

Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia

Zdrowie Publiczne

i Zarządzanie

2020
tom 18, nr 3

Włodzimierz Cezary Włodarczyk
Wprowadzenie 191

pandemia COVID-19

Włodzimierz Cezary Włodarczyk, Grzegorz Juszczyk,
Tomasz Zdrojewski, Wojciech Hanke, Bolesław
Samoliński, Bogdan Wojtyniak
Stanowisko Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk w sprawie
szczepień przeciw COVID-19 193

Katarzyna Badora-Musiał, Dominika Dusza
Politycy i eksperci – Polska i USA w obliczu pandemii COVID-19 202

jakość opieki zdrowotnej

Artur Prusaczyk, Paweł Żuk, Marika Guzek,
Joanna Oberska, Magdalena Bogdan
Istota kompetencji personelu medycznego wpływających na efektywność
opieki nad pacjentem 222

Anna Andrzejczak, Ewelina Żarłok, Karolina Osowiecka,
Luiza Kańczuga-Koda, Sergiusz Nawrocki
Czas oczekiwania na postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia
w przypadku złośliwego nowotworu piersi oraz wpływ pomiaru
na poprawę standardu realizowanych świadczeń 227

zarządzanie finansami

Marcin Kautsch, Edyta Piątek
Środki trwałe w publicznej i prywatnej ochronie zdrowia
w latach 1999–2018 236

recenzja

Adam Ryś
Ile administracji w ochronie zdrowia? S. Sikorski, *Administracja ochrony
zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją* 242

Przewodnicząca**Prof. dr hab. Stanisława Golinowska**

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Antoni Czupryna

Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Wim Groot, PhD

Professor of health economics, Department of Health Services Research, Maastricht University, Netherlands

Prof. dr. med. Ulrich Laaser

Head of the Section of International Public Health at the Faculty of Health Sciences, School of Public Health, University of Bielefeld, Germany

Doc. MUDr., PhD Vladimír Pohanka

Director of Srobar's Institute for Respiratory Diseases and TB in Dolný Smokovec, Slovakia

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Prof. dr hab. Beata Tobiasz-Adamczyk

Kierownik Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Mirosław J. Wysocki

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

Prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski

Zakład Prewencji i Dydaktyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

■ **komitet redakcyjny****Redaktor Naczelny****Prof. dr hab. Włodzimierz Cezary Włodarczyk**

Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Stanisława Golinowska

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Tomasz Brzostek

Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu

Instytut Zdrowia Publicznego
ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków
tel. 12-433-28-06, e-mail: elzbieta.rys@uj.edu.pl

*Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia.
Zdrowie Publiczne i Zarządzanie.
Pismo Instytutu Zdrowia Publicznego
Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM*

Scientific Issues of Health Protection. Public Health and Governance

■ **redaktor naukowy**

prof. dr hab. Włodzimierz Cezary Włodarczyk

■ **redaktor statystyczny**

Ewa Kocot

■ **sekretarz redakcji**

Elżbieta Ryś

■ **wydawca**

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM

■ **współwydawca**

Wydawnictwo UJ

ADRES REDAKCJI

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM
ul. Skawińska 8
31-066 Kraków
tel. 12-433-28-06
e-mail: elzbieta.rys@uj.edu.pl

© Copyright by Włodzimierz Cezary Włodarczyk & Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Wydanie I, Kraków 2020
All rights reserved

Przedruk i powielanie tekstów zamieszczonych na łamach pisma wyłącznie za zgodą redakcji.

Pierwotną wersją czasopisma „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” (ISSN 2084–2627) jest wersja online publikowana kwartalnie w Internecie na stronie www.ejournals.eu.

ISSN 1731–7398 (wersja papierowa)
ISSN 2084–2627 (wersja elektroniczna)

Wprowadzenie¹

Szanowne Czytelniczki i Szanowni Czytelnicy!

W średnio optymistycznym krajobrazie zdrowia publicznego, kiedy spodziewać się można kolejnej fali pandemii, jedno przynajmniej wydarzenie może wpływać na poprawę nastrojów – 30. rocznica powołania do życia Szkoły Zdrowia Publicznego. Stało się to mocą wspólnej decyzji działających wtedy odrębnie dwóch instytucji: Uniwersytetu Jagiellońskiego i Akademii Medycznej. Dzięki tej decyzji – podkreślmy raz jeszcze, że podjętej wspólnie, co z perspektywy współczesności należy potraktować jako ewenement – pojęcie i sama idea zdrowia publicznego, po dekadach nieobecności, powróciły do świadomości ludzi oraz do instytucjonalnych realiów. Z pewnością w tym spektakularnym powrocie wielką rolę odegrał klimat tamtej epoki, kiedy wszystko, co korzystne dla ludzi, wydawało się możliwe, ale Szkoła nie powstałaby bez zapala i aktywności wielu osób, z Tadeuszem Skarbkim i Andrzejem Rysiem na czele. Ich działania były tak skuteczne, że Szkoła nie tylko mogła powstać i zostać ulokowana w wygodnym budynku należącym kiedyś do Bratniaka², ale uzyskała też możliwość finansowania bezpośrednio z budżetu centralnego. Ten finansowy przywilej nie trwał zbyt długo, ale jego symboliczne znaczenie warte jest utrwalenia we wdzięcznej pamięci następców.

Jednym z elementów misji Szkoły było podejmowanie działań służących budowaniu „środowiska zdrowia publicznego”, czyli tego, co w świecie nazywa się *public health community*, a więc grona ludzi identyfikujących samych siebie jako zainteresowanych zdrowiem publicznym i poczuwających się do tego, by występować jako rzecznicy zdrowotnych interesów społeczeństwa. Nie jestem pewny, czy w przeszłości potencjalni uczestnicy tej społeczności byli świadomi tego, że rola rzecznika może sytuować ich na kursie kolizyjnym z przedstawicielami władzy, ale wtedy możliwość takiej konfrontacji nie wydawała się szczególnie niebezpieczna.

Pytanie o to, kto należy do społeczności zdrowia publicznego, nabrało szczególnego znaczenia, kiedy pojawił się COVID-19. Z jednej strony takim zbiorowym podmiotem była Państwowa Inspekcja Sanitarna, przez ustawę „powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego”³. Z drugiej strony indywidualnymi podmiotami byli eksperci, którzy albo z racji instytucjonalnego usytuowania, albo z racji osobistych kompetencji wypowiadali się w sprawach pandemii. Między tymi dwiema stronami nieoczekiwanie doszło do spięcia.

W połowie marca 2021 roku do Naczelnej Rady Lekarskiej wpłynął wniosek o ukaranie jej eksperta,

złożony w imieniu Państwowej Inspekcji Sanitarnej jako instytucji współodpowiedzialnej za stan zdrowia publicznego w kraju. Osobą podpisującą był pełniący obowiązki Głównego Inspektora Sanitarnego. Osnową wniosku był zarzut popełnienia przewinienia lekarskiego polegającego na trzech aktywnościach: (1) wielokrotnym wprowadzaniu opinii publicznej w błąd niepotwierdzonymi i nieprawdziwymi informacjami na temat epidemii COVID-19, (2) promowaniu niesprawdzonych rozwiązań medycznych rzekomo przeciwdziałających SARS-CoV-2, które mogą zaszkodzić, (3) oczernianiu i deprecjonowaniu instytucji państwowych, w tym Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Konsekwencją miało być pozbawienie obwinionego prawa wykonywania zawodu lekarza. Warto przypomnieć, że obwiniony, przedstawiając swoje opinie we własnym imieniu, pełnił oficjalnie funkcję eksperta Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach dotyczących COVID-19.

Dobrze wiedzieć coś więcej o osobach zaangażowanych w dramat. Po pierwsze pełniący obowiązki szefa Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS), inżynier z wykształcenia, po studiach na Politechnice Krakowskiej i w Szkole Górniczo-Hutniczej został przedstawiony na oficjalnej stronie instytucji jako osoba od lat związana z administracją publiczną na stanowiskach kierowniczych i posiadająca wiedzę i doświadczenie z zakresu zarządzania zasobami i infrastrukturą IT oraz bezpieczeństwem danych w jednostkach publicznych. W chwili składania wniosku nie miał formalnego powołania na stanowisko kierownicze, co jednak nie odbierało mu formalnych uprawnień do wystąpienia w obronie reprezentowanego przez siebie GIS. Po drugiej stronie sporu stał doktor nauk medycznych, specjalista pediatra, immunolog, ekspert w dziedzinie profilaktyki zakażeń, z akademickim doświadczeniem, pełniący także funkcje dyrektora Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji w Warszawie i prezesa Fundacji „Instytut Profilaktyki Zakażeń”. Dał się poznać szerokiej publiczności jako komentator wydarzeń związanych z pandemią COVID-19, niekryjący krytycznych opinii na temat poczynań władzy, w konsekwencji czego – jak się wydaje – stracił pracę wykładowcy. Nie ma wątpliwości, że z formalnego punktu widzenia obaj protagoniści należeli do środowiska zdrowia publicznego, a fakt technicznego wykształcenia jednego z nich nie miał na to żadnego wpływu. Co więcej, społeczność zdrowia publicznego z natury powinna być wielodyscyplinarna i, poza przedstawicielami zawodów medycznych,

¹ W przygotowywaniu wcześniejszej wersji tekstu uczestniczył dr Michał Zabdry-Jamróż.

² Zdjęcie budynku jest pokazane w galerii Szkoły/Instytutu, co budzi wzruszenie, bo Instytut Zdrowia Publicznego, następca Szkoły, został tej siedziby pozbawiony, <https://izp.wnz.cm.uj.edu.pl/pl/o-instytucie/informacje-ogolne/> (dostęp: 1.09.2021).

³ Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 212 poz. 1263 z późn. zm.).

przyciągać reprezentantów wielu innych dziedzin wiedzy, niezbędnych w realizowaniu funkcji zdrowia publicznego. Można jednak zasadnie pytać, czy poza cechami formalnymi kryterium silnego identyfikowania się ze zdrowotnym interesem społeczeństwa nie wprowadza między stronami sporu jakiegoś zróżnicowania. Krytyczne uwagi jednego z nich z pewnością mogły przyczynić się do unikania błędów w przyszłości. Natomiast brutalne, bo posługujące się bezzasadnymi insynuacjami użycie środków prawnych, będące oczywistą próbą ucieszenia autora niepochlebnych opinii mało miało wspólnego z troską o dobro wspólne. Nie mam wątpliwości, że przedstawione zdarzenie powinno skłaniać polskie środowisko zdrowia publicznego do namysłu nad koniecznością konsolidacji wokół wspólnych celów. Także opinia publiczna mogłaby postawić sobie pytanie o to, kto lepiej dążył do obrony jej interesów zdrowotnych.

Treści przedstawiane w tym numerze „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia” mogą być postrzegane jako służące konsolidacji środowiska zdrowia publicznego. Rozpoczynamy od przedstawienia Uchwały przyjętej przez Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk (KZP PAN) apelującej do władz o wprowadzenie obowiązku szczepienia przeciw COVID-19 wybranych grup pracowników: sektora zdrowotnego, edukacyjnego i opiekuńczego. Apel dotyczy także intensyfikacji akcji promującej szczepienia oraz bardziej stanowczej i bardziej krytycznej reakcji samorządów zawodów medycznych na antyszczepionkowe wystąpienia swoich członków. Warto odnotować, że Uchwała została przyjęta jednomyślnie. Oznacza to, że wszyscy członkowie KZP PAN poparli ideę wprowadzenia obowiązku szczepień dla osób związanych z sektorami mającymi szczególne znaczenie dla przebiegu pandemii. Doprowadzenie do jednomyślności było efektem wysiłków tych liderów Komitetu, którzy byli przekonani o konieczności otwartego zademonstrowania jednoznacznego stanowiska

w tej sprawie. Jednomyślność nie byłaby jednak możliwa bez kompromisów; przy czym nikt z uczestników rozmów nie utożsamiał kompromisu z porażką. W początkowej fazie dyskusji o Uchwale przedstawiono wniosek o wprowadzenie obowiązku szczepień dotyczącego wszystkich, co miało wskazać politykom najbardziej skuteczną metodę przeciwstawienia się atakowi wirusa. Jednak wzgląd na realizm w postrzeganiu społecznych emocji – niechęć Polaków do wszelkich form przymusu – kazał wycofać się z tego postulatu, co nastąpiło stosunkowo szybko. Więcej kontrowersji wzbudził postulat „przyjęcia ustawowego uprawnienia pracodawców do wskazywania stanowisk, na których zatrudnianie osób niezaszczepionych nie będzie możliwe przy jednoczesnym wprowadzeniu zasad ochrony prawnej pracodawców podejmujących takie decyzje”. Powodem takiego zalecenia było obserwowanie bezsilności pracodawców starających się chronić zdrowie zatrudnionych pracowników, a także klientów, poprzez eliminację, a przynajmniej wydatne ograniczenie ekspozycji ich na kontakt z osobami niezaszczepionymi. Wyposażenie pracodawców publicznych w takie uprawnienia wydawało się oczywiste. Jednak obawa przed zarzutem o interweniowanie w uprawnienia pracodawców prywatnych przeważała i ostatecznie postulat ten został z Uchwały wykreślony i w ten sposób nabrała ona formy publicznie zaprezentowanej. W publikowanym razem z Uchwałą Uzasadnieniu przedstawione są argumenty przemawiające na rzecz przyjętych w dokumencie postulatów. W kolejnych tekstach tego numeru omówiony jest jeszcze jeden problem związany z pandemią, a w pozostałych kilka innych zagadnień, z którymi borykają się pacjenci i potencjalni pacjenci, system zdrowotny, a także przedstawiciele społeczności zdrowia publicznego.

Z życzeniami skłaniającej do refleksji lektury

Włodzimierz Cezary Włodarczyk

Stanowisko Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk w sprawie szczepień przeciw COVID-19

Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk (KZP PAN)

- Mając na uwadze historyczne i bieżące negatywne doświadczenia ludzkości związane z epidemiami, które w przeszłości i obecnie pochłonęły miliony istnień,
- Uznając prawo ludzi do życia w zdrowiu i komforcie, jaki daje zniesienie epidemicznych zakazów i nakazów,
- Występując w obronie prawa każdego do swobodnego poruszania się i komunikowania z najbliższymi, przyjaciółmi oraz spotkań grupowych,
- Uznając prawo do pracy, zdrowia, poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, w tym w sferze psychicznej, uczestniczenia w rozwoju społeczno-gospodarczym i kulturowym, a przede wszystkim szanując dorobek w obszarze biznesu, produkcji i dążenia każdego do poprawy bytu ekonomicznego oraz jakości życia, na które epidemie chorób zakaźnych wpływają destrukcyjnie,
- Uznając bezspornie udowodnione naukowo pozytywne doświadczenia roli szczepień ochronnych w walce z epidemiami, a więc w trosce o dobro jednostki i zbiorowości,
- Doceniając naukowo potwierdzoną skuteczność zatwierdzonych oficjalnie szczepionek przeciw COVID-19, przy śladowym występowaniu skutków niepożądanych,
- Dysponując dowodami, że tylko odporność populacyjna, uzyskana dzięki zaszczepieniu dostatecznie dużego odsetka ludności umożliwia powrót do normalnego funkcjonowania,
- Wykorzystując dotychczasowe doświadczenia z przebiegu pandemii wskazujące kluczową rolę w jej zwalczaniu odgrywaną przez przedstawicieli zawodów medycznych oraz osoby zatrudnione w instytucjach opiekuńczych i wychowawczych,

apeluje do Władz Rzeczypospolitej Polskiej o zainicjowanie i przeprowadzenie następujących przedsięwzięć:

- Wprowadzenie ustawowego obowiązku wszystkich osób zatrudnionych w instytucjach zaspokajających potrzeby zdrowotne, opiekuńcze i wychowawcze do przyjęcia szczepień przeciw tragicznej w skutkach i nadal rozwijającej się epidemii COVID-19.
- Wdrożenie szeroko zakreślonej akcji informacyjnej nakłaniającej do poddania się jak najliczniejszych grup społecznych, w tym grup szczególnie narażonych, jak seniorzy, ale także młodzieży i dzieci, mogących przyczynić się do rozprzestrzeniania się wirusa oraz zintensyfikowania działań ułatwiających zaszczepienie dla osób, którym jest to potrzebne.
- Zachęcenie władz samorządu terytorialnego do wdrażania szerokiej gamy dostępnych bodźców i nagród zachęcających do szczepienia oraz do podjęcia współpracy w tej dziedzinie z organizacjami obywatelskimi.

Jednocześnie KZP PAN zwraca się do Samorządów Zawodów Medycznych o jednoznacznie krytyczne występowanie w przypadkach publicznego kwestionowania zasadności szczepień przeciw COVID-19 przez ich członków.

Warszawa, 10 czerwca 2021

UZASADNIENIE

Włodzimierz Cezary Włodarczyk¹  <https://orcid.org/0000-0001-9616-391X>

Grzegorz Juszczyk²  <https://orcid.org/0000-0002-6794-2786>

Tomasz Zdrojewski³  <https://orcid.org/0000-0001-6015-8561>

Wojciech Hanke⁴  <https://orcid.org/0000-0001-7162-2569>

Bolesław Samoliński⁵  <https://orcid.org/0000-0002-4043-7747>

Bogdan Wojtyniak²  <https://orcid.org/0000-0002-2135-8226>

¹ Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

³ Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁴ Zakład Epidemiologii Środowiskowej, Instytut Medycyny Pracy

⁵ Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Abstract

The Resolution of Public Health Committee Polish Academy of Science on Vaccination against COVID-19

Public health community worldwide encouraged by successes of former campaigns have always accepted vaccination as the most effective way to handle infectious diseases pandemics. Even before the outburst of SARS-CoV-2 pandemic in many countries mandatory vaccination against many diseases, especially child related had been implemented. From among 193 countries under study in as many as 105 (54%) such obligation existed and in 62 of them (59%) at least one form of punishment or harm for those opposing was involved. Following this sort of available solutions and facing COVID-19 pandemic disaster the authors on behalf of the Public Health Committee of the Polish Academy of Science recommend to the government implementation of mandatory vaccination against COVID-19 for all workers in sectors of health care, education and welfare.

Key words: COVID-19, mandatory vaccination, pandemic, Polish Academy of Science, vaccination

Słowa kluczowe: COVID-19, obowiązkowe szczepienia, pandemia, Polska Akademia Nauk, szczepienia

Wprowadzenie. Korzyści ze szczepień

Światowa społeczność zdrowia publicznego nie miała wątpliwości, że szczepionka skutecznie zapobiegająca zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 jest jedyną efektywną metodą przeciwstawiania się pandemii, a udane w przeszłości kampanie masowych szczepień były argumentem uprawdopodobniającym tę tezę [1]. Kiedy w kwietniu 2020 roku przygotowano preferowane cechy przyszłego produktu, przyjęto, że jego skuteczność powinna osiągać poziom 70%, ale także – w pewnych sytuacjach – 50% mogło być uznane za zadowalające [2]. Kiedy więc po wynalezieniu szczepionki w charakterystykach poszczególnych szczepionek przedstawianych przez wytwórców w oznaczeniach skuteczności pojawiały się takie liczby jak 95–100% (Pfizer/BioNTech), 76–79% (Oxford/AstraZeneca), 94–100% (Moderna) [3], perspektywy opanowania pandemii rysowały się znacznie bardziej optymistycznie.

Eksperci zdrowia publicznego zdawali sobie sprawę z korzyści powszechnych szczepień, ale ważne też były komunikaty przekazywane opinii publicznej. Późną

wiosną 2021 roku na stronach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) opublikowane zostały przeznaczone dla ogółu odbiorców informacje na temat korzyści wynikających ze stosowania szczepionek [4]. Wskazano tam, że najważniejszym pozytywnym efektem jest ochrona osób zaszczepionych przed zachorowaniem albo ciężkim i groźnym dla życia przebiegiem infekcji.

W informacji przedstawionej przez amerykański Centers for Disease Control and Prevention (CDC) na początku kwietnia 2021 roku, dotyczącej wstępnych wyników badań przeprowadzonych wśród pracowników służby zdrowia, skuteczność szczepionki oceniono na 90% przy pełnym szczepieniu [5]. W komentarzu podkreślono, że problem skuteczności był analizowany w środowisku najbardziej narażonym na zakażenia, a więc uzyskane rezultaty powinny być w pełni docenione.

W komunikacie, w którym omówiono wyniki „największego badania” skuteczności szczepionki stosowanej w szczepieniu pracowników służby zdrowia, ogłoszonym w połowie maja 2021 roku przez tę samą instytucję, przedstawiono wielkość 94% [6].

W przygotowanym przez Instytut Uniwersytetu Waszyngtona w Seattle i opublikowanym pod koniec maja 2021 roku podsumowaniu badań dotyczących skuteczności poszczególnych szczepionek w ciężkim przebiegu choroby (*efficacy at preventing disease*) wskazano wielkości od 72 do 94% [7].

We wczesnych badaniach przeprowadzonych w Anglii skuteczność szczepionki Pfizer (dwie dawki) po 7 dniach została oceniona na 88%, a w Szkocji podanie jednej dawki tej szczepionki było skuteczne w 85%, podczas gdy szczepionka AstraZeneca była skuteczna w 94% [8].

