

Dylematy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w warunkach przesilenia cywilizacyjnego

Elżbieta Mączyńska

STRESZCZENIE

Przedstawiane w tym opracowaniu analizy ukierunkowane są na identyfikację nowych trendów i wyzwań w sektorze ochrony zdrowia, przede wszystkim wynikających z dokonującego się obecnie w skali globalnej przesilenia cywilizacyjnego, jako następstwa czwartej rewolucji przemysłowej, rewolucji cyfrowej z jej niewyobrażalnym potencjałem sztucznej inteligencji. W takich warunkach istotne są zwłaszcza rozwiązania ukierunkowane na optymalne wykorzystywanie nowych technologii, w tym przede wszystkim rozwiązania przeciwdziałające nieprawidłowościom, skutkującym marnotrawieniem materialnego i intelektualnego potencjału w tym sektorze. W warunkach bowiem niemal chronicznego niedostatku źródeł finansowania ochrony zdrowia, charakterystycznego zresztą nie tylko dla Polski, lecz także dla wielu innych krajów, fundamentalnego znaczenia nabiera racjonalizacja wykorzystywania dostępnych zasobów. W Polsce jest to szczególnie istotne ze względu na relatywnie niskie nakłady na ochronę zdrowia, zarówno w wymiarze bezwzględnym, jak i w relacji do PKB. Potwierdzają to prezentowane w artykule statystyki międzynarodowe. W tym kontekście w artykule wskazuje się na wybrane racjonalizujące kierunki zmian w krajowym systemie ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, czwarta rewolucja przemysłowa, przesilenie cywilizacyjne, medykalizacja, FoMO, koszty samotności, AI, cyberchondria, denializm

Wprowadzenie

Choć w ocenach potencjału rozwojowego poszczególnych krajów i ich ugrupowań z reguły dominuje podejście ekonomiczne z wykorzystywaniem przede wszystkim standardowego miernika, jakim jest produkt krajowy brutto (PKB), to jednak wiele wskazuje, że jest to podejście dalece niewystarczające. W dodatku jest to podejście zwiększające ryzyko nader powierzchownych lub wręcz błędnych ocen. W ocenach takich bowiem z reguły nie znajdują należytego uwzględnienia m.in. kwestie ochrony zdrowia. Dzieje się tak, mimo że niemal za truizm można uznać stwierdzenie, że to przede wszystkim zdrowie ludzi determinuje ich dokonania, a zatem i dokonania kraju. Zdrowotna kondycja społeczeństwa warunkuje postęp ekonomiczny i społeczny. Zarazem jednak precyzyjne, kompleksowe oszacowanie wpływu kondycji zdrowotnej społeczeństwa na ekonomiczną kondycję kraju wymyka się prostym rachunkom. W takich rachunkach przeważnie nie są uwzględniane, w pełnym wymiarze, koszty związane

z zaniedbaniami w sferze ochrony zdrowia. Nie sposób bowiem dokładnie wyliczyć wszystkich, indywidualnych oraz ogólnogospodarczych i społecznych następstw niedostatków zdrowia. A przecież wiadomo, że gdy brakuje zdrowia, nie cieszy bogactwo, a w dodatku może to sprawiać, że bogactwo topnieje. Niezwykle trafnie już przed wiekami ujął to polski poeta epoki renesansu Jan Kochanowski (1530–1584) w słynnej fraszce *Na zdrowie*: „Bo dobre mienie, Bogactwo, Młodość, Perły, kamienie, Także wiek młody I dar urody, Mieśca wysokie, Władze szerokie Dobre są, ale – Gdy zdrowie w cale, Gdzie nie masz siły, I świat niemiły” [Kochanowski oryg. 1584, s. 73]. Dlatego do najgorszych, najbardziej dotkliwych w skutkach zaniedbań należą zaniedbania w sferze ochrony zdrowia, które są szczególnie kosztowne i szkodliwe dla ludzi oraz dobrostanu kraju. Nieprzypadkowo też już w starożytności Hipokrates (460–377 p.n.e.), jeden z najwybitniejszych prekursorów współczesnej medycyny – uznał, że: „Zdrowie pacjenta jest najwyższym prawem” („*Salus aegroti suprema lex*”). W Polsce prawo do ochrony zdrowia wynika wprost z prawa do godności każdego człowieka, co przynajmniej formalnie gwarantuje Konstytucja RP. Stąd też ochrona zdrowia powinna stanowić jeden z priorytetów w polityce społeczno-gospodarczej kraju.

Jednak w praktyce należytej realizacji przysługującego ludziom konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia nie sprzyja nie tylko niedostatek, lecz także marnotrawstwo i nieracjonalność wykorzystywania dysponowanych, niestety wciąż nader ograniczonych zasobów. W dodatku marnotrawstwo takie nierzadko występuje pod hasłem oszczędności. Jednym z najbardziej dobitnych tego przejawów jest stosowanie ze względów oszczędnościowych nienowoczesnych, najtańszych leków i technologii medycznych, zamiast bardziej skutecznych, nowszych, innowacyjnych. Mniejsza skuteczność leków nieinnowacyjnych sprawia, że uzyskiwane dzięki temu obniżki kosztów leczenia szybko przekształcają się w ich wzrost. Takie niby „oszczędności” stają się niezwykle kosztowne społecznie – i dla pacjentów – i dla całego systemu ochrony zdrowia, a także dla całego kraju, w tym gospodarki. Niższa skuteczność nienowoczesnych leków oznacza bowiem przeważnie wydłużanie się czasu leczenia oraz wzrost ponoszonych z tego tytułu kosztów bezpośrednich i pośrednich. Łączy się to z reguły z dyskomfortem pacjenta i z różnymi obciążającymi go kosztami, przy czym wiele z nich, w tym zwłaszcza związanych z dyskomfortem życia, trudno poddaje się pomiarowi i dlatego nie są uwzględniane w rachunku kosztów leczenia, choć są tym większe, im dłużej leczenie trwa i im mniej jest skuteczne. Zatem tego typu pseudooszczędności w leczeniu to kosztowne społecznie, gospodarczo i indywidualnie marnotrawstwo.

Zarazem jednak wdrażanie najbardziej innowacyjnych metod leczenia z reguły łączy się z koniecznością zwiększania nakładów, co staje się szczególnie trudnym wyzwaniem, zwłaszcza w warunkach tak charakterystycznego obecnie niebywałego dynamizmu innowacyjności w medycynie. W takich warunkach rośnie też znaczenie zachowywania optymalnych proporcji między zakresem stosowania sprawdzonych, a przez to bezpiecznych leków „starych”, a stosowaniem leków innowacyjnych (o czym w dalszej części artykułu).

Przedstawiane tu analizy ukierunkowane są na identyfikację nowych trendów i wyzwań w sektorze ochrony zdrowia, przede wszystkim wynikających z dokonującego się obecnie w skali globalnej przesilenia cywilizacyjnego, wymuszanego przez rozwój technologii cyfrowych i sztucznej inteligencji. Istotne są zwłaszcza rozwiązania ukierunkowane na optymalne wykorzystywanie nowych technologii, w tym przede wszystkim rozwiązania przeciwdziałające nieprawidłowościom, skutkującym marnotrawieniem materialnego i intelektualnego potencjału w tym sektorze. W warunkach bowiem niemal chronicznego niedostatku źródeł finansowania ochrony zdrowia, charakterystycznego zresztą nie tylko dla Polski, lecz także dla wielu innych krajów, fundamentalnego znaczenia nabiera racjonalizacja wykorzystywania dostępnych zasobów.

Opracowanie to powstało w związku z realizowanym w ramach Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk projektem badawczym pt. *Polskie Zdrowie 2.0*. Zostałam zaangażowana do udziału w tym projekcie początkowo jako recenzentka ekspertyzy pt. *Makroekonomiczne uwarunkowania finansowania systemu ochrony zdrowia. Kilka uwag w kontekście wyzwań systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Rekomendacje strategiczne na lata 2023–2027*, autorstwa prof. dr. hab. Krzysztofa Opolskiego oraz dr. Marka Zuberera. W kolejnym etapie prac nad tym projektem zostały uwzględnione moje analizy, dotyczące badanej problematyki. Jednak ze względu na przyjęte w tym projekcie redakcyjne ramy, konieczne były rozmaite skróty tych analiz, co dotyczyło także przypisów, informacji bibliograficznych i innych.

Dlatego też, za zgodą kierownictwa rzeczowego projektu, przedstawiam w niniejszym artykule pełną, autorską wersję tekstu. Dziękuję zarazem prof. K. Opolskiemu i dr. M. Zuberowi za możliwość współpracy i wymiany poglądów dotyczących tematyki realizowanego projektu. Stanowiło to ważną inspirację badawczą rzutującą na treści niniejszego artykułu. Jego podstawą były studia krajowej i zagranicznej literatury przedmiotu, analizy danych empirycznych, w tym statystyk, eksperckie debaty, jak też specjalistyczne, krajowe i międzynarodowe raporty dotyczące ekonomicznych oraz organizacyjnych aspektów funkcjonowania sfery ochrony zdrowia.

Sektor ochrony zdrowia w Polsce – niedofinansowany i marnotrawny

W świecie nauki i w praktyce życia społeczno-gospodarczego nie brakuje dowodów, że stan i zmiany sektora ochrony zdrowia są synergicznie powiązane z rozwojem społeczno-gospodarczym i zmianami jakości życia ludzi. Występują tu zarazem sprzężenia zwrotne. Szczególnie istotna jest przy tym kwestia finansowania rzeczowego sektora, tym bardziej, że Polskę z jednej strony cechują niskie, w porównaniu z innymi krajami Zachodu, nakłady na ochronę zdrowia – i to zarówno w wymiarze bezwzględny, jak i w relacji do produktu krajowego brutto (PKB). Zarazem z drugiej strony, wyraźne są przejawy nieefektywnego gospodarowania dysponowanymi środkami i znaczna doza ich marnotrawstwa. Potwierdzają to krajowe i międzynarodowe statystyki (tab. 1).

Tabela 1. System ochrony zdrowia w Polsce na tle wybranych krajów OECD, 2022 r.

Kraje	Wydatki na 1 mieszkańca (w USD wg siły nabywczej)	Wydatki (%) PKB	Liczba lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców	Liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 1000 mieszkańców	Liczba łóżek w przeliczeniu na 1000 mieszkańców
OECD	4 986	9,2	3,7	9,2	4,3
Polska	2 973	6,7	3,4	5,7	6,3
Niemcy	8 011	12,7	4,5	12,0	7,8
Finlandia	5 599	10,0	3,6	18,9	2,8
Dania	6 280	9,5	4,4	10,2	2,5
Czechy	4 512	9,1	4,3	9,0	6,7

Źródło: *Health at a Glance 2023 OECD Indicators*, s. 31

Zawarte w tabeli 1 dane potwierdzają, że nakłady na ochronę zdrowia w Polsce są niskie zarówno w ujęciu bezwzględnym, jak i w relacji do PKB. Łączne nakłady na ochronę zdrowia (nakłady publiczne i prywatne) stanowiły 6,7% PKB (w tym nakłady publiczne zaledwie 5%) [GUS 2023; *Health* 2023]. Sytuuje to nasz kraj na przedostatniej pozycji w krajach OECD. Niższy poziom cechuje jedynie Turcję z nakładami w wysokości 4,3% PKB [Health 2023]. Niekorzystnie kształtują się też wskaźniki dotyczące liczby pielęgniarek w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Natomiast relatywnie wysoka jest liczba łóżek szpitalnych, ale to – w połączeniu z niewiele tylko niższą w porównaniu z innymi krajami liczbą lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców – można uznać za pochodną właśnie słabości systemu ochrony zdrowia. Zaniedbania w tym systemie, w tym w profilaktyce i ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, generują bowiem większe zapotrzebowanie m.in. na łóżka szpitalne.

Mimo niskich w Polsce nakładów na ochronę zdrowia, nie brakuje zarazem niestety przejawów marnotrawstwa w tym obszarze. Przejawy tego są różnorodne – począwszy od marnotrawienia czasu pracy lekarzy na biurokratyczną mitręgę i inne prace niemedyczne, w tym sprawozdawcze, poprzez pozornie oszczędnościowe, zaś przy uwzględnieniu pełnego rachunku kosztów, wysoce kosztochłonne metody leczenia, a kończąc na priorytecie dla urzędowych procedur, co prowadzi do erozji rzeczywistej troski o pacjenta.

