniesione do systemów medycznych gwarantują zachowanie tajemnicy medycznej, ochronę danych osobowych oraz wykorzystując systemy autoryzacji, całkowitą identyfikację uczestników procesu leczenia.

Polski ustawodawca zauważył to w okresie pandemii, wskazując w przejętym w dniu 6 kwietnia 2020 roku Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, że: „§ 1.1. Dokumentacja medyczna, zwana dalej »dokumentacją«, jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, zwany dalej »podmiotem«, w postaci elektronicznej. Wprowadzie pkt 2 ustawy zapis mocno osłabia, stanowiąc: „pkt 2. Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej”. To jednak raczej uchylenie się państwa od sfinansowania ze środków publicznych tej zmiany, która już stała się nieunikniona.

Prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej to obszar, który można obecnie już całkowicie realizować w sposób zdalny i efektywny. Co ważne, pacjent i inni licznie uprawnieni do dostępu do dokumentacji medycznej, nie są podmiotem uprawnionym do otrzymania oryginału dokumentacji medycznej. Artykuł 27 ust. 1 pkt 3 Ustawy o prawach pacjenta³ wyraźnie wskazuje, iż ustawodawca preferuje realizację obowiązków udostępniania dokumentacji w sposób bez kontaktu wnioskującego z podmiotem leczniczym. Wszystkie formy udostępniania dokumentacji opisane w art. 27. łącznie z udostępnieniem do wglądu w siedzibie podmiotu, mogą być realizowane zdalnie. Punkt 3 art. 27 stanowi, że dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu). Wyzwaniem organiza-

³ Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (Dz.U. z 2020 r., poz. 849).

cyjnym pozostaje dokumentacja prawa osoby uprawnionej do udostępnienia jej dokumentacji medycznej. Na pewno wniosek z wykorzystaniem ePUAP lub podpisu elektronicznego jest wiarygodnym systemem potwierdzającym. Nie wszystkie podmioty ochrony zdrowia posiadają jednak narzędzie do ich weryfikacji. Ze względu na fakt, że udostępnienie dokumentacji następuje na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej, nie jest możliwe wprowadzenie regulacji formy jego złożenia. Takie żądanie poprzez stronę WWW szpitala lub przychodni, najszybsze i rozwiązujące poprzez rozwiązanie techniczne kwestie autoryzacji, samodzielnie zdobędzie jednak przewagę w relacji do kłopotliwych pozostałych form złożenia żądania.

Sama dokumentacja medyczna jest dziś powszechnie prowadzona z wykorzystaniem narzędzi elektronicznych; w niektórych przypadkach jest to pełna forma dokumentacji elektronicznej. W praktyce nie ma większego znaczenia, czy jest to przygotowywanie w systemie elektronicznym dokumentacji i jej drukowanie oraz podpisywanie wersji papierowej, czy też pełna EDP. Dla potrzeb wymiany danych kluczowym wyzwaniem pozostaje identyfikacja i uwiarygodnienie podpisu personelu medycznego. Podjęta przez administrację rządową próba wprowadzenia elektronicznej identyfikacji do dokumentu prawa wykonywania zawodu zakończyła się porażką. Aktualnie powszechnie wykorzystuje się certyfikat wydawany przez ZUS, i pewnie, ku zaskoczeniu samego wystawcy certyfikatu, może stać się powszechnym narzędziem autoryzacji dokumentacji medycznej.

3. Nowy model relacji pacjent – system

Nowe rozwiązania nie tylko obniżają koszty systemu świadczeń zdrowotnych, zmniejszają zaangażowanie lekarza w procesy, do których jego wiedza i doświadczenia mogą być zastąpione zautomatyzowanymi (całkowicie lub częściowo) rozwiązaniami cyfrowymi. Zmniejszają też możliwości błędu ludzkiego czy finansowych oraz terytorialnych barier dostępu do świadczeń.

Przeważają dwa kluczowe powody sukcesu tego rozwiązania: zwiększenie dostępności dla pacjentów i reedukacja kosztów systemu ochrony zdrowia. Już w roku 2001 R. McCarthy i L. Hall napisali: „e-health initiatives would reduce healthcare business costs by as much as 50 percent” (McCarthy, 2001; Hall, 2001).

Historycznie, szczególnie w Polsce, wizyta lekarska opierała się na bezpośredniej relacji lekarza i pacjenta. Nawet zmiany regulacyjne nie doprowadziły do zwiększenia roli pozostałego, wysoko kwalifikowanego personelu

medycznego. Zarówno lekarze, jak i pacjenci chcieli pozostać w bezpośrednim kontakcie.

Przyszłość to nadal nieuniknione bliskie relacje z personelem świadczącym bezpośrednią opiekę, opiekunem społecznym i medycznym, częściowo z pielęgniarką – w coraz mniejszym stopniu spotkanie z lekarzem.

W przyszłości relacja bezpośrednia z lekarzem będzie najbardziej ograniczona, co wynika z nowych ról z procesie leczenia, ale w bardzo dużym stopniu także w sposób nieunikniony z demografii. Grupa osób wymagających świadczeń to w coraz większym stopniu już pokolenie określane przez socjologów mianem *digital native* – ludzi wychowanych z komputerem i smartfonem. Dla nich nie istnieje bariera technologiczna kontaktu zdalnego.

Zresztą osób wykluczonych z powodów technologicznych już obecnie jest coraz mniej. W roku 2019 już 89,7% polskich gospodarstw domowych miało dostęp do internetu. Pod koniec 2019 roku z internetu korzystało 27,7 mln osób w wieku 7+⁴. Aby połączyć się z siecią, 22,9 mln internautów używało komputera osobistego, a prawie co piąty internauta korzystał z niego, by łączyć się z siecią także w miejscu pracy (6,0 mln). 23,4 mln osób łączyło się z internetem za pomocą urządzeń mobilnych – głównie przez telefony komórkowe (23,1 mln), dużo rzadziej za pomocą tabletów (2,9 mln). W 2019 roku 13% gospodarstw domowych w Polsce nie miało dostępu do internetu. Od lat powodem jest brak potrzeby korzystania z tego medium – w 2019 roku wskazywało na niego 68% gospodarstw niepodłączonych do sieci. Drugim ważnym powodem jest brak niezbędnych umiejętności. Maleje odsetek osób wskazujących, że problem przy podłączeniu do internetu stanowią koszty sprzętu i abonamentu, natomiast od kilku lat rośnie odsetek osób wskazujących na niechęć do samego medium. Przełomowe jest jednak to, że największy odsetek użytkowników internetu (38,4% ogółu) to mieszkańcy wsi (*Internet 2019/2020. Raport Strategiczny*, [http](http://www.geminiusz.pl)), dla których dostępność do usług medycznych tym kanałem jest kluczowa. Zaledwie 14% Polaków oceniło pozytywnie dostęp do lokalnego systemu ochrony zdrowia, co uplasowało nas na samym końcu spośród 28 analizowanych państw włączonych do badania *Global views on healthcare in 2018*.

Zdecydowana większość Polaków (83%) stwierdziła, że nie jest łatwo dostać się na wizytę do specjalisty, a przeciwnego zdania było zaledwie 13% badanych. Na pytanie, czy potrzebne badania diagnostyczne można wykonać szybko i bez większych trudności, negatywnie odpowiedziało 66% ankietowanych, a pozytywnie – 29% (Hipsz, 2018).

⁴ www.geminiusz.pl.

Zmiana modelu na relację zdalną jest jedynym sposobem zmiany istniejącego złego stanu dostępu.

Kluczowe przesłanki rozwoju telemedycyny w obszarze udzielania świadczeń to:

- ułatwienie równego dla wszystkich dostępu do lekarza pierwszego kontaktu osób z obszarów odległych od placówek medycznych oraz w okresach złej pogody,
- racjonalne wykorzystanie konsultacji specjalistycznych – opis wyników badań i kontakt z lekarzem,
- możliwość oceny monitorowanych zdalnie wyników badań specjalistycznych (kardiologicznych, KTG), ale także sygnałów życiowych (ciśnienie, tętno, parametry biochemiczne, jak i poziom cukru),
- dostęp do wyników wcześniejszych badań i zaleceń,
- odmiejscowienie relacji pacjentów z chorobami przewlekłymi,
- zwiększenie komfortu pacjentów i likwidacja kolejek do gabinetów,
- odmiejscowienie usług pomocniczych (pobranie krwi, moczu, badania diagnostyczne w wydzielonych wyspecjalizowanych punktach lub punktach mobilnych),
- nowe możliwości relacji z pacjentem – przebywający w domu pacjent pod kontrolą zdalną, np. onkologiczny, w przypadku pogorszenia parametrów życiowych od razu trafia do szpitala,
- monitorowanie przestrzegania zaleceń lekarskich (przyjmowania leków w określonym czasie),
- zmniejszenie kosztów użytkowych.

Barierą pozostaje brak jasnego zdefiniowania płacenia w Polsce za usługi zdalne, czego konsekwencją jest to, że wartość inwestycji w rozwiązania technologiczne w ochronie zdrowia jest niska – 3,5% w skali wydatków na ochronę zdrowia (Czauderna i in., 2019). W okresie pandemii przy bezczynności w tym zakresie NFZ wystarczyła jednak często sama interpretacja zapisów prawa i treści istniejących umów, aby rozwiązania zdalne rozwinęły się błyskawicznie. Ten obszar wymaga zdecydowanej poprawy.

Wykorzystanie możliwości informacyjnych sieci, w miejsce mozolnego dostosowania komunikacji lekarz–pacjent, oszczędza czas, ale jest przyjazne i akceptowalne przez pacjentów. Ryzykiem jest oczywiście informacja nieprawdziwa, ale kłamstwo w sieci nie jest tematem tego artykułu. Internet oferuje dostęp do informacji medycznej na niespotykaną wcześniej skalę. Filmik edukacyjny z YouTube na stronach poradni może pozwolić na uniknięcie zbędnej wizyty. Doświadczyły tego w okresie pandemii wszystkie młode matki, które wsparcie położnej otrzymały – z konieczności – w tej właśnie formie.

Nowy wymiar zarządczy przynoszą coraz powszechniejsze ankiety satysfakcji pacjentów (Kujawska, 2017) – dostępne dedykowanym pacjentom na bazie logowania na podstawie numer PESEL, pozwalające po lub w dniu wypisu na wypełnienie anonimowej ankiety. Umożliwiają one szybkie i bieżące monitorowanie oceny zachowań personelu wobec pacjentów i jakość serwisu recepcyjnego, pielęgniarskiego i lekarskiego.

Specjaliści niezatrudnieni na stałe w podmiocie leczniczym, udzielając zdalnych konsultacji przy łóżku pacjenta, widzą dokumentację medyczną i wyniki badań, co pomaga skonsultować i poprawić jakość diagnozy.

Zdalne nauczanie medycyny – jak operacje na symulatorach na odległość – to zupełnie nowy obszar rozwoju w obszarze medycyny (Cichoradzki, http). Centrum Kształcenia Podyplomowego w Ochronie Zdrowia jako pierwsza jednostka w Polsce umożliwia studentom prowadzenie nauki na odległość na symulatorach, tak jak od dawna robią to piloci czy marynarze. Wymagane kiedyś użycie zwłok ludzkich do nauki dziś już zdaje się niepotrzebne.

Pandemia zmusiła do aktywności nawet zwykle dosyć opieszale reagującą na nowości Naczelną Radę Lekarską. 24 lipca 2020 roku zostały przyjęte przez jej Prezydium wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych, opracowane przez Zespół Naczelnej Rady Lekarskiej ds. telemedycyny wspólnie z Telemedyczną Grupą Roboczą⁵. Wskazują one niestety, że rozumienie możliwości i bezpieczeństwa nowoczesnych form komunikacji cyfrowej w środowisku medycznym nadal wymaga tłumaczenia i wyjaśniania.

Wytyczne składają się z trzech dokumentów pn. *Wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych*, *Wytyczne świadczenia telemedycznego uwzględniające aspekty etyczne*, *10 kroków wizyty telemedycznej*.

W mojej ocenie kluczowe jest w nich stwierdzenie:

„Telemedycyna stanowi uznany sposób sprawowania opieki nad pacjentem, a co za tym idzie, może być traktowana jako jeden ze standardów postępowania medycznego”.

To rewolucyjna zmiana podejścia środowiska medycznego do świadczeń z użyciem narzędzi cyfrowych. Jednak rewolucja ograniczona. Zaraz potem bowiem NRL stwierdza:

„Lekarz powinien ocenić, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności faktycznych, czy w danym przypadku możliwe jest udzielenie teleporady oraz lekarz powinien ocenić, czy w danej sytuacji może zastosować

⁵ Uchwała nr 89/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lipca 2020 roku.

rozwiązanie telemedyczne. Lekarz powinien pamiętać o autonomii zawodowej przy wyborze sposobu realizacji świadczenia”.

To ewidentne ograniczenie dostępności do świadczeń. Oznacza, że nie dostrzega się możliwości pełnego zautomatyzowania kontaktów lekarz–pacjent i zastosowania formuły E-Przychodnia jako samodzielnej formuły funkcjonowania podmiotu leczniczego.

Założenie jest z gruntu błędne – w każdej sytuacji skutecznie można przeprowadzić wizytę zdalną, inaczej może rozwinąć się postępowanie po wizycie.

W Wytycznych przykładą się dużą wagę do usytuowania lekarza jako administratora danych osobowych w rozumieniu RODO oraz wynikających z tego obowiązków, w ogóle nie zauważając, że np. firmy telekomunikacyjne wszystkie te obowiązki realizują automatycznie, nie angażując w ogóle ludzi. Nie wiadomo, dlaczego lekarz stawiany jest przez swoją korporację w trudnej sytuacji i w roli, do której nie jest zupełnie przygotowany.

Wytyczne wskazują błędnie, że w przypadku udzielania świadczeń telemedycznych miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osoby wykonującej zawód medyczny.

Prawidłowo wskazano, iż odpowiedzialność prawna lekarza za teleporadę jest tożsama z odpowiedzialnością karno-cywilną i zawodową, jak w przypadku porady w gabinecie.

Nie wiadomo dlaczego wskazano też, że lekarz powinien upewnić się, czy osoba, z którą nawiązuje połączenie, to właściwy pacjent. To upewnienie się w warunkach polskich, personalizacji numerów komórkowych może być realizowane i nakładanie tego obowiązku na lekarza jest dalece nadmiernym wymogiem.

4. Europa – zintegrowany rynek medyczny

Nowy kierunek szybkiego rozwoju to usługi transgraniczne. Umożliwiła je Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁶.

W dyrektywie tej e-zdrowiu poświęcony jest cały art. 14. Główny nacisk kładziony jest w tym obszarze na działania na rzecz wygenerowania trwałych korzyści ekonomicznych i społecznych europejskich systemów i świadczeń e-zdrowia oraz interoperacyjnych zastosowań użytkowych. Celem jest wymiana

⁶ Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 88/45 (4.4.2011).

danych o zdrowiu i wsparcie transgranicznego świadczenia usług pacjentom. Co ważne, w kilku wyrokach Trybunał Sprawiedliwości uznał prawo pacjentów jako ubezpieczonych, do zwrotu, w ramach ustawowego systemu zabezpieczenia społecznego, kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim. Trybunał Sprawiedliwości orzekł, że postanowienia Traktatu dotyczące swobody świadczenia usług obejmują prawo korzystających z opieki zdrowotnej, w tym osób wymagających leczenia, do udania się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam takiej opieki. Powinno to także mieć zastosowanie do korzystających z opieki zdrowotnej zamierzających uzyskać opiekę zdrowotną w innym państwie członkowskim za pośrednictwem innych środków, przykładowo za pośrednictwem usług e-zdrowotnych. Co do zasady państwo członkowskie nie powinno zatem uzależniać ubezpieczenia od pokrycia kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim od uprzedniej zgody, w przypadku, gdy koszty tej opieki – jeżeli udzielono by jej na terytorium tego państwa – zostałyby sfinansowane przez jego system zabezpieczenia społecznego lub krajowy system opieki zdrowotnej.

Kluczowe jest określenie w par. 3 pkt d) „państwo członkowskie leczenia”. Oznacza ono państwo członkowskie, na którego terytorium faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna. W przypadku telemedycyny uważa się, że opieka zdrowotna świadczona jest w tym państwie członkowskim, w którym ma siedzibę świadczeniodawca. Jeśli więc siedzibą podmiotu jest Polska, a realnie opis badania dokonywany jest we Francji – świadczenie jest prawidłowe i finansowane w Polsce.

W dniu 3 października 2013 roku, po etapie konsultacji do polskiego porządku prawnego wprowadzono tylko część z regulacji objętych Dyrektywą, w projekcie Ustawy zmieniającej Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz Ustawę z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne.

Podsumowanie i wnioski

Czas pandemii i przymusowego ograniczenia relacji międzyludzkich przyspieszył, upowszechnił i utrwalił kierunek rozwoju usług medycznych na najbliższych wiele lat – nie tylko świadczeń zdalnych, lecz także całego zestawu usług świata cyfrowego.

W krótkim czasie musiały zostać wprowadzone zmiany organizacyjne, wyznaczone nowe role dla uczestników procesu leczenia oraz wdrożone

rozwiązania pozwalające na bezpieczne prowadzenie relacji pacjent–personel medyczny.

Całkowitej przebudowie poddany został system koordynacji sprawowania opieki i jego elementy, po zakończeniu pandemii, pozostaną. Zmianie uleg muszą zapisy w obszarze działania pogotowia ratunkowego, które już obecnie nie przekazuje pacjenta do najbliższego szpitala. Załoga karetki identyfikuje rodzaj potrzebnej pomocy i wiezie pacjenta do szpitala, gdzie pomoc może być skutecznie udzielona.

Wdrożony na potrzebny selekcji pacjentów zakażonych wirusem system pozostanie już na zawsze, tyle że przybędzie schematów selekcji, i do ich stosowania używane będą komputerowe systemy koordynacji. Każdy uczestnik systemu leczenia, z wykorzystaniem centralnej bazy, będzie pozyskiwał i wprowadzał dane, na bazie których prowadzony będzie proces leczenia. Przez system aranżowane będą kontakty i pozyskiwani będą potrzebni w danym momencie specjaliści, a pacjenci – kierowani na leczenie.

Nowy model to nieuchronne minimalizowanie bezpośredniej styczności uczestników procesu leczenia, pogłębienie specjalizacji w rozpraszającej się strukturze świadczenia usług, umiędzynarodowienie uczestników procesu, dla których miejsce świadczenia usług całkowicie traci znaczenie.

Konieczność stosowania nowego modelu wstępnej diagnostyki, realizowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, skrócenie do minimum pobytu pacjenta w szpitalu i zapewnienie możliwości kontynuacji leczenia zachowawczego pod opieką lekarza rodzinnego, zostały dostrzeżone i pozostaną jako stały element systemu leczenia.

Wstrzymywanie zmian, które miało miejsce w Polsce, okazało się niebezpieczne. Pandemia zobrazowała poziom nieprzygotowania organizacyjnego i technicznego na gwałtowny wzrost liczby pacjentów w systemie, i niewdrożenie narzędzie technologicznych umożliwiających zastosowanie procedur uwalniających zasoby w ochronie zdrowia.

Jednocześnie system „zgubił” wielu pacjentów w procesie leczenia, w tym najcięższych chorób onkologicznych.

Kluczem do rozwoju i sukcesu jest ułatwienie dostępu pacjenta do systemu oraz zmniejszenie kosztów ogółem. Tego trendu rozwoju świadczeń medycznych nie uda się już zatrzymać czy odwrócić.

W codziennym praktycznym funkcjonowaniu przyspieszenie transformacji cyfrowej to rozwój świadczeń zdalnych w codziennej praktyce POZ, ale też konieczność oswojenia pacjenta ze zmianą formuły – odbierający telefon specjalista medyczny jest najczęściej fizycznie w dużej odległości od pacjenta.

Od 1 stycznia 2020 roku został wprowadzony wymóg dostępności teleporad przez co najmniej 2 godziny tygodniowo w ramach praktyki POZ, jednak bez konieczności wykazywania produktu statystycznego.

W marcu 2020 roku wprowadzono do klasyfikacji ICD-9 PL procedury:

- 89.0098 – wizyta z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,
- 89.099 – porada lekarska za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,
- 89.046 – wizyta pielęgniarki/położnej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,
- 94.483 – wizyta terapeutyczna z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.

Efekt pokazuje tabela 1: teleporady utrzymują się na stabilnym poziomie.

Tabela 1. Udział procentowy teleporad w ogóle porad w zakresie POZ i AOS w dotychczasowym okresie stanu epidemii

Rodzaj świadczeń	Miesiąc realizacji	Liczba wszystkich porad	Liczba teleporad	Procentowy udział teleporad w stosunku do wszystkich porad
POZ	3	14 464 713	1 250 306	8,64
	4	9 220 659	2 461 833	26,70
	5	9 244 153	2 421 191	26,19
	6	10 723 135	2 617 234	24,41
	7	11 287 646	2 651 335	23,49
	8	10 909 503	2 566 107	23,52
	9	13 455 640	2 330 012	17,32
	10	14 469 701	3 947 092	27,28
	11	13 172 129	4 559 075	34,61
	12	12 211 499	4 298 487	35,20
AOS	3	4 758 583	638 335	13,41
	4	3 094 703	1 617 694	52,27
	5	4 348 338	1 407 029	32,36
	6	5 627 554	1 031 792	18,33
	7	5 959 784	785 153	13,17
	8	5 170 776	620 059	11,99
	9	6 382 564	757 838	11,87
	10	6 010 425	914 972	15,22
	11	5 200 446	996 359	19,16
	12	5 161 096	843 065	16,33

Źródło: Kurowska (2021).