Stosując wskaźnik względnej redukcji ryzyka (*relative risk reduction* – RRR), autorzy raportu opublikowanego w „Lancecie” przedstawili następujące dane o skuteczności szczepionek: Pfizer/BioNTech – 95%, Moderna – 94%, Johnson & Johnson, AstraZeneca i Oxford – 67% [9].

Na podstawie wyników kilku badań stwierdzono, że skuteczność szczepień w Izraelu przekraczała przeciętnie 90%, w niektórych grupach wiekowych sięgając 96% i więcej [10].

Bardzo zachęcające okazały się wyniki badań skuteczności szczepionek przeciwko nowym wariantom wirusa, co było informacją istotną wobec obaw dotyczących ich nieprzygotowania do aktywności wobec nieznanej struktury, zwłaszcza wariantu indyjskiego. Opublikowany w maju 2021 roku preprint artykułu omawiającego uzyskane wyniki rozwiewał te obawy [11]. Chiński portal informujący o tym wydarzeniu napisał o 88% skuteczności szczepionki Pfizer i 60% szczepionki AstraZeneca w stosunku do indyjskiego wirusa, pod warunkiem jednak pełnego, dwudawkowego szczepienia [12].

W połowie kwietnia 2021 roku na stronach CDC ukazał się komunikat, w którym szczepionki przeciw COVID-19 stosowane w USA zostały określone jako skuteczny i bezpieczny środek chroniący przed zakażeniem się wirusem [13]. Wprawdzie może się zdarzyć, że mimo szczepienia dojdzie do infekcji, ale przebieg choroby jest wówczas łagodny i bez poważniejszych następstw. W ogólnej ocenie stwierdzono, że mimo ujawniających się niekiedy niekorzystnych reakcji na sam fakt podania szczepionki w ogólnym bilansie akcja szczepienia przynosi nieporównanie więcej korzyści niż konsekwencji odczuwanych jako straty¹.

Przykładem rzetelnego i odpowiedzialnego sposobu komunikowania się ze społeczeństwem była informacja przedstawiona przez portal Healthline [15]. Zaakcentowano wyraźnie, że zatwierdzone do stosowania szczepionki przeciw COVID-19 są „bardzo skuteczne”, choć oczywiście nie w 100% i osoby poddane szczepieniu muszą sobie zdawać z tego sprawę. O szczepionkach Moderna i Pfizer napisano, że po pierwszej dawce zapobiegają w 80% zakażeniu objawowym przebiegiem infekcji (po 14 dniach), a po drugiej dawce skuteczność rośnie do 90%. Szczepionka Johnson & Johnson zapobiegała infekcji w 66%, ale w 100% zapobiegała ciężkiemu przebiegowi choroby. Przypomniano też, że skuteczność rutynowo wykorzystywanej szczepionki przeciwko grypie wynosi 19–60%.

Niekiedy opis potencjalnych korzyści był przedstawiany w postaci argumentów adresowanych do pacjentów

korzystających z opieki zdrowotnej, jak to uczyniono na stronie Health Care Uniwersytetu Missouri [16]. Zamieszczono tam listę argumentów przemawiających za zaszczepieniem: zmniejszenie ryzyka infekcji; ochrona płodu i noworodka, kiedy ciężarna jest zaszczepiona; ochrona przed ciężkim przebiegiem infekcji i ewentualnymi powikłaniami; znoszenie ograniczeń, takich jak obowiązków noszenia maseczek, dzięki uzyskaniu odporności; a także na odnowienie bliskich kontaktów ze znajomymi i przyjaciółmi.

W światowych mediach popularyzujących zdrowy styl życia zwrócono uwagę na korzyści niezamierzone bezpośrednio, ale będące pozytywnym następstwem szczepień [17]. Poza spodziewanym zmniejszeniem liczby zachorowań spowodowanych klasycznym wariantem SARS-CoV-2 stosowane szczepionki chronią także przeciw jego powstającym z mutacji wariantom: brytyjskim, brazylijskim czy południowoafrykańskim. Jeśli doszło do infekcji, późniejsze szczepienie pozwalało osłabić długotrwałe, utrzymujące się po pozornym wyleczeniu skutki infekcji. Bardzo korzystne było dostrzegalne zmniejszenie się intensywności odczuwanego lęku, co ułatwiało przezwyciężanie psychologicznych skutków pandemii.

Postawy i głosy sceptyczne

Mimo oczywistości racjonalnych argumentów przemawiających za koniecznością szczepienia się postawy wobec problemu były bardziej krytyczne. W Zjednoczonym Królestwie 71,7% populacji deklaroowało gotowość zaszczepienia się, 16,6% wyrażało pewne wahanie, ale u 11,7% było ono bardzo silne [18]. Wśród włoskich pracowników służby zdrowia 67% deklaroowało zamiar poddania się szczepieniom, 26% miało pewne wątpliwości co do swojej decyzji, a 7% odmawiało szczepienia się [19]. Niechęć do szczepienia może stać się problemem w wielu krajach. Z zestawienia opublikowanego pod koniec kwietnia 2021 roku wynikało, że we Francji odsetek wahających się obywateli sięgał 48%, z tego 34% zdecydowanie odmawiało zaszczepienia [20]. W Korei Południowej był ten sam odsetek wahających się, ale odsetek zdecydowanych przeciwników był niższy i wynosił 22%, a w USA odpowiednio prawie 37% i 28%. W Polsce w badaniu IBRiS przeprowadzonym w kwietniu 2021 roku dla „Rzeczypospolitej” 60% odpowiadających deklaroowało gotowość zaszczepienia się, w badaniach lutowych w grupie tej było 64% badanych [21]. W nowszych badaniach było 20% osób odmawiających szczepienia, poprzednio było ich 62%. W badaniach przeprowadzonych w grudniu 2020 roku przez tę samą firmę zwolennicy szczepień mieli niewielką przewagę w stosunku 47% do 44% [22]. Nie dysponujemy wynikami badań na temat stanowiska polskich lekarzy wobec szczepień, ale mamy nadzieję, że treści przedstawione w „Apelu naukowców i lekarzy w sprawie szczepień na koronawirusa SARS-CoV-2” nie są dla nich reprezentatywne [23]. Apel rozpoczyna się sformułowaniem następującym: „Środowisko naukowców i lekarzy, jakie reprezentują osoby podpisane pod tym apelem, pragnie wyrazić zaniepokojenie perspektywą

masowych szczepień na koronawirusa SARS-CoV-2 szczepionkami, które nie zostały właściwie zbadane i których zastosowanie może doprowadzić do nieoczekiwanych zmian zarówno na poziomie komórkowym, w tym zmian szlaków sygnałowych i zmiany ekspresji genów”. Powstrzymamy się od komentowania naukowej wartości zawartych w Apelu treści, nie można jednak uniknąć uwagi i jego szkodliwości z punktu widzenia zdrowotnych interesów obywateli, namawianych do unikania zachowań racjonalnych. Stąd oczekiwać można, że spotka się on z jednoznacznie krytyczną reakcją ze strony samorządów zawodów medycznych.

Stanowisko agencji akredytujących szczepionki

Jeszcze na długo przed ukończeniem prac zmierzających do wyprodukowania szczepionek przeciwko COVID-19 Food and Drug Administration (FDA), amerykańska instytucja odpowiedzialna za decyzję o dopuszczeniu leku do stosowania, zadeklarowała, że bezpieczeństwo pacjentów i skuteczność szczepionki będą podstawowymi kryteriami oceny analizowanych preparatów [24]. Agencja potwierdziła, że jej aprobująca decyzja jest jednoznaczna z potwierdzeniem zdrowotnych korzyści dla osób zaszczepionych, będąc również gwarancją pełnego bezpieczeństwa. W podjętej 11 grudnia 2020 roku decyzji dopuszczającej stosowanie szczepionki firmy Pfizer/BioNTech stwierdzono, że jest ona skuteczna w zapobieganiu chorobie COVID-19, początkowo dla dorosłych, a następnie dla dzieci od 12. roku życia [25]. Analogiczna argumentacja została przedstawiona na temat tej samej szczepionki przez Europejską Agencję ds. Leków (European Medicines Agency – EMA), w decyzji z 21 grudnia 2020 roku, rekomendując jej stosowanie wobec pacjentów powyżej 16. roku życia [26]. Dla zilustrowania sposobu rozumowania oficjalnych instytucji oceniających działanie szczepionek warto przytoczyć stanowisko EMA w sprawie obaw dotyczących ubocznych skutków szczepionki Oxford/AstraZeneca. Reagując na rozpowszechniane w różnych mediach informacje o przypadkach wystąpienia po szczepieniu zakrzepów krwi, a nawet spowodowanych tym zgonów i zawieszeniu przez kilka europejskich rządów stosowania tego preparatu, EMA odbyła nadzwyczajne posiedzenie w tej sprawie i opublikowała komunikat. Napisano w nim, że szczepionki pozostają najbardziej skuteczną metodą walki z wirusem, oceniany preparat jest jedną z nich, a korzyści wynikające z poddania się szczepieniu wielokrotnie przewyższają ryzyko skutków ubocznych [27]. Dalej przytoczono dane zebrane do 16 marca 2021 roku, z których wynikało, że na około 20 mln zaszczepionych tym preparatem osób, zdarzyło się 7 zakrzepów krwi w naczyniach krwionośnych (*disseminated intravascular coagulation* – DIC) i 18 przypadków zatorów w naczyniach mózgowych (*cerebral venous sinus thrombosis* – CVST). Nie potwierdzono przy tym żadnej zależności przyczynowej między faktem zaszczepienia i wystąpieniem działań niepożądanych, które mogły być wywołane zupełnie innymi czynnikami. W tej sytuacji pozytywna opinia EMA wydawała się oczywista.

Odporność populacyjna

Szczepionka chroni osoby zaszczepione przed infekcją, ale ważnym i ze wszech miar pożądanym efektem, do którego powinny prowadzić masowe szczepienia, jest uzyskanie stanu odporności stadnej (*herd immunity*) czy populacyjnej. Jest to sytuacja, w której wirus traci możliwości rozprzestrzeniania się w populacji, która uzyskała odporność już to w rezultacie przechorowania przez dostatecznie duży segment grupy, już to w efekcie jego zaszczepienia [28]. Oczywiście w społecznej rzeczywistości możliwe jest sumowanie się skutków obydwu źródeł odporności, ale trudno, aby rozwiązanie takie było zalecane jako opcja polityki zdrowotnej, a Dyrektor Generalny WHO wypowiedział się zdecydowanie przeciwko traktowaniu odporności zbiorowej uzyskiwanej drogą masowych zachorowań jako zalecanej metody walki z pandemią [29]. Metoda powszechnych szczepień pozostaje więc jedyną metodą walki z pandemią.

Pozostaje sprawą sporną, jak duży powinien być zaszczepiony odsetek zbiorowości umożliwiający stan populacyjnej odporności. Ekspert z USA szacowali go w granicach 60–90% [30]. Profesor Suzanne Judd ze Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Alabamy w Birmingham wskazywała przykład Izraela, który osiągnął ten stan przy poziomie wyszczepienia równym 80% [31]. Profesor Maciej Banach wskazał wielkość 60% [32]. Wielkości te, także bez rozstrzygania co do szczegółów, wyznaczały pożądany kierunek działań w zwalczaniu pandemii – należało dążyć do zaszczepienia możliwie największego odsetka chronionej społeczności.

Szczepienia jako obowiązek

W opublikowanych niedawno wynikach badań stwierdzono, że spośród 193 analizowanych krajów w 105 (54%) istniał jakoś sformułowany obowiązek poddania się szczepieniu [33]. Wśród tych krajów w 62 (59% stosujących obowiązek szczepienia) wymieniona była przynajmniej jedna kara (dolegliwość) stosowana wobec osób nieprzestrzegających obowiązku. Kary te – niekiedy stosowano tylko niektóre spośród nich – różniły się znacznie co do stopnia surowości i procedur orzekania o ich zastosowaniu. Ich zestaw jest przedstawiony w tabeli 1.

Tabela 1. Kary za nieprzestrzeganie obowiązku szczepień

Rodzaje kar	
Pieniężne	Grzywna jednorazowa Grzywna wielokrotna
Dotyczące opieki rodzicielskiej	Czasowe pozbawienie praw Długotrwałe pozbawienie praw
Związane z systemem szkolnym	Wpis do dokumentacji szkolnej Czasowe zawieszenie prawa wstępu do szkoły Odmowa przyjęcia do szkoły
Ograniczenia wolności	Kara więzienia z zawieszeniem Kara bezwzględnej więzienia

Źródło: [33].

Z uwagi na czas badania przedstawiony w wynikach obowiązek szczepienia nie dotyczył w żadnej mierze COVID-19 i obejmował szczepienia w tradycyjnym zakresie. Niemniej przedstawiony obraz może być przydatny w rozważaniu obowiązku szczepień przeciw tej chorobie.

Alternatywą dla przymusu szczepień, związanego z systemem sankcji, jest podejście polegające na stosowaniu bodźców pozytywnych. Metody takie zostały zaproponowane w wielu krajach, także w USA [34]. Gubernator stanu Ohio zarekomendował wprowadzenie specjalnej loterii dla osób korzystających ze szczepień, której zwycięzca miał szansę wygrać kwotę miliona dolarów. Młodzi obywatele Wirginii Zachodniej byli zachęceni bonem o wartości 100 \$, a Uniwersytet Karoliny Północnej refundował szczepiącym się studentom koszty zakwaterowania. Repertuar korzyści oferowanych osobom zaszczepionym był bardzo szeroki i część z nich dotyczyła spraw banalnych, jak jedzenie: darmowe porcje pizzy, owoce morza, burgery i cheeseburgery, desery, pączki, bezalkoholowe piwo dla nieletnich i alkoholowe dla dorosłych [35]. Przedstawiane były pomysły wprowadzenia „karty osoby zaszczepionej”, podobnej do kart turystycznych dostępnych w wielu atrakcyjnych miastach, które dawałyby uprawnienia do darmowego albo ulgowego wstępu do atrakcyjnych obiektów i bezpłatnego korzystania z komunikacji miejskiej [36].

W wielu sytuacjach bodźce takie okazywały się skuteczne, ale jednocześnie wywoływały wątpliwości natury etycznej, czy wynagradzanie zachowań ze wszechmiar korzystnych dla beneficjentów powinny być dodatkowo gratyfikowane finansowo. Ponadto nie było jasne, jakie ma być źródło wydawanych na ten cel pieniędzy.

Proponując poważne rozważenie przez środowisko zdrowia publicznego postulatu wprowadzenia przymusu poddawania się szczepieniom przeciw COVID-19, jesteśmy świadomi pełnego rezerwy stanowiska WHO w tej kwestii [37]. Zdajemy sobie także sprawę, że termin przedstawienia stanowiska przez tę instytucję – połowa kwietnia 2021 roku – świadczy o przeprowadzeniu starannego namysłu, co chroni autorów przed zarzutem zaprezentowania pochopnej i szybkiej decyzji. Niechęć wobec przymusu szczepień jest w dokumencie widoczna, mimo zastrzeżenia, że autorzy nie przedstawiają jednoznacznej deklaracji za lub przeciw szczepieniom, ale tekst ma także warstwę perswazyjną, która polega na użyciu w tytule nie tylko słowa odnoszącego się do skrupulatnego namysłu (*consideration*), ale także do przeszkód czy zastrzeżeń etycznej natury (*caveats*), jakie procedura szczepień może wzbudzać.

Autorzy wyjaśniają, że „obowiązek szczepienia” jest procedurą stosowaną przez upoważnione organy państwa mającą na celu zaszczepienie możliwie dużej liczby populacji, wobec której obowiązek jest wprowadzany. Mowa jest o dużej liczbie czy odsetku populacji, ponieważ osiągnięcie pełnego, stuprocentowego wyszczepienia nie jest praktycznie możliwe, bo zawsze występują jakieś istotne przeszkody – jak uczulenie – które uniemożliwiają zastosowanie szczepionki. Obowiązek szczepienia może dotyczyć całej populacji, ale zwykle jest

adresowany do wyraźnie wskazanej grupy, jak obowiązek szczepienia dzieci przeciwko wskazanym chorobom, co jest regułą w wielu krajach. Pierwszym niezbędnym krokiem przy wprowadzaniu obowiązku szczepienia jest przyjęcie odpowiedniego przepisu, co powinno nastąpić zgodnie z prawem kraju, w którym operacja ta jest przeprowadzana. Jednak samo ustanowienie normy nakazującej szczepienie nie jest wystarczające, gdyż nie kończy stosowania procedury, a jedynie je rozpoczyna. Jej istotą jest bowiem zestaw konsekwencji, w tym sankcji, które mogą być zastosowane wobec osób niepodporządkowujących się obowiązkowi szczepienia. Tylko wyjątkowo stosowany jest fizyczny przymus szczepienia, a zwykle fakt jego braku pociąga za sobą różnego rodzaju dolegliwości. Autorzy wskazali możliwość wyłączenia z możliwości korzystania z niektórych instytucji edukacyjnych i opiekuńczych, wykonywania niektórych zawodów i pracy na wskazanych stanowiskach, ale jednocześnie przypomnieli, że WHO nie rekomendowała stosowania takich restrykcji w transporcie międzynarodowym [38]. Obecność tego rodzaju sankcji, wskazanych w obowiązującym przepisie, różni formalny obowiązek szczepień od obligacji wywodzonej z reguł etycznych, w których występuje wskazanie wartości postępowania zgodnego z normami etycznymi, jak poczucie społecznej solidarności.

Ewentualny konflikt z wartościami

Ewentualne wprowadzenie obowiązku poddania się szczepieniom stoi w oczywistym konflikcie z obowiązującymi w demokratycznych krajach gwarancjami swobody i wolności osobistej². Z tego powodu władza podejmująca rozważania na temat możliwości posłużenia się przymusem szczepienia powinna zadbać o dwie sprawy. Po pierwsze, posłużyć się odpowiednim środkiem prawnym tak, aby uniemożliwić ewentualne zakwestionowanie legalności podjętej decyzji na gruncie prawnym. Po drugie, wyważyć niezbędność i proporcjonalność stosowanej metody w porównaniu z wielkością zagrożenia mogącego powstać, jeśli dostatecznie radykalne środki nie zostaną podjęte.

Skomentujmy, że niezbędność wydaje się nie do podważenia, biorąc pod uwagę, że szczepionka jest jedyną dostępną metodą mogącą uchronić ofiarę przed zakażeniem lub ciężkim przebiegiem infekcji. Ocena proporcjonalności zależy od wartości przypisywanej potencjalnym stratom życia i zdrowia, które mogą być poniesione, jeśli odsetek zaszczepionych nie będzie wystarczająco duży. Dalej autorzy dokumentu [38] wskazują elementy sytuacji, które w minimalnym stopniu, albo wcale, nie zależą od krajowego systemu zdrowia publicznego. I tak przypominają zasadę bezpieczeństwa, co nie wydaje się należeć do kompetencji ani zdrowia publicznego ani decydentów, gwarancja bezpieczeństwa jest bowiem powiązana z decyzją instytucji odpowiedzialnej za dopuszczenie szczepionki do obrotu i stosowania. Kolejne kryterium dotyczy skuteczności i ekonomiczności szczepionki i procedury szczepienia. Dane na temat skuteczności szczepionki są pierwszą

informacją przedstawianą przez producenta w procesie jej autoryzacji i są powszechnie dostępne, natomiast ekonomiczność, czyli ocenianie relacji zdrowotnych i innych korzyści do wydatków i strat ponoszonych w wyniku zaniechania szczepienia są przedmiotem bardzo skomplikowanej kalkulacji, która daleko wykracza poza kompetencje zdrowia publicznego.

Niewątpliwie bardzo ważny czynnik, wskazany jako ostatni – zaufanie społeczeństwa – to także parametr tylko częściowo i w niewielkim stopniu zależny od zdrowia publicznego. Wprawdzie eksperci z tej dziedziny w niektórych krajach mieli bardzo duży wpływ na podejmowane decyzje – w Szwecji wręcz wyłączny – to jednak w większości przypadków decyzje były podejmowane głównie przez polityków. Jeśli ich postępowanie osłabiało społeczne zaufanie, to działo się to na ogół albo z powodu pomijania wskazań ekspertów, albo wskutek jawnie instrumentalnego nadużywania argumentacji odwołującej się do pandemii do całkowicie innych, politycznie doraźnych interesów. Wzięcie pod uwagę i próby wyważania znaczenia poszczególnych elementów sytuacji musi być ostatecznie wpisane we wnikliwie prowadzony proces decyzyjny, w którym świadomie wykorzystywane są także racje i argumenty etyczne. Podkreślić jednak należy, że wymóg taki, czy raczej zalecenie, by był stosowany, dotyczy wszystkich decyzji, których efektem jest ograniczanie obywatelskich i ludzkich wolności. Zakazy społecznych kontaktów, mobilności przestrzennej i dotyczące różnych dziedzin lockdowny są tego jednoznacznym przykładem. Warto ze wszech miar podkreślić rolę czynnika, jakim jest pewność dostaw i gwarancja dotrzymania ich terminów. W oczywisty sposób nie jest on zależny od zdrowia publicznego. W obecnych realiach zdolność terminowego wytwarzania szczepionek w wystarczających ilościach jest efektem niezwykleskomplikowanego konglomeratu bardzo zróżnicowanych czynników, zależnych nie tylko od uwarunkowań lokalnych, ale często wpisanych w ramy międzynarodowej współpracy, jak to ma miejsce w krajach Unii Europejskiej [40]. W świecie Zachodu tylko nieliczne kraje, poza USA, zdecydowały się na samodzielne postępowanie w tej dziedzinie, a wszystkie pozostałe negocjowały dostawy w ramach dużego bloku. Konieczność międzynarodowego współdziałania była oczywista, szczególnie, że pandemia doprowadziła do przerwania produkcyjnych łańcuchów współpracy. Ujawnione wówczas uzależnienie wielu krajowych producentów farmaceutycznych od chińskich dostaw poszczególnych komponentów leków wyraźnie to pokazało. Niezależnie jednak od wszelkich faktycznych uwarunkowań produkowania i dostarczania szczepionek z punktu widzenia racjonalności decyzji o wprowadzeniu obowiązku szczepień pewność dostaw jest warunkiem koniecznym. Żaden rząd nie może pozwolić sobie na kompromitację polegającą na wprowadzeniu obowiązku szczepienia bez zagwarantowania dostępności szczepionek. Jako otwarte należy pozostawić pytanie, czy takie gwarancje są możliwe w warunkach samowystarczalności krajowego przemysłu farmaceutycznego, czy też istnieją obecnie międzynarodowe struktury mogące je zapewnić.