Zmiana, która niestety wciąż nie może doczekać się realizacji, to właśnie przede wszystkim odejście od rzeźzonego wyraźnego obecnie pierwszeństwa dla biurokratycznych procedur, zamiast pierwszeństwa dla dobra pacjenta i jego długofalowych korzyści zdrowotnych oraz oceny procedur medycznych poprzez stosowanie wskaźników nie tylko leczenia, lecz i trwałego wyleczenia. Nierzadko bowiem pacjent leczony, po zażegnaniu głównych objawów choroby, pozostawiany jest samemu sobie, bez zapewnienia należytego nadzoru i opieki kontrolno-medycznej, co skutkować może nawrotami choroby, pociągając dodatkowe nakłady. Dobru pacjentów w wielu przypadkach sprzyjałoby też ułatwianie im bezpośredniego dostępu do specjalistów medycznych, bez konieczności pozyskiwania dodatkowych skierowań, co niekiedy ma charakter czysto formalny i niepotrzebnie dodatkowo obciąża system ochrony zdrowia, absorbując jego potencjał.

Podobnie skutkują pseudooszczędności polegające na stosowaniu tańszych procedur, ale niezapewniających satysfakcjonujących efektów leczenia. Tego typu sytuacje są pochodną z jednej strony obowiązujących procedur i administracyjnych regulacji medycznych, a z drugiej strony niedostatku środków finansowych. Zarazem zastrzec jednak tu trzeba, że tak charakterystyczna obecnie, intensyfikacja marketingowych działań globalnych koncernów farmaceutycznych, sprzyja nieuzasadnionej nierzadko deprecjacji walorów „starych”, sprawdzonych i tanich leków, na rzecz stosowania nowych, przeważnie znacznie droższych. Istotne jest zwłaszcza, że dzięki tym bezpiecznym (sprawdzonym przez wiele lat co do działań ubocznych), tanim lekom, może być zapewniony w chorobach cywilizacyjnych (takich jak np. nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca) dostęp do leczenia dla wszystkich grup społecznych, co zapobiega nierównościom w opiece zdrowotnej. Zwraca się na to uwagę w wielu krajach w rządowych programach ochrony zdrowia, ale też w raportach specjalistycznych organizacji i towarzystw medycznych, także ponadnarodowych. Wskazuje to na złożoność tych kwestii, co niekiedy przybiera charakter swego rodzaju węzła gordyjskiego czy syndromu błędnego koła. Negatywne tego następstwa ujawniają się zwłaszcza w szczególnie wrażliwych i niedoinwestowanych obszarach, jak m.in. pediatria i geriatryka, co zresztą jedno z drugim się wiąże. Zaniedbania w pierwszym obszarze nierzadko skutkują bowiem koniecznością zwiększania nakładów w drugim, na co dodatkowo negatywnie wpływa postępujący proces starzenia się społeczeństwa.

Tego typu przejawy błędnego koła mogą się nasilać w warunkach dokonującego się obecnie w skali globalnej przesilenia cywilizacyjnego. Przesilenie to tworzy bowiem podłoże dla pojawiania się nowych zjawisk chorobowych, wynikających m.in. z niekorzystnych dla zdrowia przemian w stylu życia ludzi, zarówno w sferze gospodarstw domowych, jak i w sferze pracy zawodowej i modeli biznesu. Zarazem w wyniku dokonującego się przełomu technologicznego kreowane są wciąż nowe, przeważnie dość kosztowne technologie medyczne. Wiąże się z tym m.in. ryzyko nadmiernej, kosztownej medykalizacji (o czym szerzej w dalszej części artykułu). Wszystko to zwiększa zapotrzebowanie na środki finansowe w sektorze ochrony zdrowia. W tym sensie sektor ten, to swego rodzaju przysłowiowy finansowy „worek bez dna”.

Nieefektywność każdego systemu z reguły ma związek m.in. z zasadami pomiaru realizowanych w jego ramach dokonań. W sferze medycznej w pomiarze tym uwzględniane są podejmowane procedury medyczne i proces leczenia, co jest oczywiste, ale w niewielkim stopniu, a jeśli już, to co najwyżej pośrednio, uwzględniane są trwałe efekty leczenia i skala wyleczenia. W takich warunkach w znacznym stopniu niemal nieuchronnie słabną bodźce dla nadawania priorytetu nie dla procedur, lecz dla końcowych efektów leczenia i wyleczenia. Świadczy to o myleniu środków z celami. Celem zasadniczym w takiej sytuacji, niestety, staje się przede wszystkim samo leczenie, a nie wyleczenie. Ma to też związek z ogólnym systemem pomiaru dokonań społeczno-gospodarczych.

Kwestia pomiaru

Sposób pomiaru ma niemal w każdej sferze życia społeczno-gospodarczego fundamentalne znaczenie dla racjonalności działań. W zależności bowiem od tego jak mierzona i oceniana jest działalność ludzi, instytucji czy przedsiębiorstw – tak działają.

Kwestia pomiaru dokonań społeczno-gospodarczych, a zatem i medycznych, jest jednym z najważniejszych zagadnień zarówno w teorii ekonomicznej, jak i w praktyce gospodarczej. Sposób pomiaru stanowi bowiem fundamentalny wyznacznik i bodziec działań. Zawsze rzutuje na zachowania głównych interesariuszy. Jeśli pomiar jest błędny lub niepełny, może prowadzić do błędnych czy społecznie niepożądanych zachowań i decyzji. Jest to zatem kwestia systemowa.

W pomiarze dokonań społeczno-gospodarczych od wielu dekad króluje miernik, jakim jest produkt krajowy brutto (PKB). Wręcz ma miejsce swego rodzaju fetyszyzowanie tego miernika. Nierzadko bowiem wzrost PKB, czyli wzrost gospodarczy utożsamiany jest z rozwojem społeczno-gospodarczym. Jednak jest to przejaw mylenia pojęć, mylenia środków z celami, co może mieć – i ma – negatywne następstwa dla efektywności działań.

Tym samym błędem jest utożsamianie wzrostu PKB z trwałym, zrównoważonym, harmonijnym rozwojem społeczno-gospodarczym, którego filarami są – obok wzrostu gospodarczego – postęp społeczny i ekologiczny. Sam wzrost PKB, bez należytego postępu społecznego (w tym postępu w ochronie zdrowia) i ekologicznego, jest dzikim wzrostem gospodarczym, ograniczającym dobrobyt społeczny [Sachs1996; Stiglitz i in. 2013; Rist 2016; Stiglitz i in. 2019].

W analizach dotyczących pomiaru dokonań społeczno-gospodarczych ważny jest zatem porządek terminologiczny. Ignacy Sachs zaproponował w połowie lat 90. ubiegłego wieku, żeby pojęcie „rozwój” stosować wyłącznie do takich sytuacji, gdy ma miejsce równoczesny postęp w trzech wymiarach, tj. w wymiarze gospodarczym, społecznym i ekologicznym. W sytuacji nasilających się obecnie absurdów pomiaru, wciąż warto o tym przypominać. Kwestie te były już sygnalizowane w opublikowanym na łamach MSR artykule [Mączyńska 2021b], gdzie zaprezentowana została nieco uproszczona wersja przedstawionej poniżej tabeli.

Zaproponowana przez I. Sachsa klasyfikacja kategorii wzrostu i rozwoju społeczno-gospodarczego koresponduje z pojęciem rozwoju potrójnie zrównoważonego, jako głównego kierunku zalecanego obecnie w programach Unii Europejskiej, a także w koncepcji ekonomii nowego pragmatyzmu, autorstwa G.W. Kołodki [Kołodko 2014].

Przedstawiona w tabeli 2 klasyfikacja wskazuje na zagrożenia wynikające z fetyszyzowania wzrostu gospodarczego, kosztem postępu społecznego i ekologicznego. Prowadzi to do rozmaitych kosztownych, także dla zdrowia wynaturzeń społeczno-gospodarczych.

Wiele miejsca tej kwestii poświęca m.in. K. Raworth w książce pt. *Ekonomia obwarzanka. Siedem sposobów myślenia o ekonomii XXI wieku* [Raworth 2021]. Ta brytyjska ekonomista dowodzi, że fetyszyzowanie PKB sprawia, iż środek do realizacji celów, jakim jest PKB, staje się celem samym w sobie, a właściwe cele, czyli poprawa jakości życia ludzi, w tym ochrona ich zdrowia, postęp społeczny i ekologiczny znikają z pola zainteresowania.

Zdaniem Raworth to swego rodzaju „syndrom kukułczego gniazda”. Taką „kukułką” w gospodarczym gnieździe jest właśnie produkt krajowy brutto (PKB). Wzrost PKB przekształcił się bowiem w podstawowy cel w polityce społeczno-gospodarczej, wypierając, wydawałoby się oczywisty, kluczowy w krajach demokratycznych cel, czyli poprawę jakości życia ludzi i dobrobyt społeczny. Ochrona zdrowia jest zaś nieodłącznym tego elementem [Mączyńska 2021b].

Tabela 2. Wzrost społeczno-gospodarczy *versus* rozwój społeczno-gospodarczy

Lp.	Kategorie wzrostu i rozwoju	Sfera gospodarcza	Sfera społeczna	Sfera ekologiczna
1.	Dziki wzrost gospodarczy	+	-	-
2.	Wzrost przyjazny społecznie	+	+	-
3.	Wzrost przychylny dla środowiska	+	-	+
4.	Harmonijny, trwały rozwój społeczno-gospodarczy	+ (a)	+	+

Źródło: na podstawie I. Sachs, *W poszukiwaniu nowych strategii rozwoju*, Gospodarka i Przyszłość, Warszawa 1996, 1–4, s. 44 (z autorskim uzupełnieniem)

(a) – Zważywszy na charakteryzujące niektóre, zwłaszcza bogate kraje, przejawy aroganckiego konsumeryzmu, groźnego dla naszej planety, w takich przypadkach zasadne byłoby nawet pomniejszanie PKB lub/i tempa jego wzrostu, m.in. poprzez ograniczanie produkcji rozmaitych, nie niezbędnych produktów, w tym np. bezzwrotnych opakowań i pojemników, na rzecz zwrotnych¹.

Fundamentalnego znaczenia nabiera zatem ukierunkowanie systemu społeczno-gospodarczego na harmonijny rozwój społeczno-gospodarczy – zamiast ukierunkowania na sam wzrost PKB. Niezbędne jest ponadto ukierunkowanie systemu społeczno-gospodarczego na odnawialność, regenerację zasobów, zamiast rabunkowej eksploatacji natury. Zasadne tym samym jest agnostyczne podejście do wzrostu gospodarczego, i przejście na model post-PKB-owski (*Beyond GDP Economy*), jako przeciwagę dla dzikiego wzrostu gospodarczego i niemal narkotycznego wzrostowego uzależnienia [Stiglitz i in. 2019].

¹ Spektakularnym przejawem marnotrawstwa jest rozwijająca się, niestety, kultura jednorazowości użytkowania rozmaitych produktów, sprzyjająca co prawda wzrostowi PKB i biznesowych zysków, ale niszcząca naszą Planetę. Innym takim przejawem jest szkodliwy dla Planety model rozwoju produkcji opakowań. Przykładem tego są m.in. coraz powszechniej stosowane plastikowe maleńkie pojemniczki ze śmietanką do kawy czy małe, papierowe tubki z cukrem. Koszt tego typu opakowań przekracza niekiedy koszt produktów stanowiących ich zawartość (nie licząc kosztów wynikających ze szkodliwości dla zdrowia niektórych opakowań plastikowych). Opakowania powiększają wartość PKB, choć niemal natychmiast lądują na zwalach śmieci. Tego typu opakowania są niemal powszechnie stosowane, nawet na kilkusetosobowych konferencjach, w ramach cateringu, w gastronomii itp. To wymuszany na nabywca sposob, drenujący ich portfele. Tylko w tym jednym obszarze, obszarze opakowań (nie mówiąc o innych dziedzinach) istnieje ogrom możliwości racjonalizacji i oszczędności potencjału, który mógłby być wykorzystywany w celach służących rzeczywistemu dobrostanowi społecznemu.