W obszarze szpitali występuje zdalny monitoring, zamiast przetrzymywania pacjentów na łóżku szpitalnym. Zapewnienie ciągłości opieki po szybkim wyjściu ze szpitala z wykorzystaniem technologii to dzisiaj żądanie pacjentów, a nie postulat naukowy.

Obszary, które wymagają doskonalenia, to niezbędny, prowadzony w sposób ciągły, rozwój kompetencji cyfrowych pracowników ochrony zdrowia, umiejętności technicznej obsługi, a także stosowania procedur zdalnego świadczenia usług. Jak najszybciej dopracowane muszą zostać procedury medyczne współgrające z rozwiązaniami usług cyfrowych – przejrzyste dla pacjenta i bezpieczne dla pracownika ochrony zdrowia.

Bibliografia

- Badanie Urzędu Komunikacji Elektronicznej*. Pobrano z: www.il-pib.pl/en/90-wydarzenia/biece-wydarzenia/1610-bardzo-duzy-wzrost-obciazenia-sieci-telekomunikacyjnych (dostęp: 9.05.2020).
- Cichoradzki, P., *Nauka zdalna w medycynie – odległość nie gra roli*. www.studia.pl>nauka-zdalna-na-medycynie-odleglosc-nie-gra-rol (dostęp: 25.07.2020).
- Czauderna, P., Gałązka-Sobotka, M., Górski, P. i Hryniewicz, T. (2019). *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia*. Dokument podsumowujący, sierpień 2019.
- Ferra, B., Shukla, M. i Korga, C., *The future of virtual health – Deloitte Insights 2020 – Executives see industrywide investments on the horizon*. Pozyskano z: <https://www2.deloitte.com/us/en/insights/industry/health-care/future-of-virtual-health.html> (dostęp: 12.05.2020).
- Global Views on Healthcare in 2018 – IPSOS*. Pozyskano z: www.ipsos.pools (dostęp: 6.05.2020).
- Joseph Wen, H. i Joseph, Tan (2003). *The Evolving Face of TeleMedicine & E-Health: Opening Doors and Closing Gaps in E-Health Services Opportunities & Challenges*. 36th Hawaii International Conference on System Sciences 2003.
- Hall, L. (2001). Unlocking the Power of Your EMPI. *Business and Health*, 19(3), 25–34.
- Hipsz, N. (2018). *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej – Komunikat z badań*, 89/2018, Centrum Badań Opinii Społecznej, lipiec 2018.
- Internet 2019/2020. Raport Strategiczny*. Pozyskano z: www.iab.org.pl>wp-content>uploads>2020/06 (dostęp: 6.09.2020).
- Karkowski, T., *Telemedycyna i eHealth w sektorze opieki zdrowotnej*. ABC – Lex system www.borg.wolterskluwer.pl (dostęp: 11.07.2020).
- Kujawska, J. (2017). Koncepcja pomiaru efektywności operacyjnej szpitala. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 472.
- McCarthy, R. (2001). The Future is Already Here. *Health Management Technology*, 22(4).
- Kurowska, A. (2021). *Jaki odsetek teleporad w AOA, a jaki w POZ. Co z kontrolami NFZ*. Pozyskano z: <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/jaki-odsetek-teleporad-w-aos-a-jaki-w-poz-co-z-kontrolami-nfz> 2021-03-11 14:11 (dostęp: 21.05.2021).

- Narodowy Fundusz Zdrowia (sierpień 2020). *Raport z badania satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w okresie epidemii Covid-19*. Nazarko-Ludwiczak, E., *Telemedycyna – przydatne narzędzie pracy i korzyść wizerunkowa*. ABC. Lex system www.borg.wolterskluwer.pl (dostęp: 11.07.2020).
- Oszukowski, P., Karowicz-Bilińska, A., Nowak-Markwitz, E., Opala, T., Sikora, J., Sadowski, K., Spaczyński, M. i Wielgoś, M. (2014). Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zastosowania kardiologii w położnictwie – 2011–2015. *Ginekologia Polska*, 85, 713–716.
- Polacy niechętni telemedycynie (2020). Pozyskano z: www.arc.com.pl/Polacy-niechetni-telemedycynie-blog-pol (dostęp: 1.10.2020).
- Polski Internet w grudniu 2019. Pozyskano z: www.pbi.org.pl/badanie-gemius-pbi/polski-internet-w-grudniu-2019.
- Piotrowicz, R., Balsam, P., Grabowski, M., Kempa, M., Kołtowski, Ł., Krzesiński, P., Lewicka, E., Piotrowicz, E., Podolec, J. i Opolski, G. (2016). Telemedycyna – zmiany w procesie świadczenia usług kardiologicznych. Możliwości i realia. *Nauka*, 4.
- PWC (2016). *Pacjent w świecie cyfrowym – czyli jak technologie zmieniają rynek usług medycznych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej*. Pozyskano z: www.pwc.pl/pacjent-w-swiecie-cyfrowym-raport-pwc (dostęp: 17.08.2020).
- Rytlewski, K., Kuśmierska-Urban, K., Samborski, R. i Huras, H. (2017). Pośrednia elektrokardiografia płodowa. Co wiemy na jej temat. *Przegląd Lekarski*, 74(12).
- Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw. Ustawa, Uzasadnienie, Opinie – Druk sejmowy 3763/2015.
- SW Research (2020). *Zdalne wizyty lekarskie – Badanie – kwiecień 2020*. Pozyskano z: <https://swresearch.pl/news> (dostęp: 19.07.2020).
- Zvikhachevskaya, A., Markarian, G. i Mihaylova, L. (2009). *Quality of Service consideration for the wireless telemedicine and e-health services*. Conference Paper, May.

Akty prawne

- Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady 585/2014/UE z dnia 15 maja 2014 w sprawie wdrożenia interoperacyjnej usługi eCa na terenie całej UE. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L164/6.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 88/45 (4.4.2011).
- Uchwała nr 89/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lipca 2020 roku.
- Ustawa o działalności leczniczej, Dz.U. z 2020 r., poz. 295.
- Ustawa o izbach aptekarskich, Dz.U. z 2019 r., poz. 1419.
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku, Dz.U. z 2020 r., poz. 849.
- Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia, Dz.U. z 2020 r., poz. 702.
- Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. z 2020 r., poz. 295.
- Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej, Dz.U. z 2020 r., poz. 562.

Przyczynek do wykorzystania perspektywy narracyjnej w zarządzaniu ochroną zdrowia. Analiza opieki nad pacjentką podczas cięcia cesarskiego

Streszczenie

Niniejszy rozdział stanowi propozycję wykorzystania medycyny narracyjnej na potrzeby zarządzania ochroną zdrowia. Medycyna narracyjna umożliwia uzupełnienie praktyki klinicznej opartej na faktach naukowych o dodatkową refleksję i empatię, pozwalającą skuteczniej osiągnąć wyżyny profesjonalizmu.

W rozdziale prezentacja poznawczej perspektywy narracji osadzona jest w czterech konkretnych przykładach opowieści dotyczących sytuacji cięcia cesarskiego. Poruszane są kwestie dotyczące umiejętności pracy w zespole, roli przepływu informacji między członkami zespołu, hierarchizacji stanowisk, przydzielania zadań w zależności od posiadanej wiedzy i umiejętności, wzajemnego kontrolowania i wnikliwej oceny aktualnej sytuacji położniczej, oraz zapewnienia ciągłości opieki.

Analiza oparta na przykładach pozwala dokładnie prześledzić wydarzenia z perspektywy poszczególnych bohaterów, wraz z genezą możliwych niedociągnięć oraz sformułowaniem uniwersalnych wniosków. W efekcie możliwe jest dążenie do osiągnięcia jak najlepszego wykorzystania potencjału całego zespołu medycznego, optymalnego podziału zadań wedle kompetencji oraz podwyższenia jakości i efektywności świadczonej pracy. Wysokie kompetencje interpersonalne pomagają w odpowiedniej współpracy pomiędzy członkami zespołu będącymi przedstawicielami różnych zawodów medycznych.

Słowa kluczowe: cięcie cesarskie, medycyna narracyjna, zarządzanie zespołem medycznym.

JEL: M540, I190

Abstract

This chapter proposes the use of narrative medicine for the purposes of health care management. Narrative medicine enables the supplementation of clinical evidence

* Doktorantka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. ORCID: 0000-0003-2539-3894.

** Katedra Psychologii i Socjologii Zarządzania WZ UW; Warszawska Grupa Historiografii Organizacji afiliowana do Polskiego Oddziału Sieci Zarządzania Humanistycznego (Humanistic Management Network). ORCID: 0000-0001-8343-4071.

based medicine with additional reflection and empathy, which contributes to achieving higher levels of professionalism.

This part of the book presents the narrative perspective, established in four specific examples of stories on the Caesarean section. It addresses issues of teamwork, the role of information flow between team members, the hierarchy of positions, the assignment of tasks based on knowledge and skills, mutual control and an in-depth assessment of the current obstetric situation, as well as the affirmation of the continuity of care.

The analysis based on examples allows us to accurately trace the events from the perspective of individual characters, along with the genesis of possible shortcomings and the formulation of universal conclusions. As a result, efforts can be made to achieve the best use of the potential of the whole medical team, the optimal division of tasks according to competencies and the increase of the quality and efficiency of the provided work. High interpersonal skills assist in appropriate co-operation between team members representing various medical professions.

Keywords: cesarean section, narrative medicine, crew resource management, healthcare

Wprowadzenie

Prezentowany rozdział stanowi wynik współpracy poznawczej dwojga przedstawicieli różnych pokoleń badaczy, reprezentujących różne dyscypliny, lekarza-praktyka, a zarazem doktorantki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (Joanna Kacperczyk-Bartnik) oraz psychologa i historiografa organizacji (Tomasz Ochowski). Elementem łączącym było wspólne zainteresowanie zarządzaniem ochroną zdrowia, praktykowane przez oboje wymienionych. Okazję do współpracy stworzyło seminarium z zakresu zarządzania ludźmi na studiach podyplomowych „Zarządzanie w ochronie zdrowia”, na Wydziale Zarządzania UW, w roku akademickim 2019–2020¹.

Niniejszy rozdział stanowi propozycję wykorzystania medycyny narracyjnej dla potrzeb zarządzania ochroną zdrowia, szczególnie przez refleksyjnych praktyków oddziaływań medycznych. Prezentacja poznawczej perspektywy narracji osadzona jest w konkretnym przykładzie opowieści dotyczących sytuacji cięcia cesarskiego, która, według wiedzy autorów, nie doczekała się dotąd ujęcia narracyjnego. Ten innowacyjny aspekt naszego artykułu jest wyłączną zasługą pierwszej współautorki, co na tym miejscu z dumą podkreśla drugi autor.

¹ Podstawę niniejszego artykułu stanowi zmieniona wersja pracy dyplomowej autorstwa Joanny Kacperczyk-Bartnik, *Opieka nad pacjentką podczas cięcia cesarskiego: analiza organizacji pracy i podziału kompetencji zespołu sali porodowej w świetle story-tellingu*, WZ UW, 2020, napisanej pod kierunkiem Tomasza Ochowskiego.

1. Nurt narracyjny na wybranych obszarach badań obejmujących relacje „człowiek–organizacja”. Przypomnienie podstawowych kwestii

1.1. Narratywizm a konstrukcjonizm w zarządzaniu

Pozwalając sobie na odrobinę metaforyki, którą, jak mam nadzieję, recenzenci niniejszego artykułu potraktują tolerancyjnie, proponujemy, by roboczo uznać, iż nurt narracyjnego badania relacji człowiek–organizacja przypomina trochę sagę. Skandynawską bądź germańską. Nie ma wprawdzie tak długiej historii ani takiej głębi jak one. Jednak podobnie do sagi dotyka surowego, archetypicznego poziomu ludzkich doświadczeń. Również podobnie jak saga czasami bardzo wyraźnie zaznacza swoją obecność w środowiskach badaczy, czasami rwie się i zanika. Dla jednych jest oczywistością, inni zupełnie o niej nie słyszeli lub słyszeli, ale zignorowali. Choć może właśnie tym drugim przydałaby się szczególnie.

Ponieważ niebezpieczeństwo wspomnianego ignorowania dość dotkliwie dotyka od czasu do czasu także starszego ze współautorów niniejszego rozdziału oraz jego współpracowników, to pozwalamy sobie zamieścić prezentowany paragraf, z całą świadomością narażania się na zarzut, iż nadużywamy cierpliwości P.T. Czytelników, przypominając oczywistości. Zarzut ten jednak uznajemy za lepszy od kolejnych nieporozumień².

„O jego (chodzi o podejście narracyjne – uwaga T.O. i J.K.-B.) zastosowaniu w samych badaniach organizacji napisano już całe tomy”, zauważa Barbara Czarniawska (2015, p. 233) i wymienia przykłady prac Davida M. Boje, Yiannisa Gabriela oraz – co jest w pełni uzasadnione – swoje własne.

Podobnie rzecz przedstawia się na terenie psychologii. Dzięki publikacjom przede wszystkim Jerzego Trzebińskiego (2002), Urszuli Tokarskiej (2002; 2014), Marii Straś-Romanowskiej i jej środowiska naukowego (Straś-Romanowska i in., 2010a i b) oraz Elżbiety Dryll i Anny Cierpki (np. 2011) o nurcie narracyjnym sporo dowiedzieć się mogą także polscy czytelnicy prac psychologicznych.

Zresztą rolę zainicjowania omawianego podejścia na terenie nauk społecznych badacze organizacji bez żadnej wątpliwości przyznają psychologom. Zgodnie wskazują na podstawowe znaczenie prac Jeromego Brunera (1991),

² Niedawno redaktorzy podręcznika akademickiego z szeroko rozumianej dziedziny nauk o organizacji odrzucili zamówiony przez nich wcześniej rozdział *Organizacja jako opowieść*, gdy okazał się opisem perspektywy narratywistycznej.

który jako jeden z pierwszych zauważył, że „opowieść jest naturalnym sposobem organizowania doświadczenia, sposobem w jaki postrzegamy świat, a także najbardziej podstawową formą komunikacji” (Kostera, 2005, s. 172).

„Opowieść jest najbardziej naturalnym sposobem przekazywania wiedzy. Taka **»wiedza narracyjna«** przeciwstawiana jest wiedzy **»logiczno-naukowej«**, gdzie owe zdarzenia i działania są klasyfikowane, a potem liczone i porównywane, przede wszystkim w kategoriach wielkości i częstotliwości: wyższe – niższe, większe – mniejsze, rzadkie – częste” (streszczenie myśli Brunera według Czarniawskiej 2015, s. 225, nacisk w oryginale).

Wspomniane przeciwstawienie powoduje, iż skupienie się badaczy na jednym lub drugim rodzaju wiedzy zazwyczaj przynosi nie tylko odmienne decyzje metodologiczne (co można uzasadnić różnym charakterem określonych w ten sposób przedmiotów badań), ale także odmienne postrzeganie zwolenników drugiej opcji, jako aż tak zupełnie „Innych”, że nie ma szans ani potrzeby by zobaczyć ich „twarz”³. Są bowiem radykalnie „nie-rozumiejący” bądź radykalnie „nie-naukowi”.

W obszarze nauk o zarządzaniu sygnalizowana – i oczywiście na potrzeby niniejszego tekstu nieco przerysowana – sytuacja skutkuje dwoma oddzielnymi nurtami badań:

- a) pozytywistycznym czy bardziej precyzyjnie rzecz ujmując, neopozytywistycznym, zwanym również funkcjonalistycznym oraz
- b) symbolicznym należącym do szerszego zbioru przekonań badawczych zwanym konstruktywizmem.

Pierwszy z wymienionych nurtów krytycy nazywają też fundamentalistycznym. Kontynuuje on, przedstawione przez nas na kartach pierwszego rozdziału, „zapatrzanie w nauki ścisłe”, które leżało u genezy wyodrębnienia się między innymi współczesnej psychologii. Jego dość niespodziewanym wyrazem stało się „w naukach zarządzania (...) nieustanne poszukiwanie magicznych formuł sukcesu i lansowanie takich chwytliwych haseł, jak: »continuous improvement«, »reengineering«, »benchmarking«, czy »best practices«” – pisał przed ponad dwudziestu laty Andrzej K. Koźmiński, wyrażnie wymieniając kategorie interesujące także dla psychologa organizacji (Koźmiński, 1996, s. 10). I kontynuował:

³ Nawiązuję tu oczywiście do kategorii filozoficznych zapożyczonych z myśli Emmanuela Levinasa.

„Podejście to, redukujące niepewność przez radykalne uproszczenie rzeczywistości, jest coraz powszechniej akceptowane w naszej nauce, praktyce i w kształceniu menedżerów”.

Końcówka przytoczonego zadania do dziś nic nie straciła na aktualności, a raczej znacznie zyskała. Wspomniane podejście obecnie konstytuuje tak zwany główny nurt nauk o zarządzaniu (zob. np. Zimniewicz, 2014).

Z kolei konstruktywizm (czasami opisywany jako „konstrukcjonizm”) to pogląd, przedstawiony przed laty przede wszystkim na kartach, fundamentalnej dla tego sposobu myślenia, pracy amerykańskiego – niemieckiego tandemu socjologów Petera Ludwiga Bergera i Thomasa Luckmanna (1966) *The Social Construction of Reality* 1966 (wyd. pol. *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, wyd. I 1983, wyd. II 2010). Przywołany pogląd proponuje, by rozumieć społeczeństwo jako część ludzkiego świata, stworzonego i zamieszkałego przez ludzi. Konsekwentnie „percepcja rzeczywistości (jawi się badaczowi jako – uwaga T.O.) oparta na subiektywnych doświadczeniach komunikacyjnych jednostki, która buduje swój koncept rzeczywistości społecznej na podstawie wielokrotnych aktów komunikacji. Interakcje oparte są na istniejącym i wciąż redefiniowanym systemie struktur społecznych, a tym samym są w swej istocie zinstytucjonalizowane” (Maj, 2009).

Z perspektywy nauk o organizacji „ideę konstruktywizmu bardzo trafnie oddał Kleppstó⁴, mówiąc, że nasz świat nie ma żadnego sensu, to my musimy nadać mu sens. Świat jest konstruowany i dekonstruowany społecznie przez używanie symboli, za pomocą których ludzie tworzą sens i znaczenia (Kostera, 1996, s. 43)”.

1.2. Krótka glosa do problemu „idealizm–realizm” poznania narracyjnego

Dość powszechnym uproszczeniem, pojawiającym się wśród badaczy zarządzania, nawet (czy może przede wszystkim) podczas dyskusji przy okazji obron prac doktorskich, jest utożsamianie konstruktywizmu i będącego jego konsekwencją narratywizmu z idealizmem. Trudno zaprzeczyć, iż takie interpretacje omawianej perspektywy poznawczej występują. Ale nie są wcale jedynym, uprawnionym naukowo rozwiązaniem. W Polsce wspomniane wcześniej uproszczenie powinno być obce już osobom mającym na studiach styczność z naukami społecznymi, nie tylko dzięki przekładom przytoczonej wcześniej klasycznej pracy Bergera i Luckmana, ale choćby

⁴ Opinia Steina Kleppstó za prywatną komunikacją tegoż z M. Kosterą, Lund, Szwecja, czerwiec 1993.

dzięki znanemu podręcznikowi Jerzego Szackiego *Historia myśli socjologicznej*. Wydanie z 2004 roku (i następne) tej publikacji zawiera następującą refleksję, naszym zdaniem kluczową nie tylko dla studentów, jeśli chodzi o perspektywę poznawczą niniejszego rozdziału:

„(...) Teza, że rzeczywistość społeczna nie jest dla ludzi czymś danym, lecz jest przez nich *tworzona* nie powinna być brana tak dosłownie, jak zdarza się to krytykom „nowego idealizmu”⁵. Najmocniejsze bodaj argumenty przeciwko takiemu jej odczytaniu można znaleźć w głośnej książce Petera L. Bergera i Thomasa Luckmana *Społeczne tworzenie rzeczywistości (...)*. W książce tej (...) znajdujemy obszerny wykład przekonania, że „tworzenie rzeczywistości społecznej” (a więc także organizacyjnej – uwaga T.O.) nie powinno być rozumiane na sposób woluntarystyczny, a ona sama nie istnieje wyłącznie w sferze wyobrażeń” (Szacki, 2004, s. 879).

Następnie przytacza myśl Davida Walsha (1972, s. 18), która jego zdaniem trafnie streszcza stanowisko poznawcze cytowanego wcześniej Luckmana:

„(...) Durheim nie całkowicie się mylił, dowodząc obiektywności (faktyczności) świata społecznego. Zabrakło mu jednak zrozumienia, że ta faktyczność świata społecznego zależy od tego, jak jest rozumiany przez swoich członków. Jest bowiem nie tak, że obiektywny świat społeczny istnieje gdzieś poza nimi (*out there*), a oni są mu poddani, lecz tak, że oni sami w procesie jego rozumienia (tj. wyjaśniania, definiowania, postrzegania) dokonują eksternalizacji i obiektywizacji swojego świata za pomocą dostępnego sobie środka swego rozumienia. Tym środkiem jest przede wszystkim język naturalny” (cyt. za Szackim 2004, s. 880).