Wprowadzenie obowiązku jako opcja

Przypadek sprawił, że w czasie, kiedy przed decydentami stanął problem ewentualnego wprowadzenia obowiązku szczepień przeciwko COVID-19, Europejski Trybunał Praw Człowieka (European Court of Human Rights – ECHR) wydał werdykt w sprawie wniesionej przez grupę czeskich rodziców protestujących przeciwko obowiązkowi szczepień ich dzieci [41]. Przedmiotem sporu była odmowa przyjęcia dzieci niezaszczepionych klasycznym zestawem szczepionek przeciwko 9 chorobom, a w argumentacji wskazywano, że przymus jest pogwałceniem prawa do prywatności. Trybunał w składzie 17 sędziów orzekł, że władze w demokratycznym państwie są uprawnione do nakładania takich obowiązków i nie jest to naruszenie granic prywatności. Zauważmy, że obowiązek ten dotyczył wszystkich dzieci, a więc całej, bardzo dużej części populacji. W jednym z komentarzy po orzeczeniu stwierdzono, że decyzja sądu może być postrzegana jako prawdopodobne otwarcie drogi do wprowadzenia analogicznego obowiązku szczepień przeciwko COVID-19 [42].

W wywiadzie przeprowadzonym w Szkole Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie Harvarda na pytanie o możliwość wprowadzenia przymusu szczepień padła odpowiedź twierdząca [43]. Odpowiedź została udzielona przez ekspertkę, która nie miała wątpliwości, że władze stanowe i władze federalne mają ku temu niezbędne prawne i wynikające z Konstytucji uprawnienia, a racją decyzji jest obowiązek troski o zdrowie ogółu populacji. Ekspertka powołała się na orzeczenie Sądu Najwyższego z 1905 roku Chodziło o epidemię ospy, która wybuchła w stanie Massachusetts trzy lata wcześniej, a władze wprowadziły obowiązek szczepienia wszystkich mieszkańców. Niepoddanie się szczepieniu zostało zagrożone grzywną w wysokości 5 \$.

Pierwsze doświadczenia

Na terytorium Anglii i Walii (National Health Service Zjednoczonego Królestwa jest zdecentralizowany) przedmiotem uwagi był sposób ochrony pracowników służby zdrowia, znajdujących się na pierwszej linii walki z pandemią. Przez długi czas obowiązywała reguła, że ta grupa pracowników powinna mieć priorytetowy dostęp do szczepień, ale władze nie wprowadzały obowiązku zaszczeplenia, a nawet złożyły deklarację, że takiego nie przewidują [44]. Jednak wahania części personelu medycznego co do zasadności poddania się szczepieniu sprawiły, że problem powrócił. Nastąpiło to przy pełnej świadomości, że przeciwnicy przymusu będą powoływać się na art. 8 Konwencji Praw Człowieka [45].

Zastrzeżeń i wątpliwości nie mieli dwaj eksperci związani z Uniwersytetem Oksfordzkim oraz Public Health England, którzy porównali obowiązek szczepienia przeciw COVID-19 do obowiązku stosowania pasów bezpieczeństwa w samochodach [46]. Można przypomnieć, że kilkadziesiąt lat temu, kiedy wprowadzano pasy, ich przeciwnicy także powoływali się na argument obrony wolności i prawo

do samodzielnego podejmowania decyzji. Jednak praktyka dowiodła, że przymus w tej dziedzinie przyniósł korzyści w wymiarze społecznym, a ograniczenia swobód były minimalne. Jeśli nawet można zawahać się przed wprowadzeniem obowiązku szczepienia dla wszystkich, to nie ma wątpliwości, że powinien on objąć grupy szczególnie narażone i ważne dla funkcjonowania społeczeństwa.

Podobnie jednoznaczne stanowisko zajął przedstawiciel zdrowia publicznego z Nowej Zelandii, a więc jednego z tych krajów, które bardzo skutecznie radziły sobie z pandemią. Wskazał on grupę ponad 160 tys. pracowników służby zdrowia, wobec której obowiązek taki powinien być wprowadzony [47]. Przypomnił, że jest to grupa najbardziej narażona na infekcje i uznał za błąd sytuację, w której władze unikają deklaracji do jakiego pułapu wyszczepienia tej grupy pracowników należy dążyć.

Rozważany w różnych krajach obowiązek szczepienia wszystkich pracowników służby zdrowia stał się faktem we Włoszech, które wprowadziły go, począwszy od 1 kwietnia 2021 roku [48]. W ten sposób kraj, który jako pierwszy stał się ofiarą pandemii, był też pierwszy we wprowadzeniu tego obowiązku. Ważną rolę odegrały postawy części personelu, którzy deklarowali rezerwę wobec idei szczepień i wpisywali się na odpowiednie listy. W Lombardii na północy kraju było takich osób 6–10%, a w Apulii na południu 10–15%.

* * *

Biorąc pod uwagę stosunkowo duży odsetek osób w polskiej populacji deklarujących niechęć do zaszczepienia się i brak – jak dotychczas – skutecznej kampanii wspierającej szczepienia, uważamy, że środowisko zdrowia publicznego powinno przyjąć obowiązek szczepienia i dążyć do wprowadzenia go w życie. Powinien być to obowiązek powszechny, przy obniżanej stopniowo dolnej granicy wiekowej. Można jednak także rozważać, zwłaszcza w okresie początkowym, jego zawężenie do niektórych tylko grup ludności czy grup pracowniczych, jak pracownicy służby zdrowia, wszyscy pracownicy oświaty, opiekunowie osób starszych czy pracownicy handlu³. Realizm każe jednak pamiętać o warunku: dostawy szczepionek muszą być zagwarantowane. Podkreślić przy tym należy, że obowiązek szczepienia nie jest równoznaczny z rezygnacją ze stosowania bodźców będących gratyfikacją dla osób zaszczepionych. Wszystkie inicjatywy zwiększające prawdopodobieństwo podjęcia dobrowolnie decyzji o poddaniu się szczepieniu powinny być wspierane w ramach obowiązującego prawa i to niezależnie od tego, kto byłby ich autorem. Długofalowy, wspólny, bo narodowy interes zdrowotny, będący też warunkiem normalnego funkcjonowania zbiorowości, powinien skutecznie eliminować doraźne gry polityczne. Byłoby ze wszech miar pożądane, aby możliwie powszechna stała się świadomość oczywistych korzyści płynących ze szczepień – korzyści dla samych zaszczepionych, dla ich bliskich, ale także dla społeczności i całego społeczeństwa.

Przypisy

¹ Szukając argumentów podnoszonych przez kręgi antyszczepionkowców, że szczepienie nie zapobiega w 100% infekcji, już po opracowaniu tekstu Uzasadnienia autorzy znaleźli dotychczas zebrane dane na temat akcji szczepień w USA i jej skutków [14]. W okresie od początku akcji szczepień do 12 lipca 2021 roku przeciwko COVID-19 w pełni zaszczepionych zostało ponad 159 mln ludzi. Spośród zaszczepionych w stosunku 1 do 5189 konieczna okazała się hospitalizacja z powodu pogorszenia się stanu zdrowia. Jednak w tej liczbie 1456 (28%) osób byli to pacjenci bezobjawowi lub cierpiący na schorzenie niezwiązane z COVID-19. W tym samym czasie w grupie w pełni zaszczepionych doszło do 1063 zgonów; spośród nich 272 śmierci były przypadkami bezobjawowymi lub niezwiązanymi z COVID-19.

² Art. 8 pkt 2. Niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności osób [39].

³ W literaturze stosowany jest termin *essential workers* [49].

Piśmiennictwo

1. World Health Organization, *The Vaccines Success Story Gives Us Hope for the Future*, July 14, 2020, <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-vaccines-success-story-gives-us-hope-for-the-future> (dostęp: 7.06.2021).
2. World Health Organization, *Target Product Profiles for COVID-19 Vaccines*, April 29, 2020,
3. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/blue-print/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines.pdf?sfvrsn=1d5da7ca_5 (dostęp: 7.06.2021).
4. Detmer W.M., *Coronavirus COVID-19 Vaccines*, Unbound Medicine, May 11, 2021, https://relief.unboundmedicine.com/relief/view/Coronavirus-Guidelines/2355056/all/Coronavirus_COVID_19_Vaccines (dostęp: 5.06.2021).
5. World Health Organization, *COVID-19 Advice for the Public: Getting Vaccinated*, 2021, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/advice> (dostęp: 2.06.2021).
6. Centers for Disease Control and Prevention, *Interim Estimates of Vaccine Effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Health Care Personnel, First Responders, and Other Essential and Frontline Workers — Eight U.S. Locations, December 2020–March 2021*, April 2, 2021, https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7013e3.htm?s_cid=mm7013e3_w (dostęp: 2.07.2021).
7. Centers for Disease Control and Prevention, *Largest CDC COVID-19 Vaccine Effectiveness Study in Health Workers Shows mRNA Vaccines 94% Effective*, May 14, 2021, <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/p0514-covid-19-vaccine-effectiveness.html> (dostęp: 8.06.2021).
8. Institute for Health Metrics and Evaluation, *COVID-19 Vaccine Efficacy Summary*, May 21, 2021, <http://www.healthdata.org/covid/covid-19-vaccine-efficacy-summary> (dostęp: 3.06.2021).

9. Clinch M., Ellyatt H., *4 Charts Show how the UK's Coronavirus Vaccine Rollout is Starting to Work*, CNBC, March 3, 2021, <https://www.cnn.com/2021/03/01/coronavirus-uk-charts-show-how-vaccines-are-working.html> (dostęp: 4.06.2021).
10. Olliaro P. et al., *COVID-19 Vaccine Efficacy and Effectiveness – the Elephant (Not) in the Room*, „The Lancet”, April 20, 2021, [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(21\)00069-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(21)00069-0/fulltext) (dostęp: 7.06.2021).
11. Van Beusekom M., *Real-World Studies Detail High Pfizer COVID Vaccine Protection*, Center for Infectious Disease Research and Policy, University of Minnesota, May 7, 2021, <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2021/05/real-world-studies-detail-high-pfizer-covid-vaccine-protection> (dostęp: 5.06.2021).
12. Bernal J.L. et al., *Effectiveness of COVID-19 Vaccines against the B.1.617.2 Variant* [preprint bez daty], <https://www.khub.net/documents/135939561/430986542/Effectiveness+of+COVID-19+vaccines+against+the+B.1.617.2+variant.pdf/204c11a4-e02e-11f2-d819-b3664107ac42> (dostęp: 7.06.2021).
13. Carbonaro G., *Vaccine Success vs Variants, Italy's Jabs Milestone: COVID-19 Bulletin*, CGTN, May 23, 2021, <https://news.cgtn.com/news/2021-05-23/Vaccine-success-vs-variants-Italy-s-jabs-milestone-COVID-19-Bulletin-10uYEQ7wXPa/index.html> (dostęp: 3.06.2021).
14. Centers for Disease Control and Prevention, *Benefits of Getting a COVID-19 Vaccine*, April 12, 2021, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/vaccine-benefits.html> (dostęp: 8.06.2021).
15. Centers for Disease Control and Prevention, *Hospitalized or Fatal COVID-19 Vaccine Breakthrough Cases Reported to CDC as of July 12, 2021*, July 15, 2021, <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/health-departments/breakthrough-cases.html> (dostęp: 17.07.2021).
16. Curley B., *COVID-19 Vaccines Are More Than 90% Effective: What That Means*, Healthline, April 30, 2021, <https://www.healthline.com/health-news/covid-19-vaccines-are-more-than-90-effective-what-that-means> (dostęp: 5.06.2021).
17. *What are the Benefits of Getting the COVID-19 Vaccine?*, Health Care, University of Missouri, 2020, <https://www.muhealth.org/our-stories/what-are-benefits-getting-covid-19-vaccine> (dostęp: 7.06.2021).
18. Longman M., *The COVID-19 Vaccines May Have Some Surprising Benefits*, Refinery 29, April 7, 2021, <https://www.refinery29.com/en-us/vaccine-benefits-covid-pfizer-moderna> (dostęp: 4.06.2021).
19. Freeman D. et al., *COVID-19 Vaccine Hesitancy in the UK: The Oxford Coronavirus Explanations, Attitudes, and Narratives Survey (Oceans) II*, Psychological Medicine by Cambridge University Press, December 11, 2020, <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/covid-19-vaccine-hesitancy-in-the-uk-the-oxford-coronavirus-explanations-attitudes-and-narratives-survey-oceans-ii/C30FDB5C3D87123F28E351FDAAD5351A> (dostęp: 5.06.2021).
20. Di Gennaro F. et al., *Attitudes towards Anti-SARS-CoV2 Vaccination among Healthcare Workers: Results from a National Survey in Italy*, „Viruses”, February 26, 2021, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33652829/> (dostęp: 4.06.2021).
21. *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Willingness to Get Vaccinated against COVID*, Our World in Data, April 30, 2021, <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (dostęp: 3.06.2021).
22. Ćwiek J., *Koronawirus. Sondaż: Więcej zaszczepionych wśród wyborców opozycji*, Rzeczpospolita, 13.04.2021, <https://www.rp.pl/Covid-19/304129935-Koronawirus-Sondaż-Wiecej-zaszczepionych-wsrod-wyborcow-opozycji.html> (dostęp: 4.06.2021).
23. Dąbrowska Z., *Ruszyły szczepienia. Duża część Polaków wciąż jednak sceptyczna*, Rzeczpospolita, 27.12.2020, <https://www.rp.pl/Covid-19/312279965-Ruszyly-szczepienia-Duza-czesc-Polakow-wciaz-jednak-sceptyczna.html> (dostęp: 5.06.2021).
24. Apel naukowców i lekarzy w sprawie szczepień na koronawirusa SARS-CoV-2, Ordo Medicus, 30.11.2020, <https://ordomedicus.org/apel-naukowcow-i-lekarzy-w-sprawie-szczepien-na-koronawirusa-sars-cov-2/> (dostęp: 4.06.2021).
25. Food and Drug Administration, *Emergency Use Authorization for Vaccines Explained*, November 20, 2020, <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/emergency-use-authorization-vaccines-explained> (dostęp: 7.06.2021).
26. Food and Drug Administration, *Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine*, May 19, 2021, <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/pfizer-biontech-covid-19-vaccine> (dostęp: 4.06.2021).
27. European Medicines Agency, *EMA Recommends First COVID-19 Vaccine for Authorisation in the EU*, December 21, 2020, <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-first-covid-19-vaccine-authorisation-eu> (dostęp: 4.06.2021).
28. European Medicines Agency, *COVID-19 Vaccine AstraZeneca: Benefits Still Outweigh the Risks Despite Possible Link to Rare Blood Clots with Low Blood Platelets*, March 18, 2021, <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccine-astrazeneca-benefits-still-outweigh-risks-despite-possible-link-rare-blood-clots> (dostęp: 7.06.2021).
29. World Health Organization, *Coronavirus Disease (COVID-19): Herd Immunity, Lockdowns and COVID-19*, December 31, 2020, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19> (dostęp: 5.06.2021).
30. World Health Organization, *WHO Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19*, October 12, 2020, <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---12-october-2020> (dostęp: 6.06.2021).
31. Petri W., *Herd Immunity Appears Unlikely for COVID-19, but CDC Says Vaccinated People Can Ditch Masks in Most Settings*, The Conversation, May 14, 2021, <https://theconversation.com/herd-immunity-appears-unlikely-for-covid-19-but-cdc-says-vaccinated-people-can-ditch-masks-in-most-settings-160228> (dostęp: 4.06.2021).
32. Hoge B., *Five Benefits of Getting a COVID-19 Vaccine*, The University of Alabama at Birmingham News, May 7, 2021, <https://www.uab.edu/news/youcanuse/item/12025-five-benefits-of-getting-a-covid-19-vaccine> (dostęp: 6.06.2021).
33. J.W., *Kardiolog: jest szansa, że odporność populacyjna pojawi się w Polsce we wrześniu*, Rynek Zdrowia, 30 maja

- 2021, <https://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Kardiolog-jest-szansa-ze-odpornosc-populacyjna-pojawi-sie-w-Polsce-we-wrzesniu.222064,8.html> (dostęp: 5.06.2021).
34. Gravagna K. et al., *Global Assessment of National Mandatory Vaccination Policies and Consequences of Non-Compliance*, „Vaccine” 2020, vol. 38, no. 49, s. 7865–7873, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X20312342?via%3Dihub> (dostęp: 4.06.2021).
 35. Robertson C., *Paying People to Get Vaccinated Might Work – But is it Ethical?*, The Conversation, May 19, 2021, <https://theconversation.com/paying-people-to-get-vaccinated-might-work-but-is-it-ethical-160959> (dostęp: 3.06.2021).
 36. Dodd S., *How to Get Promotions, Prizes and Freebies with your COVID-19 Vaccine*, People, May, 18, 2021, <https://people.com/health/covid-19-vaccine-freebies-incentives-rewards/> (dostęp: 4.06.2021).
 37. Krstic Z., *All the COVID-19 Vaccine Card Free Treats and Discounts You Can Snag Now*, Good Housekeeping, April 30, 2021, <https://www.goodhousekeeping.com/life/a36137436/covid-19-vaccine-card-free-deals-discounts/> (dostęp: 7.06.2021).
 38. World Health Organization, *COVID-19 and Mandatory Vaccination: Ethical Considerations and Caveats*, April 13, 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1> (dostęp: 7.06.2021).
 39. World Health Organization, *Interim Position Paper: Considerations Regarding Proof of COVID-19 Vaccination for International Travellers*, 2021 (<https://www.who.int/news-room/articles-detail/interim-position-paper-considerations-regarding-proof-of-covid-19-vaccination-for-international-travellers>). (dostęp: 4.06.2021).
 40. Europejska Konwencja Praw Człowieka, Europejski Trybunał Praw Człowieka, https://echr.coe.int/Documents/Convention_POL.pdf (dostęp: 6.06.2021).
 41. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady i Europejskiego Banku Inwestycyjnego. Strategia UE dotycząca szczepionek przeciwko COVID-19, Bruksela, 17 czerwca 2020, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0245&from=EN> (dostęp: 8.06.2021).
 42. Court’s First Judgment on Compulsory Childhood Vaccination: No Violation of the Convention, The European Court of Human Rights, April 4, 2021, <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=003-6989051-9414707&filename=Grand%20Chamber%20judgment%20Vavricka%20and%20Others%20v.%20Czech%20Republic%20-%20obligation%20to%20vaccinate%20children%20against%20diseases%20that%20were%20well%20known%20to%20medical%20science.pdf> (dostęp: 5.06.2021).
 43. Liboreiro J., Pitchers Ch., *How a Court Ruling Lays the Ground for Mandatory COVID-19 Vaccination*, EuroNews, April 22/, 2021, <https://www.euronews.com/2021/04/13/how-a-court-ruling-lays-the-ground-for-mandatory-covid-19-vaccination> (dostęp: 7.06.2021).
 44. *Can COVID-19 Vaccines Be Mandatory in the U.S. and Who Decides? School of Public Health Expert Insights. An Interview with Joanne Rosen*, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, November 17, 2020, <https://www.jhsph.edu/covid-19/articles/can-covid-19-vaccines-be-mandatory-in-the-u-s-and-who-decides.html> (dostęp: 4.06.2021)
 45. National Health Service, England, *Guidance to Support COVID-19 Vaccine Uptake in Frontline Staff*, March 12, 2021, <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2021/03/C1195-guidance-on-supporting-covid-19-vaccine-uptakey,-in-staff-v2.pdf> (dostęp: 4.06.2021).
 46. Wise J., *COVID-19: Is the UK Heading Towards Mandatory Vaccination of Healthcare Workers?*, BMJ, 2021; <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1056> (dostęp: 6.06.2021).
 47. Giubilini A., Jain V., *Should COVID-19 Vaccines Be Mandatory? Two Experts Discuss*, The Conversation. November 25, 2020, <https://theconversation.com/should-covid-19-vaccines-be-mandatory-two-experts-discuss-150322> (dostęp: 4.06.2021).
 48. Broughton C., *Covid-19 Vaccine Should be Mandatory for Health Workers, Expert Says*, Stuff, May 8, 2021, <https://www.stuff.co.nz/national/health/coronavirus/125035281/covid19-vaccine-should-be-mandatory-for-health-workers-expert-says> (dostęp: 3.06.2021).
 49. Paterlini M., *COVID-19: Italy Makes Vaccination Mandatory for Healthcare Workers*, BMJ, 2021, https://www.bmj.com/content/373/bmj.n905?ijkey=400c5cd61d426585e0b86546e9b53f35461a9341&keytype2=tf_ipsecsha (dostęp: 5.06.2021).
 50. Centers for Disease Control and Prevention, *COVID-19 Vaccination for Essential Workers*, May 25, 2021, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/essentialworker.html> (dostęp: 7.06.2021).