Choć wzrost gospodarczy łatwiej poddaje się ilościowemu pomiarowi niż rozwój społeczno-gospodarczy, to jednak miarę tego wzrostu jaką jest PKB, cechują narastające ułomności. Mimo to, wciąż w praktyce miara ta jest wręcz fetyszyzowana, bezzasadnie utożsamiana z rozwojem społeczno-gospodarczym. W największym uproszczeniu PKB to wartość nowo wytworzona w danym roku, na którą składają się płace i zyski z działalności komercyjnej, rynkowej, zarówno legalnej, jak i nielegalnej, zarówno użytecznej społecznie, jak i szkodliwej. Taki pomiar sprawia, że zgodnie z obowiązującymi w UE regulacjami, PKB powiększają nawet tak szkodliwe działania, jak np. prostytucja czy handel narkotykami (są to jednak działania komercyjne).

PKB obejmuje wyłącznie komercyjne transakcje rynkowe. Stąd też wiele użytecznych działań, ale nieodpłatnych, nie znajduje odzwierciedlenia w PKB. Natomiast wliczane są do PKB społecznie negatywne, ale przynoszące dochody działania, w tym wyżej wymienione. Przy takim ujęciu zdrowi ludzie niekupujący leków i niekorzystający z usług medycznych, nie przyczyniają się do wzrostu PKB, w przeciwieństwie do ludzi chorych. Odzwierciedla to absurdy pomiaru. Oczywiście jest zarazem, że tego typu cechy pomiaru nie sprzyjają racjonalizacji działań.

Dotyczy to także ochrony zdrowia, czego dowodzą występujące w tym sektorze przejawy marnotrawstwa. W takich warunkach kwestią podstawową stają się rozwiązania systemowe ukierunkowane na poprawę efektywności, racjonalności wykorzystywania dysponowanych środków. Wymaga to systemowych, w tym regulacyjnych zmian.

Potrzeba taka uwydatnia się ze szczególną intensywnością w warunkach cywilizacyjnego przełomu, z czym świat, w tym i Polska, zderza się obecnie.

Przesilenie cywilizacyjne i jego następstwa w ochronie zdrowia – uwagi ogólne

Studia literatury przedmiotu, a także zauważalne, rzutujące na stan zdrowia ludzi, zmiany w życiu społeczno-gospodarczym, w tym zmiany modeli biznesu i zmiany w codziennym życiu, wskazują, że istotnym podłożem tych zmian jest dokonujący się obecnie w skali globalnej przełom, przesilenie cywilizacyjne. Przełom ten, wyrażający się w przekształcaniu się cywilizacji industrialnej, w nowy, cyfrowy, postindustrialny, wciąż jeszcze niedodefiniowany i rozmaicie nazywany cywilizacyjny model. Skutkuje to głębokimi zmianami we wszystkich niemal obszarach życia społeczno-gospodarczego, a zatem także w sektorze ochrony zdrowia.

Przełom ten przynosi tzw. czwarta rewolucja przemysłowa (Rewolucja 4.0.; Gospodarka 4.0; Przemysł 4.0) z symbolizującą ją sztuczną inteligencją (*Artificial Intelligence* – AI). AI jest nośnikiem przemian społeczno-gospodarczych o niebywałej, wciąż jeszcze nie w pełni doszacowanej sile, wynikającej z łączenia potencjału materialno-fizycznego, biologicznego i cyfrowego, bazującego na algorytmach matematycznych. W dodatku u wrót świata czai się, na razie zarodkowo, jeszcze bardziej zagadkowa, będąca przedmiotem laboratoryjnych badań, piąta rewolucja przemysłowa o niemal całkowicie

obecnie niewyobrażalnym potencjale tzw. ogólnej sztucznej inteligencji (*Artificial General Intelligence* – AG), rządów co-robotów, porozumiewających się ze sobą bez pośrednictwa człowieka. (Warto tu przypomnieć, że pierwszą rewolucję przemysłową zapoczątkował w XVIII w. wynalazek maszyny parowej i czółenka tkackiego, drugą – na przełomie XIX i XX w. – wynalazek elektryczności, zaś trzecią – w połowie XX w. – wynalazek komputera. Przedstawia to m.in. założyciel Światowego Forum Ekonomicznego w Davos, Klaus Schwab, w książce *Czwarta rewolucja przemysłowa* [Schwab 2018]).

Każda z uprzednich trzech rewolucji przemysłowych zasadniczo zmieniała świat i to z reguły w sposób wysoce turbulentny. Nie trzeba chyba tu przypominać, że wcześniejsze przełomy cywilizacyjne, przechodzenie kolejno od cywilizacji łowiecko-zbierackiej do rolnej, a następnie przemysłowej, rzutowały także na sferę ochrony zdrowia. Nie inaczej jest – i wiele wskazuje, że nadal będzie – w przypadku obecnej, czwartej rewolucji, z tym, że w tym przypadku przemiany są nieporównywalnie głębsze, bardziej rozległe i szybsze. Przy tym obecnie nie wystarcza jeszcze wyobraźni, aby w pełni ocenić, jakie kolejne następstwa społeczno-gospodarcze i inne generować mogą, stanowiące podłoże przesilenia cywilizacyjnego, nowe technologie. Jest to istotne tym bardziej, że jak dowodzą analizy historyczne i publikacje na temat przemian cywilizacyjnych oraz ich zdrowotnych, ekonomicznych, politycznych, społecznych i kulturowych następstw, z przemianami takimi zawsze łączą się nie tylko dobrodziejstwa, lecz także rozmaite zagrożenia i nieprawidłowości, w tym nawet patologie i wojny [Kleer 2021]. Niemal wszystkie technologie, także nowe, mają bowiem zarówno potencjał pozytywny, jak i negatywny, jasne i ciemne strony. Dobrodziejstwa i pozytywny potencjał nowych technologii, sztucznej inteligencji i cyfryzacji nie eliminują ryzyka występowania rozmaitych, związanych z nimi zagrożeń, w tym ryzyka rozwoju nowych chorób cywilizacyjnych, cyfrowych nadużyć, inwigilacji, dehumanizacji, narastania osamotnienia ludzi itp. [Maczyńska 2021a].

Przesilenie cywilizacyjne bowiem, to swego rodzaju trzęsienie ziemi, burzące stare struktury i wzorce. Wypracowywanie nowych jest trudnym, złożonym procesem, wymagającym czasu i pokonywania barier wynikających ze zderzania się, nakładania się starych i nowych wzorców cywilizacyjnych. W warunkach przesilenia cywilizacyjnego zmienia się niemal wszystko. Dotyczy to struktur instytucjonalnych, reguł globalizacji, funkcjonowania i roli państwa, modeli edukacji, biznesu i pracy, a także modeli funkcjonowania gospodarstw domowych, życia ludzi itp. Tworzy to, zwłaszcza w początkowej fazie przemian, podatny grunt dla chaosu i nieładu. Za wielce trafną, najkrótszą syntetyczną ocenę obecnej globalnej rzeczywistości można tu uznać tytuł książki Grzegorza W. Kołodki *Świat w matni* [Kołodko 2022].

Taka sytuacja wskazuje zarazem na znaczenie badań dotyczących przemian w obszarze ochrony zdrowia, wymuszanych przez czwartą rewolucję przemysłową. Pojawia się tu bowiem pytanie, czy i w jakim stopniu czwarta rewolucja przemysłowa oraz wdrażanie sztucznej inteligencji rzutują lub/i rzutować będą na sektor ochrony zdrowia? To pytanie pozostaje na razie otwarte, bowiem wyniki prowadzonych na ten temat

analiz i dociekań naukowych są jeszcze dalece niekompletne i jednoznaczne. Jednak historia dowodzi, że cywilizacyjne przełomy zawsze wiązały się z głębokim przemianami społecznymi i gospodarczymi, zwłaszcza na rynku pracy, a to z kolei rzutowało także na sektor ochrony zdrowia. Można tym samym zakładać, że i tym razem sektor ten będzie podlegał głębokim przemianom. Z wielu badań wynika przy tym, że wiele dotychczasowych profesji zastąpią profesje dziś jeszcze nieznanne.

Powstaje zarazem pytanie, czy ekonomiczny geniusz XX w., John M. Keynes (1883–1946) się nie pomylił, przedstawiając w swoim eseju z 1930 r. pt. *Ekonomiczne perspektywy dla naszych wnuków*, obejmującą okres 100 lat, tj. do 2030 r., wizję zmian modelu życia ludzi, w tym wizję dobrostanu społecznego, uwolnienia ludzkości od trosk materialnych i wizję 15-godzinnego tygodniowego wymiaru czasu pracy, co mogłoby przekładać się na poprawę jakości życia i zdrowia ludzi? [Keynes 2020]. O tym – czy i w jakim stopniu Keynes miał rację, przekona już wkrótce rok 2030, czyli rok końca okresu, jaki obejmuje ta wizja. Rok 2030 to zatem w tym przypadku etap prawdy.

Ocena trafności wizji Keynesa jest istotna tym bardziej, że zarazem nie brakuje analiz wskazujących na niekorzystne dla jakości życia i zdrowia ludzi zjawiska, charakteryzujące obecną rzeczywistość. Szczególnie wyraziście przedstawia to m.in. niemiecki filozof południowokoreańskiego pochodzenia Byung-Chul Han w książce pod symptomatycznym tytułem *Spółczesność zmęczenia* [Han 2022].

Nowe, generowane przez czwartą rewolucję przemysłową trendy niewątpliwie rzutować mogą na zdrowotność i długość życia ludzi, a to z kolei oznacza nowe wyzwania dla sektora ochrony zdrowia. Wiele bowiem wskazuje, że sztuczna inteligencja, z jej niebywałym potencjałem zwiększania produktywności, uwalniać będzie ludzi od licznych prac, zwłaszcza rutynowych (choć nie tylko), zaś pozyskiwany dzięki temu czas będzie mógł być wykorzystywany w innych celach, stosownie do preferowanych modeli życia, mieszkania, biznesu i pracy. Jednak zarazem nowe technologie mają też swoją ciemną stronę, m.in. przyczynianie się do rozwoju szkodliwych dla ludzi procesów dehumanizacji. Trzeba równocześnie przy tym zastrzec, że niebywały dynamizm cyfrowych przemian sprawia, że w obecnej rzeczywistości wszelkie prognozy są niestety obciążone wysokim stopniem niepewności i ryzykiem błędów.

Będąca następstwem rozwoju sztucznej inteligencji niebywała szybkość przemian współczesnego świata sprawia, że w coraz większym stopniu przemiany te stają się nieprzewidywalne, a nawet nie zawsze w pełni zrozumiałe. Trudno tu odmówić racji prominentnemu badaczowi stanu i przyszłości cyfrowego świata, Kevinowi Kelly'emu, według którego w warunkach tak dynamicznych jak obecnie przemian „wszyscy jesteśmy nowicjuszami” [Kelly 2017]. W związku z tym rośnie niepewność co do kształtowania się przyszłości. Niepewność w znacznej mierze dotyczy także sektora ochrony zdrowia. Jest to m.in. niepewność co do zakresu i dynamizmu występowania nowych chorób cywilizacyjnych.

Narastająca niepewność jest przede wszystkim pochodną turbulencji przemian. Obecnie bowiem jeden kryzys goni drugi. Poza kryzysem pandemicznym, wojennym, klimatycznym, żywnościowym i geopolitycznym, można wymienić kryzys zadłużenia,

demograficzny, kryzys porządku globalnego (światowego układu sił), kryzys globalizacji, neoliberalizmu, elit globalnych, czy kryzys imigracyjny. I to z pewnością nie jest zamknięta lista jednocześnie występujących obecnie w świecie kryzysów. W wielu bowiem sferach mają miejsce także inne zjawiska kryzysowe, jak np. kryzys niezrównoważonych systemów rolnictwa i marnotrawienia żywności, kryzys rynków pracy, postępujący kryzys społecznego zaufania, demokracji i inne. W takich warunkach nie zaskakuje też występowanie kryzysowych sytuacji w systemach ochrony zdrowia [Mączyńska 2021b].