Język, pozwolimy sobie dodać w kontekście problematyki niniejszego rozdziału, stanowi podstawowe „tworzywo” narracji. Ostatnio interesujące idee na ten temat rozwija Charles Taylor, który apeluje o etnograficzne podejście do języka:

„Chodzi mi o językową zdolność zrozumienia tego, że ludzie bardzo się od siebie różnią. Ten sposób posługiwania się językiem nazywam właśnie podejściem etnograficznym. Jest on pewnego rodzaju talentem, oczywiście nie w dosłownym tego słowa znaczeniu. Chodzi o odnajdywanie drogi, odnajdywanie języka, który daje dostęp do języka innych ludzi. W ten sposób zbliżamy się jakoś do tego, w jaki sposób oni rozu-

⁵ Termin używany przez autorów krytykujących, ogólnie rzecz biorąc, te tendencje w socjologii szerzej w naukach społecznych, które nie wywodzą się z pozytywizmu.

mieją swój język. (...) Przede wszystkim musimy zrozumieć, czym jest inne rozumienie rzeczywistości niż nasze własne – bez tego nie zrobimy niczego dobrego (Taylor i in., 2019).

Przyjęcie postulowanej przez nurt narracyjny perspektywy poznawczej niekoniecznie musi więc oznaczać uznanie ontologicznych założeń relatywizmu. Symbole tworzone i wykorzystywane przez uczestników życia organizacyjnego (i oczywiście szerzej, społecznego) można traktować metaforycznie jako „okna”, przez które wspomniani uczestnicy „dotykają” tego życia, przy pomocy różnorodnych prób jego rozumienia (czyli, za cytowanym wcześniej Walshem, postrzegania, wyjaśniania i definiowania). Badacz stara się zaś zrozumieć owo rozumienie, używając do tego celu racjonalnych sposobów, które także, choć w inny sposób, niż ma to miejsce przy poznaniu potocznym, są narracyjne.

Na zjawisko zasygnalizowane przez nas w ostatniej części poprzedniego zdania, już wiele lat temu, zwrócił uwagę Bernard Lonergan (1976), którego analizy ujawniły narracyjny charakter czynności poznawczych podejmowanych przez każdego naukowca, niezależnie od dziedziny wiedzy. Ta cecha wysiłków badacza „skazuje” go na świadomość, iż działa on nie w świecie dziecięcych wyobrażeń, gdzie rzeczywistość da się dotknąć bezpośrednio, ale „w zapośredniczonym przez znaczenie świecie ludzi dorosłych”. „Obiektywne ludzkie poznanie (...) to nie jest tylko widzenie, lecz również doświadczanie, rozumienie, osądzanie i wierzenie”. Zaś skrajny empirysta „myli kryteria poznania świata zapośredniczone przez znaczenie z kryteriami świata bezpośredniości – to, co można poznać jedynie przez uczucia, dotyk i widzenie”. Tymczasem – z perspektywy lonerganowskiego krytycznego realizmu – „obiektywne ludzkie poznanie dokonuje się nie przez samo doświadczanie, lecz przez doświadczanie dopełnione ludzkim rozumieniem i poprawnym sądem” (Kerr, 2011, s. 135).

Świadomie przytoczyliśmy ustalenia zwolenników krytycznego realizmu (zob. także Polkinghorne, 1998; 2008; Polkinghorne i Jałowiecki, 2019), które byłyby zapewne odrzucone przez niejednego przedstawiciela nurtu konstruktywistycznego. Jesteśmy jednak przekonani, iż perspektywa wyznaczona przez konstruktywizm jest na tyle otwarta i z „z natury nieortodoksyjna”, że pozwala na przyjęcie również takich ram epistemologicznych⁶.

Narracyjne podejście do rzeczywistości organizacyjnej (czyli podzbioru rzeczywistości społecznej) jako czegoś, co da się ująć jedynie za pośrednic-

⁶ W kontekście niniejszego rozdziału chodzi o ramy poznania naukowego zidentyfikowane przez analityków tego procesu takich jak cytowany Bernard Lonergan.

twem wysiłków jej zrozumienia podejmowanych przez jej uczestników, nie wyklucza tezy o istnieniu horyzontu prawdy dotyczącej tej rzeczywistości. Dążenie do tego horyzontu, naszym zdaniem, odgrywa sensotwórczą rolę w wysiłkach poznawczych profesjonalnych badaczy zarządzania (tak jak przedstawicieli innych dyscyplin społecznych i humanistycznych).

Jak wskazują choćby międzykulturowe badania nad mistyką (a więc należące do szeroko rozumianych obszarów historii idei i socjologii kultury; zob. Gannon i Traub, 1999) prowadzone z perspektywy relacyjnej: „niezależnie od tego, jaki jest subiektywny odbiór rzeczywistości, w której żyjemy i która nas otacza, (...) sama rzeczywistość nie zmienia się” (Waldenfels, 2011, s. 76).

Oczywiście stwierdzenie to nie stanowi deklaracji, iż rzeczywistość jest niezmienna. Wyraża jedynie przekonanie (które podzielamy również), iż zmiany rzeczywistości (lub ich brak) nie zależą od postrzegania tej rzeczywistości przez podmiot poznający. I idąc dalej tym tropem myślenia, że gdzieś istnieje pewna rzeczywistość obiektywna, która konstruuje ostateczną jedność ludzkości.

Empirycznie jedność ta przejawia się na przykład w fakcie naukowym (oczywiście podlegającym dyskusji), iż można mówić o wspólnym rdzeniu doświadczeń mistycznych, będącym czymś bardziej podstawowym niż różnice między tradycjami religijnymi. **„Wszyscy jednak znajdujemy się w tej samej »łodzi« i na dobre i złe dzielimy ten sam los”** (Wandelfels, 2014, s. 76, nacisk T.O. i J.K.-B.; Ochiniowski, 2017). Konstrukttywizm zaś szczególnie uczy pokory, by z tych założeń nie wyciągać zbyt daleko idących wniosków co do poziomu pewności, a więc i emocjonalnego przywiązywania się do wyników własnych badań.

Podsumowując, konstrukttywizm „koncentruje się na symbolach i leżących u ich podstaw znaczeniach w procesie konstrukcji zjawisk organizacyjnych. W centrum uwagi znajdują się procesy tworzenia i nadawania sensu rzeczywistości. Nośnikami sensu są symbole, nie tylko te specyficzne dla organizacji (poziom mikro/mezo), ale obejmujące swym zasięgiem cały kontekst społeczny (poziom mezo/makro), i to zarówno te całkiem świadome, jak i nieświadome” (Kostera, 1996, s. 77).

W przeciwieństwie do „głównego nurtu zarządzania”, który traktuje polskich naukowców głównie jako „klientów” wzorcowych rozwiązań zachodnich, a szczególnie amerykańskich, badaczki z naszego kraju należą do uznanych kreatorów konstrukcjonizmu dla potrzeb badania organizacji na skalę międzynarodową, a szczególnie jego metodologicznej konsekwencji,

czyli podejścia narracyjnego. Chodzi przede wszystkim o prace Barbary Czarniawskiej i Moniki Kostery.

Warto więc, na koniec niniejszego paragrafu, mającego charakter wprowadzenia do perspektywy narracyjnej, przypomnieć ich głos, z czasów inicjowania narratywizmu w zarządzaniu

„Czym byłoby przedsiębiorstwo, gdyby nagle wszyscy ludzie zdecydowali się nie przyjść do pracy?” – zastanawia się Czarniawska-Joerges (...) i odpowiada – „starym budynkiem fabrycznym”. Straciłoby wówczas swoje znaczenie jako przedsiębiorstwo, przestałoby być organizacją. „Być organizacją” oznacza zatem raczej „dziać się organizacją”, czyli ma sens tylko w kontekście tego, co robią ludzie” (Kostera 1996, s. 43; autorka wykorzystuje pracę Czarniawskiej-Joerges, 1992).

1.3. Medycyna narracyjna

Perspektywa narracyjna coraz śmielej znajduje swoje miejsce także w ochronie zdrowia, czyli obszarze łączącym zagadnienia ściśle medyczne z organizacyjnymi. Na terenie zarówno praktyki medycznej, jak i naukowej refleksji jej dotyczącej, od pewnego już czasu pojawia się termin „medycyna narracyjna” (bądź „narracja choroby”, ang. *illness narrative*). Wprowadzony on został przez Ritę Charon, która rozwija omawiane podejście przynajmniej od przełomu lat 80. i 90. ubiegłego stulecia (zob. np. Charon, 1986; 1993; 2001). Pod pojęciem „medycyna narracyjna” kryje się nie tylko metodologia poznawania poszczególnych aspektów ochrony zdrowia, ale przede wszystkim swoista koncepcja relacji osoby reprezentującej personel medyczny z drugim człowiekiem, zwłaszcza, choć nie tylko, z człowiekiem cierpiącym, uczestniczącym w tej relacji jako pacjent. Istotę perspektywy, zapoczątkowanej przez Charon, stanowi wysiłek, by docenić rolę indywidualnych historii różnych ludzi tak, czy inaczej „zanurzonych” w różnorodne procesy związane ze zdrowiem, by słuchać tych opowieści i samemu je tworzyć oraz konsekwentnie uznać narracje za istotne elementy procesu niesienia pomocy.

„W medycynie narracyjnej – ujmują rzecz lapidarnie Patrycja Zurzycka i Teresa Radzik (2015, s. 429) za Johanną Shapiro (2012) – personel, słuchając opowieści pacjentów, próbuje je rozumieć i interpretować, tak by móc oferować jak najlepszą i odpowiadającą zapotrzebowaniom holistyczną opiekę”.

Problematyka organizacyjna wnosi jeszcze, co konsekwentnie podkreślamy na kartach niniejszego rozdziału, znaczenie opowieści pracowników ochrony zdrowia.

Medycyna narracyjna umożliwia uzupełnienie praktyki klinicznej opartej na faktach naukowych, o dodatkową refleksję i empatię, pozwalające skuteczniej osiągnąć wyżyny profesjonalizmu (Charon, 1993). Zwolennicy medycyny narracyjnej uważają, że wiele wymiarów badań medycznych, nauczania medycyny i praktyki klinicznej jest prześiąkniętych podejściem narracyjnym i można je uczynić bardziej efektywnymi dzięki dalszemu zastosowaniu metodyki narracyjnej. Zainteresowanie medycyną narracyjną w licznych ośrodkach naukowych na całym świecie potwierdza jej zasadność i zastosowanie w zawodach związanych z opieką zdrowotną (Heliker, 1999; Harden, 2000; Hurwitz, 2000).

Warto raz jeszcze podkreślić, iż analiza narracyjna może dotyczyć różnych wymiarów relacji obecnych w medycynie, na przykład relacji lekarz–pacjent, relacji między pracownikami ochrony zdrowia, relacji lekarza ze społeczeństwem, a także lekarza z samym sobą (Charon, 2001). Rozwój medycyny narracyjnej ma między innymi związek z nurtem medycyny zorientowanej na pacjenta, w opozycji do medycyny paternalistycznej, relacji zdominowanej przez personel medyczny (Laine i Davidoff, 1996), a obecnie również – w opozycji do rosnącej liczby procedur i wytycznych, mogących przysłonić realne potrzeby pacjentów. Narracyjne pojmowanie medycyny proponuje między innymi sposób jej nauczania, prowadzenia procesu diagnostycznego, a także rozumienia i stosowania zasad etyki (Jones, 1997; Anderson, 1998;). Już teraz pisanie tekstów narracyjnych włączono do programu nauczania w wielu szkołach medycznych i szpitalach, by wzmocnić refleksję oraz samoświadomość pracowników ochrony zdrowia, a także zrozumienie przez nich perspektywy pacjentów (Charon, 1986; Branchi i in., 1993). Podobnie, niektórzy bioetycy przyjęli perspektywę narracyjną, aby wyjść poza legalistyczne podejście oparte na sztywnych regułach w kierunku zindywidualizowanej praktyki (Thompson, 2009).

W kontekście zarządzania w ochronie zdrowia medycyna narracyjna umożliwia wykorzystanie przykładowych historii w celu dogłębnej analizy poszczególnych elementów psychologicznych i społecznych zaistniałych sytuacji (Ochinowski i Radowska, 2019). Analiza oparta na przykładach pozwala dokładnie prześledzić wydarzenia z perspektywy poszczególnych bohaterów, wraz z genezą ewentualnych niedociągnięć oraz wyciąganiem mniej lub bardziej uniwersalnych wniosków. W efekcie możliwe jest dążenie do osiągnięcia jak najlepszego wykorzystania potencjału całego zespołu

medycznego, optymalnego podziału zadań wedle kompetencji oraz podwyższenia jakości i efektywności świadczonej pracy.

2. „Wielka narracja” dotycząca pracy w bloku porodowym

Zastosowanie perspektywy narracyjnej do tak specyficznej sytuacji, jaką wyznacza cesarskie cięcie, wymaga szczegółowego opisu kontekstu, którym niewątpliwie jest charakterystyka działań medycznych w bloku porodowym. Zgodnie z konwencją językową przyniesioną przez dyskusję epoki postmodernizmu, ale przydatną do porządkowania analiz narracyjnych także poza ściśle postmodernistycznymi ramami, wspomnianą charakterystykę uważamy za wielką narrację stwarzającą konieczny kontekst rekonstrukcji historii osobistych. Dlatego też poświęcamy im dużo miejsca, nawet za cenę zaburzenia proporcji tradycyjnie rozumianego tekstu naukowego. Jest to konieczne, by prezentowane później opowieści dotyczące poszczególnych grup i pojedynczych osób, czyli „mikronarracje” były zrozumiałe kontekstualnie, a nie zawieszone w poznawczej próżni.

2.1. Ogólna charakterystyka pracy w bloku porodowym

Praca w bloku porodowym charakteryzuje się wysokim narażeniem na stres, niską przewidywalnością, dużym zróżnicowaniem intensywności w ciągu kolejnych dni oraz koniecznością pracy w zróżnicowanym zespole (Beck i in., 2015; Sheen i in., 2015; Leinweber i in., 2017). Ponadto wymaga wysokiej czujności i skupienia przez większość czasu trwania zmiany, która wynosi od 7 h 35 min. do 24 h. Przyjmując do szpitala jedną pacjentkę, sprawuje się najczęściej opiekę nad dwiema osobami – matką i nienarodzonym dzieckiem (dziećmi), odpowiadając za ich zdrowie w danym momencie, a także, w przypadku dzieci, za dalsze rokowanie do końca życia. Zmiany w planie postępowania nad pacjentką mogą zachodzić bardzo dynamicznie, wymagając wczesnego reagowania na stwierdzone nieprawidłowości, szybkiego podejmowania decyzji oraz sprawnej i efektywnej komunikacji z całym zespołem. Taki tryb pracy sprzyja hierarchizacji poszczególnych stanowisk, na ogół w zależności od doświadczenia i wykształcenia. Jak każda praca w środowisku medycznym, wiąże się również z obowiązkiem ciągłego samokształcenia w czasie wolnym od pracy, aktualizowania wiedzy i dostosowywania postępowania do nowych wytycznych oraz aktów legislacyjnych.

Przy wszystkich poruszonych powyżej obciążeniach fizycznych i psychicznych osoby pracujące w bloku porodowym powinny wykazywać się wysokim stopniem empatii wobec pacjentek, które znajdują się w wyjątkowej sytuacji życiowej, są na ogół pełne obaw związanych z porodem oraz, ze względu na fizjologicznie występujące zmiany hormonalne, bardziej narażone na przeżywanie wszelkiego rodzaju emocji.

Nie bez znaczenia dla organizacji oraz stopnia zadowolenia z wykonywanej pracy, jest otrzymywane wynagrodzenie, które może odbiegać od stawek ambulatoryjnych w prywatnym sektorze ochrony zdrowia za znacznie spokojniejszą pracę bez konieczności dyżurowania w godzinach nocnych.

Celem niniejszej analizy jest przedstawienie organizacji pracy oraz podziału kompetencji poszczególnych członków zespołu opiekującego się pacjentkami rodzącymi metodą cięcia cesarskiego z perspektywy osób pełniących różne stanowiska w szpitalu położniczym.

2.2. Skład zespołu pracującego w bloku porodowym

2.2.1. Personel medyczny

Lekarze

Personel medyczny pracujący w szpitalu/oddziale położniczym składa się przede wszystkim z zespołu lekarskiego i zespołu położniczego. Wśród lekarzy znajdują się przedstawiciele m.in. trzech specjalizacji – położnictwa i ginekologii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz neonatologii. Są to zarówno lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, jak i osoby, które uzyskały tytuł specjalisty. Znaczną większość zespołu stanowią stali pracownicy danej jednostki. Oprócz nich w danym miejscu pracują również lekarze realizujący staż cząstkowy w ramach szkolenia specjalizacyjnego, lekarze w trakcie szkolenia w ramach stażu podyplomowego oraz lekarze pracujący wyłącznie w trybie dyżurowym. Osoby pracujące w obrębie jednej jednostki ochrony zdrowia mogą pracować na bardzo różnych zasadach – różnych rodzajach umowy (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna), różnych wynegocjowanych stawkach, różnym wymiarze czasowym oraz w różnych godzinach pracy i pełnią różną liczbę dyżurów w ciągu miesiąca.

Położne

Jeszcze liczniejszą od lekarzy grupę stanowią położne. Są obecne na każdym etapie opieki nad pacjentką – od przyjęcia w izbie przyjęć do wypisu ze szpitala. Pełnią obowiązki, bez których nie byłoby możliwe funkcjonowanie

żadnego oddziału. W bloku porodowym przyjmują porody fizjologiczne, ale także pełnią liczne obowiązki administracyjne, organizacyjne i pielęgnacyjne. Dbają o realizację zleceń lekarskich oraz prowadzą nadzór medyczny nad pacjentkami i noworodkami. Położne są także obecne przy znieczuleniach oraz przy zabiegach operacyjnych. Są absolwentkami studiów wyższych na uczelniach medycznych oraz realizują kształcenie podyplomowe podczas zdobywania specjalizacji. Są zrzeszone w Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych. Wykonują samodzielny zawód medyczny.

Inny personel medyczny

Oprócz lekarzy i położnych w szpitalu położniczym pracują m.in. pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, dietetycy i diagnosty laboratoryjni. Każde z pełnionych stanowisk jest niezbędne dla kompleksowej opieki nad ciężarnymi, rodzącymi, położnicami i noworodkami.

2.3. Sytuacje położnicze i pozapołożnicze wymagające rozwiązania ciąży metodą cięcia cesarskiego

2.3.1. Wskazania położnicze

Poród drogami i siłami natury, przy braku przeciwwskazań, stanowi najbardziej fizjologiczny i najlepszy z medycznego punktu widzenia sposób zakończenia ciąży. Noworodek po porodzie siłami natury jest lepiej zaadaptowany do funkcjonowania w nowym środowisku. Regeneracja organizmu matki po porodzie siłami natury zachodzi o wiele szybciej niż po cięciu cesarskim, dzięki czemu możliwe jest szybsze przywrócenie sprawności i samodzielna opieka nad dzieckiem. Ból po porodzie jest znacznie mniejszy. Procesy zmierzające do rozwinięcia laktacji zachodzą sprawniej. Poród siłami natury wiąże się także z mniejszym ryzykiem powikłań podczas kolejnych ciąż i porodów, które są obecne w przypadku posiadania blizny po wcześniejszym cięciu cesarskim (np. implantacja zarodka w bliźnię, nieprawidłowa lokalizacja łożyska, rozejście się blizny w zaawansowanej ciąży, zrosty stanowiące dodatkową barierę podczas kolejnego cięcia cesarskiego).

Nie zawsze jednak poród siłami natury jest najlepszym rozwiązaniem i w przypadku obecności wskazań do cięcia cesarskiego konieczne jest rozwiązanie ciąży przez poród operacyjny (Wielgoś i in., 2018). Dzieje się tak np. przy nieprawidłowym zapisie tętna płodu, które świadczy o ryzyku wystąpienia zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej i niedotlenienia okołoporodowego. Wówczas konieczne jest jak naj-

szybsze zakończenie ciąży, możliwe poprzez poród zabiegowy lub cięcie cesarskie.

Kolejnym ze wskazań położniczych do cięcia cesarskiego jest nieprawidłowe położenie płodu. W przypadku położenia niegłówkowego nie jest możliwy wystarczająco bezpieczny poród drogami natury. Położenie poprzeczne bezwzględnie wymaga zakończenia ciąży poprzez cięcie cesarskie. Poród drogami natury przy położeniu miednicowym także wiąże się ze zwiększonym ryzykiem dla matki i dziecka, jednak jest możliwy. Ze względu na to, że jest wskazaniem do cięcia cesarskiego u kobiet rodzących po raz pierwszy, najczęściej pacjentki z dziećmi w położeniu miednicowym mają wykonywane cięcie cesarskie.

Nieprawidłowe wstawianie się główki płodu w kanale rodnym oraz przedłużający się czas trwania porodu stanowią kolejne wskazania do cięcia cesarskiego, które stwierdza się w trakcie próby porodu drogami natury.