Politycy i eksperci – Polska i USA w obliczu pandemii COVID-19

Katarzyna Badora-Musiał  <https://orcid.org/0000-0002-4920-6742>

Dominika Dusza  <https://orcid.org/0000-0002-3100-718X>

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Katarzyna Badora-Musiał, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków, kasia.badora@uj.edu.pl

Abstract

Politicians and Experts – Poland and USA during pandemic COVID-19

During pandemic COVID-19, politicians responsible for developing strategies to combat the virus play a significant role and make key decisions in this regard. An important role is also played by national experts who advise and provide scientific knowledge to governments to ensure the highest possible level of security for the whole society. The analysis of Polish and American politicians and experts gives a comparison in terms of actions, opinions and positions taken. In both countries, important national expert institutions participated in the fight against the pandemic, and government advisory teams for the COVID-19 pandemic were established. There were numerous problems with both health systems and a lack of consistency between the recommendations of experts and politicians, which resulted in a loss of public confidence. This difficult situation in which all countries in the world find themselves may be a good lesson for future threats.

Key words: COVID-19, Donald Trump, experts, politicians, Poland, USA, trust

Słowa kluczowe: COVID-19, Donald Trump, eksperci, politycy, Polska, USA, zaufanie

Wprowadzenie

Teoretycy demokracji, badając napięcia między ekspertami a wybranymi politycznymi urzędami, zastanawiają się, kto powinien podejmować decyzje w zarządzaniu publicznym. Z jednej strony eksperci dysponują specjalistyczną, wysoce techniczną wiedzą niezbędną do rozwiązywania złożonych problemów; nie zostali jednak wybrani do podejmowania decyzji, co może być zarówno dobre, jak i złe, nie odpowiadają bowiem przed obywatelami i są odizolowani od presji publicznej. Z drugiej strony wybierani liderzy mogą ulec pokusie, by rozpieszczą wyborców lub grupy interesu i mają mniej wiedzy technicznej, na której mogliby opierać swoje decyzje.

W teoretycznym schemacie podziału zadań między ekspertami i politykami jest klarowny: eksperci dostarczają wiedzę w postaci czytelnej dla decydentów (uczestników procesu decyzyjnego), a politycy podejmują decyzję, przy założeniu, że czynią to w najlepszej wierze, traktując dobro wspólne jako cel dokonywanych wyborów. Kryterium, jakim mają się posługiwać badacze, jest normatywnie oczywiste – to kryterium prawdy, a metody

służące jej dochodzeniu czy weryfikowaniu przedstawianych hipotez podlegają zasadom ustalonym w akceptowanym współcześnie paradygmacie metodologicznym. Natomiast kryteria, jakimi mają posługiwać się politycy, nie są tak jednoznaczne. Mimo że arystotelesowska zasada wspólnego dobra deklaratorywnie jest jeszcze niekiedy powtarzana, zwłaszcza przez przeciwników politycznych, to praktyka ostatnich lat wyraźnie temu przeczy. Coraz częściej argumenty przedstawiane w języku politycznych wystąpień są celowo adresowane do wybranych segmentów społeczeństwa w sposób, który inne grupy społeczne wewnątrz kraju albo poza jego granicami – identyfikowane w dowolny sposób – wyraźnie wskazują jako złe. Negatywna kwalifikacja takich działań może wiązać się z nagannym zachowaniem członków tych grup w przeszłości. Mogli oni bowiem doprowadzić do krzywdy tych, w imieniu których polityk występuje, albo – ze względu na swoje cechy – mogą stać się zagrożeniem na przyszłość. Charakterystyki grup przedstawianych jako zły mogą tak naprawdę nie mieć większego wpływu na kształtowanie rzeczywistości. Dla autora przekazu kryterium prawdy nie ma jednak żadnego znaczenia, liczy się

jedynie skuteczność oddziaływania na odbiorcę i wywołania w nim pożądanych emocji. Ponieważ we współczesnych społeczeństwach zwykle łatwiej jest wzbudzać emocje negatywne, związane z zawiścią, lękiem i gniewem, politycy dążący do skuteczności najczęściej odwołują się właśnie do nich. Gniew można wykorzystywać do wspierania radykalnych postulatów przywracania sprawiedliwości, a poczucie lęku pozwala na kreowanie heroicznej postaci zdolnej obronić zagrożonych ludzi przed nadchodzącym wrogiem. Doświadczenia ostatnich lat wskazują, że bezpośrednim celem jest zdobywanie władzy poprzez zwycięstwo wyborcze – więc zwolennicy tego rodzaju retoryki akcentują zgodność stosowanych metod z wymogami demokracji – ale historyczne wspomnienia z lat 30. ubiegłego wieku przypominają, że nie ma żadnych gwarancji, że wybory pozostaną jedynym mechanizmem wykorzystywanym do zdobywania, a zwłaszcza utrzymywania władzy.

Dla zwolenników posługiwania się lękiem jako narzędziem politycznego działania pojawienie się pandemii tworzy warunki bardzo korzystne. Epidemia już od czasów starożytnych w naturalny sposób tworzy atmosferę zagrożenia. Tak się złożyło, że epidemie przychodziły do Europy „od obcych”, historycznie na ogół ze Wschodu, i wymyślony kordon sanitarny naprawdę miał chronić przed zarazą [1]. COVID-19 także przywędrował ze Wschodu, powszechnie znana stała się nazwa odległej prowincji Wuhan, a tajemnicze mutacje wirusa z udziałem nietoperzy [2] wzmacniały poczucie tajemniczej grozy. Wirus był nowy, więc eksperci nie znali jego charakterystyk, a zwłaszcza wielkości stwarzanego przezeń zagrożenia dla ludzi [3]. Warto przypomnieć, że początkowo nie potwierdzano możliwości wzajemnego zakażenia się ludzi [4, 5]. Jedyną pewną informacją było to, że ludziom grozi zainfekowanie o nieznanych konsekwencjach, ale z możliwością śmierci. Jednocześnie nie istniało żadne skuteczne antidotum, więc systemy zdrowotne były w znacznej mierze bezsilne, a jedynym dostępnym środkiem reagowania była izolacja, czyli wymyślona przed wiekami kwarantanna, utrudniająca krążenie wirusa i rozprzestrzenianie się epidemii. Izolacja, a więc eliminacja albo przynajmniej radykalne ograniczenie kontaktów między ludźmi, była jednoznaczna z drastycznym ograniczeniem wolnościowych praw obywatelskich. W ich wyniku zamrażano wiele społecznych procesów, takich jak działanie instytucji edukacyjnych, usługowych, wytwórczych, kulturalnych i religijnych, wszystkich, w których dochodzi do kontaktu między ludźmi. Restrykcje niemożliwe do zastosowania w innych warunkach, po nadejściu epidemii i ogłoszeniu stanu zagrożenia, były akceptowane bez sprzeciwu. Należy dostrzec, że ludzie sprawujący władzę zaczęli korzystać nie tylko z możliwości wprowadzania obostrzeń, ale także z możliwości ich znoszenia. Stan epidemii umożliwił więc skomplikowaną grę siłą i zakresem obowiązujących restrykcji, a różne siły polityczne i grupy interesów zaczęły zajmować stanowiska, postulując mniej lub bardziej rygorystyczną ich postać. W bardzo dużym uproszczeniu wskazać można kilka charakterystyk tych różnic. Po pierwsze, można powiedzieć, że eksperci, zwłaszcza zajmujący się zdrowiem publicznym, byli zwolennikami

większych ograniczeń i wolniejszego tempa ich liberalizacji (choć nie zawsze byli jednomyślni w tej sprawie), natomiast przedstawiciele kół biznesowych chcieli możliwie szybkiego odmrażania gospodarki. Po drugie, wśród polityków zwolennicy liberalnej demokracji byli skłonni przestrzegać restrykcji i z dużą ostrożnością wycofywać się z wprowadzonych wcześniej ograniczeń, natomiast przedstawiciele orientacji populistycznej z pewnym lekceważeniem traktowali ograniczenia, przyznając pierwszeństwo wolności gospodarczej i swobodnym decyzjom uczestników życia gospodarczego. Orientacja polityczna wpływała także na sposób traktowania indywidualnych zachowań, takich jak noszenie maseczek czy zachowanie dystansu społecznego. Po trzecie, politycy, przynajmniej niektórzy, wykazali skłonność do wysoce instrumentalnego traktowania opinii ekspertów na temat sytuacji epidemicznej, a zwłaszcza ustalenia etapu jej zaawansowania. O ile w fazie narastania epidemii ograniczenia są w pełni usprawiedliwione, o tyle liberalizacja powinna następować dopiero w fazie, kiedy epidemia ustępuje. Podejmowana przez polityków manipulacja polegała zatem na przyznaniu sobie kompetencji określenia etapu epidemii, bez oglądania się na opinie ekspertów.

Metody analizy

Zakres analizy został celowo ograniczony do dwóch grup decydentów – polityków i ekspertów – z powodu przyjęcia założenia, że w wyjątkowej sytuacji pandemii społeczeństwo – oczywisty suweren demokratycznych krajów – zostało sprowadzone do roli podmiotu całkowicie biernego. Nie nastąpiło to w żadnej mierze jako rezultat opisywanego od pewnego czasu kryzysu demokracji, ale z powodu lub pod pretekstem, zagrożenia masowymi zachorowaniami i masowymi zgonami. W zbiorowej pamięci ludzkości są wspomnienia dramatycznych doświadczeń z przeszłości – między innymi pandemia grypy hiszpanki z początku XX wieku, która przyniosła miliony ofiar – nic zatem dziwnego, że lęk stał się podstawowym wyznacznikiem społecznych i politycznych zachowań. W związku z tym, że wiedza na temat nowego wirusa nie istniała, nie mówiąc o możliwości skorzystania ze skutecznych terapii, nadzieje wielu były kierowane pod adresem ekspertów. Mogła to być dla nich jakaś satysfakcja po okresie okazywanego przez populistów braku zaufania do wiedzy pochodzącej z wykształcenia.

Za eksperta można uznać kogoś, kto charakteryzuje się następującymi cechami: (a) motywacją i skupieniem; (b) dobrym wykształceniem; (c) solidnym doświadczeniem w jakiejś dziedzinie; (d) znaczącymi osiągnięciami; (e) doskonałą reputacją; (f) prestiżową pozycją; oraz (g) brakiem osobistego interesu w przedmiotowej sprawie. Ekspertem jest więc osoba, która zazwyczaj posiada wysoki stopień naukowy z renomowanej instytucji i ma duże doświadczenie w swojej dziedzinie. Jest to jednak także osoba, która osiągnęła znaczące wyniki w swojej dziedzinie, ciesząca się dużym uznaniem wśród współpracowników oraz zajmująca prestiżowe stanowiska (np. w ważnych instytucjach). Aby ekspertowi można było zaufać, powinien być on także stroną

bezinteresowną, nie może mieć więc żadnego udziału w jakimś konkretnym przekonaniu. Dodatkowo musi być zmotywowany i skupiony na swoich badaniach; nie może chcieć iść na kompromis w celu uzyskania natchmiasowej nagrody. Są to cechy, które razem wzięte mogą uczynić z kogoś eksperta i zapewnić mu większy epistemiczny autorytet (a tym samym wiarygodność) w stosunku do osób niebędących ekspertami [6].

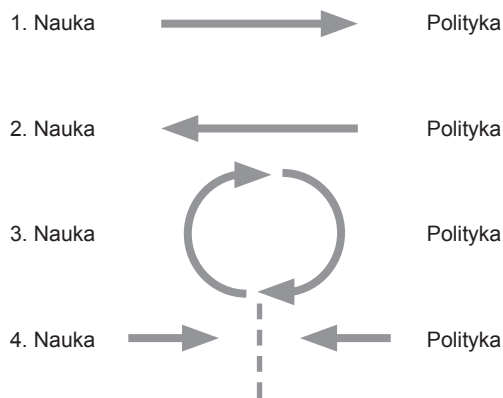
Wybór USA i Polski jako obiektów porównywanych z punktu widzenia formy reakcji politycznych i zarządczych wynika z dostępności do informacji o sytuacji w obydwu krajach, ale także z powodu podobieństw i różnic występujących między nimi. Wśród cech wspólnych wskazać należy zbliżony klimat polityczny polegający na populistycznym zapleczu, które doprowadziło do powierzenia władzy rządzącym ekipom; zarówno w kampanii wyborczej Donalda Trumpa w 2016 roku, jak i w kolejnych kampaniach partii Prawo i Sprawiedliwość istotną rolę odgrywało dążenie do polaryzacji społeczeństw i wyborców przez deklarowane wsparcie tych grup społecznych, które mogły poczuć się poszkodowane w wyniku zachodzących w ostatnich latach procesów gospodarczych i społecznych. Rok wybuchu pandemii był dla obu krajów także rokiem wyborów prezydenckich. Bardzo podobne okazało się chętnie wykorzystywanie zagrożenia i poczucia autentycznych obaw żywionych przez społeczeństwo do forsowania własnych pomysłów politycznych władzy, także tych, które z COVID-19 nie miały nic wspólnego. Politycy w obydwu krajach mieli prawo nie mieć przygotowanych scenariuszy na sytuację nadchodzącego zagrożenia, wydaje się bowiem, że swoiste zadufanie polityków przekonanych, że dostępne im środki są wystarczające do oddalenia każdego ryzyka, niezależnie od jego natury, skutecznie uspiło czujność zarówno rządzących, jak i opinii publicznej. W tej sytuacji wszyscy politycy, we wszystkich krajach, musieli zadeklarować konieczność polegania na wiedzy i doradztwie ekspertów, chociaż już miejsce ekspertów i sposób kontaktowania się władzy z nimi były różne. W jednej sprawie różnica między USA i Polską była uderzająca: efekty zdrowotne pierwszych etapów epidemii okazały się tragiczne w Stanach Zjednoczonych i bardzo łagodne (nieoczekiwane łagodne) w Polsce. Chociaż na razie trudno jednoznacznie wskazać, co mogło być tego przyczyną, warto zauważyć, że pandemia ujawniła fundamentalną wady systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych – brak dostępu i dysproporcje zdrowotne. Wysiłki republikanów doprowadziły do tego, że od federalnego roku budżetowego 2019 podatkowa „kara” za brak ubezpieczenia przestała obowiązywać, a wiele stanów odmówiło rozszerzenia Medicaid. Prawie 10% Amerykanów nie ma ubezpieczenia, a 29% jest niedoubezpieczonych [7], co z pewnością jest kluczową barierą dla grup o niskich dochodach, jeśli chodzi o testowanie i leczenie COVID-19. Stany Zjednoczone – w odróżnieniu od Polski – są społeczeństwem wielokulturowym, wielorasowym i wielonarodowościowym. Z raportu Centers for Disease Control and Prevention (CDC), pokazującego dane na temat rasy/pochodzenia etnicznego 580 hospitalizowanych pacjentów, wynika, że około 33% pacjentów to Afroamerykanie,

choć stanowią oni tylko 13% populacji USA, w porównaniu z 45% białymi pacjentami (76% populacji) [8]. Wiele różnic dotyczy jednak podstawowych czynników, takich jak zły stan zdrowia, niski status społeczno-ekonomiczny, bariery w dostępie do opieki zdrowotnej wynikające z braku ubezpieczenia zdrowotnego, środowisko pracy i warunki życia. Polska pierwszy potwierdzony przypadek koronawirusa odnotowała później niż wiele krajów Unii Europejskiej czy USA (w tym przypadku – 44 dni później). Dało to niewątpliwą przewagę w przygotowaniach do nowej sytuacji. Z analizy mobilności społeczeństwa wynika, że Polacy w pierwszych tygodniach pandemii ograniczyli przemieszczanie się blisko o połowę, co oznacza, że sumiennie i solidarnie podeszli do apelów władz i pozostali w domach [9].

Przy identyfikacji osób zaliczonych do grupy ekspertów zastosowano trzy kryteria. Po pierwsze, w obydwu krajach funkcjonowały instytucje, którym tradycyjnie, a także z racji merytorycznych kompetencji, przyznawano szczególne miejsce w ramach systemu zdrowia publicznego. W naturalny sposób osobom związanym z tymi instytucjami można było przypisywać rolę ekspertów. Po drugie, w obydwu krajach istniały formalnie definiowane stanowiska ekspertów czy doradców i wystarczyło wskazać odpowiednie stanowisko, by wiedzieć, z czyją opinią ma się do czynienia. Podejmowane doraźnie formalne rozstrzygnięcia mogły polegać – i rzeczywiście polegały – na tworzeniu zespołów czy nawet sztabów doradczych, ukierunkowanych specyficznie na eksperckie wspieranie decydentów w podejmowaniu możliwie porządnie przygotowanych decyzji. Po trzecie, w czasie poprzedzającym pojawienie się pierwszych zachorowań, a potem w trakcie rozwoju epidemii pojawiały się osoby, które z racji merytorycznego przygotowania zabierały publicznie głos w sprawach dotyczących pojawienia się nowego wirusa, zagrożeń wywoływanych tym faktem oraz działań wskazywanych przez nich jako konieczne lub też zalecane, w celu minimalizowania niebezpieczeństwa. Opinie takie mogły być przekazywane bezpośrednio opinii publicznej, np. w telewizyjnych wystąpieniach, w wysłuchaniach organizowanych przez parlamentarne komisje i inne polityczne ciała, a także w innych formach publicznego komunikowania się.

(Nie)jasne relacje między polityką a nauką

Nauka i polityka są ze sobą zazwyczaj ściśle powiązane. Od polityków często oczekuje się, aby ich decyzje były podejmowane na podstawie badań naukowych czy analiz eksperckich. Politycy nie zawsze jednak są ekspertami w dziedzinie, w której podejmują decyzje ważne dla społeczeństwa. Od ekspertów natomiast wymaga się raczej, aby byli niezależni politycznie i aby ich przekonania oraz stanowiska zawsze były zgodne z dziedziną nauki, w której się specjalizują. To właśnie eksperci powinni wywierać większy wpływ na polityków poprzez swoje doradztwo, zwłaszcza w sytuacjach zagrożenia, jakim jest pandemia. W literaturze przedmiotu wskazuje się cztery różne teorie relacji między nauką a polityką, co graficznie przedstawia rysunek 1.



Rysunek 1. Relacje między polityką a nauką

Źródło: opracowanie własne na podstawie: C. Boswell, K. Smith, *Rethinking Policy 'impact': Four Models of Research-Policy Relations*, „Palgrave Communications” 2017, vol. 3, <https://doi.org/10.1057/s41599-017-0042-z>, <https://www.nature.com/articles/s41599-017-0042-z> (dostęp: 7.05.2021).

Według powyższego schematu należy wyróżnić cztery różne relacje/oddziaływania między nauką a polityką:

1. Nauka kształtuje politykę i wywiera na nią wpływ.
2. Polityka kształtuje naukę i wywiera na nią wpływ.
3. Nauka i polityka współpracują ze sobą, tworząc pewnego rodzaju kooperację.
4. Nie ma bezpośredniego związku przyczynowego między nauką a polityką.

Pierwsze podejście zakłada, że nauka jest bardzo istotna dla polityki, jednak jej wpływ jest często ograniczany przez problemy z komunikacją między przedstawicielami tych dwóch środowisk. Wiedza ekspercka często nie jest rozpowszechniana i przekazywana w formie przystępnej dla decydentów-polityków. Wiąże się to z utrudnionym procesem wykorzystania i stosowania tej wiedzy przez polityków w praktyce. Wskazuje się jednak na fakt, że wspólne zrozumienie między badaczami (ekspertami) i decydentami (politykami) poprawia wykorzystanie nauki w polityce. W związku z tym nacisk należy kłaść na poprawę mechanizmów komunikacji i poziomu zaufania między ekspertami a politykami.

Druga koncepcja w swojej mocniejszej interpretacji zakłada, że sam proces badawczy jest kształtowany przez „potężne interesy” kierujące programami politycznymi. Według tego ujęcia badania naukowe są przeprowadzane w celu wspierania wcześniej określonych preferencji politycznych, a niekiedy wykorzystywane jako metoda opóźniania procesu decyzyjnego. W pierwszym przypadku sam proces badawczy niekoniecznie zależy od polityki, ale decyzja o zastosowaniu danego badania (lub niezastosowaniu) jest całkowicie upolityczniona. Innymi słowy to, w jaki sposób politycy wykorzystują wiedzę ekspercką, można uznać za element gry politycznej. Ponadto samo zlecenie wykonania badań naukowych może być samo w sobie rozumiane jako akt polityczny (lub przynajmniej tworzyć polityczne korzyści). Stopień, w jakim polityka może kształtować naukę, jest prawdopodobnie najbardziej widoczny w przypadku badań,

które są bezpośrednio zlecane przez grupy o określonych interesach politycznych. Przeglądy literatury wielokrotnie wykazywały, że badania finansowane ze źródeł komercyjnych (np. przemysł farmaceutyczny i tytoniowy) z większym prawdopodobieństwem przedstawiają wyniki korzystne dla tych grup interesów. Podobnie w sytuacji, gdy badania są zlecane bezpośrednio lub pośrednio przez instytucje na szczeblu rządowym – badacze mogą mieć trudności z utrzymaniem niezależności wyników badań.