Adam Tooze, profesor Columbia University, specjalizujący się w badaniach kryzysów gospodarczych, określa obecną sytuację w świecie jako *polycrisis*, podkreślając, że nawet pojedynczy kryzys jest wystarczająco trudny do analiz i szukania dróg wyjścia. Zaś w połączeniu z innymi kryzysami generuje chaos nieskończenie większy, bowiem całość jest jeszcze bardziej niebezpieczna, przytłaczająca niż suma części. Jak stwierdza Tooze, kryzysy ostatnich 15 lat są tak dezorientujące, że nie wydaje się już prawdopodobne wskazanie jednej ich przyczyny, a w związku z tym jednego rozwiązania. „Podczas gdy w latach 80. wciąż można było wierzyć, że „rynek” skutecznie pokieruje gospodarką, zapewni wzrost, rozwiąże sporne kwestie polityczne i wygra zimną wojnę, kto dzisiaj wysuwałby to samo twierdzenie” [Tooze 2023]. Tooze podkreśla, że do świadomości publicznej dociera coraz bardziej silne poczucie nadrzędnego globalnego ryzyka. Choć historia dowodzi, że świat niemal nigdy nie był w pełni wolny od rozmaitych kryzysów, to jednak obecnie kryzysowy gąszcz jest tak spleciony, że trudno o identyfikację, w odróżnieniu od sytuacji we wcześniejszych latach, wszystkich tego przyczyn, a tym bardziej rekomendowanie metod terapii. Nic dziwnego, że w takich warunkach „czasami człowiek ma wrażenie, że traci poczucie rzeczywistości” [Tooze 2022]. Nie może też dziwić, że brytyjski wydawca słownika języka angielskiego *Collins English Dictionary* wybrał i ogłosił słowo *permacrisis* (kryzys permanentny) jako słowo roku [Schumacher 2022; Assadourian 2023]. Można to uznać za swego rodzaju syntezę okropności 2022 r., roku wojny, inflacji i niestabilności politycznej, nasilonych imigracji i innych nieszczęść. Przy tym historia dowodzi, że kryzysy nigdy nie pozostawały bez wpływu na zdrowotność ludzkości [Laeven, Valencis 2008; Mączyńska 2021a].

Multiplikacji, permanentności kryzysów towarzyszą rozmaite kontrowersje dotyczące przyczyn tak niekorzystnych uwarunkowań społeczno-gospodarczej rzeczywistości. Choć obecnie wyraźna jest tendencja do upatrywania przyczyn kryzysowych sytuacji przede wszystkim w dwóch światowych kataklizmach, czyli pandemii COVID-19 i wojnie w Ukrainie, zaś stosunkowo niewiele miejsca poświęca się kwestiom przemian cywilizacyjnych, to jednak wiele wskazuje, że podstawowym podłożem kryzysogenności jest jednak właśnie dokonujący się na naszych oczach cywilizacyjny przełom [Kleer 2021].

Dokonujące się przesilenie cywilizacyjne w znacznym stopniu wyjaśnia występujące w świecie turbulencje. Zwraca na to uwagę wielu badaczy, m.in. Francis Fukuyama, w artykule pod symptomatycznym tytułem *Awaria świata* przestrzega, że: „Coraz więcej osób zdaje sobie sprawę, że nowoczesna technologia stworzyła coś w rodzaju potwora.

To system komunikacji, który omija niegdyś autorytatywne instytucje, tworzące demokratyczny dyskurs i zapewniające obywatelom wspólną bazę rzetelnej wiedzy, nad którą mogliby się gremialnie zastanawiać” [Fukuyama 2022]. W podobnym tonie wypowiada się amerykański profesor filozofii Massimo Pigliucci w artykule, którego tytuł mówi sam za siebie: *Wyjdźcie z Twittera, wyjdźcie z Facebooka, aby żyć!* [Pigliucci 2022]. Zarówno historia przemian cywilizacyjnych, jak i obecnie dokonujący się przełom potwierdzają, że „nie ma nic potężniejszego od idei, której czas nadszedł, i nie ma nic bardziej szkodliwego od osoby, która wciąż żyje starymi ideami” [Kiyosaki, Lechter 2002].

Siła sztucznej inteligencji – pozytywne i negatywne następstwa dla zdrowia ludzi

W warunkach przesilenia cywilizacyjnego uwydatniają się oraz materializują rozmaite dobrodziejstwa, ale niestety także nieprawidłowości, zagrożenia i ryzyka. Ujawniają się one dość wyraziście także w sferze ochrony zdrowia.

Przykłady dobrodziejstw sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia można by mnożyć, co wykraczałoby poza ramy niniejszego tekstu. Szczególnie zaskakujący jest chociażby przykład wynalezienia medycznego robota – i to w ramach badań realizowanych przez niewyspecjalizowany w medycynie zespół naukowców z Uniwersytetu Stanforda. Głównym kreatorem i realizatorem tych badań jest nie medyk, lecz pionier oprogramowania w dziedzinie aut samojezdnych, Sebastian Thrun (sic!). W wyniku tych badań rozwinięto system diagnozowania raka skóry, oparty na sztucznej inteligencji. Stworzony został robot, który pod względem skuteczności może konkurować z najlepszymi dermatologami. Obrazuje to ogrom i niewyobrażalność potencjału sztucznej inteligencji. Wymyka się ona tradycyjnym schematom myślenia. Rzeczony zespół zastosował w badaniach skóry głębokie splotowe sieci neuronowe (CNNs – *Convolutional Neural Networks*), wykorzystując jako dane wejściowe jedynie piksele i etykiety chorób – zbiór danych składających się ze 129 450 obrazów. Wyniki były testowane poprzez konfrontację diagnoz wykonanych przez robota, z diagnozami wykonanymi przez 21 certyfikowanych dermatologów, ich orzeczeniami na podstawie obrazów klinicznych potwierdzonych biopsją. W robotycznych badaniach uwzględniano przypadki najbardziej śmiertelnościowego raka skóry, tj. czerniaka złośliwego i innych, łagodniejszych jego postaci. W każdym z tych przypadków potwierdzona została zdolność systemu sztucznej inteligencji CNN do klasyfikowania raka skóry na poziomie kompetencji porównywalnym z orzeczeniami dermatologów. Zarazem wynalazcy robota wykazali, że poprzez urządzenia mobilne wyposażone w głębokie sieci neuronowe można rozszerzać zasięg tego typu diagnostyki poza przestrzeń klinik. Może to zatem zapewniać tani, powszechny dostęp do niezbędnej opieki diagnostycznej [Esteva i in. 2017].

Dobrodziejstwa sztucznej inteligencji w coraz większym stopniu wykorzystywane są w ochronie zdrowia. Zarówno lekarze, jak i pacjenci cenią możliwości zdalnych,

cyfrowych porad, a także wykorzystywania cyfrowych narzędzi pomiaru (także zdalnego) stanu zdrowia, możliwości wykorzystywania cyfrowych systemów wczesnego ostrzegania przed różnymi zagrożeniami dla kondycji zdrowotnej. Sztuczna inteligencja może tym samym nie tylko zwiększać efektywność i precyzję prac medycznych, ale ponadto może – co jest nie do przecenienia – uwalniać przestrzeń dla profesjonalnej kreatywności medyków.

Dobrodziejstwa i niewyobrażalny potencjał sztucznej inteligencji znajduje potwierdzenie w jej zastosowaniach już we wszystkich niemal obszarach życia społeczno-gospodarczego. Niekiedy są to zastosowania dość zaskakujące, ale też inspirujące. Np. Singapur jako pierwszy kraj wdrożył robota zastępującego członków rady nadzorczej. Z kolei w Chinach pioniersko wykreowany został i zastosowany robot do wykrywania korupcji.

Dobrodziejstwa sztucznej inteligencji nie mogą jednak przesłonić faktu jej ciemnych stron, w tym zagrożeń dla zdrowia ludzi. Sztuczna inteligencja jako technologia jest bowiem tylko narzędziem. I jak każde narzędzie może być wykorzystywana prawidłowo lub nieprawidłowo. Narzędzie jak nóż, może uratować życie, ale może też zabijać, wyrządzać krzywdę. Dotyczy to także technologii cyfrowych. Technologie te cechuje m.in. znaczne ryzyko narastania procesów dehumanizacji. Nie jest to zresztą problem nowy. Przed technologiczną dehumanizacją przestrzegali bowiem już przed wieloma dekadami wybitni intelektualiści. Przestrzegał przed tym, zwłaszcza w kontekście moralności i etyki, Albert Einstein, który już w 1946 r. w liście do innego intelektualisty Ottona Juliusburgera pisał: „Jestem przekonany, że przerażający upadek moralności, jakiego jesteśmy świadkami w dzisiejszych czasach, jest rezultatem mechanizacji i dehumanizacji naszego życia – zgubnych produktów ubocznych mentalności naukowo-technicznej. *Nostra Culpa!*” [Calaprice 2014, s. 373].

Ta przestroga nabiera dziś swoistej aktualności. Dehumanizujące technologie, odhumanizowanie rozmaitych działań (także w sferze ochrony zdrowia) w dążeniu do minimalizacji kosztów, a także rozmaite oszczędności, cięcia wydatków państw na cele publiczne, w tym na ochronę zdrowia, na dobra wspólne, to czynniki sprawiające, że ludzie nader często czują się osamotnieni, stają się istotami nieszczęśliwymi, wypalonymi, niezdrowymi i nierzadko sobie wrogimi. Nieprzypadkowo też pacjenci często uskarżają się, że mają poczucie przedmiotowego, a nie ludzkiego ich traktowania w procedurach medycznych.

Dlatego też tak ważne jest, by rzeczona przez Einsteina *Nostra Culpa* (nasza wina) nie urzeczywistniała się. Jest to istotne tym bardziej, że dzisiejszą rzeczywistość charakteryzuje coraz silniejsza zależność ludzi od technologii cyfrowych. Co gorsza, sztuczna inteligencja może być (i jest) też wykorzystywana w celach dezinformacji, w hybrydowych wojnach, cyberatakach, w masowym rozpowszechnianiu *fake newsów* czy *deepfake'ów*, czyli tworzeniu fałszywych informacji, wypowiedzi i fałszywych istnień (awatarów) przypisywanych rzeczywistym osobom. Niestety okazuje się, że sztuczna inteligencja sprzyja też narastaniu fałszerstw wyników badań naukowych, zwłaszcza w naukach medycznych [Oransky, Marcus 2023].

Ciemne strony technologii cyfrowych uwydatniają się szczególnie drastycznie, jeśli są rozpatrywane w kontekście – tak charakterystycznego dla rewolucji cyfrowej i cywilizacyjnego przesilenia – narastania syndromu samotności i innych schorzeń oraz związanych z tym kosztów ekonomicznych, jak też społecznych, zwłaszcza zdrowotnych.

Jednym z bardziej powszechnych i narastających zjawisk związanych z nadużywaniem technologii cyfrowych staje się właśnie osamotnienie ludzi, wymuszona ich samotność. To jeszcze jeden z licznych, niemal modelowych dowodów tego, że nowoczesne technologie, mimo całego ich dobrodziejstwa, mają swoje ciemne strony, a tym samym mogą negatywnie wpływać na zdrowie ludzi, generując wiele pochodnych chorób, szkodząc ludziom, okaleczając ich psychikę i ciało.

Narastanie syndromu samotności ma miejsce w skali globalnej, i to w wymiarze, jakiego ludzkość nie doświadczała nigdy wcześniej. Syndrom ten przekłada się na szereg negatywnych, nierzadko dramatycznie kosztownych następstw gospodarczych, społecznych, w tym zdrowotnych i innych. Potwierdzają to międzynarodowe oraz krajowe badania naukowe [Hertz 2020; *Raport* 2022].

Przy tym wiele obecnie wskazuje, że istotnym czynnikiem nasilania się syndromu samotności są podejmowane na różnych poziomach instytucjonalnych decyzje zarządcze, w niedostatecznym stopniu zorientowane na optymalizację wykorzystywania nowych technologii. Kwestia takiej optymalizacji ma zaś znaczenie tym bardziej, im więcej jest generowanych przez technologie cyfrowe negatywnych przejawów destrukcyjnego potencjału tych technologii.