Zagrażająca infekcja wewnątrzmaciczna, dysproporcja płodowo-miednicowa, podejrzenie dużej masy płodu w badaniu ultrasonograficznym, stan po dwóch i więcej cięciach cesarskich, rozejście blizny po poprzednim cięciu cesarskim to kolejne przykłady wskazań położniczych do cięcia cesarskiego. Wraz z rozwojem medycyny możliwe jest wczesne wykrycie coraz większej liczby nieprawidłowości, a także coraz więcej wskazań do cięcia cesarskiego.

2.3.2. Wskazania pozapołożnicze

Oprócz wskazań typowo położniczych cięcia cesarskie wykonywane są w przypadku pozapołożniczych przeciwwskazań do porodu siłami natury. Należą do nich m.in. wskazania okulistyczne, ortopedyczne, neurologiczne, kardiologiczne, a nawet psychiatryczne. W każdej sytuacji, gdy czynne parcie może stanowić zagrożenie dla stanu zdrowia matki i operacja brzuszna wiąże się z mniejszym ryzykiem, może być wskazane zakończenie ciąży metodą cięcia cesarskiego.

2.3.3. Profil pacjentek wymagających wykonania cięcia cesarskiego

Każda pacjentka i każde cięcie cesarskie jest inne. Z tego powodu konieczna jest indywidualizacja opieki położniczej w zależności od danej sytuacji klinicznej. Jedną z podstawowych cech w momencie porodu jest stopień jego zaawansowania oraz to, czy ciąża jest donoszona (ukończone pełne 37 tygodni ciąży), czy też trwała krócej i mamy do czynienia z porodem przedwczesnym.

Następną ważną kwestią przy wykonywaniu cięcia cesarskiego jest to, czy jest ono wykonywane śródporodowo, zwłaszcza podczas drugiego okresu

porodu, czy też wykonywane bez rozwiniętej czynności skurczowej i bez zaawansowania porodu (Kominiarek i in., 2015). Cięcie cesarskie wykonywane w drugim okresie porodu wiąże się z niższym umiejscowieniem płodu w kanale rodym, a przez to możliwym trudniejszym wydobyciem i zwiększonym ryzykiem pęknięcia macicy.

Kolejną podstawową kwestią jest liczba płodów. W przypadku ciąży bliźniaczej ważne jest wydobycie obojga dzieci w krótkim odstępie czasu, przy czym położenie drugiego dziecka może się zmienić podczas wydobywania pierwszego i być zupełnie inne niż opisane w badaniu ultrasonograficznym przed porodem (Blickstein, 2000). Z tego powodu położnik wykonujący cięcie cesarskie pacjentki w ciąży mnogiej powinien mieć pewne doświadczenie w wykonywaniu cięć cesarskich, a nie być na początku krzywej uczenia się.

Pacjentki, które miały w przeszłości wykonywane cięcie cesarskie lub inne operacje brzuszne, mogą mieć zrosty w jamie brzusznej i z tego powodu ich operacje mogą być trudniejsze (Nisenblat i in., 2006). Stan po dwóch cięciach cesarskich stanowi wskazanie do porodu operacyjnego. Z tego powodu zarówno pierwsze, jak i drugie cięcie cesarskie powinno być wykonywane wyłącznie z powodu wskazań medycznych. Tak zwane cięcia cesarskie na życzenie zwiększają ryzyko powikłań matczyńskich i noworodkowych zarówno przy obecnym, jak i przy następnych porodach.

Kolejnym aspektem ważnym ze względu na stopień trudności cięcia cesarskiego, jest lokalizacja łożyska (Nielsen i in., 1989). W przypadku nisko osadzonego łożyska, które zachodzi na przednią ścianę macicy, stanowi ono przeszkodę podczas operacji i konieczne jest wydobycie dziecka przez łożysko. Dochodzi wówczas do przecięcia łożyska jednocześnie z przecięciem mięśnia macicy. Ze względu na bogate unaczynienie łożyska oraz funkcje, które pełni (dostarczanie m.in. tlenu od matki do dziecka), konieczne jest szybkie wydobycie i odpęgnięcie. Z tego powodu ważny jest odpowiedni wybór operatora, a także szczegółowa ocena lokalizacji łożyska podczas badania ultrasonograficznego poprzedzającego cięcie cesarskie. Dodatkowym ryzykiem obciążone są przypadki, w których podejrzewane jest łożysko wrastające/przerastające mięsień macicy. Podczas cięcia cesarskiego u takich pacjentek należy być przygotowanym na okoliczność wystąpienia krwotoku okołoporodowego oraz konieczność usunięcia macicy.

Następną grupą pacjentek, które stanowią wyzwanie dla położnika podczas cięcia cesarskiego, są pacjentki otyłe (Perlow i Morgan, 1994). Ze względu na coraz większy odsetek otyłości wśród społeczeństwa, a także ryzyko przybrania na masie podczas ciąży pacjentki otyłe są przyjmowane do porodu coraz częściej. Coraz częściej mamy także do czynienia z tzw. oty-

łością olbrzymią. W przypadku skrajnie otyłych pacjentek każdy element opieki wiąże się z dodatkowymi aspektami wymagającymi odpowiedniej interwencji – od bezpiecznego ułożenia pacjentki na stole operacyjnym, poprzez technikę cięcia cesarskiego i następnie zszywania powłok, na pielęgnowaniu rany kończąc.

Bez wątpienia, ważny jest także podział pacjentek na podstawie warunków „logistycznych”. Znaczna większość pacjentek jest przyjmowana do szpitala w sposób planowy lub na początku rozwinięcia czynności skurczowej. Jest wówczas wystarczająco dużo czasu na odpowiednie i bezpieczne przygotowanie pacjentki do operacji. Znamy wynik badania grupy krwi, który jest obligatoryjnie wykonywany w ciąży i niezbędny w przypadku leczenia zaawansowanej niedokrwistości poporodowej lub krwotoku okołoporodowego. Można wykonać inne badania w celu monitorowania parametrów niezbędnych do bezpiecznego znieczulenia i przeprowadzenia operacji. Możliwe jest wykonanie badania ultrasonograficznego w celu szczegółowej oceny położenia oraz szacowanej masy płodu i lokalizacji łożyska. Jest również zebrany szczegółowy wywiad na temat stanu zdrowia pacjentki, wszelkich obciążeń medycznych, przebiegu poprzednich ciąż i porodów. Sytuacja wygląda zupełnie inaczej w przypadku pilnego przyjmowania pacjentki z nieprawidłowym zapisem tętna płodu w izbie przyjęć lub pacjentek przyjmowanych ze względu na krwawienie, wypadnięcie pępowiny i z innych przyczyn wymagających wykonania natychmiastowego cięcia cesarskiego. Nie ma wówczas czasu na dokładne zebranie wywiadu, pacjentki mogą nie mieć przy sobie żadnej dokumentacji medycznej, może nie być znana grupa krwi ani wyniki badań w kierunku zakażeń wirusowych, które są istotne zarówno ze względu na bezpieczeństwo personelu medycznego, jak i dla monitorowania stanu zdrowia oraz profilaktyki zakażeń u noworodka.

2.3.4. Podział cięć cesarskich ze względu na stopień pilności

Cięcie cesarskie, które należy wykonać natychmiast, różni się od planowego cięcia cesarskiego. Jest wykonywane w celu ratowania życia, np. przy nieprawidłowym zapisie tętna płodu, przedwczesnym oddzieleniu się łożyska, rozległym krwawieniu, wypadnięciu pępowiny, napadzie rzucawki (Hillemanns i in., 2005). Jednym z najważniejszych składowych wpływających na rokowanie dla matki i noworodka jest czas pomiędzy wystąpieniem wskazań do natychmiastowego cięcia cesarskiego a wydobyciem dziecka (dzieci) (Kotarski i Bobiński, 2014). W celu maksymalnego skrócenia tego czasu organizacja i przebieg operacji różnią się od sytuacji planowych. Kluczowe jest szybkie poinformowanie wszystkich członków zespołu o orga-

nizowanym cięciu cesarskim oraz o stopniu jego pilności, rezygnacja z wszelkich czynności, które nie są absolutnie niezbędne oraz pomoc pozostałych pracowników w czynnościach, które może wykonać osoba spoza głównego zespołu zaangażowanego w wykonanie cięcia cesarskiego (np. cewnikowanie pęcherza moczowego pacjentki, powiadomienie zespołu neonatologicznego, rozpakowanie elementów zestawu, sprawne umycie powierzchni brzucha pacjentki). Kolejną ważną kwestią jest wybór takiej metody znieczulenia, która zadziała jak najszybciej. Często natychmiastowe cięcie cesarskie jest wykonywane w znieczuleniu ogólnym, a nie tak jak większość porodów operacyjnych, w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Ze względu na zastosowanie sterylizacji skróconej konieczne jest włączenie szerokospektralnej antybiotykoterapii okołoperacyjnej.

2.4. Szczegółowe elementy opieki nad pacjentką i noworodkiem

Podczas przygotowania pacjentki do planowego cięcia cesarskiego ważne są poszczególne elementy, ich kolejność, podział obowiązków oraz przepływ informacji w zespole, jak również czas wykonania czynności. W przypadku sprawniejszego przygotowania możliwe jest wcześniejsze rozpoczęcie planu operacyjnego i wykonanie większej liczby cięć cesarskich w ciągu dnia.

Pierwszym z elementów jest weryfikacja wskazań do cięcia cesarskiego (Wielgoś i in., 2018). W przypadku wskazań pozapołożniczych konieczne jest ich stwierdzenie przez lekarza specjalistę w danej dziedzinie. Weryfikacja wskazań położniczych jest wykonywana przez specjalistę położnictwa i ginekologii w izbie przyjęć oraz w bloku porodowym.

Po zapoznaniu się z dokumentacją oraz zleceniu wykonania badań lekarz powinien przekazać informacje położnym o zleceniu pobrania krwi, założenia wkłucia obwodowego oraz nawodnienia dożylnego. Zaburzenie dotychczasowej kolejności lub brak przekazania informacji o wykonanych zleceniach przyczyniają się w najlepszym wypadku do wydłużenia czasu przygotowania pacjentek. W gorszych przypadkach mogą doprowadzić do konfliktu między poszczególnymi członkami zespołu, niepotrzebnych spięć i pretensji, oskarżeń o niewłaściwe wywiązywanie się ze swoich obowiązków, niechęci do dalszej współpracy itd.

Zebranie dokładnego wywiadu, wykonanie badania ultrasonograficznego oraz staranne wypełnienie dokumentacji medycznej stanowią następne elementy przygotowania pacjentki do cięcia cesarskiego. Po wykonanym w ten sposób badaniu w bloku porodowym istotne informacje nt. pacjentki powinny zostać przekazane lekarzowi nadzorującemu w danym dniu przebieg

pracy w oddziale. Informacje zebrane w jednym miejscu w historii choroby powinny być łatwo i szybko dostępne dla lekarza, który nie miał wcześniej styczności z pacjentką. Dzięki temu zapewniona jest ciągłość opieki przez lekarzy dyżurnych, dostęp do informacji dla operatora, asysty, położnych, anestezjologa, neonatologa, lekarzy oraz położnych w sali pooperacyjnej i w oddziale położowym oraz dla każdej innej osoby zaangażowanej w opiekę nad pacjentką i noworodkiem.

Po odpowiednim przygotowaniu pacjentki, przy gotowości zespołu operacyjnego oraz gotowości bloku operacyjnego pacjentka może zostać przekazana do sali cięciowej. W tym celu konieczne jest wezwanie pełnego zespołu – lekarzy trzech specjalności, instrumentariuszek, anestetyczki.

W sali operacyjnej pacjentka jest znieczulana, następnie ma cewnikowany pęcherz moczowy i dezynfekowaną skórę brzucha. Jednocześnie trwają przygotowania zespołu medycznego. Neonatolog zapoznaje się z historią choroby oraz pyta o zgodę pacjentki na opiekę nad noworodkiem. Instrumentariuszka i operatorzy myją i ubierają się do operacji. Rozkłada się cały potrzebny sprzęt oraz sterylne obłożenie. Po zakończeniu czynności przygotowawczych można przystąpić do operacji.

3. „Mirkonarracje” dotyczące sytuacji cesarskiego cięcia.

Przykład wykorzystania perspektywy medycyny narracyjnej do analizy problemów organizacyjnych dotyczących sytuacji krytycznych w oddziale położniczym

3.1. Wprowadzenie do mikronarracji

Dotąd na łamach niniejszego rozdziału zajmowaliśmy się prezentacją narracyjności jako „oferty poznawczej” dla ochrony zdrowia na poziomie ogólnym, stopniowo zawężając problematykę do kwestii oddziału położniczego, a dokładnie bloku porodowego i sytuacji cesarskiego cięcia. Te szczegółowe zagadnienia zajęły najwięcej miejsca. Były to jednak cały czas „wielkie narracje”, oparte na uogólnieniach literaturowych.

Teraz proponujemy PT. Czytelnikom konkretny przykład wykorzystania wspomnianej perspektywy przez refleksyjnego praktyka oddziaływań medycznych. Chodzi o poznawcze „zejście” na poziom mikronarracji dotyczących poszczególnych grup i pojedynczych osób. Przypadek ten pochodzi z doświadczenia współautorki niniejszego tekstu Joanny Kacperczyk-Bartnik. Jak już wspominaliśmy, łączy ona pracę lekarza i pracę uniwersytecką. Na

łamach prezentowanego rozdziału występuje w obydwu rolach. Poprzednie części tekstu współtworzyła przede wszystkim jako członkini społeczności akademickiej. Część następna, a szczególnie fragment prezentowany na tym miejscu, jest w znacznym stopniu relacją z jej doświadczenia zawodowego, poddanego refleksji o charakterze narracyjnym. Chodzi więc, co warto raz jeszcze podkreślić, o zastosowanie perspektywy narracyjnej przez refleksyjnego praktyka, bez odwoływania się do szczegółowych technik analizy narracji, których wykorzystanie zostawiamy na przyszłość. W obecnym kształcie prezentujemy PT. Czytelnikom przykład mający poznawczy status przyczynku. Mamy nadzieję, iż ośmieli on praktyków ochrony zdrowia do sięgnięcia po medycynę narracyjną, a badaczy do pogłębienia sygnalizowanej przez nas problematyki.

W dostępnej nam literaturze przedmiotu nie spotkaliśmy dotąd zastosowania perspektywy narracyjnej przy analizie sytuacji cesarskiego cięcia.

Nasz przykład nawiązuje też do tej części medycyny narracyjnej, która przekracza, wspominaną na początku niniejszego rozdziału „narrację choroby”. Starszy ze współautorów rozdziału, Tomasz Ochowski, miał jeszcze zaszczyt nieco współpracować w przestrzeni działań społecznych z profesorem Włodzimierzem Fijałkowskim, współtworzącym przed laty nowoczesne, a zarazem humanistyczne rozwiązania dla polskiego położnictwa. Wspomniany lekarz zwykł podkreślać, iż ciąża nie jest stanem chorobowym, co uważał za ważne wyzwanie dla mentalności potocznej zarówno, twórców jak i odbiorców ochrony zdrowia.

Prezentowany przez nas przyczynek, obejmując zagadnienia pracy w oddziale położniczym, przekracza więc „narrację choroby”, jednocześnie jednak pozostając na jej granicy poprzez analizę zjawiska cesarskiego cięcia, które często, choć nie zawsze, realizowane jest wobec zagrożeń zdrowia czy nawet życia płodu lub matki.

Przedstawione dalej historie są, ze zrozumiałych względów, zanonimizowane i pozbawione jakakolwiek danych pozwalających na identyfikację, choćby tylko organizacyjną. W uzasadnianych przypadkach służymy danymi szczegółowymi z zachowaniem ochrony danych osobowych i godności bohaterów.

3.2. Historia pierwsza: „Rola komunikacji w zespole bloku porodowego”

Rozpoczął się typowy dzień powszedni w bloku porodowym. Do oddziału zostały przyjęte pacjentki do planowych cięć cesarskich. Młodszy lekarz sali porodowej rozpoczął przyjmowanie i opisywanie pacjentek. Po zakończeniu

opisywania dwóch z trzech przyjętych pacjentek został wezwany do pilnego cięcia cesarskiego u pacjentki rodzącej. Szybko wybiegł z sali i udał się na cięcie cesarskie. W tym czasie położne przyjmowały nową pacjentkę, były obecne w czasie obchodu oraz przy innym porodzie siłami natury. Nikt nie przekazał informacji o gotowych zleceniach dla pacjentek przyjętych na planowe cięcia cesarskie ani też nie skontrolował, czy zlecenia są już wpisane.

Po godzinie zakończyło się pilne cięcie cesarskie. Lekarz wraca do wykonywania obowiązków w oddziale. W tym samym czasie lekarz nadzorujący pracę sprawdza, na jakim etapie są aktualnie przygotowania pacjentek przyjętych do planowych cięć cesarskich. Ze względu na brak wyników aktualnych badań oraz brak nawodnienia dożylnego żadna z pacjentek nie jest gotowa. Sala operacyjna stoi pusta. Zespół anestezyjologiczny oraz bloku operacyjnego oczekuje w gotowości. Ze względu na konieczność wykonania nieplanowego cięcia cesarskiego oraz na nieefektywną komunikację w zespole, planowe cięcia cesarskie rozpoczęto o godzinie 10:30. Jedna z przyjętych pacjentek nie miała wykonanego planowego cięcia cesarskiego w ciągu dnia – będzie je miała wykonane następnego dnia rano. Dochodzi do spięć pomiędzy położnymi i lekarzami, w obrębie zespołu lekarskiego, a także między pacjentką domagającą się wykonania cięcia cesarskiego a lekarzami dyżurnymi.

Sytuacji tej można było uniknąć na kilka sposobów – 1) przekazując informacje o wykonanych zleceniach bezpośrednio po ich zleceniu u pierwszej pacjentki, przed rozpoczęciem opisywania drugiej pacjentki; 2) przekazując informacje na temat zleconych badań położnej, która pojechała na blok operacyjny w celu wykonania odpowiednich czynności przygotowawczych u pacjentki mającej pilne śródporodowe cięcie cesarskie; 3) sprawdzając, czy wypełniono dokumentację pacjentek oraz zlecono pobranie badań lub podłączenie nawodnienia.

Umiejętność pracy w zespole, przepływ informacji między członkami zespołu oraz chęć współpracy zwiększają efektywność działalności całego oddziału. Wysokie kompetencje interpersonalne pomagają w odpowiedniej współpracy pomiędzy członkami zespołu będącymi przedstawicielami różnych zawodów medycznych (Watkins i in., 2017; Wang i in., 2018; Abd Hamid i Rasid, 2019).

3.2.1. Natychmiastowe i pilne cięcie cesarskie

W przypadku natychmiastowego cięcia cesarskiego wiele elementów wykonywanych w trakcie przygotowania do planowego cięcia cesarskiego jest pomijanych. Są np. wykonywane w sterylizacji skróconej i znieczuleniu ogólnym. Nie oczekuje się również na wyniki badań laboratoryjnych (zleco-

nych na cito). Konieczna jest jednak obecność kompletnego zespołu. Czas od wjazdu na salę do wydobywania dziecka może trwać minutę lub krócej. W przypadku braku powiadomienia neonatologów na sali nie ma części zespołu, odpowiadającej za dalszą opiekę nad noworodkiem. Przy wydobywaniu zdrowego noworodka w dobrym stanie ogólnym oczekiwanie kilka minut na zespół neonatologiczny nie ma znaczenia dla dalszego rokowania. Jednak w przypadku konieczności podjęcia czynności resuscytacyjnych w pierwszej kolejności podejmą się ich osoby niezajmujące się na co dzień resuscytacją noworodków, co stanowi zwiększone ryzyko dla zdrowia dziecka. Z pozoru prosta rzecz – wciśnięcie guzika i wezwanie części zespołu – przy braku wykonania w odpowiednim momencie może stanowić zagrożenie dla dziecka. Z tego powodu ważne jest nie tylko dbanie o własne, przydzielone obowiązki, ale także kontrola nad czynnościami wykonywanymi przez innych członków zespołu (Roemer i Heger-Römermann, 1993; Hillemanns i in., 1996).

3.3. Historia druga: „Elastyczność procedur i podziału zadań”

U pacjentki rodzącej stwierdzono obniżenie wartości tętna płodu i ryzyko niedotlenienia okołoporodowego. Zdecydowano o wykonaniu natychmiastowego cięcia cesarskiego. Zespół bloku porodowego błyskawicznie przetransportował pacjentkę do sali operacyjnej i przystąpił do dalszych czynności. Położne poinformowały o zaistniałej sytuacji zespół anestezjologiczny oraz instrumentariuszki. W odpowiednim momencie wezwano również zespół neonatologiczny. Na sali zebrał się tłum skupionych lekarzy i położnych, szybko przystąpiono do operacji. Po wydobywaniu krzyczącego dziecka wszyscy odetchnęli z ulgą. Dziecko urodziło się w stanie ogólnym dobrym i zostało ocenione na 10 pkt Apgar. Gdyby jednak było inaczej i noworodek wymagałby zaawansowanego leczenia, a osoba spiesząca do wykonania cięcia cesarskiego ze wskazań życiowych ani nikt inny nie wezwałby neonatologów, mogłoby dojść do poważnych konsekwencji dla zdrowia. Z tego powodu obowiązujące procedury powinny uwzględniać zapewnienie kompletności zespołu położniczego, anestezjologicznego i neonatologicznego.