Trzeci sposób postrzegania relacji między nauką a polityką zakłada o wiele bardziej złożone współzależności między nimi oraz to, że są wzajemnie konstytutywne. Wiedza naukowa i ekspercka w tej koncepcji przyczynia się do konstruowania rzeczywistości politycznej. Nauka dostarcza pojęć, danych i narzędzi, które stanowią podstawę wiedzy na temat problemów społecznych i politycznych oraz sposobów wykorzystania tej wiedzy. Teoria ta pokazuje również, w jaki sposób nauka może powodować problemy społeczne. Nie zawsze postęp naukowy przyczynia się do rozwiązywania problemów politycznych (problemów rządzenia), ale niekiedy tworzy nowe. Szybkie tempo rozwoju i postępu w nauce i technologii powoduje ciągły strumień nowych problemów i rozwiązań, z którymi rządy często walczą. Tak więc nowe badania mogą również zdestabilizować istniejące struktury i sposoby rządzenia. W obszarach polityki, które są w dużym stopniu zależne od technologii i nauki (takich jak energia, zdrowie, rolnictwo lub obrona), polityka próbuje „nadażać” za nauką – stara się wykorzystać i regulować nowe technologie i praktyki, które zostały dostarczone dzięki postępowi naukowemu. W ten sposób nauka stwarza nowe problemy, które wymagają interwencji politycznej. Zapotrzebowanie na coraz nowszą wiedzę ekspercką umożliwiającą rozwiązywanie tych problemów jest zatem wbudowane w relację między polityką a nauką.

Ostatnie podejście do tego zagadnienia traktuje naukę i politykę jako odrębne sfery, z których każda funkcjonuje według osobnej logiki i systemu. W relacji między nauką a polityką nie ma związku przyczynowego, brak też bezpośredniego wpływu między tymi dwoma systemami. Dlatego w koncepcji tej nie warto doszukiwać się przepliwów, dyfuzji lub przyczynowości między nauką a polityką. Można zatem uznać, że w podejściu tym nauka działa zgodnie z binarnym kodem prawda–fałsz. Innymi słowy definiuje ona, co jest zgodne z prawdą, a co nie. Natomiast system polityczny posługuje się innym kodem: rząd–opozycja. Pomimo kierowania się odrębnymi kodami komunikacyjnymi systemy te mogą jednak selektywnie odbierać wzajemne sygnały.

Podsumowując, to, co składa się na wiedzę użyteczną politycznie, różni się zasadniczo od tego, co nazywamy wiedzą ekspercką. Może się zdarzyć, że polityka musi „kontrolować jakość” nauki, do której się odwołuje, aby zabezpieczyć się przed jej unieważnieniem przez krytyków. Niekiedy nauka stanowi także swoiste zabezpieczenie przed popełnieniem błędów, które mogłyby skutkować utratą poparcia politycznego. Polityka zatem nie jest zasadniczo zajęta tym, co jest prawdą, ale tym, co jest istotne dla zapewnienia władzy i wydawania zbiorowo wiążących decyzji.

Rola ekspertów i polityków

W przypadku bezprecedensowej pandemii należy zadać sobie pytanie, skąd pochodzą rozsądne dowody potrzebne decydentom. Bogenschneider i Corbett [10] zidentyfikowali trzy kryteria dla dowodów spełniających standardy użyteczności dla decydentów: (a) wiarygodność – wysoka jakość naukowa i bezstronność, (b) dostępność – łatwo zrozumiałe oraz (c) aktualność – dostępne w momencie podejmowania decyzji. W przypadku nagłej pandemii, takiej jak COVID-19, zwłaszcza na jej etapach powstawania i rozprzestrzeniania się, wiarygodne, dostępne i aktualne dowody mogą po prostu nie istnieć w wielu obszarach, takich jak pochodzenie wirusa, mechanizmy przenoszenia, współczynnik śmiertelności i wzór mutacji.

Po wybuchu pandemii koronawirusa większość światowych przywódców zaczęła apelować do ekspertów medycznych i ich epistemicznego autorytetu o uzasadnienie wprowadzenia niepopularnych środków bezpieczeństwa (jak np. wymuszona kwarantanna), uznanych za najbardziej odpowiednie dla spowolnienia rozprzestrzeniania się COVID-19. Motywacją do tego kroku były co najmniej dwa elementy. Z jednej strony władze polityczne dostrzegały, że ich zwykle działania są nieskuteczne i musiały w pełni wykorzystywać wiedzę medyczną, często w zasadzie delegując strategię i decyzje ekspertom (np. wdrażając je i rozwiązując wszelkie konflikty między różnymi podmiotami społecznymi, jak np. między związkami zawodowymi a pracodawcami – pierwsi byli bardziej skłonni do zamykania fabryk dla bezpieczeństwa pracowników, drudzy do utrzymywania ich otwartych ze względów ekonomicznych). Z drugiej strony, odwołując się do epistemicznego autorytetu ekspertów, politycy tak naprawdę zwalniają się z odpowiedzialności za dokonane wybory, zwłaszcza jeśli nie są mile widziane przez opinię publiczną, są nieskuteczne lub mają nieprzewidziane negatywne skutki uboczne. W rzeczywistości dynamika, która sprawia, że eksperci odgrywają centralną rolę w polityce, może powodować problemy same w sobie, ponieważ strategie proponowane przez ekspertów są często dalekie od neutralności w odniesieniu do wartości, które pluralistyczne społeczeństwo uważa za istotne [6].

Instytucje eksperckie w USA

Do eksperckich instytucji amerykańskich należy zaliczyć przede wszystkim Centrum Zapobiegania Chorobom (Centers for Disease Control and Prevention – CDC). Instytucja ta powstała w końcu lat 40. XX wieku; zajmowała się wówczas chorobami zakaźnymi, głównie malarią, z czasem stała się jednym z wiodących ośrodków kształtowania koncepcji zdrowia publicznego, nie tylko w USA, ale i w skali międzynarodowej [11]. Jak napisano w misji instytucji: „CDC jest wyjątkową agencją z wyjątkową misją: pracujemy 24 godziny na dobę, przez siedem dni w tygodniu, aby chronić bezpieczeństwo, zdrowie i zabezpieczenie Ameryki przed zagrożeniami występującymi na miejscu i na całym świecie” [12].

Jednak CDC, które dotychczas udostępniało do wiadomości publicznej liczne doniesienia o sytuacjach kryzysowych w zdrowiu publicznym, podczas pandemii COVID-19 zrezygnowało z organizacji konferencji prasowych [13]. Osłabione cięciami budżetowymi i osobowymi nie było w stanie w odpowiednim czasie i dokładnie zebrać i przeanalizować niektórych statystyk, które są kluczowe dla zarządzania kryzysami zdrowia publicznego. Podczas pandemii COVID-19 to organizacje pozarządowe, takie jak Centrum zasobów dotyczące koronawirusa Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa (Community Resource Center – CRC) [14], Kaiser Family Foundation [15] i IPoint3Acres [16], zapewniały społeczeństwu aktualne i wyczerpujące statystyki. Warto zauważyć, że CRC pozostaje jednym z najbardziej wiarygodnych źródeł informacji na temat zakresu i rozwoju pandemii [17]. Rzetelność informacji, gwarantowana niezależnością samodzielnej uczelni, wpłynęła prawdopodobnie na decyzję rządu nakazującą szpitalom przekazywanie informacji bezpośrednio do Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (Department of Health and Human Services – DHHS), co zdecydowanie spowolniło proces udostępniania nowych danych [18].

Kolejną instytucją jest Narodowy Instytut Alergologii i Chorób Zakaźnych (The National Institute of Allergy and Infectious Diseases – NIAID), który szczyci się historią sięgającą szpitala marynarki wojennej z końca XIX wieku [19]. NIAID jest jedną z 27 placówek wchodzących w skład konglomeratu narodowych instytutów zdrowia, skupiającego najważniejsze instytucje badawcze i koncentruje się głównie na programach badawczych [20]. Od 1984 roku dyrektorem tej instytucji jest Anthony Fauci, który doradzał sześciu prezydentom w wielu kwestiach zdrowotnych w kraju i na świecie.

Amerykański zespół doradczy ds. pandemii COVID-19

Grupa Zadaniowa Białego Domu ds. Koronawirusa (tzw. Prezydencka Grupa Robocza), mająca koordynować działania administracji i sektora zdrowotnego w podejmowaniu wysiłków chroniących populację przed rozprzestrzenianiem się wirusa i jego skutkami, formalnie została utworzona 29 stycznia 2020 roku [21], ale już trzy dni wcześniej prezydent Trump poinformował, że przewodniczącym zespołu będzie wiceprezydent Mike Pence, a koordynatorem jego prac dr Deborah Brix [22]¹. Początkowo zespół liczył 11 członków, w tym dyrektorów wskazanych wcześniej profesjonalnych instytucji, także dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia (National Institutes of Health – NIH), ale bez udziału przedstawicieli Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa, szefów lub przedstawicieli najważniejszych resortów; jego skład był z czasem uzupełniany [23]. Zastrzec jednak należy, że nie wszyscy członkowie zespołu mogą być traktowani jako eksperci. Zgodnie ze znaczeniem słów przyjętym w tym tekście, pojęcie to jest ograniczone do profesjonalistów medycznych i tylko takie przygotowanie tworzyło podstawy uznania członka zespołu za eksperta. Inne niż medyczne przygotowanie zawodowe – specjaliści w innych dziedzinach – eliminowało z grona ekspertów. Jeśli

zatem autorem jakiejś wypowiedzi był na przykład ekonomista Larry Kudlow, to nie była ona traktowana jako wypowiedź ekspercka [24]².

Przez pewien czas członkowie zespołu występowali w różnych konfiguracjach, wspólnie z prezydentem i wiceprezydentem na briefingach poświęconych COVID-19, ale zabierali także głos w politycznych wysłuchaniach. Stanowisko ekspertów było w zasadzie jednolite i ograniczało się wyraźnie do spraw związanych bezpośrednio z epidemią, choć mogło odnosić się także do ocen dotyczących różnych przedsięwzięć zapobiegawczych, zwłaszcza jeśli eksperci byli o to pytani w czasie parlamentarnych wysłuchań. Publicznie najbardziej aktywną i zabierającą głos osobą w tej grupie był Anthony Fauci³. Wspomniane wcześniej opracowania przygotowywane przez instytucje profesjonalne są naturalnie traktowane jako wypowiedzi eksperckie, podobnie jak pojedyncze głosy badaczy przedstawiane opinii publicznej.

Amerykańscy politycy

W amerykańskich realiach nie było trudności w identyfikowaniu wypowiedzi jako eksperckich lub politycznych. W najmniejszym stopniu nie dotyczyło to treści, ale było efektem jednoznacznego definiowania ról podejmowanych przez poszczególne podmioty. Politykiem, który przez długi czas zabierał głos w czasie regularnych briefingów, był prezydent Donald Trump, znacznie rzadziej wiceprezydent Mike Pence. Prezydent informował nie tylko o decyzjach podejmowanych przez rząd federalny, o możliwych do wprowadzenia przez gubernatorów poszczególnych stanów rozwiązaniach⁴, zwłaszcza tych odnoszących się do zaostrzania lub liberalizowania lockdownu, ale także o swoich poglądach dotyczących różnych aspektów epidemii.

Przed pandemią prezydent Trump nie omawiał szczegółowo kwestii zdrowia publicznego, a kiedy to robił, często wprowadzał opinię publiczną w błąd. Podczas kampanii prezydenckiej w 2016 roku poświęcił tylko niewielką część przemówień wyborczych, reklam, kampanii i wywiadów zagadnieniom zdrowia publicznego [25]. Jako prezydent nadal nie poświęcał zbyt dużej uwagi kwestiom zdrowia publicznego, koncentrując się głównie na dyskusjach wokół wysiłków Partii Republikańskiej w celu uchylecia tzw. Obamacare [26].

Wrogość Trumpa wobec biurokratycznych doświadczeń w walce z pandemią COVID-19 zaczęła się na długo przed rozpoczęciem samej pandemii. Prezydent Barack Obama w 2016 roku utworzył biuro reagowania na pandemię w ramach Rady Bezpieczeństwa Narodowego (National Security Council – NSC), traktując grype jako największe zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego narodu. Na jego czele stał R. Timothy Ziemer, który był szanowanym specjalistą w dziedzinie zdrowia publicznego, kierującym Inicjatywą Prezydencką w sprawie Malarii (U.S. President's Malaria Initiative) pod rządami George'a W. Busha i Baracka Obamy [27]. Jednak w czasie prezydentury Trumpa w kwietniu 2018 roku, za pośrednictwem doradcy ds. bezpieczeństwa narodowego Johna Boltona, zamknięto biuro w ramach usprawnienia

działań NSC. Trump pytany o konsekwencje ogromnych cięć w CDC, NIH i Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), odpowiadał: „Nie lubię mieć wokół siebie tysięcy ludzi, których nie potrzebuję. Kiedy będziemy ich potrzebować, możemy ich bardzo szybko odzyskać” [28]. Pokazuje to jego podejście do ekspertów. Rozwiązanie zespołu reagowania na pandemię sprawiło, że administracja Trumpa była znacznie gorzej przygotowana do zajęcia się pandemią COVID-19 niż mogłaby być, gdyby do niego nie doszło.

Pierwszy przypadek COVID-19 w Stanach Zjednoczonych potwierdzono 20 stycznia 2020 roku, kilka dni później (29 stycznia) prezydent Donald Trump powołał Grupę Zadaniową Białego Domu ds. Koronawirusa (White House Coronavirus Task Force), której celem było „monitorowanie, powstrzymywanie i łagodzenie rozprzestrzeniania się wirusa”. Jednak prezydent od początku bagatelizował zagrożenie, twierdząc, że ma wszystko pod kontrolą [29], kilkakrotnie odrzucił porady ekspertów własnej grupy zadaniowej [30]. Pomimo upoważnienia Federalnej Agencji Zarządzania Kryzysowego (Federal Emergency Management Agency – FEMA) do czasu ogłoszenia 13 marca 2020 roku deklaracji nadzwyczajnej COVID-19 prezydent nie poparł poważnych zmian w polityce, a agencje federalne nie zastosowały nadzwyczajnych uprawnień do ograniczenia zachowań obywateli (z wyjątkiem międzynarodowych zakazów podróżowania). W konsekwencji większe ograniczenia zostały wprowadzone dopiero na poziomie stanowym. Trump wysuwał różne twierdzenia, które nie miały naukowego podłoża. Najważniejszym z nich było to o rzekomych metodach leczenia COVID-19 lekami przeciwmalarycznymi – chlorochiną i hydroksychlorochiną – czy antybiotykiem azytromycyną, a pod koniec kwietnia „zastrzykami dezynfekującymi” i „światłem UV” [31]. Wspierając tych, którzy postrzegają maski jako naruszenie osobistego wyboru i wolności osobistej, przy wielu okazjach odmawiał noszenia maski, wbrew zaleceniom zdrowia publicznego, w tym poradom jego własnych urzędników służby zdrowia, z których część publicznie zdyskredytował [32].

Polskie instytucje eksperckie

W Polsce wiodącą instytucją w zakresie zdrowia publicznego jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, przekształcony z zasłużonego Państwowego Zakładu Higieny, którego aktywność sięga okresu przedwojennego. W ostatnim okresie instytucja została organizacyjnie wzmocniona przez inkorporację funkcjonującego oddzielnego Instytutu Żywności i Żywienia. W lipcu 2021 roku po zmianie statusu została przemianowana na Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH – PIB), zyskując nowe zadania i finansowanie. W jej dumnie brzmiącej misji napisano: „Znajdujemy rozwiązania, dzięki którym ludzie mogą żyć zdrowo, długo i aktywnie. Zapewniamy badaniom i rozwiązaniom wiarygodność naukową i umożliwiamy korzystanie z nich wszystkim, którzy troszczą się o zdrowie swoje i całego społeczeństwa” [33]. Obecnie w zakresie

zainteresowań naukowych Instytutu znajdują się: problematyka zapobiegania chorobom zakaźnym i ważnym społecznie chorobom niezakaźnym, monitoring sytuacji zdrowotnej, poprawa warunków sanitarnych i higienicznych, bezpieczeństwo środowiska naturalnego [34]. Wydawać się mogło, że NIZP PZH – PIB jest naturalnym zapleczem eksperckim na wypadek epidemii, biorąc pod uwagę, że ośrodki akademickie, w których prowadzone są studia ze zdrowia publicznego, nie mają stałej współpracy z ośrodkami władzy.

Inną instytucją mogła być także – działająca przy Głównym Inspektorze Sanitarnym – Rada Sanitarno-Epidemiologiczna, mająca w swojej strukturze Komisję Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Szczepień Ochronnych. Jednak ten organ doradczy praktycznie nie został wykorzystany.

W Polsce specyficznym gronem osób kompetentnych w problemach medycznych są specjaliści krajowi i wojewódzcy zajmujący się poszczególnymi dziedzinami medycyny. Do ich zadań należy inicjowanie krajowych badań epidemiologicznych oraz ocenianie ich metod i wyników, prognozowanie potrzeb zdrowotnych w swojej dziedzinie, doradzanie, jak realizować zadania, które wynikają z profilaktycznych programów zdrowotnych [35]. W sprawach dotyczących COVID-19 przedstawiciele przynajmniej następujących specjalności mogą być brani pod uwagę: choroby płuc, choroby zakaźne, epidemiologia, intensywne terapie, zdrowie publiczne, zdrowie środowiskowe. Wypowiedzi osób pełniących formalnie funkcję specjalisty były traktowane jako wypowiedzi eksperckie. Rzeczywistość zarządzania i radzenia z kryzysem ujawniła, że przedstawiciele także innych instytucji przyjęli na siebie role eksperckie. W takiej pozycji znaleźli się, dzięki własnej aktywności medialnej, między innymi Paweł Grzesiowski – dyrektor Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji w Warszawie i prezes Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń, Krzysztof Simon – ordynator oddziału zakaźnego jednego ze szpitali uniwersyteckich, Robert Flisiak – prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz Włodzimierz Gut – biolog, specjalista w zakresie mikrobiologii i wirusologii, emerytowany już pracownik naukowy NIZP PZH – PIB, a od marca 2020 roku również jeden z głównych doradców Głównego Inspektora Sanitarnego.

Odziedziczona po czasie przedepidemicznym formalizacja stanowisk doradczych nie ułatwiała – przez pewien przynajmniej czas – identyfikowania wypowiedzi poszczególnych podmiotów jako eksperckich vs. politycznych. Było to następstwem niejasności co do ról, w jakich występowały poszczególne osoby. Dotyczyło to między innymi ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, kardiologa i profesora medycyny, który przez kilka miesięcy starał się sprawiać wrażenie fachowca, czasowo bowiem pełnił tę funkcję. Wrażenie profesjonalnej kompetencji i niezależności było kreowane nie tylko przez samego Szumowskiego, ale także przez otoczenie, co osiągnęło kulminację, gdy to ministrowi pozostawiono prawo rozstrzygnięcia decyzji o terminie mających odbyć się wyborów prezydenckich – na podstawie

kryteriów medycznych [36]⁵. Opinia była potrzebna w związku z kontrowersją dotyczącą terminu przeprowadzenia wyborów: partia rządząca utrzymywała termin 10 maja 2020 roku, opozycja natomiast domagała się ich odłożenia z powodu epidemii [37]. Swoisty certyfikat fachowości został wydany ministrowi przez prezydenta Andrzeja Dudę, który powiedział, że „bardziej ufa fachowcowi niż politykom” [38]. Do prasy przeniknęły jednak niepotwierdzone wiadomości o naciskach wywieranych przez ubiegającego się o reelekcję prezydenta na ministra Szumowskiego, aby zgodził się na termin majowy [39]. Rekomendacja została przedstawiona 17 kwietnia 2020 roku i jej esencją było stwierdzenie, że „nie ma bezpiecznej metody wyboru prezydenta w czasach epidemii w formie tradycyjnej”, ale jednocześnie „jedyną formą, jaką mogą rekomendować jako minister zdrowia, z punktu widzenia medycznego, są wybory korespondencyjne, bo one minimalizują kontakt międzyludzki i ryzyko związane z transmisją wirusa” [40]. Kiedy parlament podjął decyzję o przeprowadzeniu wyborów, minister wygłosił apel zachęcający do wzięcia w nich udziału, oceniając je jako przedsięwzięcie bezpieczne [41]⁶.