Epidemia samotności i inne cyfrowe schorzenia – nowe wyzwania dla sektora ochrony zdrowia

Liczne naukowe badania empiryczne wykazują, że w warunkach dokonującego się przesilenia cywilizacyjnego coraz więcej osób z różnych środowisk i krajów sygnalizuje narastający problem poczucia osamotnienia i niepewności. Potwierdzają to też krajowe i międzynarodowe badania naukowe [Hertz 2020; *Raport* 2022]. Technologie cyfrowe sprawiają bowiem, że można przez całe długie tygodnie nie mieć bezpośrednich kontaktów z innymi ludźmi. W wielu sferach można przez Internet otrzymywać niemal wszystko czego potrzebuje się do życia oraz pracy, a przez to bezpośrednie interakcje międzyludzkie są coraz bardziej ograniczane. W dodatku wiele wskazuje, że w takich warunkach ryzyko nasilania się zjawiska samotności będzie narastało.

W związku z tym samotność nie pozostaje już wyłącznie prywatnym problemem dotkniętych nią osób. Staje się problemem społecznym o znacznie szerszym wymiarze. Narastanie syndromu samotności przekłada się bowiem negatywnie nie tylko na jakość życia ludzi, ale także na efektywność gospodarki, funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia, a nawet na funkcjonowanie demokracji. W dodatku zdecydowanie nie jest to zamknięta lista obszarów dotkniętych przez niszczącą siłę samotności, skutkującą rozmaitymi, dramatycznymi niekiedy następstwami dla ludzi i ich perspektyw życiowych.

Spektakularnie potwierdzają to badania prowadzone przez brytyjską ekonomistkę profesor Noreenę Hertz, autorkę pierwszej w świecie książki, w której kompleksowo ujmowane są kwestie społeczno-ekonomicznych następstw samotności, w tym przede wszystkim monstrualnych jej kosztów [Hertz 2020; Mączyńska 2021a]². Opierając się na badaniach z całego świata, Hertz dowodzi, że już pierwsze dwie dekady nowego tysiąclecia były nacechowane największym w historii syndromem samotności ludzi, w dodatku syndromem wciąż nasilającym się. Badania wykazały zarazem, że najbardziej samotnym pokoleniem są młodzi ludzie, najsilniej „ucyfrowieni” i coraz wyraźniej tracący zdolność do interakcji społecznych, mający nasilające się problemy z bezpośrednią komunikacją społeczną, w tym z odczytywaniem sygnałów wynikających z mimiki, czy generalnie z mowy ciała. Stąd też niektóre uczelnie amerykańskie (w tym także najbardziej renomowane uniwersytety *Ivy League*), wobec wyraźnie ujawniającego się społecznego „autyzmu studentów” pierwszego roku, zmuszone były do uruchomienia specjalnych kursów umiejętności nawiązywania przez studentów bezpośrednich relacji z innymi osobami, odczytywania mimiki twarzy itp., kursów przywracania umiejętności, które uległy erozji na skutek nadużywania technologii cyfrowych. Hertz konstatuje w związku z tym, że gdyby mantry „wspólnoty”, narzucane przez firmy z sektora mediów społecznościowych, były prawdziwe, świat byłby jedną wielką, szczęśliwą rodziną. Tak jednak nie jest, a syndrom samotności, wręcz epidemia samotności pogłębia się. Choć w sytuacji, gdy miliardy ludzi połączonych jest ze światem cyfrowym na niezliczone sposoby, określenie „epidemia samotności” brzmi niemal jak oksymoron czy absurd, to jednak jest rzeczywistością.

Z prowadzonych przez Hertz badań wynika, że jeszcze zanim globalna pandemia doprowadziła do wdrożenia w praktyce takich pojęć jak *lockdown* czy dystans przestrzenny / fizyczny (nieprawidłowo w polskiej publicystyce określanymi jako „społeczny”), samotność była na najlepszej drodze, aby stać się słowem definiującym stan ludzkości w XXI wieku. Związane jest to z dokonującym się we współczesnym świecie procesem rozpadu „tkanki wspólnoty”, co zagraża relacjom społecznym i niekiedy jakości życia osobistego.

Z badań wynika, że odrywanie się od świata realnego na rzecz cyfrowego, negatywnie rzutuje nie tylko na zdrowie ludzi, lecz także na ich produktywność, co tym samym nieuchronnie negatywnie przekłada się na efektywność gospodarki, w tym na wzrost rozmaitych kosztów ponoszonych przez przedsiębiorców, a także państwo, którego domeną jest wszakże zdrowie publiczne.

Samotność bowiem wywołuje kumulujące się reakcje stresowe, osłabiając układ odpornościowy, co zwiększa ryzyko chorób, m.in. serca (o 29%), udaru (o 32%) i demencji (o 64%). Oznacza to o około 30% większe prawdopodobieństwo przedwczesnej śmierci, w tym samobójczej. Z badań wynika, że niechciana samotność jest gorsza dla

² To książka pt. *The Lonely Century: Coming Together in a World that's Pulling Apart* [2020], przekład polski: *Stulecie samotnych. Jak odzyskać utracone więzi*, 2022, Wydawnictwo: Słowne (dawniej Burda Media Polska).

zdrowia niż brak ćwiczeń fizycznych, a także dwukrotnie bardziej szkodliwa niż otyłość. A przy tym analogia między samotnością a głodem jest wręcz dosłowna, a nie tylko symboliczna. Naukowcy odkryli bowiem, że samotność w rzeczywistości wyzwała te same ścieżki neuronowe co głód. Oznacza to, że potrzeba kontaktów międzyludzkich i bliskości może być tak samo fundamentalna jak potrzeba jedzenia [Hertz 2020]. Wbrew temu obecny styl życia staje się coraz bardziej zatomizowany. Ludzie natomiast nie są stworzeni do izolacji.

Dotkliwość samotności sprawia, że ludzie decydują się na rozmaite, niebywałe, niekiedy niezwykle dramatyczne metody radzenia sobie z tym problemem. Np. w Japonii stało się fenomenem wśród seniorów, na tyle udreżonych samotnością, że unikając całkowitej izolacji, paradoksalnie wybierają więzienie, bo tam mogą przebywać z innymi współwięźniami. Stąd też celowo popełniają drobne przestępstwa, ale na tyle poważne, by trafić do więzienia. Samotni mieszkańcy Japonii, zwłaszcza seniorzy, których gospodarstwa domowe często są wyposażone w rozmaite roboty przypominające ludzi, z czasem zaczynają je traktować jak bliskie osoby, co przejawia się m.in. tym, że dziergają dla nich czapeczki, a nawet są skłonni i próbują zapisywać im w spadku cały swój majątek.

Przy tym szybko rozwijają się w skali globalnej firmy specjalizujące się w „wynajmowaniu przyjaciół” (*rent-a-friend*), osób do rozmów, osób towarzyszących w wyprawach do kina, teatru itp. Jednak z badań wynika, że korzystanie na dłuższą metę z tego typu usług, z reguły dość drogie, nie tylko nie zmniejsza poczucia samotności, lecz wręcz przeciwnie, nasila ją, a przy tym może prowadzić do degradacji materialnej [Hertz 2020; Mączyńska 2021].

Narastanie syndromu samotności, wpływając niekorzystnie na zdrowie ludzi, zarazem negatywnie rzutuje na gospodarkę, a tym samym na finansowanie ochrony zdrowia. Jak podaje Hertz, jeszcze przed pandemią COVID-19 w Wielkiej Brytanii pracodawcy tracili około 800 milionów funtów rocznie z powodu pracowniczych zwolnień chorobowych związanych z samotnością [Hertz 2020]. Nieprzypadkowo też była premier Wielkiej Brytanii, Teresa May, mianowała w 2018 r. pierwszego na świecie ministra samotności – ogłaszając „ukrytą epidemię” dotykającą 9 milionów Brytyjczyków jako „jedno z największych wyzwań dla zdrowia publicznego naszych czasów” [John 2018]. Swego rodzaju podejściem *à rebours* jest powołanie w Kopenhadze Instytutu Badania Szczęścia, co wynika m.in. z uznania znaczenia poczucia szczęścia ludzi dla rozwoju społeczno-gospodarczego oraz jego zharmonizowania i trwałości [Daniłowska 2014; The Happiness 2021].

Na ministerstwo samotności zdecydowała się też Japonia, powołując w 2021 r. w japońskim rządzie pierwszego ministra ds. samotności. Bezpośrednią przesłanką takiej decyzji był wzrost liczby samobójstw w kraju w czasie pandemii. Istotne jest jednak, że już przed pandemią postępował w Japonii proces nasilania się syndromu samotności. Japończycy są nią szczególnie dotknięci. Jest to kraj bogaty, wysoko rozwinięty, charakteryzujący się jednym z najwyższych w świecie poziomów robotyzacji i wdrażania sztucznej inteligencji. Jak się jednak okazuje, dynamiczny postęp cyfryzacji

i wdrażania sztucznej inteligencji nie doprowadza do zahamowania procesu narastania samotności, a przeciwnie – nasila go. Choć bowiem w świecie cyfrowym wszystko jest na sprzedaż, to wciąż brakuje dostatecznie skutecznych rozwiązań trwale przeciwdziałających narastaniu syndromu samotności.

Wśród innych niekorzystnych dla zdrowia ludzi zjawisk, generowanych w wyniku rozwoju technologii cyfrowych i ich nadużywania, wymienić można m.in. takie przejawy zjawisk chorobowych, jak narastanie stanów lękowych, psychoz, depresji itp. Jest ponadto wiele innych chorobotwórczych stanów, przejawów syndromów problematycznego korzystania z mediów cyfrowych, w tym ich oddziaływania, zwłaszcza na zdrowie psychiczne. Definicje tych stanów nie są jeszcze ustandaryzowane i nie wszystkie uznawane są za kategorie medyczne. Tym niemniej jest wysoce prawdopodobne nasilanie się tego typu chorobotwórczych zjawisk, z czym może wiązać się konieczność ich traktowania jako kategorii medycznych. Wskazują na to m.in. rosące, zwłaszcza wśród młodzieży, ale też młodszych uczniów, zjawisko FoMO (*fear of missing out* – FoMO), odnotowywane w literaturze przedmiotu od 2004 r. To syndrom lęku przed tym, że coś może nas ominąć, jeśli ograniczony jest dostęp do smartfonów lub innych urządzeń i programów cyfrowych [Gupta, Sharma 2021]. W dodatku z wielu badań wynika, że ze stanami lękowymi, zwłaszcza wśród osób z wysokim FoMO, może być powiązana nomofobia (*no mobile phone phobia*), definiowana jako strach przed brakiem dostępu do sieci cyfrowych, fobia sytuacyjna, wywołana niedostępnością smartfona lub myślą, że go się nie ma, nie można go użyć lub można go utracić [Kumar i in. 2021].

Zarazem nie można wykluczyć, że technologie cyfrowe i sztuczna inteligencja mogą wpływać na narastanie rozwoju kontrowersyjnego zjawiska medykalizacji i biomedykalizacji, czyli koncepcji kontroli medycznej nad wszystkimi obszarami ludzkiej egzystencji. Obecnie ma to w znacznej mierze związek z rosnącą technologizacją sektora zdrowia publicznego, ale też prywatnego.

Kontrowersyjna medykalizacja

Medykalizacja to pojęcie wykreowane w latach 70. ubiegłego wieku w naukach socjologicznych dla wyjaśnienia zidentyfikowanego przez socjologów problemu stosowania wiedzy medycznej w przypadkach, które nie są w sposób oczywisty medyczne ani biologiczne [Conrad 1975]. W naukach socjologicznych medykalizacja postrzegana jest najczęściej jako forma kontroli społecznej, swego rodzaju „kolonizacja” życia społecznego przez medyków, w wyniku czego władza medyczna rozszerza się coraz bardziej na obszary życia codziennego, tym samym w coraz większym stopniu podlegają one medycznej władzy i nadzorowi [White 2002].