3.4. Historia trzecia: „Kontrola wskazań do wykonania danego zadania przed jego wykonaniem: wybór metody znieczulenia”.

Kolejna opowieść przedstawia dynamikę postępującego porodu, wskazując na możliwość szybkiej zmiany stanu matki i dziecka (dzieci) oraz obrazuje znaczenie weryfikacji wskazań do natychmiastowego/pilnego

cięcia cesarskiego tuż przed jego rozpoczęciem. W opisywanej sytuacji pacjentkę zakwalifikowano do cięcia cesarskiego z powodu nieprawidłowego zapisu KTG i zwolnienia tętna płodu w trakcie porodu siłami natury. Pacjentkę szybko przetransportowano do sali operacyjnej, wezwano pełen zespół, zacewnikowano pęcherz moczowy pacjentki oraz przygotowano się do operacji, stosując sterylizację skróconą. Podczas kontrolnego słuchania tętna płodu w sali operacyjnej stwierdzono wyrównanie tętna płodu do wartości prawidłowych.

Dzięki zaistniałej sytuacji możliwe było zastosowanie bardziej korzystnego dla matki i dziecka znieczulenia podpajęczynówkowego, którego zastosowanie może wymagać więcej czasu niż znieczulenie ogólne (Mercier i in., 1996).

3.4.1. Opieka nad pacjentką w trakcie trwania cięcia cesarskiego

W większości przypadków pacjentki mają wykonywane cięcie cesarskie w trybie planowym lub przyspieszonym, lecz niewymagającym znieczulenia ogólnego ani sterylizacji skróconej. Są w pełni przytomne i świadome sytuacji panującej w sali operacyjnej. W trakcie cięcia cesarskiego obecny jest zespół odpowiedzialny za przebieg znieczulenia (lekarz anestezjolog i położna lub pielęgniarska anestetyczna), zespół odpowiedzialny za przebieg operacji (dwóch lekarzy ginekologów wykonujących cięcie cesarskie, trzeci lekarz ginekolog nadzorujący operację, dwie instrumetariuszki) oraz zespół odpowiedzialny za opiekę nad noworodkiem (lekarz neonatolog oraz położne lub pielęgniarki neonatologiczne). Oprócz tego, podczas cięcia cesarskiego mogą być obecni lekarze stażyści i studenci uczący się od każdego z wymienionych wcześniej zespołów.

Ze względu na to, że grupa lekarzy pracujących w bloku porodowym jest bardzo zróżnicowana pod wieloma względami, znajdują się w niej osoby o różnym doświadczeniu i różnych umiejętnościach. Część zespołu lekarskiego stanowią lekarze uczący się zawodu w ramach specjalizacji z położnictwa i ginekologii. Celem programu specjalizacyjnego jest przygotowanie specjalistów, którzy potrafią zająć się pacjentkami w większości możliwych sytuacji położniczych. Aby osiągnąć ten cel, powinni zdobywać doświadczenie pod czujnym okiem specjalistów. Nie zawsze jednak w ciągu dnia pracy w bloku porodowym priorytetem jest rozwój szkolącej się kadry lekarskiej. Niekiedy dokonuje się wyboru między szybciej wykonanym cięciem cesarskim przez doświadczonego operatora a dłużej trwającą operacją w wykonaniu młodszego lekarza.

3.5. Historia czwarta: „Rozwój członków zespołu”

Jednego dnia przyjęto do bloku porodowego trzy pacjentki skierowane w celu wykonania planowych cięć cesarskich. Każda z pacjentek miała inne wskazanie do cięcia cesarskiego. Miały jednak pewną wspólną cechę – każda z nich miała już jedno cięcie cesarskie w przeszłości.

Lekarz koordynujący tego dnia pracę bloku porodowego zdecydował o wyznaczeniu specjalistów do wykonania operacji. Wszystkie trzy cięcia cesarskie wykonano jako operacje planowe; nie wymagały pośpiechu ze strony zespołu ani nie charakteryzowały się dodatkowymi cechami zwiększającymi stopień trudności zabiegu. Lekarze w trakcie specjalizacji wzięli udział w planowych cięciach cesarskich wykonywanych w ciągu dnia przy pełnym zespole lekarskim w roli asysty.

Plusem zaistniałej sytuacji była bardziej sprawna praca w sali cięciowej. Z kolei minusem była utrata możliwości szkolenia pomimo zaistniałych optymalnych warunków. Ze względu na rosnący odsetek wykonywanych cięć cesarskich, a w efekcie coraz większą liczbę pacjentek ze wskazaniami do cięcia cesarskiego oraz jednocześnie historią co najmniej jednego porodu operacyjnego w przeszłości, jest to obecnie jedna z częściej występujących sytuacji położniczych, wymagająca umiejętności wykonania cięcia cesarskiego u takiej pacjentki przez każdą osobę, która uzyskała tytuł specjalisty (Mandel i in., 2000).

4. Wnioski wynikające z analizy przytoczonych historii

4.1. Podział kompetencji

Podział kompetencji w zespole położniczo-neonatologicznym wymaga przejrzystości i dbałości o szczegóły. Jednocześnie konieczna jest pewna doza elastyczności i wzajemnego uzupełniania wykonywanych zadań w obliczu nieprzewidzianych okoliczności. W przypadku, gdy ważnym czynnikiem jest jak najbardziej skrócony czas działań, zadania niewymagające specjalistycznych umiejętności powinny być wykonane przez osoby, które znajdują się w danym momencie najbliżej i mogą je wykonać najszybciej. To przenikanie zadań i uzupełnianie brakujących elementów procedur nie może prowadzić do wkraczania w obszar cudzych kompetencji w przypadku zadań, których wykonanie przez niewystarczająco doświadczoną osobę lub osobę bez odpowiednich kwalifikacji, może doprowadzić do zagrożenia

dla pacjentów lub zbędnego zamieszania organizacyjnego czy nieścisłości informacyjnej.

Ze względu na dużą odpowiedzialność za zdrowie i życie kobiety i jej dziecka (dzieci) poziom kompetencji uzyskanych i wymaganych do pracy w bloku porodowym skutkuje hierarchizacją stanowisk oraz przydzielaniem zadań w zależności od posiadanej wiedzy i umiejętności.

4.2. Medyczne uzasadnienie obranego postępowania

Pomimo pilności wykonywanych procedur oraz dbałości o czas ich wykonania, należy mieć również na uwadze jakość oraz wskazania medyczne. W pracy zespołowej konieczne jest wzajemne kontrolowanie i uzupełnianie w nadzorowaniu aktualnej sytuacji położniczej, która może być bardzo zmienna w czasie i drastycznie zmieniać rodzaj wymaganego postępowania.

4.3. Skuteczna komunikacja

Skuteczna komunikacja odgrywa kluczową rolę zarówno w podziale wykonywanych zadań, jak i w przekazywaniu informacji na temat obecnych wskazań medycznych przed wykonaniem odpowiednich w danej sytuacji procedur. Przepływ informacji w bloku porodowym powinien być wielokierunkowy, klarowny i sprawny, a sytuacje wymagające szybkiej reakcji powinny mieć określone krótkie i głośnie komunikaty, np. głośnie wypowiedzenie słowa „Jodyna!” w przypadku organizowania natychmiastowego cięcia cesarskiego ze wskazań życiowych.

4.4. Zapewnienie ciągłości opieki

Zapewnienie ciągłości opieki wymaga organizacji zasobów ludzkich w taki sposób, aby osoby o wszystkich wymaganych kompetencjach były obecne przez cały czas funkcjonowania oddziału (24h na dobę, 7 dni w tygodniu). Drugą równie ważną kwestią jest szkolenie przyszłej kadry medycznej, m.in. przez prowadzenie kształcenia studentów, lekarzy stażystów, lekarzy w trakcie specjalizacji. Jednym z celów działania jednostek prowadzących szkolenia jest zapewnienie ciągłości opieki w kolejnych latach trwania ich działalności.

Podsumowanie

Dzięki perspektywie narracyjnej możliwe jest pogłębienie analizy sytuacji występujących – by ograniczyć się do naszego przypadku – w oddziale położniczym na podstawie osobistych doświadczeń personelu i pacjentek. Każda osoba ocenia daną sytuację ze swojej perspektywy i oceny te mogą się różnić między sobą. Dogłębna analiza historii *post factum* może pomóc wskazać na niedociągnięcia organizacyjne nie zawsze dostrzegane przez osoby zaangażowane w daną sytuację. Analiza historii skłania także do refleksji nad aktualnie obowiązującymi procedurami i umożliwia poszukiwanie lepszych rozwiązań. Opisane przez nas historie zwracają uwagę na potrzebę skutecznej komunikacji w zespole, konieczność odpowiedniego podziału zadań w zależności od kompetencji i doświadczenia, dostosowania postępowania medycznego do aktualnych wskazań oraz zapewnienie ciągłości pracy zespołu poprzez ciągłe kształcenie i wdrażanie nowych osób. Poziom tych wniosków jest oczywiście wyłącznie przyczynkarski, sygnalizujący problemy do dalszego zbadania i krytycznej analizy. Tak właśnie rola medycyny narracyjnej – jako „sygnalizatora” istotnych zagadnień – również tej uprawianej przy pomocy zaawansowanych technik analizy narracji, jest autorom niniejszego rozdziału szczególnie bliska. Pozwala dostrzec problemy, które umykają innym perspektywom poznawczym – zarówno w medycynie, jak i w zarządzaniu.

Bibliografia

- Abd Hamid, N.Z. i Rasid, S.A. (2019). The relationship between collaborative competencies and interprofessional collaboration among professionals in maternal care. *International Journal of Social Science Research*, 1(2), 60–68.
- Anderson, C.M. (1998). „Forty acres of cotton waiting to be picked”: Medical Students, Storytelling, and the Rhetoric of Healing. *Literature and Medicine*, 17(2), 280–297.
- Berger, P.L. i Luckmann, T. (2010). *Společne tworzenie rzeczywistości*, tłum. J. Niżnik, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Beck, C.T., LoGiudice, J. i Gable, R.K. (2015). A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(1), 16–23.
- Blickstein, I. (2000). Cesarean section for all twins? *Journal of Perinatal Medicine*, 28(3), 169–174.
- Branch, W., Pels, R.J., Lawrence, R.S. i Arky, R. (1993). Becoming a doctor-critical-incident reports from third-year medical students. *The New England Journal of Medicine*, 29(15), 1130–1132.

- Bruner, J. (1991). The Narrative Construction of Reality, *Critical Inquiry*, 18, 1–21.
- Charon, R. (1986). To render the lives of patients. *Literature and Medicine*, 5(1), 58–74.
- Charon, R. (1993). The narrative road to empathy. W: Spiro, H., Peschel, E., St. James, D. (red.), *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Polls and the Scalpel* (s. 147–159). New Haven, Conn: Yale University Press.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902.
- Czarniawska, B. (2015). Podejście narratologiczne w badaniach organizacji i zarządzania. W: M. Kostera (red.), *Metody badawcze w zarządzaniu humanistycznym* (s. 225–233). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno Spółka z o.o.
- Czarniawska-Joerges, B. (1992). Exploring Complex Organizations: A Cultural Perspective, *Journal of Organizational Behavior*, 14(6), 609–610.
- Dryll, E. i Cierpki, A. (2011). *Psychologia narracyjna. Tożsamość, dialogowość, pogranicza*. Warszawa: Wydawnictwo ENETEIA.
- Gannon, T.M. i Traub, G.W. (1999). *Pustynia i miasto*, tłum. P. Wilczek, Kraków: Wyd. WAM.
- Harden, J. (2000). Language, discourse and the chronotope: applying literary theory to the narratives in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 506–512.
- Heliker, D. (1999). Transformation of story to practice: an innovative approach to long-term care. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(6), 513–525.
- Hillemanns, P., Hepp, H., Rebhan, H. i Knitz, R. (1996). Emergency cesarean section-organization and decision-delivery time. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 56(8), 423.
- Hillemanns, P., Strauss, A., Hasbargen, U., Schulze, A., Genzel-Boroviczeny, O., Weninger, E. i Hepp, H. (2005). Crash emergency cesarean section: decision-to-delivery interval under 30 min and its effect on Apgar and umbilical artery pH. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 273(3), 161–165.
- Hurwitz, B. (2000). Narrative and the practice of medicine. *The Lancet*, 356(9247), 2086–2089.
- Jones, A.H. (1997). Literature and medicine: narrative ethics. *The Lancet*, 349(9060), 1243–1246.
- Kerr, F. (2011). *Katolicycy teolodzy XX wieku. Od neoscholastyki do mistyki oblubieńczej*, tłum. A. Wojtasik. Kraków: Wyd. WAM.
- Kominiarek, M.A., VanVeldhuisen, P., Gregory, K., Fridman, M., Kim, H. i Hibbard, J.U. (2015). Intrapartum cesarean delivery in nulliparas: risk factors compared by two analytical approaches. *Journal of Perinatology*, 35(3), 167–172.
- Kostera, M. (1996). *Postmodernizm w zarządzaniu*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Kostera, M. (2005). *Antropologia organizacji. Metoda badań terenowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kotarski, J. i Bobiński, M. (2014). Decision-to-delivery interval (DDI) for emergency cesarean sections in Polish healthcare system. *Ginekologia Polska*, 85(6).
- Koźmiński, A.K. (1996). Przedmowa. W: M. Kostera, *Postmodernizm w zarządzaniu* (s. 9–10). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Laine, C. i Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA*, 275(2), 152–156.

- Leinweber, J., Creedy, D.K., Rowe, H. i Gamble, J. (2017). Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women and birth*, 30(1), 40–45.
- Lonergan, B.J.F. (1976). *Metoda w teologii*, tłum. A. Bronk, Warszawa: IW PAX.
- Maj, A. (2009). *Konstruktywizm społeczny jako ideologia społeczeństwa sieciowego*. Pozyskano z: <https://annamaj.wordpress.com/2009/03/31/konstruktywizm-spoeczny-jako-ideologia-spoeczenstwa-sieciowego> (dostęp: 27.04.2020).
- Mandel, L.P., Lentz, G.M. i Goff, B.A. (2000). Teaching and evaluating surgical skills. *Obstetrics & Gynecology*, 95(5), 783–785.
- Mercier, F.J., Bouaziz, H. i Benhamou, D. (1996). Transition from intrathecal analgesia to epidural anesthesia for emergency cesarean section using a combined spinal epidural technique. *Anesthesia & Analgesia*, 83(2), 434.
- Nielsen, T.F., Hagberg, H. i Ljungblad, U. (1989). Placenta previa and antepartum hemorrhage after previous cesarean section. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 27(2), 88–90.
- Nisenblat, V., Barak, S., Griness, O.B., Degani, S., Ohel, G. i Gonen, R. (2006). Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries. *Obstetrics & Gynecology*, 108(1), 21–26.
- Ochowski, T. i Radowska, M. (2019). *Organizacja jako opowieść*. Wydział Zarządzania. Uniwersytet Warszawski, manuskrypt niepublikowany.
- Perlow, J.H. i Morgan, M.A. (1994). Massive maternal obesity and perioperative cesarean morbidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170(2), 560–565.
- Polkinghorne, J.C. (1998). *Poza nauką. Kulturowy kontekst współczesnej nauki*, tłum. D. Czyżewska, Warszawa: Wyd. Amber.
- Polkinghorne, J.C. (2008). *Jeden świat. Wzajemne relacje nauki i teologii*, tłum. M. Chojnacki. Kraków: Wyd. WAM.
- Polkinghorne, J.C. i Jałochowski, K. (2019). Upadek w górę. O stworzeniu Wszechświata, gadających węzłach i cudach w nauce. W: K. Jałochowski (red.), *Heretycy, buntownicy, wizjonerzy. 22 podróże z największymi umysłami naszych czasów* (s. 333–348). Kraków: Copernicus Center Press.
- Roemer, V. i Heger-Römermann, G. (1993). Clinic structure and timely management of emergency cesarean section – reference values and recommendations. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatalogie*, 197(4), 153.
- Shapiro, J. (2012). Narrative medicine and narrative writing. *Family Medicine*, 44(5), 309–311.
- Sheen, K., Spiby, H. i Slade, P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 57–587.
- Straś-Romanowska, M., Bartosz, B. i Żurko, M. (red.) (2010). *Badania narracyjne w psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo ENETEA.
- Szacki, J. (2004). *Historia myśli socjologicznej. Wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Taylor, Ch., Puczyłowski, M. i Saniewicka, M. (2019). Świat jest mową Boga. *Tygodnik Powszechny*, 17.12.2019. Pozyskano z: <https://www.tygodnikpowszechny.pl/swiat-jest-mowa-boga-161522> (dostęp: 27.04.2020).

- Thompson, T.L. (2009). The applicability of narrative ethics. *Journal of Applied Communication Research*, 37(2), 188–195.
- Tokarska, U. (2006). Narracyjne strategie wspomagania rozwoju osobowego, *Psychologia Rozwojowa*, 1, 55–68.
- Tokarska, U. (2014). Status podejścia narracyjnego we współczesnej psychologii, *Czasopismo Psychologiczne*, 20(1), 65–71.
- Tokarska, U., Dryll, E. i Cierpka, A. (2019). Letter to a grandchild as a narrative tool of older adults' biographical experience exploration, *Narrative Inquiry*, 29(1), 29–49.
- Trzebiński, J. (2002). *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: GWP.
- Waldenfels, H. (2014). *Na imię mu Franciszek. Papież ubogich*, tłum. K. Markiewicz, Poznań: Wydawnictwo św. Wojciecha.
- Wang, Y., Wan, Q., Guo, J., Jin, X., Zhou, W., Feng, X. i Shang, S. (2018). The influence of effective communication, perceived respect and willingness to collaborate on nurses' perceptions of nurse–physician collaboration in China. *Applied Nursing Research*, 41, 73–79.
- Walsh, D. (1972). *Sociology and the Social World*. W: P. Filmer, M. Phillipson, D. Silverman i D. Walsh, *New Direction in Social Theory*. London: Collier-Macmillan
- Watkins, V., Nagle, C., Kent, B. i Hutchinson, A.M. (2017). Labouring Together: collaborative alliances in maternity care in Victoria, Australia – protocol of a mixed-methods study. *BMJ Open*, 7(3), e014262.
- Wielgoś, M., Bomba-Opoń, D., Bręborowicz, G.H., Czajkowski, K., Dębski, R., Leszczyńska-Gorzela, B. i Zimmer, M. (2018). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące cięcia cesarskiego. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3(4), 159–174.
- Zimniewicz, K. (2014). *Teoria i praktyka zarządzania. Analiza krytyczna*. Warszawa: PWE.
- Zurzycka, P. i Radzik, T. (2015). Medycyna narracyjna – zarys problematyki. *Problemy Pielęgniarstwa*, 23(3), 428–432.

CZĘŚĆ 4

ZEWNĘTRZNE UWARUNKOWANIA ODDZIAŁYWANIA NA ZDROWIE PUBLICZNE I SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Socio-Economic Approach to Health in the European Union Chemicals Regulation Policy

Abstract

Socio-economic analysis (SEA) of health safety is the approach to describing and analysing all relevant impacts – positive and negative – of restricting or non-restricting and granting or refusing authorisation for chemicals in the European Union (EU) market. SEA provides the evidence and documents on whether the socio-economic benefits of continued use or restricted use of chemicals outweigh or not the risk of chemicals for human health and the environment. The aim of SEA as a method of weighing up the arguments of action for society is to play the crucial role in restrictions and authorisations of the chemicals under the Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals Act (REACH) in the EU. Regarding the restrictions proposals, such regulations contain a description of the risks, health and environmental benefits, associated costs and other socio-economic impacts. An application for chemicals authorisation should answer the question if the socio-economic benefits outweigh the risks to human health and the environment arising from the use of the substance. The aim of the paper is to present the methods developed by the European Chemicals Agency (ECHA) in cooperation with its Committee for Socio-economic Analysis (SEAC) in order to evaluate the impact of costs and effects of different alternative uses of chemicals on the EU population health. The paper will also show the main limitations of the analysis at the EU member countries level.

Keywords: EU chemicals regulation, socio-economic analysis, health impact.

JEL: I15, I18, Q52

Streszczenie

Analiza społeczno-ekonomiczna (SEA) bezpieczeństwa zdrowia to podejście do opisu i analizy wszystkich istotnych skutków – pozytywnych i negatywnych – ograniczeń lub braku ograniczeń oraz udzielania lub odmowy udzielania zezwoleń na chemikalia na

* Health Care Management and Logistic Unit. ORCID: 0000-0003-0891-6315.

rynku Unii Europejskiej (UE). SEA przedstawia dowody i dokumenty potwierdzające, czy korzyści społeczno-ekonomiczne wynikające z dalszego stosowania lub ograniczenia stosowania chemikaliów przewyższają ryzyko chemikaliów dla zdrowia ludzkiego i środowiska. Celem SEA, jako metody umożliwiającej porównywanie argumentów na rzecz działań w interesie społecznym, jest jej kluczowa rola w procesach ograniczania i wydawaniu zezwoleń stosowania chemikaliów zgodnie z *Regulation, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals Act (REACH) in the EU*. Jeśli chodzi o propozycje ograniczeń, zawierają one opis zagrożeń, korzyści zdrowotnych i środowiskowych, związanych z nimi kosztów i innych skutków społeczno-ekonomicznych. Z kolei wniosek o wydanie zezwolenia w odniesieniu do danej substancji chemicznej powinien nieść ze sobą odpowiedź na pytanie, czy korzyści społeczno-ekonomiczne przewyższają zagrożenia dla zdrowia ludzi i środowiska wynikające ze stosowania substancji. Celem artykułu jest przedstawienie metod opracowanych przez Europejską Agencję Chemikaliów (ECHA) przy współpracy z Komitetem ds. Analiz Społeczno-Ekonomicznych (SEAC) w celu oceny kosztów i skutków wpływu różnych alternatywnych zastosowań chemikaliów na zdrowie populacji UE. W artykule zostaną przedstawione główne ograniczenia analizy na poziomie krajów członkowskich UE.