Równie kłopotliwe okazały się próby zakwalifikowania osoby pełniącej funkcję Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS). Już samo prawne umocowanie tego stanowiska nie jest jednoznaczne, bo z jednej strony jest to stanowisko rządowe, co nadaje mu niekwestionowany charakter polityczny, ale jednocześnie jego sprawowanie jest związane z intensywnym wykorzystywaniem wiedzy profesjonalnej. W przypadku Jarosława Pinkasa problem był jeszcze bardziej złożony, ponieważ podczas pełnienia funkcji GIS był on jednocześnie konsultantem krajowym w zakresie zdrowia publicznego [42]. Mając formalne kwalifikacje, by być traktowanym jako ekspert powołany na stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego, pełnił wcześniej funkcję podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia (MZ), sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, sekretarza stanu w Kancelarii Premiera, co miało miejsce w czasie rządów obecnej większości parlamentarnej [43]. Można zatem uznać, że polityczne afiliacje inspektora były i są na tyle silne, by dawać podstawę do traktowania go jako polityka, a nie eksperta.

W gronie osób uznanych za ekspertów warto zwrócić także uwagę na Andrzeja Sośnierzę – byłego prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), a wcześniej dyrektora Śląskiej Kasy Chorych, gdzie zasłużył się wprowadzeniem elektronicznej karty pacjenta, który obecnie jest posłem jednej z partii wchodzących w skład koalicji rządowej. Mimo oczywistej pozycji politycznej i związanego z tym wymogu politycznej lojalności Sośnierz wielokrotnie krytykował decyzje i działania podejmowane przez ministra zdrowia i innych polityków rządowych.

Za ważnego eksperta w tej sprawie uznać należy także epidemiologa Andrzeja Horbana, który jest specjalistą chorób wewnętrznych oraz chorób zakaźnych i pełni funkcję krajowego konsultanta w tej dziedzinie. W październiku 2020 roku został głównym doradcą premiera do spraw COVID-19, a następnie

przewodniczącym Rady Medycznej, powołanej 9 listopada 2020 roku [44]. Epidemiolog dość optymistycznie wypowiadał się na temat sytuacji pandemii COVID-19, zwracając uwagę na pozytywne strony walki z nią. Podkreślał, że pomimo nowej jednostki chorobowej, na którą żaden kraj nie był przygotowany, potrafilibyśmy sobie w pewien sposób z nią poradzić. Zwracał uwagę na to, że część populacji już przeżyła chorobę oraz na fakt dostępu do szczepionek. Według Andrzeja Horbana zachęty kierowane do społeczeństwa w sprawie szczepień ochronnych powinny być budowane na rzetelnych informacjach przekazywanych do wiadomości publicznej [45].

Charakterystyczną cechą polskich ekspertów była daleko idąca przewidywalność przedstawianych przez nich opinii. Pozwala to na odróżnienie osób identyfikujących się zasadniczo z postępowaniem władz, co w znacznym stopniu polegało na poszukiwaniu naukowo popieranego uzasadnienia podejmowanych decyzji oraz grupy osób dążących do zachowania neutralności, co w wielu przypadkach musiało prowadzić do opinii krytycznych.

Polskie zespoły doradcze ds. koronawirusa

Trudności w identyfikowaniu ekspertów pogłębiał fakt późnego utworzenia sztabu kryzysowego, który miał uczestniczyć w merytorycznym przygotowywaniu decyzji dotyczących pandemii. Częściowo – być może – działo się tak z powodu zamazania granicy między polityczną i ekspercką rolą ministra zdrowia i GIS, ale nie można wykluczyć organizatorskiego zaniedbania. Z braku wyspecjalizowanego gremium przygotowywanie i podejmowanie decyzji na temat COVID-19 odbywało się w ustalonych instytucjach – w Rządowym Zespole Zarządzania Kryzysowego [46]. To tam podjęto decyzję o wprowadzeniu pierwszych ograniczeń ruchu granicznego [47], na tym forum przedstawiano dane o sytuacji epidemicznej [48], tam analizowano warianty możliwych do wprowadzenia restrykcji będących odpowiedzią na wzrost liczby nowych infekcji [49], ale żadnej z osób, biorących udział w rutynowych spotkaniach, nie można było przypisać statusu eksperta.

Wbrew oczekiwaniom pierwsza grupa doradcza nie została powołana w Ministerstwie Zdrowia, ale w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW) [50]. Jednym z jej celów było przygotowywanie i przedstawianie ministrowi informacji o sytuacji epidemicznej wywołanej zachorowaniami na COVID-19 i rekomendacji w tym zakresie. Kilka dni później podobny zespół został utworzony w Ministerstwie Klimatu [51].

Nie wcześniej niż pod koniec maja 2020 roku opublikowano listę ekspertów doradzających Ministerstwu Zdrowia w sprawach epidemii koronawirusa [52]. W gronie osób wskazanych znalazło się kilkoro pracowników NIZP PZH – PIB, kilkoro członków wielodyscyplinarnego zespołu MOdelling COronavirus Spread (MOCOS), kilkoro pracowników wyższych uczelni. Nie było wśród nich nikogo spośród specjalistów krajowych. Brakowało także informacji o strukturze i zasadach pracy grupy oraz o kompetencjach zaliczonych do niej osób.

Prezes Polskiej Akademii Nauk (PAN) powołał zespół doradczy ds. COVID-19 pod koniec czerwca 2020 roku [53]. W jego skład weszli wysokiej klasy badacze, reprezentujący różne dyscypliny – od biochemii, przez epidemiologię, do socjologii. Od zespołu oczekiwano działań monitorujących przebieg epidemii w Polsce, analizy możliwych scenariuszy reagowania na zagrożenia, formułowania stosownych zaleceń oraz nawiązania współpracy z podobnymi grupami na świecie. Uznano – jak się wydaje – że autorytet PAN to dostatecznie silny argument przemawiający za wykorzystywaniem przygotowywanych przez zespół rekomendacji.

20 lipca 2020 roku minister zdrowia wydał zarządzenie powołujące Zespół do spraw strategii działań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19 [54]. W jego skład, poza reprezentantami rządu i Ministerstwa Zdrowia, weszli między innymi przedstawiciele NIZP PZH – PIB, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), NFZ, a także krajowi konsultanci w dziedzinie chorób zakaźnych, anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny rodzinnej. Wśród nominatów nie było osób przedstawionych na wspomnianej wcześniej imiennej liście badaczy doradzających Ministerstwu [55]⁷. Aktywność zespołu miała kończyć się sprawozdaniem, trwać do 30 września 2020 roku, po czym zespół miał być rozwiązany. Jednak już po kilku dniach zarządzenie zostało zmienione [56]. Do składu zespołu dołączono przedstawiciela Ministerstwa Obrony Narodowej (MON) oraz zrezygnowano z określenia czasu, na jaki zespół został powołany.

Pod koniec sierpnia 2020 roku stanowisko Ministra Zdrowia objął Adam Niedzielski. Nowy minister zdrowia zarządzeniami z 2 września 2020 roku [57] oraz z 4 września 2020 roku [58] powołał dwa zespoły mające wspierać Ministerstwo w walce z epidemią COVID-19. Jako pierwszy powołany został Zespół do spraw monitorowania i prognozowania przebiegu epidemii COVID-19, który miał być odpowiedzialny za opracowanie wskaźników i cotygodniowych raportów dotyczących aktualnego i przewidywanego przebiegu epidemii COVID-19 oraz propozycji uproszczenia i usystematyzowania sprawozdawania danych epidemiologicznych. Zespołowi przewodniczył Grzegorz Juszczyk, dyrektor NIZP PZH – PIB, a na jego zastępcę mianowano Pawła Maryniaka, zastępcę dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia. Wśród pozostałych członków zespołu znaleźli się przedstawiciele: Departamentu Analiz i Strategii w MZ, NIZP PZH – PIB, GIS, Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), AOTMiT oraz Centrum e-Zdrowia.

Jako drugi powołano Zespół do spraw działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, nazwany Sztabem Kryzysowym, w skład którego wchodziło między innymi Główny Inspektor Sanitarny, Prezes NFZ, Dyrektor NIZP PZH – PIB, konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych oraz przedstawiciele różnych komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia. Zadaniem Sztabu było analizowanie aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Polsce i innych

krajach, ustalenie rozwiązań mających na celu zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19 oraz kontynuacja działań zapoczątkowanych przez Zespół do spraw opracowania strategii działań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19.

Polscy politycy

Łukasza Szumowskiego ze względu na wykształcenie i pełnioną funkcję w rządzie można było zakwalifikować zarówno do grupy ekspertów, jak i do polityków. W obliczu epidemii oczekiwano, że będzie on raczej pełnił funkcję eksperta, jednak częściej przyjmował rolę polityka, zwłaszcza w kwestii wyborów prezydenckich. Do głównych zarzutów kierowanych w stronę byłego ministra zdrowia zaliczyć można niekonsekwencje, brak jednolitej strategii walki z epidemią koronawirusa oraz brak reakcji na tezy, które bez podstaw naukowych były wygłaszane publicznie przez innych polityków. Z dniem 9 sierpnia 2020 roku Łukasz Szumowski przestał pełnić funkcję ministra zdrowia, składając swoją rezygnację z tego stanowiska [59]. Jego zastępcą został ekonomista i były prezes NFZ – Adam Niedzielski [60].

Nowego ministra zdrowia nie można zatem uznać za eksperta w dziedzinie zdrowia populacyjnego, gdyż specjalizuje się on w naukach ekonomicznych i w zarządzaniu strategicznym. Zagadnienia związane ze zdrowiem rozpatruje on w kategoriach budowania kapitału ludzkiego, stanowiącego fundamentalny czynnik wzrostu gospodarczego, a konsekwencji jego braku upatruje nie tylko w skutkach zdrowotnych społeczeństwa, ale także jako szkody dla gospodarki w postaci między innymi absencji chorobowych. To spojrzenie na zdrowie publiczne różni się od poglądów poprzednich ministrów, którzy z reguły byli ekspertami z dziedziny medycyny i nauk o zdrowiu⁸. Adam Niedzielski jeszcze przed objęciem stanowiska zapowiadał, że jego przesłaniem będzie hasło „Wszystkie ręce na pokład”. Działania w walce z epidemią miał opierać na dialogu, otwartości i współpracy [61].

Zachodzące zmiany można było także zauważyć w urzędzie GIS, gdzie 20 listopada 2020 roku Jarosław Pinkas ze względów zdrowotnych podjął decyzję o rezygnacji ze stanowiska Głównego Inspektora Sanitarnego. Niedzielski ogłosił jednak, że w najbliższym czasie nie planuje ogłaszać konkursu na to stanowisko. Swoją decyzję w tej sprawie motywował tym, że urząd mierzy się obecnie z innymi problemami, które należy rozwiązać w pierwszej kolejności. Głównego Inspektora Sanitarnego zastępuje – Krzysztof Sączka, który nie może objąć tego stanowiska, gdyż nie spełnia wymogów prawnych – nie jest lekarzem [62].

Politykiem, który równie często zabierał głos w wystąpieniach publicznych w sprawie pandemii COVID-19 i związanej z nią sytuacji w kraju, był premier Mateusz Morawiecki. Prezes Rady Ministrów przed drugą turą wyborów prezydenckich publicznie oświadczał, że wirus jest już w odwrocie i nie trzeba się go dłużej obawiać. Apelowal, aby „pójść tłumnie do urn wyborczych”, a słowa te kierował zwłaszcza

do seniorów. Wchodząc w rolę eksperta, twierdził, że: „latem wirusy grypy i ten koronawirus są słabsze, dużo słabsze” [63]. Oświadczenia te nie były poparte żadnymi dowodami naukowymi, miały one na celu zachęcenie wyborców do udziału w drugiej turze wyborów organizowanych w lipcu 2020 roku. W tym samym czasie Tedros Adhanom Ghebreyesus, dyrektor generalny Światowej Organizacji Zdrowia, stwierdził, że „pandemia COVID-19 nawet nie zbliża się jeszcze do końca”. Szef WHO uznał, że pandemia wciąż stanowi zagrożenie, a większość ludzi jest nadal podatna na wirusa, który wciąż może się rozwijać [64].

Płaszczyzny podobieństw i różnic

Między Polską a Stanami Zjednoczonymi można zauważyć wiele podobieństw i różnic w działaniach podejmowanych w walce z pandemią wirusa SARS-CoV-2, co zostało zebrane w tabeli 1. Te pierwsze przejawiały się zarówno w decyzjach, jak i stanowiskach przyjmowanych przez polityków obu krajów oraz sposobie i treściach komunikatów udostępnianych do publicznej wiadomości. Również w przypadku polskich i amerykańskich ekspertów oraz ich opinii doradczych można doszukać się pewnych analogii. Nie zawsze jednak strategia walki z wirusem i relacje między politykami a ekspertami w analizowanych krajach były takie same.

Kryterium 1: Wobec braku skutecznych procedur medycznych, które mogłyby chronić przed infekcją, jedyną metodą racjonalnej reakcji na epidemię ze strony zdrowia publicznego były różne ograniczenia kontaktów międzyludzkich. Władze wprowadzały te ograniczenia uznając, że zdrowie jest wartością – w tej sytuacji – nadrzędną wobec aktywności gospodarczej. Jednak wszędzie po okresie restrykcji konieczna była rezygnacja z ograniczeń.

W USA widoczne jest jasne i jednolite stanowisko ekspertów rekomendujących na początku epidemii raczej surowe ograniczenia, stosowane na szeroką skalę, a następnie ostrożną liberalizację, realizowaną w zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej (publicznie żaden ekspert nie wycofał się ze swojego stanowiska). Po stronie polityków na początku epidemii była akceptacja rygorystycznych ograniczeń⁹, a po pewnym czasie pojawiła się wyraźna skłonność do traktowania otwarcia gospodarki i powrotu do aktywności ekonomicznej jako priorytetu. Wyraźny jest podział ról między ekspertami i politykami.

W Polsce widoczne jest stanowisko ekspertów popierające restrykcje i nawołujące do ostrożności, ale mniej zdecydowanie i mniej jednolicie niż w USA. Pojawia się zatarcie granicy między rolą eksperta i rolą polityka (minister zdrowia). Wiele komunikatów wymagających wiedzy eksperckiej przedstawianych jest przez polityków. Widoczna jest wyraźna zmiana (fluktuacja) stanowiska polityków, przejawiająca się w fazie pierwszej – lekceważeniem zagrożenia, w fazie drugiej – drastycznymi restrykcjami, często nieuzasadnionymi, w fazie trzeciej – zadekretowaniem poprawy sytuacji i decyzjami o liberalizacji, bez wskazania kryteriów podejmowanych decyzji.

Kryterium 2: Systemy zdrowotne obydwu krajów okazały się w znacznym stopniu nieprzygotowane do stawienia czoła epidemii, zwłaszcza na polu medycznej reakcji na ciężkie zachorowania. Chodziło zarówno o wyposażenie oddziałów ratunkowych (respiratory), jak i sprzęt ochrony osobistej (maseczki, gogle, fartuchy). W tych warunkach niezbędne stawało się otwarcie możliwości podejmowania szybkich decyzji o pozyskiwaniu i zakupie niezbędnego sprzętu.

W USA prezydent przypisał sobie prawo motywowania przedstawicieli przemysłu do podejmowania decyzji o uruchamianiu produkcji wskazanego przez niego sprzętu. Działal tak, jakby oczywista w rynkowej gospodarce zasada niezależności podmiotów gospodarczych przestała obowiązywać.

W Polsce działano dwutorowo. Po pierwsze, tworzone preferencyjne warunki wytwarzania potrzebnych artykułów spółkom skarbu państwa (np. zwolnienie z podatku spirytusu przetwarzanego na płyn dezynfekujący przez państwową spółkę). Po drugie, osłabiono rygorystykę reguł, które administracja państwowa powinna stosować przy zakupach (zwykle są to przetargi, w których biorą udział sprzedawcy). W warunkach epidemii administracja mogła kupować wszystko od wszystkich i była zwolniona z odpowiedzialności karnej. W efekcie Ministerstwo Zdrowia kupiło wadliwy sprzęt i to zarówno od krajowych, jak i zagranicznych kontrahentów.

Kryterium 3: Jedną z ważnych metod ograniczających, a przynajmniej zwalniających rozprzestrzenianie się wirusa było stosowanie maseczek i jest oczywiste, że poglądy na temat ich stosowania mogą być różne.

W USA stanowisko ekspertów w tej sprawie było jednolite i niezmiennie; jednoznacznie zalecano stosowanie maseczek. Prezydent zmieniał zdanie. Początkowo twierdził, że maseczki są mało przydatne i są zbędnym utrudnieniem codziennego życia. Po jakimś czasie uznał przydatność maseczek, ale jednocześnie zadeklarował, że sam maseczek używać nie będzie. Po kilku miesiącach – w lipcu – stwierdził jednak, że w obliczu ponownego wzrostu liczby zachorowań maseczki powinny być stosowane, a kiedy pojawił się w miejscu publicznym w maseczce fakt ten został zauważony przez media jako wydarzenie.

W Polsce stanowisko ekspertów nie było jednolite. W początkowej fazie epidemii niektórzy z nich, pełniący ważne funkcje doradcze w rządzie, wypowiadali się bardzo sceptycznie o przydatności maseczek, akcentując w publicznym przekazie potencjalne zagrożenie wynikające z ich stosowania. Była jednak także grupa ekspertów – nazywamy ich niezależnymi – którzy konsekwentnie zalecali stosowanie maseczek. Minister zdrowia zmieniał zdanie: początkowo o maseczkach wyrażał się z rezerwą, później uznał, że noszenie maseczek jest niezbędne i przeformułował obowiązek ich powszechnego stosowania w miejscach publicznych, handlu, transporcie itd. [65].

Kryterium 4: Znane jest wezwanie WHO ogłoszone na początku pandemii: „testujcie, testujcie, testujcie”, co miało być powszechnie stosowaną metodą aktywnego zwalczania epidemii.

W USA stanowisko ekspertów w tej sprawie było jednolite i jednoznaczne: należy wykonywać możliwie dużo testów (na obecność wirusa) i śledzić drogi zakażenia kolejnych osób. Stanowisko prezydenta Trumpa było odmienne: kilkakrotnie potwierdzał, że utrzymująca się duża liczba nowych zachorowań w ciągu kolejnych dób jest związana z przeprowadzaniem dużej liczby testów. Z opinii takich wynikało, że ograniczenie testowania doprowadzi do zmniejszenia liczby osób zainfekowanych. Prezydent nie dodawał, że w ten sposób zmniejsza się liczba przypadków potwierdzonych, a nie liczba zachorowań rzeczywistych.

W Polsce stanowisko ekspertów nie było jednolite. Część ekspertów niezależnych jednoznacznie apelowała do władz o zwiększanie liczby przeprowadzanych testów, także do szybszego uzyskiwania wyników. Argumentowali, że brak wiedzy na temat liczby rzeczywistych zachorowań uniemożliwia oszacowanie rozmiarów epidemii, utrudniając racjonalne reagowanie ze strony systemu zdrowotnego. Natomiast część ekspertów związana z władzą broniła małej liczby testów, ograniczając ich stosowanie jedynie do osób z symptomami COVID-19, i argument bardzo wysokiego odsetka zachorowań bezobjawowych nie był przez nich brany pod uwagę. Politycy niezmiennie stali na stanowisku, że testy powinny być stosowane wyłącznie wobec osób kwalifikowanych do badań na podstawie wskazanych kryteriów: były to symptomy charakterystyczne dla infekcji, jak wysoka temperatura, kaszel, ból gardła, trudności w oddychaniu. Decyzja o skierowaniu na badania ze względu na wskazania epidemiologiczne, np. przy powrocie z zagranicy czy kontakcie z chorym, pozostawała w gestii pracowników Inspekcji Sanitarnej. Możliwość kontaktu z osobami zainfekowanymi – np. pobyt we Włoszech – była wskazaniem do kwarantanny, ale nie do testów. Zasady ograniczania testów uderzały w lekarzy i innych pracowników medycznych opiekujących się osobami zarażonymi koronawirusem: władza odmówiła stosowania regularnych i bezpłatnych testów tej grupy pracowników. Jednocześnie możliwość skorzystania z odpłatnych testów o certyfikowanej wartości (czułość, swoistość) była bardzo ograniczona.

Kryterium 5: Jednym z elementów liberalizacji była decyzja o powrocie do rutynowego nauczania szkolnego po okresie zamknięcia szkół.

W USA eksperci rekomendowali ostrożny powrót do szkół z początkiem nowego roku szkolnego. CDC opublikowało rekomendacje, w których wskazano wiele działań służących zachowaniu reguł ostrożności sanitarnej. Prezydent jednoznacznie opowiadał się za rozpoczęciem zajęć szkolnych w rutynowej postaci. Rekomendacje CDC określił jako przesadne i kosztowne. Zagroził cofnięciem dotacji rządowych dla szkół, w których zajęcia nie byłyby podjęte (absurdalność tej groźby wynikała z dwóch powodów – po pierwsze, odpowiedzialność za oświatę spoczywa na rządach stanowych; po drugie, szkoły są finansowane przez stany i społeczności lokalne). Nauczycielskie związki zawodowe nawoływały do ostrożności, zwracając uwagę na bezpieczeństwo zarówno uczniów, jak i nauczycieli.