Medykalizację cechuje traktowanie naturalnych fizjologicznych procesów bądź naturalnych etapów życia człowieka w kategoriach problemów medycznych. Tym samym medykalizacja oznacza wkraczanie w obszary ludzkiego bytowania, wcześniej tradycyjnie uważane za „naturalne”. Wkracza w obszary takie, jak m.in. dzieciństwo, ciąża,

seksualność, trauma czy menopauza, a nawet śmierć (czego przejawem może być m.in. eutanazja). Problemy niemedyczne w takich obszarach traktowane są jako medyczne. Niekiedy towarzyszy temu przemedykalizowana narracja, wpływająca na indywidualne i kolektywne wzory zachowań ludzi. Wiąże się to z działaniem mechanizmów bio-władzy oraz wiedzy i władzy ekspertów, odgrywających rolę medycznych arbitrów, a także kreatorów lub wynalazców nowych schorzeń i sztucznej multiplikacji rozmaitych dysfunkcji. W tego typu mechanizmy wpisują się też influencerzy, promujący np. kroplówki witaminowe i suplementy diety oraz rozmaite zabiegi służące m.in. podtrzymaniu młodości, przeciwdziałaniu przejawów starości itp. Wiąże się z tym zarazem rozwój kultury *self-care*, czyli samoopieki, samoświadomości własnego ciała, ale też ujarzmiania własnego „ja”, co w publikacjach określane jest jako *healthism*. Samodzielne dążenie człowieka do idealnej formy, kult zdrowia, uznawany jest przez niektórych badaczy za jeden z mechanizmów wszechobecnej medykalizacji [Nowakowski 2015]. Łączy się z tym zjawisko cyberchondrii, czyli – bezpodstawnie wzmożonego martwienia się stanem zdrowia, co m.in. jest spowodowane intensywnym przeglądaniem internetowych zasobów publikacji i innych informacji, także ze środowisk pozamedycznych, na ten temat. Niekiedy przekłada się to na nieufność wobec lekarzy, a nawet rozwoju denializmu (*deny* – zaprzeczać), czyli odrzucania metod zweryfikowanych na gruncie naukowym, na rzecz metod nienaukowych. Paradoksalnie, to także tworzy korzystne podłoże dla medykalizacji [White 2002].

Medykalizacja może być generowana zarówno w następstwie nowych dowodów lub hipotez dotyczących schorzeń, jak i opracowywania nowych leków czy metod leczenia. W naukach socjologicznych medykalizacja badana jest pod kątem roli i władzy specjalistów oraz korporacji, a także konsekwencji tego dla ludzi, których decyzje życiowe mogą zależeć od panujących koncepcji zdrowia czy choroby. Tym samym medykalizacja bywa też postrzegana jako „patologizacja” czy „sianie chorób”.

W literaturze przedmiotu wyróżniane są różne odmiany medykalizacji, przeważnie nakładające się na siebie. Te odmiany, to wynajdowanie nowych chorób lub zmiany parametrów chorób już istniejących oraz ulepszenie naturalnych cech organizmu człowieka pod kątem określonego, pożądanego wzorca itp. Skutkuje to oczywiście zwiększaniem liczebności pacjentów [Nowakowski 2015].

Medykalizacja jest tym samym powiązana z postępującą monetyzacją, utowarowieniem, komercjalizacją usług medycznych.

Przejawia się to m.in. w tym, że preparaty medyczne są promowane i sprzedawane jako dobra konsumpcyjne, co ma szereg następstw społecznych, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Pozytywne strony, wynikają przede wszystkim z tego, że w niektórych przypadkach odkrywanie nowych chorób może sprzyjać ich wyleczeniu, a zatem i poprawie jakości życia ludzi. Jest to istotne tym bardziej, że produkty powstające w wyniku rozwoju badań farmaceutycznych, produkty wprowadzane przez medyczny przemysł naukowy, umożliwiają kompleksową kontrolę zdrowia i kreują rozwój metod leczenia. Sprzyjają temu także technologie cyfrowe, umożliwiające rozwój kompleksowych banków danych,

zwiększające dostępność do wiedzy na temat nowych odkryć i dokonań medycznych, nie mówiąc już o ułatwieniach dla pacjentów, takich chociażby jak w przypadku Polski – cyfrowy portal Internetowe Konto Pacjenta (IKP), e-recepty, e-skierowania, e-zwolnienia, e-wizyty itp. Do pozytywnych stron medykalizacji należy dostępność usług medycznych, zaś do negatywnych (obok już wymienionych) – narastające wskutek dochodowych zróżnicowań, nierówności społeczne pod względem takiego dostępu. W takich warunkach globalne korporacje, nierzadko oligopolistyczne, w coraz większym stopniu kontrolują rynek usług medycznych, oferując na swoich warunkach innowacyjne technologie.

Medykalizacja z jej negatywnymi i pozytywnymi stronami wciąż budzi wiele kontrowersji, zarówno wśród ekspertów z różnych dziedzin nauki, w tym medycyny, socjologii, psychologii, psychiatrii, ekonomii, politologii i innych, jak i wśród zwykłych ludzi. Dlatego też wskazuje się na konieczność wprowadzania regulacyjnych barier medykalizacji oraz wdrażania procesów demedykalizacji. Kontrowersje te wskazują zarazem na potrzebę holistycznych analiz z tego zakresu oraz badań naukowych ukierunkowanych na optymalizację ram medykalizacji. Jest to istotne tym bardziej, że przeciwnicy rozszerzania medykalizacji wskazują na związane z nią ryzyko dominacji wiedzo-władzy eksperckiej, skutkującej dehumanizacją, uprzedmiotowieniem i alienacją pacjentów.

W debatach i sporach na temat medykalizacji eksponowana jest też kwestia negatywnego wpływu nastawionych na zys koncernów farmaceutycznych i niekiedy ich oligopolistycznej władzy. Stąd też w literaturze przedmiotu pojawia się pojęcie „imperializmu medycznego” i korporatyzacji systemu medycznego. Wskazuje się na negatywne tego rozległe następstwa, w tym dla finansowania ochrony zdrowia [Nowakowski 2015]. Eksponowana jest też kwestia manipulowania zachowaniami ludzi, zwłaszcza w odniesieniu do leków, co niezwykle spektakularnie, zwłaszcza w rozdziale „Leki i żywność”, przedstawiają dwaj ekonomiści – nobliści Robert Shiller i Georg Akerlof w książce pod znamienym tytułem *Złowić frajera. Ekonomia manipulacji i oszustwa* [Akerlof, Shiller 2021].

Wraz z narastającymi problemami społecznymi, w tym związanymi z medykalizacją, rośnie liczba publikacji wskazujących na wadliwość rozwiązań systemowych, zwłaszcza regulacyjnych, co uzasadnia potrzebę ich zmian [Sennett 2010; Sandel 2012; Banerjee, Duflo 2019]. Już nawet same tytuły tych publikacji (*vide* Literatura) wskazują na konieczne i niezbędne kierunki przemian. Publikacje te ujawniają bowiem patologie, wynikające z wciąż dominującego neoliberalnego modelu kapitalizmu, nacechowanego fundamentalizmem rynkowym i fetyszyzacją PKB. Na polskim gruncie, z perspektywy filozoficznej, wielce krytycznie ocenia ten model Maria Szyszowska, konfrontując go z imperatywem XVIII-wiecznego myśliciela Immanuela Kanta: „postępuj tak byś człowieczeństwa tak w swej osobie, jako też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka” [Kant 1953, s. 6]. Taki imperatyw powinien też przyświecać działaniom medycznym. Nie brakuje jednak dowodów, że nie zawsze tak jest.

W tym kontekście M. Szyszowska niezwykle krytycznie konstatuje, że: „Żyjemy w Europie w warunkach gospodarki neokapitalistycznej, czyli neoliberalizmu ekonomicznego. Znamienna dla tych rozwiązań jest nadrzędność koncernów wobec rządów

poszczególnych państw. Co więcej, ich celem jest gromadzenie bogactw, więc skłaniają do wojen. Bogacą się na nich nie tylko koncerny zbrojeniowe, ale także farmaceutyczne, odzieżowe, spożywcze” [Szyszkowska 2023, s. 106]. Szyszkowska zwraca uwagę, że w warunkach neoliberalizmu etyka i moralność w relacjach międzyludzkich są marginalizowane. Wskazuje, że prowadzi to do obniżania wartości człowieka. Zauważa, że przejawia się to nawet w nazewnictwie. Przykładem tego jest „określanie człowieka mianem kapitału ludzkiego, podmiotu edukacji czy świadczeniobiorcy – zamiast pacjenta” [Szyszkowska 2014, s. 81]. Podobnie krytycznie ocenia neoliberalny model kapitalizmu G. Kołodko [Kołodko 2022].

Neoliberalne wynaturzenia przypisywane są także medykalizacji. W związku z tym wskazuje się, że optymalizowanie jej zakresu, także poprzez demedykalizację, staje się kwestią fundamentalną, tym bardziej, że rosnąca medykalizacja wiąże się z koniecznością zwiększania nakładów finansowych na ochronę zdrowia.

Wskazuje to zarazem na konieczność optymalizacji wdrażania nowych technologii i sztucznej inteligencji. Optymalizacja taka powinna być ukierunkowana na takie rozwiązania systemowe, które sprzyjałyby kształtowaniu szeroko pojmowanej antykruchości. Antykruchłość to kierunek przemian lansowany przez libańsko-amerykańskiego naukowca, Nassima Taleba, autora głośnej książki *Czarny łabędź* [Taleb 2020]. Zdaniem Taleba, obecne rozwiązania systemowe są jednak przeważnie inne, idą raczej w przeciwnym kierunku, tj. w kierunku kruchości. Wyraża to Talebowska triada: kruchość – wytrzymałość – antykruchłość [Taleb 2013]. Symbolem kruchości jest chińska porcelana lub mityczny miecz Damoklesa, z kolei mitycznym symbolem wytrzymałości jest Feniks odradzający się z popiołów, natomiast symbolem antykruchłości jest mityczna hydra, której gdy utnie się głowę, wyrastają na to miejsce dwie lub trzy. Obecnie w wielu programach Unii Europejskiej eksponuje się konieczność kształtowania antykryzysowej wytrzymałości, odporności (*resilience*), ale według koncepcji Taleba, to nie wystarczy. Niezbędna jest bowiem antykruchłość [Taleb 2013]. W warunkach narastającej turbulencji współczesnego świata ma ona znaczenie fundamentalne.

Zarazem wskazuje to na niezbędne kierunki przemian w systemie ochrony zdrowia, w tym zwłaszcza dotyczące kształtowania priorytetów w tej sferze i idących z nimi w parze regulacji systemowych. Jak wynika z badań, może to uczynić więcej dla racjonalizacji nie tylko ochrony zdrowia, ale też dla rozwoju społeczno-gospodarczego i efektywności wykorzystywania zasobów oraz ograniczania wielorakich niepożądaných ubocznych skutków przemian, aniżeli pogoń za coraz większym wzrostem gospodarczym, wzrostem PKB. Paul Romer, ekonomista-noblista, uciekając się do metafory kulinarnej, wskazuje, że istotniejsze są właściwe przepisy, „recepty”, niż sam proces „większego gotowania” – czytaj coraz większego PKB (*Economic growth springs from better recipes, not just from more cooking. New recipes produce fewer unpleasant side effects and generate more economic value per unit of raw material*) [Lawder 2016]. Zaś owe „recepty” są domeną przede wszystkim ekonomistów, ale też prawników [Łazarska, Miczek 2023].

W lutym 2020 r. Romer, w zamieszczonym na swojej stronie internetowej wpisie, dość kaśliwie wypowiada się na temat odpowiedzialności ekonomistów za przeszłe, obecne i przyszłe wydarzenia i trendy społeczno-gospodarcze. To bowiem ekonomiści kreują rozmaite modele (w tym ekonometryczne) i koncepcje służące kształtowaniu systemów społeczno-gospodarczych oraz przyjmowanych w nich zasad, priorytetów, jak też wskaźników [Romer 2020]. I tu Romer posługuje się dość zaskakującą analogią do położnictwa. Mianowicie w XIX w. zdiagnozowano, że w sytuacji, gdy przy porodzie asystował lekarz, zwiększało się prawdopodobieństwo śmierci pacjentki. Przyczyna tego okazała się banalna. Było nią mianowicie niemycie rąk przez lekarzy (sic!). W takiej sytuacji pozostawał zatem wybór, albo odsunąć lekarzy od asystowania przy porodach, albo rygorystycznie egzekwować, by myli ręce. Romer, używając tego przykładu w odniesieniu do ekonomistów, zastrzega, że nie chce sugerować społeczeństwu, żeby pozbywać się ekonomistów (*to get rid of economists*), lecz by dbać o to, żeby „mieli czyste ręce”. Zatem fundamentalne znaczenie ma wymóg liczenia się przez ekonomistów z realiami, faktami, w tym także świadczącymi o zasadniczych błędach środowiska ekonomistów. Aby prace i rekomendacje ekonomistów były wiarygodne, naukowe środowisko ekonomistów musi wziąć na siebie zbiorową odpowiedzialność za – skutkujące ogromnymi szkodami społeczno-gospodarczymi – błędy, jakie mogą się zdarzyć i niestety, zdarzają niektórym ekonomistom w niektórych ich opracowaniach. Błędy takie trzeba bezwzględnie ujawniać, zamiast w nich tkwić, co zresztą może wynikać z rozmaitych względów, także z wąsko pojmowanego interesu środowiskowego [Romer 2016, Romer 2020]. Można to też odnieść do środowiska ochrony zdrowia, co wskazuje zarazem na niezbędne kierunki przemian w tej sferze [Mączyńska 2020].