Słowa kluczowe: regulacja chemikaliów Unii Europejskiej, społeczno-ekonomiczna analiza, wpływ na zdrowie.

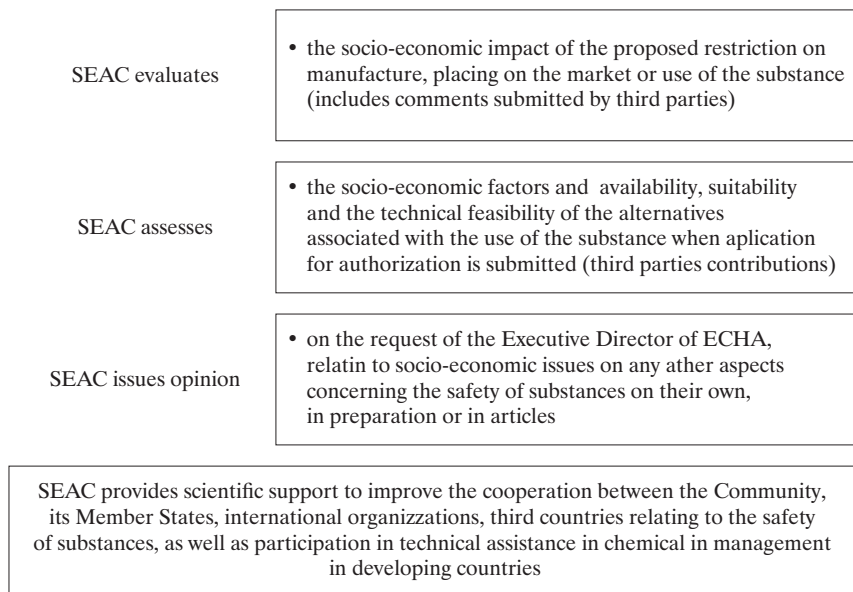
Introduction

The Regulation of 18 December 2006 on the registration, assessment, authorisation and restriction of chemicals (REACH) and the creation of the European Chemicals Agency regulates the obligations regarding the placing on the market of chemical substances and mixtures thereof in the European Union (EU). It constitutes the basic legal regulation with regard to the production, circulation and use of chemical substances, also their mixtures and articles containing them (European Parliament, OJ L 396, 30.12.2006). The REACH regulation was introduced to ensure a high (safe) level of health and environmental protection. It lays down the principle that manufacturers, importers and so-called downstream users must ensure that a chemical produced placed on the market or used does not adversely affect human health or the environment. In order to ensure that the risk related to chemical substances is properly controlled and that substances of special concern are replaced by alternative substances/technologies, In order to ensure that the risk related to chemical substances is properly controlled and that substances of special concern are replaced by alternative sub-

stances/technologies, the entities apply for permits based on an analysis of available alternatives, their risks and technical and economic conditions for their replacement should be listed. In addition to the substances excluded from the following principle in accordance with Article 60 of REACH, authorisation can only be granted if the socio-economic benefits outweigh the risks to human health and the environment arising from the use of the substance. The condition is also the lack of alternative substances/technologies. The decision on the substance is taken by the European Commission, taking into account the opinions of the Risk Assessment Committee (RAC) and the Committee for Socio-economic Analysis (SEAC) within the structure of the European Chemicals Agency (ECHA). According to Article 76 of REACH, SEAC is responsible for drawing up the Agency's opinion on applications for authorisation, applications for restrictions and any other issues arising from the functioning of the regulation regarding the socio-economic impacts of any legislative provisions on chemical substances. The Committee may seek advice from expert sources, in particular on a scientific matter.

Given the purpose of the article, which is to present the methods developed by ECHA and its Committees in order to evaluate the impact of costs and effects of different alternative uses of chemicals on the EU population health, the considerations will relate to decision criteria such as socio-economic benefits related to the use of the substance and the socio-economic consequences of refusing authorisation. The technical and economic feasibility of existing alternatives is also an important element of the decision-making process.

The second scope of the common EU policy on chemicals, which is the subject of the article, is the regulation on restricting the production, placing on the market and use of certain hazardous substances, mixtures and articles. A substance subject to restriction by the decision of the European Commission cannot be manufactured, placed on the market and used if the conditions specified in the REACH Regulation are not met. Substances that pose a risk to health and the environment and are not sufficiently controlled and need to be tackled are restricted as regards their production, circulation and use (Article 69 of REACH). As with authorisation decisions, the opinion of both ECHA committees is issued in the case of restrictions. SEAC prepares an opinion on the proposed restrictions and their impact on socio-economic conditions (Figure 1).

Figure 1. SEAC tasks

Source: own study based on the European Union Agency, European Chemicals Agency (ECHA) – Organisation. Retrieved June 10, 2019, from <https://echa.europa.eu/about-us/who-we-are/organisation>.

1. Method of Socio-Economic Analysis in the EU Chemicals Policy

The method of SEA concerning chemicals impacts relies on research studies, experts opinions from industry, health care, universities, social entities, consumer organisations and other practitioners from different areas of national economies (Ingerowski et al., 2009, pp. 69–87). SEA has been developed by SEAC members who are designated by the EU members' governments. The aim of SEA is to support the European Commission's decisions on restrictions and authorisations of chemicals. The method focuses on different impacts of chemicals, e.g. on businesses, consumers, social policy, trade and economic development at local, regional, national levels or on the international perspective. The key context of evaluation is population health, particularly workers' health and the environment (Chiu, 2017, pp. 12–35). The scheme of health impact evaluation includes the following main steps: initial identification of relevant health and environmental impacts, change in (direct or indirect) health exposure, change in health impacts, valuation of impacts – monetised impact. The final step

is to provide a deeper interpretation of the impacts. This may be done as damage indicators and monetary values assigned to the identified impacts. It is possible to give monetary values to several quantified human health impacts. Health impact evaluation makes a valuable contribution in the cost-benefit analysis (CBA) of the overall chemicals impacts.

Under the provisions of REACH (Articles 62 and 69), SEA is an integral part of applications for authorisation or in connection with a proposed restriction of a chemical.

Applications for authorisation submitted to the European Chemicals Agency by manufacturers, importers or users of chemical substances, equally to other information required by law, should contain an analysis of alternative substances containing information on the economic feasibility of substitution. The application may also include a socio-economic analysis carried out in accordance with the guidelines contained in Annex XVI of REACH. The application is subject to a decision-making procedure (Article 64 of REACH), under which SEAC, together with RAC, gives an opinion on the completeness of the information provided by the applicant and in case of deficiency of some of it, requests to complete it. The Committee may contact the applicant or the so-called third parties for complementary or additional information on alternative substances/technologies. The SEAC opinion preparation procedure foresees that all information submitted will be considered. The opinion contains, in particular, an assessment of the socio-economic factors included in the application. The SEAC opinion, in accordance with Article 64 of REACH, includes an assessment of socio-economic factors, an assessment of the availability, applicability and technical feasibility of alternatives for the uses of a given substance subject to authorisation, and an assessment of information submitted by third parties.

In the case of a restriction procedure undertaken if the risk associated with the manufacture, placing on the market or use of a substance involves the fear of a very high risk to human health and the environment, an EU Member State, ECHA at the request of the European Commission or ECHA submits proposals for restrictions. The documentation justifying the application can also include a cost-benefit analysis for human health and the environment, resulting from the introduction of the restriction (Annex XIV of REACH). SEAC, taking into account the socio-economic effects of the restrictions proposed, issue an opinion together with the RAC which includes the scientific justification for the proposals for restrictions. The final decision is made by the European Commission (European Chemicals Agency, 2008, pp. 25–28).

The multidisciplinary approach to human health and the environment is reflected in the provisions of legal regulations contained in Annex I of REACH, which set out the scope of opinions prepared by ECHA committees. It is only by combining many different factual information and analysis perspectives that the chemical substance can be evaluated. The chemical safety assessment for a given chemical, which is the starting point of SEA, is focused on assessing the risks to human health and the environment, assessing persistence, bioaccumulation and toxicity, as well as estimating exposure and risk characterisation in the cases set out in Annex I of REACH. All specific parameters characterizing a chemical substance are reflected in the chemical safety report, one of the main parts of which is the description of exposure scenarios implemented in the production process by the manufacturer or importer and the scenarios recommended by them. The definition of the exposure scenario adopted in the EU legal regulation REACH captures it as conditions describing the way the substance is manufactured, how it is used during the life cycle and what is the exposure of humans and the environment. The conditions outlined describe the risk management measures, conditions which were implemented by the manufacturer/importer and recommended to downstream users.

2. Health From the SEA of Chemicals Perspective

From the SEA perspective, the assessment of threats to human health and the environment is particularly important. As a result of the health risk assessment, information is generated about the maximum permissible levels of exposure to a given substance for humans. First of all, account is taken of the effects of the substance such as acute effects (toxicity, irritation and corrosion), sensitisation, carcinogenicity and mutagenicity. In turn, the purpose of health risk assessment is to diagnose maximum levels of human exposure to the substance. In the case of environmental exposure assessment, the concentration of the substance below which no harmful effects are expected is identified. In this assessment, the following elements are taken into account: water, land, air, microbiological activity of wastewater treatment systems. The chemical safety assessment also includes an exposure assessment consisting of a quantitative and qualitative estimation of the dose of a substance with a specific concentration that constitutes exposure of humans and the environment. This assessment covers all stages of the substance existence. Exposure scenarios are prepared for the assessment of

exposure covering the production of the substance within the EU and all its uses. The completeness of the developed scenario, which is a condition for ensuring the completeness of the SEA, depends on the precise description of the operational conditions (processes used and the physical form of the substance at the stage of production, processing and application; employee activities including the time and frequency of employee exposure; consumer activities including the time and frequency of consumer exposure; duration and frequency of emissions of the substance into the environment and into sewage treatment systems) and risk management measures (measures to limit/avoid direct and indirect exposure of humans and the environment; waste management to reduce/avoid the exposure of humans and the environment, including during waste recycling). After completing the exposure assessment stage, the exposure is estimated based on each developed scenario. The main stages are: estimation of emissions, analysis of the further “path” in the environment and distribution channels, estimation of exposure levels for employees, consumers, people exposed via the environment, taking into account different routes of human exposure, individual elements of the environment. The logical consequence of the discussed stages of the chemical safety characterisation of substances is the risk characterisation, which provides a valuable basis for socio-economic calculations/estimates.

It is prepared for each scenario and covers all groups of exposed people and elements of the environment. If it is not possible to determine the maximum level of exposure of humans and the environment to the substance, a qualitative assessment of the likelihood of avoiding the effects of the substance under the adopted scenario is performed (Krześlak et al., 2015, pp. 182–191).

The Community regulation in Annex XVI of REACH specifies the SEA presented by the applicant, which is assessed by SEAC. SEA can be included in applications for authorisation (Article 62 of REACH) or applications for restriction (Article 69 of REACH). The analysis should be developed in accordance with the guidelines that are described in detail in ECHA’s guides (European Chemicals Agency, 2008; 2011). The applicant, in the case of an application for authorisation or an entity submitting a restriction proposal, is responsible for the quality of the analysis.

Pursuant to Annex XVI of REACH, SEA may include in particular the following elements:

- impact on the applicant, on producers, importers, other actors in the supply chain, downstream users, related companies,
- effects on consumers (product prices, product quality, product availability, effects on human health and the environment),

- social effects, e.g. guarantee of work and employment,
- the availability, applicability and technical feasibility of using alternative substances or technologies and their economic consequences, impact on the social or economic conditions of the use of available alternative substances,
- impact on trade, competition and economic development (and small and medium-sized enterprises and third countries), the costs of alternative risk management measures,
- benefits for human health and the environment and social and economic benefits, for example for the health of workers, for the environment, by geographical breakdown or by population groups.

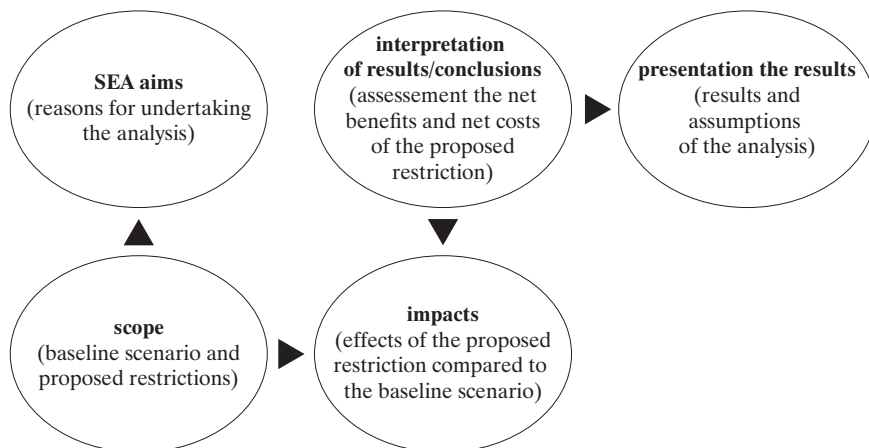
It should be emphasised that SEA, in relation to Community activities in the field of chemicals regulation, can be presented at various, coherent levels: legal, scientific and practical (implementation). ECHA constantly undertakes activities aimed at scientific improvement of the method in order to obtain more reliable and precise results. The assessment of the impact of chemical substances on various entities in the national economy depends on this. Due to the key issue of analysis, which is human health, special emphasis is placed on assessing human health and life. The method of conducting the analysis referred to as good practice can be traced on the basis of guides that are the result of scientific research, discussions with practitioners and substantively related organisations (e.g. Organization for Economic Cooperation and Development – OECD). With regard to the decision-making process to limit a chemical, the guidelines for conducting it are addressed to all entities involved in the chemical assessment process.

The SEA method is based on several systemically defined, consecutive and consistent stages (Figure 2).

The criteria that should be used in the analysis process to ensure the high quality of its results include:

- conducting the analysis as an iterative process,
- comparing the socio-economic effects of the restriction with other risk control solutions in order to obtain the most cost-effective relationship, taking into account the results of consultations with MS authorities, supply chains and other parties; the various risk mitigation options adopted in the analysis determine the scope of SEA,
- the presentation of stage analysis,
- taking into account the uncertainty of the analysis parameters during its conduct and assessment of their impact on the results of the analysis (sensitivity testing),

Figure 2. SEA stages in the chemical assessment process for the purpose of issuing a decision on the chemical restriction



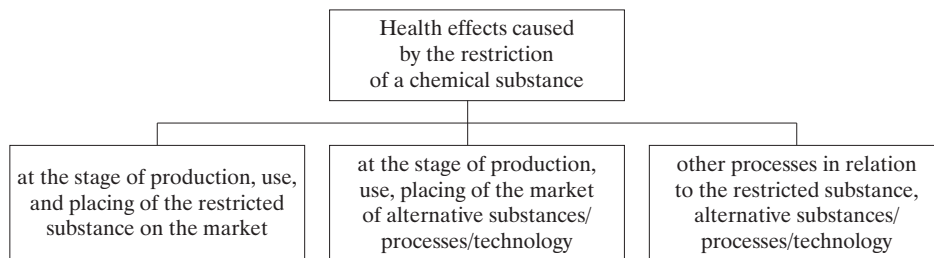
Source: own study based on the European Chemicals Agency (2008, pp. 3–46).

- maintaining transparency in presenting and proving the results in determining the scope of substance restrictions and justifying the failure to take into account given factors that may affect it.

Given the scope and purpose of the article, one should look at the impact of chemicals on human health, whose assessment is the priority objective of the analysis next to the effects on the environment, economy and society as a whole. At this stage of the analysis, a detailed picture is created of the relationship between the chemical safety report for the substance and the socio-economic dimension of the impact of chemicals on human health. The analysis covers the production, import and use of the substance. The main goal is to answer the following questions: what will be the net benefits for human health resulting from the introduced restriction and can they be compared with its net costs? (Figure 3). It should be borne in mind that the impact on human health refers to the avoided effects as a result of the reduction of emissions of and exposure to the substance and to the new effects caused by the change in the emissions of the substance under the proposed scenario for its reduction.

Changes in health may be a consequence of:

- worker exposure,
- consumer exposure,
- population exposure via the environment.

Figure 3. Impact of the chemicals on health

Source: own study based on the European Chemicals Agency (2008, p. 66).

Depending on the duration of exposure to a given substance, its frequency, and the characteristics of the group of exposed people, there will be changes in health effects. Under SEA, these changes are subject to a qualitative and quantitative assessment. A qualitative assessment of health changes takes into account the potency of intrinsic properties of concern (often characterised in a descriptive way), severity of the effect (effect in the form of morbidity or mortality), exposure characteristics, including which populations are exposed (e.g. characteristics of the group of exposed persons) (European Chemicals Agency, 2008, pp. 66–85; Navrud, 2018, pp. 10–12). A quantitative assessment is based on two groups of data: the estimated number of people exposed and the severity of changes in health. Two approaches used in research in the field of health economics can be used in the quantification of health effects:

- the use of DALY or QALY meters that enable a cost-effectiveness analysis (CEA),
- the use of the willingness-to-pay estimates (WTP) to avoid death or illness, which gives the opportunity to estimate benefits as a result of reducing exposure to a given chemical and compare them with the costs of reducing that substance as part of the cost-benefit analysis (CBA).

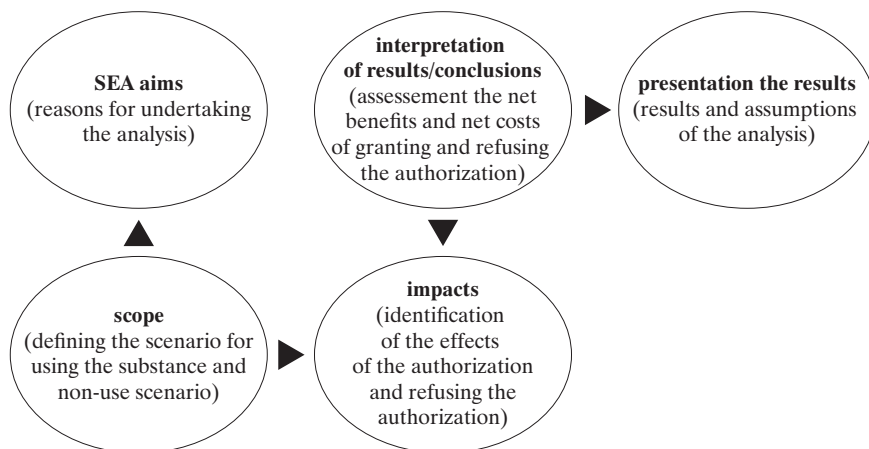
Quantification of changes in health is an important element of the overall SEA analysis but not the only one because the aggregate impact of a chemical also includes environmental impact. Changes in health care costs and in productivity due to sick leaves are also the effects of changes in the health status – its improvement or deterioration.

Another area of the use of SEA is to compare the costs and benefits of further use of the chemical with the costs and benefits of discontinuation of its use (Vainio, 2019). The analysis presented by the entity apply-

ing for the permit (manufacturer, importer or downstream user) is part of the justification for the use of substances on the EU market (Dubourg, 2018, pp. 16–21; Holland, 2018, pp. 21–47; Hunt & Dale, 2018, pp. 20–30). SEA can be performed and presented by the applicant in three cases: first, when the applicant considers that there is no suitable alternative for them and wants to justify the continued use of the substance by showing that the benefits of continuing to use the substance outweigh the risk for human health and the environment; secondly, in the absence of appropriate alternatives, the applicant applies to establish the permit conditions and to set a review period; third, when there is/are alternative(s), the applicant should justify a phased transition to the alternative in terms of costs and benefits.

The starting point of SEA in order to strengthen the arguments for the authorisation or refusal is to ask about the consequences of not authorising the continued use of the substance. Based on the scientific achievements in the field of health economics, SEAC continues its work to improve SEA for the purposes of conducting policies regulating the production, import and use of chemical substances on the EU market (European Chemicals Agency, 2011, pp. 24–36). Along these lines, SEA should meet two basic criteria: be an iterative process and be based on the so-called non-use scenario(s) which consequently determine the extent of SEA depending on the effects of such scenarios (Figure 4).

Figure 4. SEA stages in the chemical assessment process for the purpose of issuing a decision on the chemical authorisation



Source: own study based on the European Chemicals Agency (2011, p. 11).