Tabela 1. Opinie i działania ekspertów i polityków – podobieństwa i różnice między Polską a USA

Działania	Eksperti		Politycy	
	Polska	USA		
Reakcja na wybuch epidemii	<ul style="list-style-type: none"> • Poparcie restrykcji i nawoływanie do ostrożności. • Mniej zdecydowane i mniej jednolite stanowisko. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rekomendacja surowych, stosowanych na szeroką skalę ograniczeń. • Jednolite i zdecydowane stanowisko. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niekiedy zatarcie granicy między rolą eksperta i rolą polityka (minister zdrowia). • Wiele komunikatów wymagających wiedzy eksperckiej przedstawianych przez polityków. • Wyraźne zmiany (fluktuacje) stanowiska. 	<p>Zmiany stanowiska – początkowo akceptacja rygorystycznych ograniczeń, po pewnym czasie powrót do aktywności ekonomicznej jako priorytet.</p>
Utworzenie zespołów doradczych ds. walki z epidemią	<p>Obecność ekspertów w zespołach.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nie wszystkich członków zespołu można uznać za ekspertów. • Jednolite stanowisko, ograniczające się do spraw związanych bezpośrednio z epidemią. • Niekiedy wypowiedzi odnoszące się do ocen dotyczących różnych przedsięwzięć zapobiegawczych, zwłaszcza jeśli eksperci byli o to pytani w czasie parlamentarnych wystąpienia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Powołanie przez prezydenta 29 stycznia 2020 r. Grupy Zadaniowej Białego Domu ds. Koronawirusa, której celem było „monitorowanie, powstrzymywanie i łagodzenie rozprzestrzeniania się wirusa”. 	<p>Powołanie przez prezydenta 29 stycznia 2020 r. Grupy Zadaniowej Białego Domu ds. Koronawirusa, której celem było „monitorowanie, powstrzymywanie i łagodzenie rozprzestrzeniania się wirusa”.</p>
Działania wobec braku środków ochrony osobistej			<ul style="list-style-type: none"> • Preferencyjne warunki wywarzania potrzebnych artykułów spółkom skarbu państwa. • Uproszczenie reguł zakupów publicznych. 	<p>Ignorowanie przez prezydenta zasad niezależności podmiotów gospodarczych w gospodarce rynkowej – motywowanie przedstawicieli przemysłu do podejmowania decyzji o uruchamianiu produkcji wskazanego przez niego sprzętu.</p>
Opinie na temat noszenia masek ochronnych	<p>Niejednolite stanowisko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W początkowej fazie wśród niektórych ekspertów sceptyczne podejście do przydatności maseczek oraz akcentowanie w publicznym przekazie potencjalnego zagrożenia wynikającego z ich stosowania. • Była jednak także grupa niezależnych ekspertów, którzy konsekwentnie zalecali stosowanie maseczek. 	<p>Stanowisko ekspertów w tej sprawie było jednolite i niezmiennie: jednoznacznie zalecano stosowanie maseczek.</p>	<p>Prezydent zmieniał zdanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Początkowo twierdził, że maseczki są mało przydatne i są zbędnym utrudnieniem codziennego życia. • Po jakimś czasie uznał przydatność maseczek, ale jednocześnie zadeklarował, że sam maseczek używać nie będzie. • Następnie (w lipcu 2020 r.) stwierdził, że w obliczu ponownego wzrostu liczby zachorowań maseczki powinny być stosowane i sam zaczął je nosić. 	<p>Prezydent zmieniał zdanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Początkowo twierdził, że maseczki są mało przydatne i są zbędnym utrudnieniem codziennego życia. • Po jakimś czasie uznał przydatność maseczek, ale jednocześnie zadeklarował, że sam maseczek używać nie będzie. • Następnie (w lipcu 2020 r.) stwierdził, że w obliczu ponownego wzrostu liczby zachorowań maseczki powinny być stosowane i sam zaczął je nosić.

Działania	Eksperci		Politycy	
	Polska	USA	Polska	USA
Opinie na temat wykonywanych testów w kierunku COVID-19	<p>Stanowisko nie było jednolite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Część ekspertów apelowała do władz jednoznacznie apelowała do władz o zwiększenie liczby przeprowadzanych testów, także do szybszego uzyskiwania wyników. Argumentowali, że brak wiedzy na temat liczby rzeczywistych zachorowań uniemożliwia oszacowanie rozmiarów epidemii, utrudniając racjonalne reagowanie ze strony systemu zdrowotnego. • Część ekspertów związana z władzą broniła małej liczby testów, ograniczając ich stosowanie jedynie do osób z symptomami COVID-19, argumentując bardzo wysokiego odsetka zachorowań bezobjawowych nie był przez nich brany pod uwagę. 	<p>Jednolite i jednoznaczne stanowisko: należy wykonywać możliwie dużo testów i śledzić drogi zakażenia kolejnych osób.</p>	<p>Niezienne stanowisko: testy powinny być stosowane wyłącznie wobec osób kwalifikowanych do badań na podstawie wskazanych kryteriów – były to symptomy charakterystyczne dla infekcji, jak wysoka temperatura, kaszel, ból gardła, trudności w oddychaniu.</p>	<p>Prezydent Trump kilkakrotnie potwierdził, że utrzymująca się duża liczba nowych zachorowań w ciągu kolejnych dob jest związana z przeprowadzaniem dużej liczby testów. Z opinii takich wynikało, że zmniejszenie liczby testów doprowadzi do zmniejszenia liczby osób zainfekowanych.</p>
Decyzje w sprawie trybu nauczania	<p>Rekomendacje ostrożnego powrotu do szkół, konieczność szczepeń dla nauczycieli, nauczanie hybrydowe.</p>	<p>Rekomendacje ostrożnego powrotu do szkół z początkiem nowego roku szkolnego.</p>	<p>Po niedużych próbach wprowadzenia nauczania zdalnego już w maju rozważano możliwość powrotu do zajęć opiekuńczych w przedszkolach i młodszych klasach. Podjęta przez rząd decyzja ogólna miała być konkretyzowana przez samorządy. Jednak rząd nie przedstawił żadnych kryteriów (epidemicznych, organizacyjnych), które miałyby zastosowanie przy podejmowaniu decyzji.</p>	<p>Prezydent jednoznacznie opowiadał się za rozpoczęciem zajęć szkolnych w rutynowej postaci. Rekomendacje CDC określił jako przesadne i kosztowne.</p>
Wykorzystanie pandemii COVID-19 do innych celów			<ul style="list-style-type: none"> • Wykorzystywanie COVID-19 jako pretekstu do zmian w kodeksie karnym za pomocą ustawy poświęconej ratunkowemu kredytowaniu przedsiębiorców. Ustawa wprowadzała karę więzienia jako jedyną możliwą formę kary za m.in. skutki nieumyślnego błędu lekarskiego. • Rozwiązania blokujące przygotowania Państwowej Komisji Wyborczej do wyborów prezydenckich. • Wyrok Trybunału Konstytucyjnego ws. aborcji. • Kryminalizacja zachowania polegającego na nieprzestrzeganiu „zakazów, nakazów, ograniczeń lub obowiązków określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi”. 	<p>Dla prezydenta Trumpa COVID-19 stał się polem rozgrywania konfliktu z Chinami. Nastąpiło to raczej nieoczekiwanie, bo początkowo opinia prezydenta na temat współpracy z tym krajem była pozytywna. Później jednak, w obliczu mało skutecznych aktywności systemu zdrowotnego, prezydent postawił problem pochodzenia wirusa oraz tezę, że wirus nie był efektem naturalnej mutacji i nie pochodził z targowiska w mieście Wuhan, ale powstał w efekcie celowych zabiegów podjętych w laboratorium.</p>

Źródło: opracowanie własne.

W Polsce po nieudanych próbach wprowadzenia nauczania zdalnego, już w maju rozważano możliwość powrotu do zajęć opiekuńczych w przedszkolach i młodszych klasach. Podjęta przez rząd decyzja ogólna miała być konkretyzowana przez samorządy. Jednak rząd nie przedstawił żadnych kryteriów (epidemicznych, organizacyjnych), które miałyby zastosowanie przy podejmowaniu decyzji. Rząd nie podjął także decyzji o badaniu nauczycieli i wychowawców na obecność wirusa albo obecność przeciwciał. Co więcej, kiedy samorządy podejmowały decyzje o prowadzeniu takich badań, musiały finansować je z własnych środków, ponieważ rząd nie był zainteresowany wynikami tych badań i w konsekwencji nie chciał ich finansować. Po wakacjach dzieci wróciły do szkół zaledwie na kilka tygodni, tym razem decyzja o ich zamknięciu zapadła szybko. Po praktycznie całym roku szkolnym w trybie zdalnym Ministerstwo Edukacji i Nauki (MEiN) zapowiedziało otwarcie szkół na cztery ostatnie tygodnie, sugerując że powinien być to czas odbudowy relacji z rówieśnikami, odbudowy poczucia wspólnoty [66]¹⁰.

Kryterium 6: Zagrożenie pandemią dawało politykom możliwości jego wykorzystywania do uzasadniania działań, które w innych okolicznościach nie byłyby łatwo akceptowane przez wielu ludzi. Najważniejszym i najbardziej widocznym takim działaniem było wprowadzanie lockdownu, ograniczającego w szerokim zakresie społeczne kontakty i aktywności. O ile jednak lockdown miał, zwłaszcza we wczesnych fazach pandemii, racjonalne uzasadnienie, o tyle wiele innych inicjatyw takiego uzasadnienia nie miało.

Dla prezydenta Trumpa problem COVID-19 stał się polem rozgrywania konfliktu z Chinami. Nastąpiło to raczej nieoczekiwanie, bo początkowo opinia prezydenta na temat współpracy z tym krajem była pozytywna. Później jednak, w obliczu mało skutecznych aktywności systemu zdrowotnego, prezydent postawił tezę, że wirus nie był efektem naturalnej mutacji i nie pochodził z targowiska w mieście Wuhan, ale powstał w efekcie celowych zabiegów podjętych w laboratorium. Prezydent, a także Sekretarz Stanu twierdzili, że mają na to dowody, mimo odmiennej opinii przedstawianej przez wywiad. Konsekwencją tezy o celowo szkodliwym działaniu Chin była decyzja o wystąpieniu z WHO pod pretekstem, że ta organizacja ulega chińskiej manipulacji.

W Polsce pod pretekstem zapewnienia funkcjonowania państwa w warunkach pandemii oraz stworzenia systemu pomocy dla tych, którzy w jej wyniku utracili możliwość zarobkowania (tzw. tarcze antykryzysowe) wprowadzano kontrowersyjne zmiany np. w Kodeksie wyborczym czy prawie karnym. W jednej z tarcz antykryzysowych znalazły się regulacje odnoszące się do zasad wymiaru kary łącznej, sankcji grożącej za czyn ciągły czy kryminalizacji kradzieży szczególnie zuchwałej; w innej – wprowadzono rozwiązania blokujące przygotowania Państwowej Komisji Wyborczej do wyborów prezydenckich. W duchu ograniczania transmisji koronawirusa SARS-CoV-2 nakazano pracę profesjonalistów medycznych: lekarzy, pielęgniarek, pielęgniarzy, ratowników medycznych tylko w jednym

podmiocie leczniczym [67], jednak szybko się z tego wycofano, pozostawiając decyzję o takim ograniczeniu dyrekcji placówki [68]. Przykładem wykorzystywania COVID-19 jako pretekstu była zmiana kodeksu karnego przy pomocy ustawy poświęconej ratunkowemu kredytowaniu przedsiębiorców. Ustawa wprowadzała karę więzienia jako jedyną możliwą formę kary za między innymi skutki nieumyślnego błędu lekarskiego. Poprzednio była możliwość kary grzywny lub ograniczania wolności. Pod pretekstem walki z koronawirusem próbowano wprowadzić także tzw. ustawę o bezkarności, która zakładała, że naruszenie obowiązków służbowych lub innych przepisów przez osobę działającą na rzecz zapobiegania oraz zwalczania COVID-19 nie byłoby traktowane jako przestępstwo. Brak zgody wewnątrz koalicji rządzącej doprowadził jednak do tymczasowego wycofania projektu [69]. Warto wspomnieć również o wyroku Trybunału Konstytucyjnego ws. aborcji, który został wydany w czasie, w którym obowiązywał zakaz zgromadzeń, a pandemia wkraczała w trzecią falę¹¹. W nowelizacji Kodeksu wykroczeń (art. 116) z 28 października 2020 roku zdecydowano się na kryminalizację zachowania polegającego na nieprzestrzeganiu „zakazów, nakazów, ograniczeń lub obowiązków określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi”. W styczniu 2021 roku ogłoszono z kolei poselski projekt nowelizacji Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia. Zakłada on między innymi, że ukarany mandatem za wykroczenie nie będzie mógł odmówić jego przyjęcia, a jedynie odwołać się do sądu w terminie 7 dni, wskazując w odwołaniu wszystkie znane sobie dowody na poparcie swych twierdzeń, pod rygorem utraty prawa do ich powoływania w dalszym postępowaniu [70].

Rzetelna wiedza a celowa dezinformacja

Pomimo korzyści płynących ze zwiększonego poziomu przejrzystości procesu decyzyjnego, w szczególności w odniesieniu do opinii naukowych, na których opierają się decyzje, wiele krajów kontrolowało charakter i ilość informacji udostępnianych opinii publicznej. Publikacja zdań odrębnych w ramach naukowych komitetów doradczych jest dość rzadka. Niektóre kraje, takie jak Irlandia, przyjęły niezwykle przejrzyste podejście do porad naukowych dotyczących pandemii. Irlandzki National Public Health Emergency Team (NPHE) jest oficjalnym mechanizmem koordynowania reakcji sektora zdrowia w kraju. Dąży do ułatwienia przepływu informacji między departamentem zdrowia i jego agencjami oraz stanowi forum do budowania konsensusu w sprawie strategicznego podejścia do kryzysu. Porządki obrad i protokoły posiedzeń NPHE – w których znajdują się także zdania odrębne do rządzących – są systematycznie publikowane na stronie internetowej departamentu zdrowia [71].

Przywódcy wielu krajów początkowo nie docenili powagi pandemii, pomimo pogarszającej się sytuacji. W ciągu pierwszych kilku tygodni zauważalny był brak informacji charakteryzujący się niezdolnością lub niechęcią do podania dokładnych informacji o rozprzestrzenianiu

się wirusa ze strony kilku agencji rządowych. Na przykład Chiny ukryły i ocenzurowały doniesienia lekarzy, którzy jako pierwsi dowiedzieli się o rozprzestrzenianiu się niebezpiecznego nowego wirusa. W tym przypadku chodziło o wolę polityczną, aby nie straszyć ludności i uniknąć konsekwencji gospodarczych (w Wuhan znajdują się ważne firmy produkcyjne, które mają silne relacje handlowe z całym światem) [72]. Rządzący okazali ogólny brak gotowości do zarządzania kryzysem, gdy pandemii nie można było dłużej zaprzeczać ani ukrywać.

Oprócz chęci uniknięcia wywoływania paniki i trudności gospodarczych troską niektórych organów państwowych było pokazanie, że mają pełną kontrolę nad sytuacją, więc nie muszą wprowadzać nadzwyczajnych środków, co świadczy o braku interwencji prewencyjnych. W wielu krajach nie udzielono jednoznacznych porad dotyczących tego, kiedy i jak ograniczyć zgromadzenia, odwołać duże imprezy, odroczyć podróże lub ograniczyć produkcję przemysłową i handel, co znacząco przyczyniło się do rozprzestrzeniania się infekcji. Na przykład Donald Trump odrzucił pandemię, uznając ją za „mystyfikację demokratów” i przewidując, że zniknie ona jak cud. Podobnie prezydent Brazylii Jair Bolsonaro scharakteryzował pandemię koronawirusa jako napędzaną przez media „fantazję” [73]. Z kolei prezydent Filipin Rodrigo Duterte nazwał zmarłych nowym koronawirusem „głupcami” i naruszył zasadę „zakazu dotykania” – oznaczającą, że nikt nie powinien go dotykać podczas imprez publicznych – ściskając ręce kibicom.

W tym samym czasie eksperci medyczni (zwłaszcza wirusolodzy, immunolodzy i epidemiolodzy, ale także statystycy i naukowcy zajmujący się zdrowiem publicznym) zwiększyli swoje zaangażowanie. W przeciwieństwie do polityków i decydentów na różnych szczeblach, którzy od początku pandemii oferowali raczej niejasne i często sprzeczne rady, wielu ekspertów ostrzegało, że epidemia może wybuchnąć i bardzo wcześnie sugerowali wprowadzenie szeregu środków zapobiegawczych (w tym dystans społeczny, zamykanie szkół i uniwersytetów, zakazy dużych zgromadzeń i podróży międzynarodowych, pracę zdalną i izolację), aby zapobiec dalszemu rozprzestrzenianiu się wirusa [74, 75].

Początkowe ukrywanie informacji i dezinformacja instytucjonalna przyczyniły się do erozji zaufania społeczeństwa do rządów i instytucji międzynarodowych. Eksperci zaczęli proponować wdrożenie środków w zakresie zdrowia publicznego, aby pomóc obywatelom uniknąć zarażenia, stając się tym samym źródłem dokładnych informacji i rzetelnej polityki zdrowotnej [76]. Ze względu na powagę pandemii i konkretne zagrożenie dla ludności, przy gwałtownym wzroście liczby zakażeń i ofiar, większość populacji polegała na autorytecie ekspertów. W podobnym duchu prawie wszystkie rządy – jedno z przekonania, a zatem szybciej, inne z konieczności wkrótce potem – skorzystały z już działających lub powołanych na tę okazję komitetów techniczno-naukowych i powierzyły im identyfikację najbardziej odpowiedniej polityki w zakresie zdrowia publicznego. To przekazanie uprawnień i odpowiedzialności ekspertom pozwoliło przywódcom i rządów zmniejszyć ich

własną odpowiedzialność wobec społeczeństwa [77]. W niektórych krajach po początkowym zaufaniu przez rządzących do wiedzy eksperckiej zmieniał się kierunek działań. Przykładowo w połowie kwietnia 2020 roku premier Tanzanii wystosował prosty apel: „Tanzańczycy powinni zachować zaufanie do rządu. Nadal powinieneś ufać naszym ekspertom, którzy stoją za każdą podejmowaną przez nas decyzją”. Miesiąc później prezydent kraju zwolnił szefa krajowego laboratorium testowego COVID-19 i zobowiązał się do sprowadzenia niesprawdzonego toniku ziołowego z Madagaskaru, który, mimo obaw naukowców, był kontrowersyjnie reklamowany jako lek na nowego koronawirusa [78].

W ostatnich latach wśród laików pojawiła się powszechna tendencja do dewaluacji wiedzy fachowej. Zdaniem byłego sekretarza stanu ds. sprawiedliwości Michaela Gove’a, Wielka Brytania opuściła Unię Europejską, ponieważ „ludzie w tym kraju mają dość ekspertów” [79]. W USA wyborcy jednoznacznie zlekceważyli opinię ekspertów, wybierając na prezydenta Donalda Trumpa, który wbrew około 99% konsensusu naukowego zaprzeczał realiom zmian klimatycznych [80]. W wielu krajach poparcie zyskały partie prawicowe, które cieszą się niewielką sympatią ekspertów.

Generalnie można powiedzieć, że medycyna nadal jest jedną z dziedzin, w których ludzie polegają na ekspertach przy podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia i bezpieczeństwa. Jednak coraz więcej osób nie wierzy medycznemu ekspertom, co przejawia się między innymi w podważaniu skuteczności szczepień (zjawisko to było już widoczne przed pandemią) czy popularności medycyny alternatywnej.

Obecnie kluczowym elementem skutecznego zwalczania pandemii na świecie jest porządek publiczny i obywatelskie posłuszeństwo protokołom. Ludzie muszą więc otrzymywać rzetelne i wiarygodne wiadomości z zaufanych źródeł informacji. Celowa dezinformacja na temat nauki jest szczególnie szkodliwa dla wiarygodności ekspertów dążących do sformułowania odpowiedniej polityki zdrowotnej, ponieważ osłabia zaufanie ludzi do porad ekspertów.

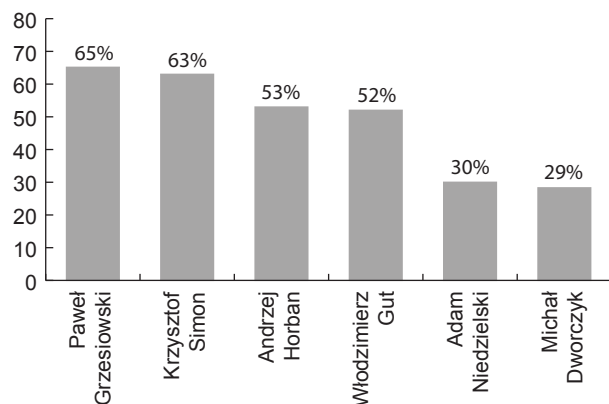
Wyjęcie „polityki” z procesu podejmowania decyzji administracyjnych ma kluczowe znaczenie nie tylko dla decyzji opartych na dowodach, ale także dla wiarygodności przywódców administracyjnych w czasach, gdy dezinformacja staje się coraz większym problemem publicznym. W odpowiedzi rządu federalnego USA na wybuch epidemii COVID-19 polityka wyborcza w połączeniu z uprzedzeniami poznawczymi dotyczącymi wirusa poważnie podważyły proces decyzyjny oparty na nauce, gdy wybrani urzędnicy mieli predyspozycje do przedkładania wzrostu gospodarczego nad konsekwencje pandemii dla zdrowia i życia ludzi.