Niezbędne kierunki zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce

W warunkach dokonującego się obecnie przesilenia cywilizacyjnego, jakie przynosi czwarta rewolucja przemysłowa, z jej jeszcze nie w pełni rozpoznany, wciąż rozwijającym się potencjałem sztucznej inteligencji, w każdej niemal sferze działalności, zatem także w sferze ochrony zdrowia, warunkiem racjonalnego funkcjonowania i sprostania turbulentnym przemianom, niezbędne jest spełnienie co najmniej trzech następujących warunków – warunków *sine qua non*:

1. Optymalne wykorzystywanie potencjału czwartej rewolucji przemysłowej, w tym technologii cyfrowych i sztucznej inteligencji, tak by w możliwie największym stopniu wykorzystywać ich dobrodziejstwa, zarazem eliminując, a przynajmniej minimalizując ich ciemne strony.
2. Kształtowanie antykruchości.
3. Zmiana priorytetów w polityce społeczno-gospodarczej państwa oraz w systemie ochrony zdrowia na rzecz ich ukierunkowywania na jakość życia i zdrowie ludzi oraz wdrażanie na poszczególnych instytucjonalnych poziomach decyzyjnych, służących spełnianiu tych warunków, niezbędnych zmian regulacji prawnych, zasad i procedur.

W warunkach rewolucji cyfrowej i rozwoju sztucznej inteligencji szczególne znaczenie ma – co warto powtórzyć – optymalizowanie wykorzystywania potencjału tych technologii, ograniczając zarazem ich negatywny wpływ przede wszystkim na zdrowie ludzi, tak aby przeciwdziałać tak niekorzystnym dla ludzkiego zdrowia zjawiskom, jak epidemia samotności, syndrom FoMO czy nomofobii, a także nadmierne narastanie medykalizacji. W sytuacji niemal chronicznego niedostatku środków finansowych w sektorze ochrony zdrowia, przeciwdziałanie nadmiernej medykalizacji jest tym bardziej istotne, że jest to zjawisko kosztowne zarówno w kontekście nakładów publicznych, jaki i indywidualnych, a w dodatku nie zawsze sprzyjające poprawie zdrowia.

Wymienione powyżej trzy warunki mają charakter *sine qua non*, ale równocześnie charakter kierunkowy. Na ich realizację składać się musi złożony spłot rozmaitych specjalistycznych procesów, w dodatku procesów ciągłych, a nie jednorazowych działań. Procesy te przeważnie łączą się niestety z koniecznością zwiększania nakładów na finansowanie ochrony zdrowia. Spełnienie tego wymogu jest jednak szczególnie trudne, tym bardziej, że jak wynika z badań prowadzonych przez Krzysztofa Opolskiego i Marka Zuberę, zważywszy na obecne realia w Polsce, trudno jest zakładać, że nawet w sytuacji wzrostu gospodarczego i związanego z nim wzrostu zamożności ludzi, uda się zapewnić satysfakcjonujące rezultaty w zakresie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, poprzestając tylko na składce zdrowotnej w jej dzisiejszej wysokości [Opolski, Zuber 2023].

W takiej sytuacji fundamentalne znacznie ma poprawa efektywności, racjonalności wykorzystywania dysponowanych środków. Jest to istotne tym bardziej, że Polskę – co już było podkreślane – cechują zarówno niskie nakłady na ochronę zdrowia, a zarazem wyraźne przejawy nieefektywnego gospodarowania tymi środkami i ich marnotrawienie.

Niedostatek środków finansowych w sektorze ochrony to wielce złożony, trudny problem tym bardziej, że dynamizm przemian technologicznych i nowe, coraz doskonalsze, ale i coraz bardziej kosztowne metody leczenia sprawiają, że system ochrony zdrowia ma symptomy swego rodzaju worka bez dna.

W takich warunkach tym większe jest znaczenie nie tylko racjonalności wykorzystywania dostępnych środków, ale też pozyskiwania dodatkowych źródeł finansowania tego sektora. Jednym z takich rozwiązań jest rekomendowane przez autorów badań na ten temat, Krzysztofa Opolskiego i Marka Zuberę, utworzenie Funduszu Szpitalnictwa. Nie wyczerpuje to jednak możliwości i zasadności tworzenia innych funduszy celowych, także pozyskiwanych, w drodze *crowdfunding* (*crowd* – tłum, *fund*ing – finansowanie), czyli finansowania lub współfinansowania społecznościowego [Opolski, Zuber 2023]. Skuteczność powodzenia tego typu rozwiązań bezwzględnie wymaga jednak równoczesnej racjonalizacji wykorzystywania już dostępnych środków w systemie ochrony zdrowia.

Racjonalizacja systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w dostosowaniu do wyzwań związanych z dokonującym się pod wpływem czwartej rewolucji przemysłowej przesileniem cywilizacyjnymi i kształtowaniem nowej gospodarki, wymaga systemowych, w tym regulacyjnych i organizacyjnych przemian. Główne kierunki tych przemian przedstawione są enumeracyjnie poniżej, choć z pewnością nie jest to zamknięta lista.

- Odejście od wyraźnego obecnie priorytetu dla zbytnio zbiurokratyzowanych procedur, zamiast pierwszeństwa dla dobra pacjenta.
- Odciażanie lekarzy od prac niemedycznych, w tym sprawozdawczych, co mogłoby sprzyjać lepszemu wykorzystywaniu kompetencji medycznych, a tym samym podnoszeniu efektywności leczenia. Jest to zasadne tym bardziej, że prace niemedyczne, a także niektóre prace komputerowo-techniczne w większości mogłyby być wykonywane przez należycie cyfrowo wyedukowany personel pomocniczy. Takie przesunięcie obciążeń umożliwiłoby zarazem racjonalizację wydatków na wynagrodzenia. Wynagrodzenia personelu niemedycznego są bowiem z reguły niższe aniżeli wynagrodzenia lekarzy.
- Zwiększanie w systemie pomiaru dokonań medycznych wagi wskaźników wyleczenia w stosunku do wskaźników leczenia, co stanowiłoby istotny bodziec zwiększania jakości działań medycznych.
- Wzmacnianie działań na rzecz fundamentalnej roli, jaką może odgrywać profilaktyka medyczna. Przy zwiększonej randze profilaktyki, system ochrony zdrowia z natury rzeczy ukierunkowany byłby na długofalowe efekty, co oznaczałoby preferencje dla stosowania nowoczesnych, wysoce skutecznych metod i środków, umożliwiających zwiększanie trwałych efektów leczenia, leczenia przyczyn schorzeń, a nie tylko ich objawów. Wysoka ranga profilaktyki medycznej i oszczędności nakładów przekładałyby się na zmniejszanie negatywnych dla gospodarki natężeń i następstw chorób, a tym samym stawałyby się czynnikiem dynamizacji wzrostu gospodarczego i poprawy jakości życia ludzi.
- Traktowanie ochrony zdrowia w kategoriach inwestycji społecznych, a nie wyłącznie jako wydatków obciążających budżet państwa i budżety samorządów. Sprzyjałoby to priorytetowi dla nowoczesnych, najskuteczniejszych metod leczenia. Jest to istotne tym bardziej, że przestarzałe metody – co trzeba jeszcze raz podkreślać – przeważnie negatywnie wpływają na wyniki leczenia i w ostatecznym, pełnym rachunku zwiększają nakładochłonność. Sprawiają, że proces leczenia się wydłuża lub/i występują nawroty choroby. To zaś zwiększa łączne koszty leczenia, pomniejszając jego skuteczność. Dlatego też, im większa jest skala zjawiska „krótkiej koldry” w systemie ochrony zdrowia, tym bardziej niezbędna jest wnikliwa analiza efektywności i skuteczności metod leczenia, z uwzględnieniem rachunku kompleksowego, tj. z uwzględnieniem rachunku kosztów i efektów zewnętrznych (*externalities*), a tym samym pełnego, całościowego cyklu i wyników leczenia.
- Rozwój i racjonalizacja systemu edukacji zdrowotnej, zarówno akademickiej, jak i na innych poziomach.
- Utworzenie pełnowymiarowego, specjalistycznego ośrodka kompleksowych analiz efektywności wykorzystywania środków na ochronę zdrowia, analiz pod kątem przede wszystkim kwestii poprawy obsługi pacjentów oraz kompleksowych efektów ich leczenia, jak i poprawy ogólnej sytuacji w sektorze ochrony zdrowia.

- Rozwój badań i analiz zarówno w formie studiów przypadków, jak i analiz zagregowanych, a także międzynarodowych analiz porównawczych. Analizy takie powinny też dotyczyć obowiązujących procedur stosowanych w placówkach ochrony zdrowia pod kątem ich zasadności. Wiele bowiem wskazuje, że niektóre z tych procedur i kształtujące je regulacje nie tylko nie przeciwdziałają marnotrawstwu środków będących w dyspozycji sektora ochrony zdrowia, lecz wręcz doń skłaniają. Przy takim podejściu liczy się leczenie, a nie wyleczenie, co jest zaprzeczeniem racjonalności.
- Ścisłe powiązanie kierunków ewolucji systemu ochrony zdrowia z wynikami kompleksowych analiz efektywności i racjonalności wydatkowania środków na tę ochronę, analiz z uwzględnieniem długookresowego rachunku kosztów i efektów zewnętrznych. Bez takiego rachunku trudno liczyć na zmniejszanie napięć i nierównowag charakterystycznych obecnie dla tego sektora. W ramach długookresowego rachunku kosztów i efektów zewnętrznych niezbędne jest traktowanie nakładów na ochronę zdrowia jako inwestycji i niezbędnego czynnika wzrostu PKB oraz rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, w tym także utrzymywania strategicznego potencjału wytwórczego. Jest to istotne zwłaszcza w warunkach tak niekorzystnych obecnie oraz prognozowanych procesów demograficznych, w tym zmniejszającej się liczby ludności w Polsce i postępującego procesu starzenia się społeczeństwa.
- Kształtowanie innowacyjnego systemu ochrony zdrowia. Ma to fundamentalne znaczenie, albowiem jest to taki system, który zapewnia w pierwszym rzędzie najskuteczniejsze leczenie pacjentów i względnie trwałe efekty leczenia. Przy tym jest to system niedopuszczający do marnowania potencjału, w tym czasu pracy lekarzy na biurokratyczną mitręgę. Jest to zarazem system niedopuszczający do pseudooszczędnościowych metod leczenia. To system oparty na priorytecie dla dobra pacjenta, przeciwdziałający nadmiernie zbiurokratyzowanym procedurom, prowadzącym do erozji rzeczywistej troski o pacjenta. System innowacyjny cechuje ponadto przypisywanie fundamentalnej roli profilaktyce medycznej. W systemie takim zdrowie traktowane jest właśnie w kategoriach kapitału i inwestycji, a nie kosztu. To system inkluzywny, tzn. nie pozostawiający chorych bez szans na dostęp do nowoczesnego leczenia. Zarazem to system, w którym optymalizowane są procesy medykalizacji.