In the case of analysis carried out for the purposes of granting an authorisation for a given chemical substance, a particularly important element is to take into account the sensitivity analysis with respect to its parameters subject to a dose of uncertainty. The parameters should decide, already during the analysis and not only after its completion, what information should be specifically considered and how to minimise the element of their uncertainty. In view of the range of considerations in this article, special attention has been focused on the importance of identifying and evaluating the health effects of using or not using chemicals. For the purposes of SEA implementation, they are identified both for the scenario of use of a given substance and for a situation in which the authorisation for its further use would be refused. When an authorisation is granted or not, the impact on the health of the population is characterised in a similar way as is the case of the health effects assessment in the processes of reducing chemicals. The same principles also apply to the quantification of health effects (European Chemicals Agency, 2011, pp. 69–72).

Conclusions

In the socio-economic evaluation of the chemicals impacts on human health, SEA can indicate the justified solution in costs and benefits categories. But it should be understood that the method may have some limitations because some impacts cannot be quantified, so the conclusion of SEA including all impacts – quantified and non-quantified – should be included. Limitations of the analysis can appear practically at every stage of its preparation. Analysts can face difficulties such as quantification of impacts, their monetisation, determining uncertainties and discounting. The second important limitation is the lack of the relevant data at the aggregated data level in the EU. The key limitations of SEA and proposed directions to reduce them may be formulated as:

- A valuation of all impacts should be carried out when it is possible and proportional. Valuated impacts enable the comparison between different impacts. A valuation of health effects caused by chemical substances is subject to uncertainty resulting primarily from the precise determination of the impact of chemicals on human health. Therefore, the presentation of assumptions and results of evaluating effects in the area of human health should be accompanied by a trans-

parent presentation of data sources. In cases where such sources are not sufficient and scientific evidence is not available, multidisciplinary scientific expertise should be used. This postulate should concern, in particular, the presentation of analysis parameters for which the estimation is not completely certain and the scope of this uncertainty. Uncertainty in the process of assessing the effects can translate into decisions taken in the field of chemicals policy. Even if there is no scientific evidence or it is incomplete, making decision-makers aware of this fact can reduce the risk of taking a wrong decision.

- If the application/restriction covers multiple uses, it is important to clearly identify the socio-economic impacts for each of these uses and clearly define their comparability. This can be achieved by developing separate socio-economic analysis reports for each application or developing clearly separated parts that relate to each application separately. In particular, both costs and benefits should be accurately estimated.
- It is necessary to show the socio-economic effects for each of the parties who may face the consequences of granting or not granting an authorisation as well as restricting or continuing the use of a given substance. It should be borne in mind that all parties interested in the policy of chemicals may be guided by other priorities. In addition, each party has a specific structure by gender, age, health status, accessibility to health care, wealth, habits, traditions, place of residence, priorities of their economic activities, etc. That is why qualitative justifications, not just monetary ones, may be so important. The reconciliation of social and economic goals may also be a difficulty, which is why information campaigns in a given society should be an extremely important element of chemicals policy.

To sum up, it should be emphasised that the use of SEA in the use and restrictions of chemicals is subject to continuous improvement. ECHA undertakes activities to improve the method of socio-economic analysis and assessment by cooperating with scientists, practitioners and experts of international organisations. Considering that SEA in the area of chemicals regulation is a multidisciplinary approach to human health, cooperation at many levels with many entities is the only rational and justified approach.

References

- Breithaupt, H. (2006). The costs of REACH. REACH is largely welcomed, but the requirement to test existing chemicals for adverse effects is not good news for all. *The European Molecular Biology Organization Reports*, 7. European Molecular Biology Organization. <https://doi.org/10.1038/sj.embor.7400816>.
- Chiu, W.A. (2017). Chemical risk assessment and translation to socio-economic assessments. *OECD Environment Working Papers*, 17. OECD. <https://doi.org/10.1787/a930054b-en>.
- Dubourg, R. (2018). Economic assessments of the benefits of regulating mercury: A review. *OECD Environment Working Papers*, 132. OECD. <https://doi.org/10.1787/77045f1a-en>.
- European Chemicals Agency. (2008). *Guidance on socio-economic analysis – Restrictions*.
- European Chemicals Agency. (2011). *Guidance on the preparation of the socio-economic analysis as part of an application for authorisation*.
- The European Parliament and the Council of the European Union. (2006). Regulation (EC) No 1907/2006 of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 concerning the Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals (REACH), establishing a European Chemicals Agency, amending Directive 1999/45/EC and repealing Council Regulation (EEC) No 793/93 and Commission Regulation (EC) No 1488/94 as well as Council Directive 76/769/EEC and Commission Directives 91/155/EEC, 93/67/EEC, 93/105/EC and 2000/21/EC. OJ L 396, 30.12.2006.
- Holland, M. (2018). Socio-economic assessment of phthalates. *OECD Environment Working Papers*, 133. <https://doi.org/10.1787/a38a0e34-en>.
- Hunt, A. & Dale, N. (2018). Economic valuation in formaldehyde regulation. *OECD Environment Working Papers*, 134. OECD. <https://doi.org/10.1787/c0f8b8e5-en>.
- Ingerowski, J.B., Kölsch, D., & Tschöchohei, H. (2009). REACH and the role of stakeholders in its socio-economic analysis. *Journal of Business Chemistry*, 6.
- Krześlak, A. & Palczewska-Tulińska, M. (2015). Ocena bezpieczeństwa chemicznego w rozporządzeniu REACH jako element identyfikacji i kontroli ryzyka stwarzanego przez substancje chemiczne. *Chemik*, 69.
- Navrud, S. (2018). Assessing the economic valuation of the benefits of regulating chemicals: Lessons learned from five case studies. *OECD Environment Working Papers*, 136. <https://doi.org/10.1787/9a061350-en>.
- Vainio, M. (2019). *Overview of analysing the costs and benefits of the applications of authorisation and restriction under REACH*. Retrieved June 20, 2019, from https://echa.europa.eu/documents/10162/22816069/matti_vainio_day1_presentation_en.pdf/412b18e5-9678-4129-a5de-2339fa21253d.

Impact of Conventional and Wind Energy Production on Human Health

Summary

The paper presents the impact of manufacturing electric energy on human health. The chosen method of eclectic energy production, on the one hand, is a factor facilitating the improvement of the standard of living; on the other hand, however, it may have a significantly adverse effect on the quality of life.

The purpose of the article is to present the impact of energy production from conventional sources and wind turbines on human health and related health costs.

ExternE methodology was used to present the health impact of manufacturing energy from conventional sources and to assess the health costs of such a solution. The production of energy from conventional sources poses great danger to human health, thus, one of the alternative ways of providing energy might be switching to wind power – clean, renewable and, most importantly, not causing irreversible damage to the environment and human health.

The expert analyses and research used in characterizing the impact of wind power plants on human health unanimously pointed out that, so far, no adverse effect of this method of producing energy on human health has been stated.

Keywords: commercial power industry, wind energy, health.

Streszczenie

W artykule przedstawiono, jaki wpływ na zdrowie ludzi ma wybór sposobu produkcji energii elektrycznej, która z jednej strony jest czynnikiem wpływającym na poprawę poziomu życia, z drugiej zaś powoduje znaczny spadek jego jakości.

Celem autorki jest przedstawienie wpływu produkcji energii ze źródeł konwencjonalnych i turbin wiatrowych na zdrowie człowieka i związane z nim koszty zdrowotne. Prezentując wpływ produkcji energii ze źródeł konwencjonalnych na zdrowie, zastosowano metodologię ExternE, by ustalić koszty zdrowotne takiego rozwiązania.

Produkcja energii ze źródeł konwencjonalnych stwarza duże zagrożenie dla zdrowia ludzi, stąd jednym z alternatywnych sposobów dostarczania energii może być przejście

* Department of Business Analysis and Strategy, Institute of Economics, Faculty of Economics and Management, University of Szczecin. ORCID: 0000-0001-9047-0337.

na energetykę wiatrową – czystą, odnawialną – i co najważniejsze – niepowodującą nieodwracalnych szkód dla środowiska i zdrowia ludzi.

Charakteryzując oddziaływanie elektrowni wiatrowych na zdrowie ludzi, wykorzystano analizy i badania ekspertów, którzy wskazali jednoznacznie, że dotychczas nie stwierdzono negatywnego wpływu tego sposobu wytwarzania energii na zdrowie ludzi.

Słowa kluczowe: energetyka zawodowa, energetyka wiatrowa, zdrowie.

JEL: O13,I15

Introduction

Poland has the most polluted air of all EU Member States. The WHO report of 2015 entitled “Economic cost of the health impact of air pollution in Europe” indicates that in 2010 air pollution in Poland contributed to death of 48,544 Poles, which in turn generated costs in the amount of USD 101.826 billion. It estimates that air pollution by particulate matter PM2.5 is responsible for nearly 0.5 million premature deaths in Europe (more than 400,000 in 28 EU countries), including nearly 80% of deaths from respiratory diseases and lung cancer (EEA, 2014; Juda-Rezler et al., 2016). Another WHO report (WHO, 2016) states that as many as 33 out of 50 most polluted EU towns and cities are located in Poland.

This disturbing data made the battle for clean air a European and global priority. Representatives of many countries meet during the so-called climate summits to develop joint solutions. The topic of producing energy from renewable sources, which have to replace the conventional ones in order to provide people with proper quality of life and safety, is widely discussed during these talks.

According to *Gospodarka Paliwami i Energią*, 500 kg of coal must be used in order to produce 1 MWh of electric energy, resulting in the following emissions to the atmosphere: (Soliński et al., 2010):

- 850 kg CO₂ (carbon dioxide),
- 10 kg SO₂ (sulphur dioxide),
- 11 kg CO (carbon oxide),
- 4 kg NO_x (nitrogen oxide).

The above comparison leaves no doubt that the production of energy from conventional sources poses great danger to human health.

1. The Effects of Pollution Resulting From the Production of Conventional Energy

The environmental impact of the energy sector includes pollution of atmospheric air, soil, surface waters and the global climate change, which have a number of negative economic and health effects. The main harmful factors are the emissions of gaseous pollutants such as: CO₂, SO₂, NO_x and the particulate matter from the fossil fuel combustion process. The most common diseases associated with air pollution are respiratory diseases; however, the air quality may affect human health much more than it may seem. Numerous scientific studies confirm the influence of air pollution on the increased occurrence of respiratory diseases, but also cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), increased risk of developing various types of cancer – not only respiratory-related – as well as on the nervous system and increased mortality, especially of people in the exposure group.

In the process of energy production, a power plant introduces pollutants having adverse side effects (cf. Table 1), which generate further economic effects (cf. Table 2).

Table 1. Harmful Agents Related to Electric Energy Production and Their Effects Included in ExternE Project

Pollution	Effects
<i>Sulphur dioxide – SO₂</i> Directly emitted in the process of fuel combustion, it forms sulphuric acid, sulphate aerosols and acid molecules together with NO _x in reactions in the atmosphere.	Health effects indirectly induced by sulphate aerosols (see: fine dust). Reduction in agricultural productivity. Erosion, loss of colour, etc. of construction materials (zinc, galvanised steel, limestone, paint, etc.). Acidification of soil and water.
<i>Nitrogen oxides – NO_x</i> Family of chemical compounds, including nitrogen oxides and dioxides. Directly emitted in the process of combustion, they form nitrogen acids in the atmosphere, nitrate aerosols and ozone smog on sunny days.	Health effects indirectly induced by nitrate aerosols (see: fine dust). Acidification of soil and water and eutrophication of surface waters.
<i>Fine dust – PM_{2.5}, PM₁₀</i> (diameter < 2.5 (10) mm) Primary – emitted directly in the process of hydrocarbon fuel combustion – and secondary – aerosols of nitrates and sulphates	Increased mortality (sudden and premature deaths due to chronic exposure to inhalation of contaminants). Increased morbidity (respiratory and cardiovascular diseases, asthma attacks, bronchitis, chronic cough,

Table 1. cont.

Pollution	Effects
formed in the atmosphere as a result of chemical reactions of SO ₂ and NO _x .	lung capacity reduction, days of limited activity, etc.).
<i>Non-methane volatile organic compounds – NMVOC</i> Huge number of organic compounds playing the leading role in the process of forming ozone (photochemical) smog.	Reducing life expectancy due to short and long-term exposure. Risk of cancer (non-fatal), osteoporosis, kidney dysfunction, disorders of the nervous system.
<i>Ozone – O₃</i> Formed in the atmosphere in reactions between NO _x and other pollutants, including NMVOC, in the presence of sunlight	Increased mortality and morbidity (respiratory system, irritated eyes, days of limited activity, etc.). Reduction in agricultural productivity (crops, potatoes, rice, sunflower seeds...)
<i>Heavy metals – Hg, As, Cd, Ni, Pb ...</i> Natural components of coal, emitted in the combustion process.	Toxicity and carcinogenicity.
<i>Radioactive elements</i> Risk of radiation occurs throughout the nuclear fuel cycle chain as well as in the migration of radioactive elements contained in coal in the process of its use.	Neoplasms (treatable and incurable), hereditary damage.
<i>Greenhouse gases – CO₂, N₂O, CH₄, ...</i> Direct product of hydrocarbon fuel combustion.	Global impact on human mortality and morbidity, agricultural crops, ecosystems, energy demand, economy, etc., as a result of changes in temperature and increases in sea and ocean levels.

Source: ExternE 1995, as cited in Radović (n.d., p. 3).

1.1. Health Costs of Producing Energy From Conventional Sources

Calculation of economic effects – including health costs of producing energy from conventional sources – in monetary terms is subject to controversy. The method used most commonly for electricity systems is the estimate of the amount of external costs. Currently, the most developed methodology for classifying external costs is considered to be the “impact pathway” approach, presented in the European Commission’s ExternE proposal (European Commission, 2003, p. 7), followed by NewExt (New Elements for the Assessment of External Costs from Energy Technologies), ExterneE-Pol (Externalities of Energy: Extension of Accounting Framework

and Policy Applications), NEEDS (New Energy Externalities Developments for Sustainability) and CASES (Costs Assessment of Sustainable Energy Systems).

For the purpose of the paper, only the health costs which are also included in the external cost methodology have been calculated. ExternE methodology estimates the effects of increased human mortality. They are defined as premature deaths, formulated as cumulated reduction of the population life expectancy (YOLL – years of life lost). YOLL expressed in the corresponding curves (E-R exposure result) take into account the age distribution and life expectancy of the survey population (Ralb & Spadaro, 2000, pp. 601–627). Monetary valuation of health and environmental damage is the issue of subjective evaluation, as there is no market value for e.g. health damage. The costs of damage are expressed by the estimate of the “willingness to pay” (WTP) for the reduction of health risk or “willingness to accept” (WTA) payments for increased risk. The main parameter to assess the costs of increased mortality is the “value of statistical life” (VSL). It constitutes the basis to assess the value of the lost (statistical) year of life. The value of this parameter recommended in ExternE for Europe and the USA falls within the range of EUR 1–5 million.

The VOLY (value of life year) parameter is calculated based on the value of lost life parameter VSL estimated at ca. EUR 1 million. This value consists in estimating the changes in life expectancy associated with a reduction in the risk of death from 5 to 1 thousand people in the next 10 years. The indicator thus calculated using a 3% discount is EUR 40,000 for long-term exposure and EUR 60,000 for short-term exposure for all EU Member States. This provides a picture of people’s willingness to annually spend such an amount of money that would enable them to prolong their lives for the period of 10 years. The most significant research conducted in terms of valuation of the external costs of energy is included in the ExternE project (European Commission), a study conducted by the US Department of Energy (External Costs of Cycles) and a study for New York (Rowe et al., 1995).

Table 2 shows that the health costs caused by the energy sector from 2010 to 2013 decreased significantly (from EUR 5.08 billion in 2010 to EUR 3.14 billion in 2013, i.e. by 38.2%). In 2014 they increased by EUR 7.59 billion compared with 2013, but decreased again in 2015 compared with 2014 (by EUR 122 billion, i.e. 3.2%). Decreasing costs were the effect of the growing share of energy from renewable sources (RES) in total energy production.

Table 2. Health Costs Caused by Energy Sector in 2010–2015 (million EUR/Mg)

	Particulate matter $\Sigma PM_{2.5-10}, PM_{2.5}$	NO _x	SO ₂	CO ₂	Total
Unit external cost EUR/Mg	17.0	5.76	7.77	0.02	30.55
2010					
Emission, thousand Mg	39.6	272	474	189315	
Health costs	660	1144	3278	–	5,082
2011					
Emission, thousand Mg	18	228	357	173822	
Health costs	300	959	2469	–	3,728
2012					
Emission, thousand Mg	17	212	319	170057	
Health costs	283	891	2206	–	3,380
2013					
Emission, thousand Mg	17	203	290	171137	
Health costs	283	854	2005	–	3,142
2014					
Emission, thousand Mg	28	213	367	163029	
Health costs	467	896	2538	–	3,901
2015					
Emission, thousand Mg	28	202	356	164639	
Health costs	467	850	2462	–	3,779
Total health costs					22,994

Source: own calculations based on the data from NEEDS and GUS, (–) means “no data available”.

2. Wind Power Engineering and Its Impact on Human Health

The development of wind power engineering in Poland results from the assumptions of Polish state energy policy, but also from global tendencies. The development of renewable energy sources, including the ones using wind power, seems necessary in Poland, due to the need to fulfil the Polish ecological obligations, specifically in terms of adjusting to the requirements of EU directives (Directive 2009/28/EC).

The purpose of a wind power plant is to generate electricity through the use of wind kinetic energy. Power plants use a self-renewable source; hence,

they are considered facilities producing the so-called “green”, ecological energy. It is believed, however not scientifically proven so far, that they may adversely affect human health by emitting noise, infrasounds (noise below the threshold of audibility, i.e. in the range of 1–20 Hz (according to ISO 7196) and electromagnetic radiation.¹

Wind power plants usually generate an infrasound intensity of about 60 dB (200 m from the tower; the further away; the lower the intensity), whereas regular wind produces as much as 110 dB at the infrasound level, while a car generates even 120 dB. Scientific research indicates that infrasounds may result in permanent, harmful changes to the organism only when the level of acoustic pressure exceeds the value of 140 dB (some sources 120 dB). The main aim of the Act: The “Environmental Protection Law” is a presentation of issues related to, among others, noise emission understood as sounds with frequencies ranging from 16 Hz to 16000 Hz generated during the operation of installations, technical equipment, means of transport and construction objects. The impact of noise on the environment means the impact on human health. Undesirable or unwanted vibrations are usually referred to as noise. The impact of noise on human health may be divided into: impact on the human nervous system (i.e. the effect of “hearing sounds”), when there are many of them, they are too loud, we talk about noise; non-auditory impact – the effect of the energy of vibrations on human organs or tissues (Simiński, 2008). The report prepared for the EU by the Institute for Environment and Health, Leicester University, specifies noise as currently one of the most serious environmental factors with negative impact on the “well-being” of people in Europe. Generally speaking, sounds up to 35 dB are not detrimental to health, only their increase to 70 dB causes fatigue to the nervous system. Sounds have negative impact on health at above 70 dB, while the level above 90 dB can be described as dangerous (Simiński, 2008). The noise generated by the rotating blades of a windmill will be heard only in the immediate vicinity of the power plant. Modern technologies allow for reducing the noise level to a minimum.

Infrasound may be a nuisance causing excessive fatigue, discomfort, drowsiness, impaired balance and psychomotoric functions and impaired physiological functions. An event of the resonance of structures and internal organs of the body may occur. All these phenomena are perceived and described by the individuals in a subjective way and depend on the

¹ The Regulation of the Minister of the Environment of 14 June 2007 on permissible noise levels in the environment (Journal of Laws [Dz.U.] 2007, No. 120, item 826) defines the maximum permissible noise levels for various buildings, areas or times of day.

individual sensitivity. It should be emphasised that every person who works and pursues active lifestyle is exposed to infrasounds in their environment, regardless of the nature of their work and place of residence.

The American Wind Energy Association and the Canadian Wind Energy Association established an international multidisciplinary scientific panel in 2009, *comprised of independent experts in acoustics, audiology, medicine and public health*. The objective of the panel was to review of the current literature on the potential detrimental effect on human health of the exposure to wind turbine sound and prepare a complex and widely available informative document on the subject. The outcome of the panel's works is the report published in 2009, entitled "Wind Turbine Sound and Health Effects. An Expert Panel Review" (Colby et al., 2009). The authors have concluded the following:

1. Noise emitted by wind turbines does not pose a risk of hearing deterioration or loss. Such risk may occur only when the sound pressure level exceeds 85 dB. Noise emitted by wind turbines does not exceed this sound pressure limit.
2. Experiments have shown that infrasounds emitted at a level of 40 to 120 dB do not have adverse health effects.
3. Human body vibrations caused by a sound of resonance frequency (i.e. a frequency which causes an increase in the amplitude of vibrations of the system on which a given sound has impact) only occur in the case of very loud sounds (exceeding 100dB). Considering the level of noise emitted by wind turbines, such a phenomenon is not involved in their case.
4. In many cases, the negative impact of wind turbines on human health and wellbeing is a result of the so-called nocebo effect (as opposed to the placebo effect). Anxiety, depression, insomnia, headaches, nausea and difficulty concentrating are common symptoms frequent in every person and there is no evidence that the frequency of their occurrence increases significantly among people living in the vicinity of wind farms (causing the so-called "wind turbine syndrome"). The nocebo effect associates the occurrence of such symptoms not with a potential source of such discomfort (in this case, a wind farm), but with a negative attitude towards it and lack of acceptance of its presence.
5. The "wind turbine syndrome" is based on the improper interpretation of physiological data of the persons potentially suffering from this disease. Its identified symptoms actually comprise the so-called annoyance syndrome, which can be caused by many factors and cannot be linked, only and exclusively, to the presence of wind turbines.

6. There is no reliable research or evidence that wind turbines cause the so-called Vibroacoustic Disease (VAD), a disease resulting in disorders in the whole human body. Animal studies have shown that the risk of developing the disease occurs in the case of a continuous – a minimum of 13 weeks – exposure to low frequency sounds emitted at a level of ca. 100 dB, namely ca. 50–60 dB higher than that emitted by wind turbines.

The main sources of electromagnetic field, directly related to a wind power plant, are the wind turbine generator and the output transformer. These devices are mounted inside the nacelle, i.e. at a significant height, hence their impact on the level of the electromagnetic field measured at ground level is low, if measurable at all. Moreover, the devices are placed inside the nacelle and enclosed in a space surrounded by a metal conductor with screening properties, which results in the effective impact of a wind turbine on the shape of the electromagnetic climate of the environment being equal to zero (www.archiwalnybip.warmia.mazury.pl). Moreover, as proven by epidemiological studies to date, no direct impact of the electromagnetic field generated by high-voltage power lines and substations on the health and lives of people exposed to the electromagnetic field emitted by everyday appliances on a daily basis (see: Table 3) has been identified so far.

Table 3. Typical PEM Values for the Selected Sources of Radiation

Type of device	Magnetic field intensity (uT) at a distance from the device		
	2.5 cm	30 cm	1 m
Hairdryer	6–2000	0.01–7	0.01–0.03
Electric shaver	15–1500	0.08–9	0.01–0.03
Vacuum cleaner	200–800	2–20	0.13–2
Fluorescent lamp	40–400	0.5–2	0.02–0.25
Portable radio broadcast receiver	16–56	1	< 0.01
Electric oven	1–50	0.15–0.5	0.01–0.04
Washing machine	0.8–50	0.15–3	0.01–0.15
Iron	8–30	0.12–0.3	0.01–0.03
Dishwasher	3.5–30	0.6–3	0.07–0.3
Refrigerator	0.5–1.7	0.01–2	< 0.01
Computer	0.5–30	< 0.01	–

Source: Bieńkowski and Zubrzak (2011).

The permissible values of physical parameters of electromagnetic fields have been defined in the Regulation of the Minister of the Environment regarding the permissible levels of electromagnetic fields in the environment and methods of checking compliance with these levels from October 30, 2003 [Journal of Laws [Dz.U.] no. 192, item 1883]. Compared with the global regulations, in terms of the restrictions regarding electromagnetic field emissions and radiation, the Polish regulations are considered one of the most restrictive.

Conclusion

As the emission-free technology, renewable energy reduces CO₂ emission, thus significantly facilitating the improvement in the quality of air cleanliness (WWF report, 2014) and hence improving the climate quality, making it one of the main tools for implementation of the provisions of the 1992 United Nations Framework Convention on Climate Change and the Kyoto Protocol. Replacing coal energy with wind energy allows for avoiding the emission of pollutants.

In times of crisis, which the world is heading towards at an ever faster pace, we ask ourselves: should we continue economic growth or give it up in favor of economical and rational management and healthier living? The rational management of natural resources is an important element of economic growth, which is supposed to bring economic, social and environmental effects. The development of renewable energy sources should be a priority objective for all countries, and environmental protection and economy should be compatible with sustainable development. Considering future generations, as the French writer and poet Antoine de Saint-Exupéry said, "We do not inherit the Earth from our parents, we borrow it from our children", we are obliged to take care of this good today. According to research, wind energy is becoming essential for the proper functioning of the economy and mainly for healthy living and respect for the environment.

Effective action to curb climate change depends on well-defined and efficient governance systems. An increasing number of European countries have been adopting national frameworks to organize their climate actions, often in the form of climate laws.

The article is financed within the framework of the program of the Minister of Science and Higher Education under the name "Regional Excellence

Initiative” in the years 2019–2022, project number 001/RID/2018/19, the amount of financing PLN 10,684,000.00.

References

- Analiza oddziaływania w zakresie pola i promieniowania elektromagnetycznego przedsięwzięcia polegającego na budowie farmy wiatrowej w Adamowie, gm. Gronowo Elbląskie. Retrieved December 29, 2018, from www.archiwalnybip.warmia.mazury.pl.
- Bieńkowski, P. & Zubrzak, B. (2011). *Źródła pola elektromagnetycznego w życiu codziennym człowieka*. In *XXI Sympozjum Środowiskowe PTZE: Zastosowania elektromagnetyzmu w nowoczesnych technikach i informatyce* (pp. 39–43). XXI Sympozjum Środowiskowe PTZE: Zastosowania elektromagnetyzmu w nowoczesnych technikach i informatyce, Lubliniec, 5–8 June. Polskie Towarzystwo Zastosowań Elektromagnetyzmu. Retrieved December 29, 2018, from <http://szkodliwepromieniowanie.pl/typowe-wartosci-pem-dla-wybranych-zrodel-promieniowania/>.
- EEA. (2014). *Air quality in Europe – 2014 report* [EEA Report No 5/2014]. European Environment Agency. doi:10.2800/22775.
- European Commission. (2003). *External costs: Socio-environmental damages due to electricity and transport*.
- Juda-Rezler, K., & Toczko, B. (Eds.). (2016). *Pyły drobne w atmosferze. Kompendium wiedzy o zanieczyszczeniu powietrza pyłem zawieszonym w Polsce*. Inspekcja Ochrony Środowiska, Biblioteka Monitoringu Środowiska.
- Radović, U. (2009). *Porównanie wpływu na zdrowie człowieka i środowisko naturalne różnych źródeł energii – wyniki badań w programie ExternE*. II Szkoła Energetyki Jądrowej, Agencja Rynku Energii S.A.
- Ralb, A. & Spadaro, J. (2000). Public health impact of air pollution and implications for the energy system. *Annual Review of Energy and the Environment*, 15(25), 601–27.
- WWF Report. (2014). *Demaskowanie mitów: Obalanie mitów o energii odnawialnej*.
- Radović, U. (n.d.). *Porównanie wpływu na zdrowie człowieka i środowisko naturalne różnych źródeł energii – wyniki badań w programie Externe*. Retrieved from: http://www.if.pw.edu.pl/~pluta/pl/dyd/mtj/za12/CD_II_SZKOLA/II.%20CYKL_PALIWOWY/1_U_Radovic_porownanie_wplywu.pdf.
- Rove, R.G., Chestnul, L.G., Lang, C.M., Bernow, S.S., & White, D.E. (1995). *The New York environmental externalities cost study: Summary of approach and results*. IEA, OECD, workshop on the External Costs of Energy.
- Siemiński, M. (2008). *Środowiskowe zagrożenia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Soliński, J. & Ostrowski, B. (2010). *Energia wiatru, komputerowy system monitoringu*.
- WHO. (2015). *Economic cost of the health impact of air pollution in Europe*.
- WHO. (2016). *Ambient air pollution database 2016*.
- www.externe.info/externe_2006/expolwp6.pdf (retrieved December 29, 2018).

Sylwetka Profesora

Kazimierz Ryc urodził się 28 października 1935 roku we wsi Śledzianów, w województwie podlaskim. W latach 1944–1949 uczęszczał do szkoły podstawowej w rodzinnej wsi (siedem klas ukończył w ciągu pięciu lat, nadrobiąc zaległości w nauce z lat wojny – stąd, jak sam żartobliwie przyznawał, miał pewne luki w wykształceniu). Liceum Ogólnokształcące w Drohiczynie nad Bugiem ukończył w roku 1953.

Jako najlepszy uczeń w klasach maturalnych otrzymał dyplom przodownika nauki, co wtedy otwierało drogę na studia bez egzaminu wstępnego. Wybrał Wydział Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego. Kiedy jednak pojawiła się oferta lepszych warunków studiowania (stypendium oraz miejsce w domu studenckim) na tworzonym jesienią 1953 roku Wydziale Ekonomii, zdecydował się na ten właśnie kierunek studiów.

Jeszcze w czasie studiów prowadził ćwiczenia z ekonomii na Politechnice Warszawskiej, w charakterze zastępcy asystenta (tak nazywano wtedy tego studenta, który uczył kolegów, nierzadko starszych od siebie). Za dobre wyniki na studiach pobierał stypendium naukowe. Pięcioletnie studia ukończył w terminie, tj. w czerwcu 1958 roku i zaraz, od nowego roku akademickiego, został zatrudniony na Wydziale Ekonomii jako asystent w Katedrze Ekonomii Politycznej, kierowanej przez sławę polskich ekonomistów – Profesora Oskara Langego. Pracę magisterską nt. możliwości wyznaczania i wykorzystania stopy procentowej w gospodarce socjalistycznej napisał w ramach seminarium wspomnianej katedry, pod bezpośrednim kierownictwem Profesora Henryka Fiszla.

Pierwszy wyjazd Kazimierza Rycia za granicę przypadł na wrzesień 1957 roku i był zarazem pierwszym po polskim Październiku masowym wyjazdem studentów na Zachód. Wraz z kolegami wybrał się do Francji na winobranie. Rok później odbył praktykę studencką w Jugosławii, organizowaną przez AIESEC. Wziął też udział w seminarium AIESEC w Lublanie jako współorganizator wymiany praktyk studenckich.

Wkrótce po podjęciu przez niego pracy w Katedrze Ekonomii Politycznej, nastąpił jej podział na Katedrę Ekonomii I, którą kierował Profesor

Włodzimierz Brus, i Katedrę Ekonomii II, której szefem został Profesor Oskar Lange. Młody magister został przydzielony do Katedry Profesora Brusa. I to pod Jego kierownictwem naukowym napisał pracę doktorską nt. zmian spożycia na tle wzrostu gospodarczego w Polsce w latach 1945–1965, wraz z prognozą do 1970 roku. Pracę tę obronił w 1966 roku. Została ona wydana w formie książkowej dwa lata później, w 1968 roku, w wydawnictwie KiW i uzyskała znaczny rozgłos. Zawierała szacunki i obliczenia Autora dotyczące wzrostu spożycia w kolejnych planach wieloletnich, łącznie z oceną stopnia wykonania celów w zakresie konsumpcji indywidualnej, zawartych w tych planach. W ostatnim, uogólniającym rozdziale tej książki oraz nieco wcześniej, w artykule pt. *Problemy wzrostu dochodu narodowego i spożycia w warunkach napięcia inwestycyjnego*, zamieszczonym w „Ekonomiście” (1967, nr 3) zostały przedstawione przyczyny niewykonania założeń planów w dziedzinie spożycia. Pokazane przez autora sprzeczności interesów inwestorów bezpośrednich i centralnego dysponenta środków na inwestycje powodowały powstawanie jednokierunkowych błędów w konstrukcji planów. Błędy te ujawniały się w trakcie realizacji, powodując napięcia inwestycyjne, a te z kolei generowały wysoki koszt realizacji, uniemożliwiając pełne wykonanie założeń w zakresie produkcji dóbr finalnych. Następstwem tego był nierównomierny, cykliczny wzrost dochodu narodowego i spożycia, ze szkodą dla efektów konsumpcyjnych wzrostu gospodarczego. Książka doczekała się kilku pozytywnych recenzji w kraju i za granicą, m.in. w paryskiej „Kulturze”.

Staraniem ówczesnego Dziekana Wydziału Ekonomii, Profesora Czesława Bobrowskiego Wydział otrzymał z Komitetu Nauki i Techniki środki na badania naukowe, przeznaczone na badania konsumpcji w Polsce. Opracowanie koncepcji oraz kierownictwo tych badań powierzono Kazimierzowi Ryciowi.

On też sprawnie organizował zespół naukowo-badawczy, składający się z młodych pracowników nauki – na poziomie doktora – z Wydziału Ekonomii i Socjologii. Zespół ten zajął się sprawą wykorzystania powszechnej motoryzacji dla przyspieszenia zmian struktury i dynamiki wzrostu spożycia w Polsce. Były to końcowe lata 60., epoka niechętnego motoryzacji Władysława Gomułki. Komitet Nauki i Techniki odmówił kontynuacji finansowania badań.

Po dojściu do władzy Edwarda Gierka nastąpiła zmiana klimatu dla tego typu badań. Ówcześni działacze gospodarczy szukali argumentów na rzecz odrobienia choćby części dystansu w dziedzinie motoryzacji w stosunku do innych krajów, w tym niektórych krajów socjalistycznych. Wyniki badań prowadzonych na UW okazały się więc przydatne. Ich inicjator, Kazimierz

Ryć, wszedł do ścisłego grona osób przygotowujących projekt finansowania, produkcji i sprzedaży popularnego samochodu osobowego, niezbędne do zapoczątkowania procesu upowszechniania motoryzacji. To właśnie Kazimierz Ryć był autorem uzasadnienia ekonomicznego projektu, współautorem analizy rynku oraz systemu sfinansowania przedsięwzięcia. Trzeba przyznać, że wersja projektu z września 1970 roku, następnie zaakceptowana do realizacji, odbiegała istotnie od projektowanej. Przyjęto bowiem o połowę niższe wielkości produkcji oraz gorszy wariant techniczny (Fiat 126, a nie 127). W tej sytuacji Kazimierz Ryć wycofał się ze współpracy nad realizacją tego projektu, jednak od tego czasu – zapewne uznany za eksperta od spraw konsumpcji i rynku – był powoływany do zespołów ekspertów w Komisji Planowania i na szczeblu rządowym oraz zespołu koordynacyjnego dla kilku tematów węzłowych z tych dziedzin. W latach 70. odbył trzy staże naukowe we Francji na Sorbonie II i VI.

Zespół naukowo-badawczy do spraw konsumpcji i rynku przestał funkcjonować, a jego inicjator przeszedł w 1972 roku do Instytutu Zarządzania i tam utworzył Zakład Konsumpcji i Rynku. Był zresztą współorganizatorem tego Instytutu, zastępcą dyrektora do spraw dydaktycznych. To docent Kazimierz Ryć był jednym z współtwórców Wydziału Zarządzania na Uniwersytecie Warszawskim – najstarszego dziś wydziału biznesu w Polsce, liczącego już 43 lata i pierwszego – jak mówiono – na wschód od Łaby.

W ramach badań nad konsumpcją, prowadzonych na Wydziale powstało 8 prac doktorskich (w tym 6 kierowanych przez Niego) oraz 2 prace habilitacyjne. W latach 1981–1984 Kazimierz Ryć był Prodziekanem Wydziału Zarządzania UW do spraw badań naukowych. W latach 80. pełnił też funkcję dyrektora Zakładu Badania Cen przy Urzędzie Cen, a następnie – po włączeniu Urzędu Cen do Ministerstwa Finansów, zakładu zaś do Instytutu Finansów – był zastępcą dyrektora tego Instytutu, w którym kierował tematem badawczym z zakresu polityki cen.

Karierę eksperta w Komisji do Spraw Reformy Gospodarczej zakończył w 1987 roku na stanowisku członka Prezydium tej komisji i przewodniczącego zespołu XII – do spraw płac i cen. Wiązało się to z Jego wyjazdem do pracy w latach 1987–1991, w Międzynarodowym Instytucie Problemów Zarządzania w Moskwie. Wcześniej, w 1985 roku, Kazimierz Ryć otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego. Profesorem zwyczajnym został w 1999 roku. W tym też roku został wybrany na Dziekana Wydziału Zarządzania, którą to funkcję pełnił przez dwie kadencje. W tym czasie zajął się rozbudową Wydziału. Wzrost zainteresowania badaniami naukowymi z zakresu zarządzania oraz wzrost liczby kandydatów na studia wymagały inwestycji

w rozbudowę bazy materialnej i wyposażenie Wydziału. Skromna dotacja KBN na budowę sali dydaktyczno-konferencyjnej, a także wypracowane środki własne oraz pozyskane od sponsorów, umożliwiły pełną rozbudowę kompleksu.

Profesor Kazimierz Ryc do końca życia pracował w Katedrze Gospodarki Narodowej, wykładał politykę makroekonomiczną i sektorową oraz politykę społeczną. Przez trzy kadencje pełnił funkcję kierownika Komisji Przewodów Doktorskich; prowadził badania naukowe w dwóch obszarach: polityka makroekonomiczna oraz ekonomia sektora ochrony zdrowia.

Był jednym z inicjatorów – zapoczątkowanego na Wydziale Zarządzania UW ponad 15 lat temu – cyklu konferencji pod tytułem *Ochrona zdrowia i gospodarka* (pierwsza odbyła się w lutym 2006 roku). Każda konferencja poświęcona była innemu problemowi, związanemu z funkcjonowaniem opieki zdrowotnej – szczególnie aspektom ekonomicznym i dylematom zarządzania. Następnym owych konferencji był cykl wydawanych od 2006 roku (co 2–3 lata) przez Wydawnictwo Naukowe WZ UW publikacji poświęconych problematyce ochrony zdrowia (seria *Ochrona zdrowia i gospodarka*). Profesor Kazimierz Ryc był redaktorem naukowym każdej z tych wydziałowych monografii i autorem/współautorem publikowanych w niej tekstów.

Profesor był jednym z pomysłodawców powołania na Wydziale Zarządzania UW Centrum Zarządzania w Ochronie Zdrowia. Jest ono niezależną, międzykatedralną jednostką, prowadzącą prace naukowo-badawcze, zajmującą się edukacją i dydaktyką w zakresie szeroko pojętej ochrony zdrowia.

Zainteresowanie Profesora Kazimierza Rycia problematyką organizacji i finansowania ochrony zdrowia sprawiło, że w ciągu ostatnich kilkunastu lat był On recenzentem kilku prac doktorskich i rozpraw habilitacyjnych, dotyczących problemów funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej oraz recenzentem dorobku naukowego podczas postępowania o nadanie tytułu profesora w dziedzinie nauk ekonomicznych i nauk o zdrowiu.

Pierwotna wersja życiorysu Profesora Kazimierza Rycia ukazała się w monografii pod redakcją Alojzego Z. Nowaka, pt.: *Gospodarka na rozdrożu XXI wiek. Księga jubileuszowa z okazji osiemdziesiątych urodzin Profesora Kazimierza Rycia*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2015.



Wizyta w Zamku w Chambord podczas konferencji na Uniwersytecie Paris-IV (Université Paris Sorbonne), ok. 1977–1979; od lewej: prof. dr hab. Andrzej K. Koźmiński, prof. dr hab. Jerzy Więckowski oraz prof. dr hab. Kazimierz Ryc (fot. ze zbiorów prof. Kazimierza Rycia)



Podpisanie aktu erekcyjnego pod budowę gmachu Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego przez prof. dr hab. Kazimierza Rycia, czerwiec 2001 r. (fot. archiwum Wydziału Zarządzania UW)



Uroczystość otwarcia budynku B Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego w dniu 22 września 2005 r.; od lewej: prof. dr hab. Alojzy Z. Nowak, prof. dr hab. Kazimierz Ryć (fot. archiwum Wydziału Zarządzania UW)



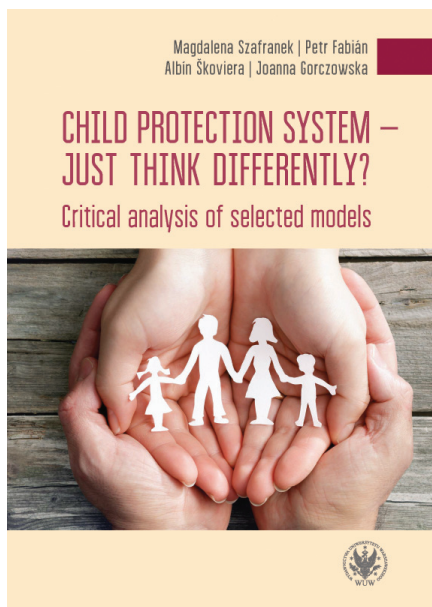
Spotkanie z Komisarz Unii Europejskiej ds. Polityki Regionalnej, Danutą Hübner, na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, 15 stycznia 2007 r.; od lewej: prof. dr hab. Danuta Hübner, prof. dr hab. Witold Chmielarz, prof. dr hab. Kazimierz Ryć, dr Piotr Sokół, prof. dr hab. Katarzyna Chałasińska-Macukow, prof. dr hab. Stanisław Głąb (fot. archiwum Wydziału Zarządzania UW)



Obchody 35-lecia Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, 15 grudnia 2007 r.; od lewej: prof. dr hab. Marian Górski, prof. dr hab. Andrzej K. Koźmiński, prof. dr hab. Alojzy Z. Nowak, prof. dr hab. Kazimierz Ryć (fot. archiwum Wydziału Zarządzania UW)



Obchody 10. rocznicy wmurowania kamienia węgielnego; prof. dr hab. Kazimierz Ryć, prof. dr hab. Piotr Węgleński (fot. archiwum Wydziału Zarządzania UW)



Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego
ul. Prosta 69, 00-838 Warszawa
tel. 22 55 31 333
www.wuw.pl



Sekcja Wydawnicza
Wydziału Zarządzania
Uniwersytetu Warszawskiego

ISBN 978-83-235-5874-3