Realizacja przedstawionych rekomendacji wpisuje się w wymóg optymalizacji wykorzystywania potencjału sektora ochrony zdrowia. Optymalizacja taka staje się zarazem warunkiem koniecznym trwałego, potrójnie zharmonizowanego postępu w skali mikroekonomicznej i rozwoju społeczno-gospodarczego w wymiarze makroekonomicznym, tj. rozwoju, w którym wzrost gospodarczy gwarantuje postęp społeczny i ekologiczny, a tym samym poprawę jakości życia i pracy ludzi, kształtując dobrostan społeczny. Kwestia optymalizacji wykorzystywania nowych technologii ma znaczenie tym bardziej, że poza ich dobrodziejstwem i dodatnim potencjałem przemian, cechuje je zarazem potencjał negatywny, potencjał destrukcji. Jak potwierdza historia, było tak zawsze i tak też jest obecnie.

Literatura

Akerlof G.A., Shiller R.J., 2021, *Złowić frajera. Ekonomia manipulacji i oszustwa*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa.

Assadourian E., 2023, *From Polycrisis to Permacrisis*, Resilience, January 3, <https://www.resilience.org/stories/2023-01-03/from-polycrisis-to-permacrisis> [dostęp 19.01.2023].

Banerjee A.V., Duflo E., 2019, *Good Economics for Hard Times: Better Answers to Our Biggest Problems*, Publisher Public Affairs.

Calaprice A., 2014, *Einstein w cytatach. List Alberta Einsteina do Ottona Juliusburgera z 11.04.1946*, Poltext, Warszawa.

Conrad P., 1975, *The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior*, *Social Problems*, 23, 1, s. 12–21.

Daniłowska S., 2014, *Szczęście po duńsku*, http://nordencentrum.pl/pliki/konferencja-HappyDanes-20141209/The_happy_Danes_SDaniłowska_PL.pdf [dostęp 4.12.2023].

Esteva A., Kuprel B., Novoa R.A., Ko J., Swetter S.M., Blau H.M., Thrun S., 2017, *Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks*, *Nature*, nature.com, https://scholar.google.nl/scholar?q=Sebastian+Thrun+Dermatologist-level+classification+of+skin+cancer+with+deep+neural+networks&hl=pl&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar [dostęp 3.12.2023].

Fukuyama F., 2022, *Awaria świata*, Wszystko Co Najważniejsze, 18 kwietnia, <https://wszystkoconajwazniejsze.pl/prof-francis-fukuyama-awaria-swiate/> [dostęp 4.12.2023].

Gupta M., Sharma A., 2021, *Fear of missing out: A brief overview of origin, theoretical underpinnings and relationship with mental health*, *World Journal of Clinical Cases*, Jul 6; 9, 19, s. 4881–4889, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8283615/> [dostęp 4.12.2023].

GUS, 2023, *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2020–2022. Informacja sygnałna*, 27.07., <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=GUS%2C+2023%2C+Wydatki+na+ochron%C4%99+zdrowia+w+latach+2020%E2%80%932022.+Informacja+sygnałna%2C+27.07.%2C> [dostęp 10.01.2024].

Han B.C., 2022, *Spółeczeństwo zmęczenia i inne eseje*, Wydawnictwo Krytyka Polityczna, Warszawa.

Health at a Glance 2023 OECD Indicators, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7a-7afb35-en.pdf?expires=1705281020&id=id&accname=guest&checksum=F2D6450D4BAFF0235E34E8881066E766> [dostęp 4.12.2023].

Hertz N., 2020, *The Lonely Century: Coming Together in a World that's Pulling Apart*, Sceptre, London.

John T., 2018, *How the World's First Loneliness Minister Will Tackle 'the Sad Reality of Modern Life'*, April 25, <https://time.com/5248016/tracey-crouch-uk-loneliness-minister/> [dostęp 30.11.2023].

Kant I., 1953, *Imperatyw kategoryczny*, <https://filozofuj.eu/wp-content/uploads/2021/02/kant-imperatyw-kategoryczny.pdf> [dostęp 30.11.2023].

- Kelly K., 2017, *Nieuniknione: Jak inteligentne technologie zmienią naszą przyszłość*, Poltext, Warszawa.
- Keynes J.M., 2020, *Ekonomiczne perspektywy dla naszych wnuków (1930 r.)*, tłum. A. Kucharczyk, *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego*, 4, 91, s. 7–11.
- Kiyosaki R., Lechter S.L., 2002, *Investycyjny poradnik bogatego ojca. Czyli w co inwestują bogaci – czego nie robią biedni i średnia klasa*, Instytut Praktycznej Edukacji.
- Kleer J., 2021, *Ekonomiczne i społeczne skutki przesilenia cywilizacyjnych*, Instytut Nauk Ekonomicznych Polskiej Akademii Nauk, Warszawa.
- Kochanowski J., oryg. 1584, *Fraszki*, <https://wolnelektury.pl/media/book/pdf/fraszki.pdf> [dostęp 10.01.2024].
- Kołodko G.W., 2014, *Nowy pragmatyzm, czyli ekonomia i polityka dla przyszłości*, *Ekonomista*, 3, 161–180.
- Kołodko G.W., 2022, *Świat w matni. Czwarta część trylogii*, Wydawnictwo Prószyński, Warszawa.
- Kumar R., Kumari S., Bharti P., Sharma D., 2021, *Nomophobia: A rising concern among Indian students*, *Industrial Psychiatry Journal*, 30, 2, s. 230–233, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8709502/> [dostęp 1.12.2023].
- Lawder D., 2016, *World Bank confirms NYU's Romer as next chief economist*, July 18, <https://www.metro.us/world-bank-confirms-nyus-romer-as-next-chief-economist/> [dostęp 20.05.2020].
- Laeven L., Valencis F., 2008, *Systemic Banking Crises: A New Database*, International Monetary Fund Working Paper, WP/08/224, Washington, DC, November.
- Łazarska A., Miczek Z., 2023, *Dowód z opinii biegłego z zakresu ekonomii w sprawach cywilnych i gospodarczych*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Mączyńska E., 2020, *Spółeczna Gospodarka Rynkowa. Archaiczny pleonazm czy remedium?* [w:] E. Mączyńska, P. Pysz (red.), *Spółeczna Gospodarka Rynkowa i integracja europejska w czasach przełomu*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa, http://www.pte.pl/pliki/2/1/SGR_2020.pdf [dostęp 1.12.2023].
- Mączyńska E., 2021a, *Samotność generuje koszty i zabija. Refleksje wokół książki prof. Noreeny Hertz, The Lonely Century: Coming Together in a World that's Pulling Apart*, *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego*, 1, 92, s. 40–48, http://www.pte.pl/pliki/1/68/E_1_2021.pdf [dostęp 4.11.2023].
- Mączyńska E., 2021b, *Kryzysy jako impulsy zmian systemów społeczno-gospodarczych*, *MAZOWSZE Studia Regionalne*, 37, s. 11–32.
- Nowakowski M., 2015, *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, UMCS, Lublin.
- Opolski K., Zuber M., 2023, *Makroekonomiczne uwarunkowania finansowania systemu ochrony zdrowia – Kilka uwag w kontekście wyzwań systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Rekomendacje strategiczne na lata 2023–2027*, Polska Akademia Nauk, Wydział Nauk Medycznych, Komitet Zdrowia Publicznego, Warszawa.
- Oransky I., Marcus A., 2023, *There's far more scientific fraud than anyone wants to admit*, *The Guardian*, Wed 9 Aug, <https://www.theguardian.com/commentisfree/2023/aug/09/scientific-misconduct-retraction-watch> [dostęp 15.10.2023].

- Pigliucci M., 2022, *Wyjdźcie z Twittera, wyjdźcie z Facebooka, aby żyć!* Wszystko co Najważniejsze, 6 sierpnia, <https://wszystkoconajwazniejsze.pl/prof-massimo-pigliucci-uzaleznienie-od-mediow-spolesnoscowych/> [dostęp 19.12. 2022].
- RAPORT: *Poczucie samotności wśród dorosłych Polaków*, 2022, Instytut Pokolenia, Warszawa, https://instytutpokolenia.pl/wp-content/uploads/2023/06/SAMOTNOSC_14.11.pdf [dostęp 30.11.2023].
- Raworth K., 2021, *Ekonomia obwarzanka. Siedem sposobów myślenia o ekonomii XXI wieku*. Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Rist G., 2016, *Urojenia ekonomii*, Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, Warszawa.
- Romer Po., 2016, *The Trouble with Macroeconomics*, <https://paulromer.net/trouble-with-macroeconomics-update/WP-Trouble.pdf> [dostęp 30.03.2022].
- Romer P., 2020, *What Went Wrong*, <https://paulromer.net/what-went-wrong> [dostęp 30.03.2022].
- Sachs I., 1996, *W poszukiwaniu nowych strategii rozwoju*, *Gospodarka i Przyszłość*, 1–4, s. 44.
- Sandel M.J., 2012, *Czego nie można kupić za pieniądze. Moralne granice rynku*, Kurhaus Publishing, Warszawa.
- Sennett R., 2010, *Kultura nowego kapitalizmu*, Muza S.A., Warszawa.
- Schwab K., 2018, *Czwarta rewolucja przemysłowa*, Studio EMKA, Warszawa.
- Schumacher E., 2022, *Permacrisis' is the UK's word of the year for 2022*, November 1, <https://www.dw.com/en/permacrisis-is-the-uks-word-of-the-year-for-2022/a-63616601> [dostęp 17.01.2023].
- Stiglitz J.E., Sen A.A., Fitoussi J.-P., 2013, *Błąd pomiaru. Dlaczego PKB nie wystarcza*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Stiglitz J.E. i in., 2019, *Poza PKB Mierzmy to co ma znaczenie dla rozwoju społeczno-gospodarczego*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Szyszkowska M., 2014, *Wartości immoralne scalające ludzkość szansą na pokonanie nierówności* [w:] Z. Strzelecki, E. Kryńska, J. Witkowski (red.), *Kryzys jakości życia*, Polska Akademia Nauk, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”, s. 71–81, https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/5057/Kryzys_jakosci_zycia.pdf?sequence=1&isAllowed=y [dostęp 11.08.2023].
- Szyszkowska M., 2023, *Mijamy się*, Wydawnictwo „Kto jest Kim”, Warszawa.
- Taleb N.N., 2013, *Antykruchość*, Wydawnictwo Kurhaus, Warszawa.
- Taleb N.N., 2020, *Czarny Łabędź. Jak nieprzewidywalne zdarzenia rządzą naszym życiem*, Wydawnictwo Heraclon, Warszawa.
- The Happiness Research Institute, *Our research*, <https://www.happinessresearchinstitute.com/happinessresearch>, 2021 [dostęp 15.03.2021].
- Tooze A., 2022, *Welcome to the world of the polycrisis*, *Financial Times*, October 28, <https://www.ft.com/content/498398e7-11b1-494b-9cd3-6d669dc3de33> [dostęp 18.01.2023].
- White K., 2002, *An introduction to the sociology of health and illness*, SAGE Publications Ltd.

The dilemmas of healthcare system functioning under the conditions of civilizational turning point

ABSTRACT


The analyses presented in this study are focused on identifying new trends and challenges in the healthcare sector, primarily stemming from the ongoing global civilizational turning point as a consequence of the fourth industrial revolution, the digital revolution with its unimaginable potential of artificial intelligence. In such conditions, solutions aimed at optimal utilization of new technologies are particularly crucial, especially those addressing irregularities that result in the wastage of material and intellectual potential in this sector. In the face of almost chronic shortages in healthcare funding sources, characteristic not only of Poland but also many other countries, the rationalization of the utilization of available resources becomes of paramount importance. In Poland, this is particularly significant due to relatively low expenditures on healthcare, both in absolute terms and in relation to GDP. This is confirmed by the international statistics presented in the article. In this context, the article highlights selected rationalizing directions for changes in the national healthcare system.

Key words: healthcare system, fourth industrial revolution, civilizational turning point, medicalization, FoMO (fear of missing out), costs of loneliness, AI (Artificial Intelligence), cyberchondria, denialism

Elżbieta Mączyńska, prof. dr hab. / Full Professor

Prezes Honorowy Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego / Honorary President of the Polish Economic Society

e-mail: zk@pte.pl

 0000-0002-2712-7672



cytacja:

Mączyńska E., 2024, Dylematy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w warunkach przesilenia cywilizacyjnego, MAZOWSZE Studia Regionalne, 48, Mazowieckie Biuro Planowania Regionalnego w Warszawie, Warszawa, s. 9–36, <https://www.doi.org/10.21858/msr.48.01>