Zaufanie społeczeństwa do polityków i ekspertów

W obliczu zagrożenia, jakim jest pandemia, w społeczeństwie często pojawiają się chaos, niewiedza, a niekiedy panika i strach. W takiej sytuacji ludzie oczekują od władz oraz ekspertów dostępu do sprawdzonych

i rzetelnych informacji, raportów i danych o sytuacji pandemicznej na świecie. Komunikacja między społeczeństwem a ekspertami i politykami najczęściej odbywa się za pośrednictwem mediów i jest ona kluczowym elementem działań prowadzonych w czasie pandemii. Skuteczna komunikacja pozwala na przekazanie społeczeństwu podjętych i planowanych działań w walce z pandemią, a także wytycznych, zaleceń i nakazów, do których społeczeństwo powinno się stosować, aby nie dopuścić do rozprzestrzenienia się choroby. Komunikacja między władzą, ekspertami a obywatelami danego kraju musi więc opierać się na zaufaniu społeczeństwa do osób, które publicznie wypowiadają się na temat strategii walki z pandemią i przekazują kluczowe zalecenia. Tylko wtedy władze kraju i eksperci będą mogli skutecznie wpływać na zachowania ludności.

Zaufanie społeczne do przedstawicieli środowisk eksperckich i politycznych w świetle pandemii COVID-19 stało się obiektem zainteresowań i badań prowadzonych przez różne instytucje krajowe. W Polsce badanie takie zostało przeprowadzone przez Instytut Badań Rynkowych i Społecznych (IBRIS) na zlecenie gazety „Fakt”. Badanie odbyło się 8 stycznia 2021 roku na ogólnopolskiej próbie 1100 osób [81]. Wyniki zostały zaprezentowane na wykresie 1.



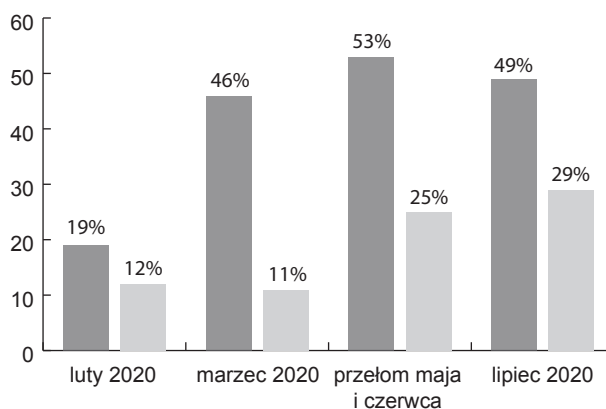
Wykres 1. Deklarowane zaufanie społeczeństwa do wybranych ekspertów i polityków w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie [81].

Według powyższych danych Polacy w obliczu pandemii COVID-19 deklarują większe zaufanie do ekspertów niż do polityków. Przedstawicielami środowisk eksperckich w niniejszym badaniu byli: Paweł Grzesiowski (65%), Krzysztof Simon (63%), Andrzej Horban (53%) oraz Włodzimierz Gut (52%), a wśród reprezentantów polityków znaleźli się obecny minister zdrowia Adam Niedzielski (30%) oraz pełnomocnik rządu ds. narodowego programu szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 – Michał Dworczyk (29%). Niskie zaufanie do wybranych polityków pokazuje też nowy (za marzec 2021 roku) ranking zaufania przygotowany przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) [82],

w którym minister zdrowia zdobył 32%, a Dworczyk – tylko 21% zaufania. Wyniki te świadczą jednak o pewnym wzroście zaufania do tych polityków, w rankingu z grudnia 2020 roku Niedzielskiemu ufało bowiem tylko 25% badanych, a Dworczykowi – 18% [83].

Warto wspomnieć o zaufaniu, jakim cieszył się były minister zdrowia Łukasz Szumowski. Wraz z pierwszymi przypadkami zachorowań na COVID-19 w Polsce i aktywnością w mediach notował on ogromny wzrost rozpoznawalności i zaufania. Kolejne miesiące, w których pandemia była tylko jednym z kłopotów szefa resortu zdrowia, drugim – podnoszone przez opozycję zarzuty konfliktu interesów oraz niejasnych powiązań biznesowo-rodzinnych, przyniosły mu wprawdzie dalszy wzrost zaufania (o 7 punktów procentowych), ale i dużo większy w skali wzrost ocen krytycznych. Zmiany w zaufaniu społeczeństwa do byłego ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego prezentuje wykres 2 [84–87].



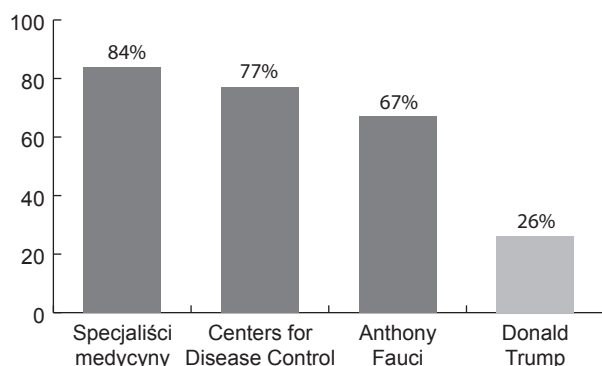
Wykres 2. Zmiany w deklarowanym przez społeczeństwo zaufaniu do byłego ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego

Źródło: opracowanie własne na podstawie Komunikat z Badań CBOS, luty 2020 [84], marzec 2020 [85], czerwiec 2020 [86], lipiec 2020 [87].

Podobny sondaż został przeprowadzony w Stanach Zjednoczonych przez „New York Times”/Siena College. W badaniu wzięło udział 1337 zarejestrowanych wyborców w okresie od 17 do 22 czerwca 2020 roku. Pytania zadano połowie respondentów (646), ponieważ nie uwzględniono osób, które nie identyfikowały się z jakąś partią polityczną (Partią Demokratyczną lub Republikańską) [88]. Wyniki sondażu przedstawia wykres 3.

W ankiecie „New York Timesa” 84% głoszących stwierdziło, że ufa ekspertom medycznym dostarczającym wiarygodnych informacji o wirusie, 77% także zaufanie ma do CDC, a 67% – do Anthony’ego Fauci’ego. Przedstawicielem środowiska politycznego w tym badaniu był urzędujący wówczas prezydent USA – Donald Trump, któremu w kwestiach związanych z pandemią COVID-19 ufało najmniej ankietowanych (jedynie 26%).

Większym zaufaniem społeczeństwa cieszy się natomiast obecny prezydent Stanów Zjednoczonych – Joe



Wykres 3. Deklarowane zaufanie społeczeństwa do ekspertów i instytucji eksperckich oraz polityków w USA

Źródło: opracowanie własne na podstawie [88].

Biden. Według danych przedstawionych przez „EurekaAlert!” odsetek dorosłych Amerykanów, którzy ufają Joe Bidenowi jako przywódcy w najskuteczniejszej walce z pandemią COVID-19, stanowił 52% vs. Donald Trump 39% [89]. Inne badanie przeprowadzone przez Axios-Ipsos również wskazuje na rosnące zaufanie do obecnego prezydenta. Na pytanie dotyczące zaufania do Bidena w sprawach COVID-19 między 23 a 26 października 2020 roku 47% ankietowanych zadeklarowało swoje zaufanie, które następnie wzrosło do 56% w pierwszej połowie listopada [90]. Niskie zaufanie do Donalda Trumpa w sprawach związanych z koronawirusem niewątpliwie przyczyniło się do zwycięstwa Joe Bidena w wyborach prezydenckich [91].

Zarówno w Polsce, jak i Stanach Zjednoczonych w kwestiach związanych z pandemią COVID-19 widoczne jest większe zaufanie społeczeństwa do ekspertów z dziedziny nauk medycznych i okołomedycznych niż do polityków. Z jednej strony tendencja ta nie powinna dziwić – są to eksperci z dziedzin ściśle związanych z medycyną i zapobieganiem chorobom, mają więc wiedzę i wykształcenie niezbędne do tego, aby doradzać i wypowiadać się w kwestiach działań, jakie powinny zostać podjęte w ramach walki z pandemią. Z drugiej jednak strony niepokojące jest stosunkowo niskie zaufanie do polityków. Są to bowiem osoby, które rządzą w danym kraju, i to one najczęściej wypowiadają się publicznie na temat podjętych strategii i o niej decydują. Politycy powinni móc poprzez swój autorytet wpłynąć na zachowania ludności po to, aby nie dopuścić do rozprzestrzeniania się choroby i możliwie jak najszybciej nad nią zapanować. Brak zaufania do przedstawicieli tego gremium może być główną przeszkodą działań w walce z wirusem.

Podsumowanie

Zagrożenie, niepewność i pilność związane z kryzysami zwykle wzmacniają rolę przywódców, dając im swobodę podejmowania decyzji o dalekosiężnych konsekwencjach. Nieznany wirus wymagał od decydentów zwrócenia się do lekarzy i ekspertów od chorób zakaźnych, aby

uzyskać wiedzę naukową i doświadczenie, które mają kluczowe znaczenie dla podejmowania decyzji administracyjnych i zdrowia publicznego oraz edukowania ludzi w walce z wirusem. I choć wiadomo, że polityka nie zawsze idzie w parze z nauką, w sytuacji globalnego zagrożenia pandemią współpracę między politykami a ekspertami należy uznać za konieczną. Dzięki doradztwu ekspertów politycy mogli lepiej zrozumieć skalę zagrożenia i podejmować skuteczne (choć nie zawsze) decyzje i wprowadzać różnego rodzaju nakazy i zakazy mające na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa w społeczeństwie. Należy jednak zwrócić uwagę, że z początkiem epidemii decydenci zarówno w Polsce, jak i USA sceptycznie podchodzili do niektórych zaleceń ekspertów, między innymi noszenia masek ochronnych. Ich niekiedy odmienne stanowiska były wygłaszane publicznie, co mogło rodzić dezorientację i niepewność wśród społeczeństwa.

Brak spójności w zaleceniach i stanowiskach polityków i ekspertów bardzo często skutkowało utratą zaufania społecznego. W obliczu pandemii ludzie oczekują od rządzących rzetelnych, sprawdzonych, popartych dowodami naukowymi informacji, a także podejmowania skutecznych działań, które zapewnią im bezpieczeństwo. Z drugiej strony rządzącym powinno zależeć na jak największym zaufaniu społecznym, gdyż jedynie wtedy będą oni mogli wpływać na zachowania ludzi i skłaniać ich do stosowania się do zaleceń. Odmienne stanowiska polityków i ekspertów w obu badanych krajach, które można było zauważyć podczas przyjmowania strategii walki z koronawirusem, utrudniały te działania i powodowały opór społeczny.

Widocznym problemem było także zatarcie granicy między rolą eksperta a polityka. W przypadku Polski zdarzały się sytuacje, kiedy trudno było odróżnić decydenta od przedstawiciela środowiska naukowego. Było to spowodowane pełnieniem tych dwóch ról jednocześnie – jak np. w przypadku byłego ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego. W takich sytuacjach trudno ocenić, jaką rolę przyjmuje dana osoba i czy jej stanowisko eksperckie jest niezależne politycznie. Od ekspertów oczekuje się, aby ich opinie były oparte na wiedzy naukowej bez względu na korzyści czy niekorzyści polityczne wynikające z przyjętego przez eksperta stanowiska w sprawie.

Walka z pandemią COVID-19 to problem globalny, który stał się wyzwaniem dla systemów zdrowotnych. Niewątpliwie uwidocznił on mankamenty i brak wydajności systemów ochrony zdrowia w wielu krajach na świecie. Jednak można wskazać także na pozytywne strony pandemii, traktując ją jako lekcję dla systemów, rządzących, ekspertów, a także dla społeczeństwa. Kraje wypracowały własne strategie, ucząc się z każdym dniem, jakie działania przynoszą najbardziej pożądane efekty, a ujawnione problemy systemowe mogą stać się motywacją do podejmowania korzystnych zmian w przyszłości. W dłuższej perspektywie poprawa profilaktyki, a nie leczenie chorób jest kluczem do promowania zdrowia populacji poprzez reformę polityki zdrowotnej w ramach przygotowań do przyszłych pandemii.

Przypisy

¹ W powołanej wyżej informacji Sekretarza Prasowego jako przewodniczący zespołu przedstawiony został Alex Azar (Secretary of Health and Human Services), Pence czy Bix nie zostali wymienieni jako jego członkowie.

² Kudlow kilkakrotnie wypowiadał się w sprawie rozprze-strzenia się koronawirusa, twierdząc, że w USA udało się go powstrzymać.

³ Mimo częstych różnic opinii między dr Fauci i prezydentem Trumpem, był osobą najbardziej wpływową, natomiast w mediach pojawiały się komentarze, że dyrektor CDC był marginalizowany.

⁴ W federalnej strukturze USA bardzo wiele decyzji należy do kompetencji gubernatorów.

⁵ „Swoje rekomendacje dotyczące wyborów prezydenckich przekazać wtedy, kiedy będę miał realne podstawy, dane dotyczące epidemii. Nie będzie to wcześniej niż w drugiej połowie kwietnia” – powiedział Łukasz Szumowski 2 kwietnia 2020 r.

⁶ „Głosowanie w II turze wyborów prezydenckich jest bezpieczne pod względem epidemiologicznym” – powiedział Łukasz Szumowski 10 lipca 2020 r.

⁷ Dopiero 30 lipca 2020 r. opublikowana została następująca informacja: „W Ministerstwie Zdrowia powołano sztab kryzysowy. Wszystko z powodu pandemii COVID-19 i rekordowych zakażeń”.

⁸ Dotychczas w Ministerstwa Zdrowia tylko dwóch ministrów nie było z wykształcenia lekarzami (dotyczyło to ministrów I. i 2. rządu mniejszościowego Marka Belki).

⁹ W USA federalna struktura państwa sprawia, że decyzje o restrykcjach były podejmowane przez gubernatorów, a nie przez rząd w Waszyngtonie.

¹⁰ Minister Przemysłu Czarnek twierdził, że ma być to czas powrotu do normalności, używając na tę okoliczność określenia: „take it easy” (z ang. nie martw się, spokojnie, wyluzuj).

¹¹ Pomimo obostrzeń związanych z pandemią wyrok Trybunału Konstytucyjnego wywołał masowe protesty w kraju i za granicą. Z informacji Komendy Głównej Policji wynikało, że w szczytowym okresie protestów – 28 października 2020 r. – odbyło się w sumie 410 demonstracji, w których uczestniczyło ponad 430 tys. osób.

Piśmiennictwo

- Espinoza B., Castillo-Chavez C., Perrings C., *Mobility Restrictions for the Control of Epidemics: When do They Work?*, „PLoS One” 2020, vol. 15 (7), doi:10.1371/journal.pone.0235731, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0235731> (dostęp: 5.09.2021).
- Mackenzie J.S., Smith D.W., *COVID-19: A Novel Zoonotic Disease Caused by a Coronavirus from China: What We Know and What We Don't*, „Microbiology Australia” 2020, doi:10.1071/MA20013, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7086482/> (dostęp: 5.09.2021).
- WHO Director-General's Statement on the Advice of the IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus, January 23, 2020, <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-the-advice-of-the-ih-emergency-committee-on-novel-coronavirus> (dostęp: 5.09.2021).
- Williams S., *Person-to-Person Spread of Novel Coronavirus Confirmed in China*, „The Scientist” January 21, 2020, <https://www.the-scientist.com/news-opinion/person-to-person-spread-of-novel-coronavirus-confirmed-in-china--66995> (dostęp: 5.09.2021).
- Li Q., Guan X., Wu P., Wang X., Zhou L., Tong Y., Feng Z. (2020). *Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia*, New „England Journal of Medicine” 2020, vol. 382 (13), s. 1199–1207.
- Lavazza A., Farina M., *The Role of Experts in the Covid-19 Pandemic and the Limits of Their Epistemic Authority in Democracy*, *Frontiers in Public Health*, July 14, 2020, doi:10.3389/fpubh.2020.00356, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00356/full> (dostęp: 5.09.2021).
- Since the ACA, Gaps in People's Coverage have been Shorter*, The Commonwealth Fund, 2019, <https://www.commonwealthfund.org/chart/2019/aca-gaps-peoples-coverage-have-been-shorter> (dostęp: 5.09.2021).
- Garg S., Kim L., Whitaker M., O'Halloran A., Cummings C., Holstein R., Fry A. (2020). *Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory-Confirmed Coronavirus Disease 2019 — COVID-NET, 14 states, March 1–30, 2020*, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020, vol. 69 (15), s. 458–464. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e3.htm> (dostęp: 5.09.2021).
- Polacy mocno ograniczyli aktywność z powodu wirusa*, Puls Biznesu, 20.03.2020, https://www.pb.pl/polacy-mocno-ograniczyli-aktywnosc-z-powodu-wirusa-985873?fbclid=IwAR0jJE7nRWfWwdrZqu8_ohp8V1DzmSax5_cNan2hFNHhmEy_NTaUsVpavnQ (dostęp: 5.09.2021).
- Bogenschneider K., Corbett T., *Evidence-Based Policy Making: Insights from Policy-Minded Researchers and Research-Minded Policymakers*, London: Routledge, 2010.
- Centers for Disease Control and Prevention, *Our History – Our Story*, December 4, 2018, <https://www.cdc.gov/about/history/index.html> (dostęp: 5.09.2021).
- „CDC is a unique agency with a unique mission: *We work 24/7 to protect the safety, health, and security of America from threats here and around the world*”. Por.: Centers for Disease Control and Prevention, *A Bold Promise to the Nation*, <https://www.cdc.gov/about/24-7/index.html> (dostęp: 5.09.2021).
- Kates J., Michaud J., Levitt L., Pollitz K., Neuman T., Long M., Rudowitz R. et al., *Comparing Trump and Biden on COVID-19*, KFF, September 11, 2020, <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/comparing-trump-and-biden-on-covid-19/> (dostęp: 5.09.2021).
- Johns Hopkins University, *Coronavirus Resource Center*, 2020, <https://coronavirus.jhu.edu/> (dostęp: 5.09.2021).
- Kaiser Family Foundation, *COVID-19 Tracker*, KFF, May 13, 2020, <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/> (dostęp: 5.09.2021).
- 1Point3Acres, *Global Covid Tracker & Interactive Charts*, 2020, <https://coronavirus.1point3acres.com/> (dostęp: 5.09.2021).
- Johns Hopkins University, *Coronavirus Resource Center*, *The COVID-19 Testing Insights Initiative*, <https://coronavirus.jhu.edu/about> (dostęp: 5.09.2021).

18. *COVID-19 Data Reporting System Gets Off to Rocky Start*, „The Wall Street Journal”, August 11, 2020, <https://www.wsj.com/articles/covid-19-data-reporting-system-gets-off-to-rocky-start-11597178974> (dostęp: 5.09.2021).
19. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, *NIAID History*, February 20, 2012, <https://www.niaid.nih.gov/about/niaid-history> (dostęp: 5.09.2021).
20. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, *NIAID Role in Research. Improving the Health of Millions of People Around the World*, <https://www.niaid.nih.gov/research/role> (dostęp: 5.09.2021).
21. Statements & Releases Statement from the Press Secretary Regarding the President’s Coronavirus Task Force, January 29, 2020, <https://trumpwhitehouse.archives.gov/briefings-statements/statement-press-secretary-regarding-presidents-coronavirus-task-force/> (dostęp: 5.09.2021).
22. Santucci J., *What We Know about the White House Coronavirus Task Force Now that Mike Pence is in Charge*, USA Today News, February 28, 2020, <https://eu.usatoday.com/story/news/politics/2020/02/27/coronavirus-what-we-know-mike-pence-and-task-force/4891905002/> (dostęp: 5.09.2021).
23. Statements & Releases New Members of the White House Coronavirus Task Force Announced, May 15, 2020, <https://trumpwhitehouse.archives.gov/briefings-statements/new-members-white-house-coronavirus-task-force-announced/> (dostęp: 5.09.2021).
24. D’Angelo G., *Kudlow’s Claim About COVID-19 Spread*, FactCheck, May 5, 2020, <https://www.factcheck.org/2020/05/kudlows-claim-about-covid-19-spread/> (dostęp: 5.09.2021).
25. Hatcher W., Vick A., *Public Health Issues in 2016 Presidential Campaign Communications*, „American Journal of Public Health” 2018, vol. 108 (2), s. 191–192.
26. Hatcher W. (2019), *President Trump and Health care: A Content Analysis of Misleading Statements*, „Journal of Public Health” 2020, vol. 42, s. 482–486, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz176>.
27. Sun L., *Top White House Official in Charge of Pandemic Response Exits Abruptly*, Washington Post, May 11, 2018, <https://www.washingtonpost.com/news/to-your-health/wp/2018/05/10/top-white-house-official-in-charge-of-pandemic-response-exits-abruptly/> (dostęp: 5.09.2021).
28. Friedersdorf C. (2020, March 17). Trump Defended Cuts to Public-Health Agencies, on Video, The Atlantic, <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/trump-defended-cuts-public-health-agencies/608158/> (dostęp: 5.09.2021).
29. *President Donald Trump Sits Down with CNBC’s Joe Kernan at the World Economic Forum in Davos, Switzerland* [transcript], CNBC, January 22, 2020, <https://www.cnbc.com/2020/01/22/cnbc-transcript-president-donald-trump-sits-down-with-cnbc-joe-kernan-at-the-world-economic-forum-in-davos-switzerland.html> (dostęp: 5.09.2021).
30. Wise A., *Trump Accuses Dr. Fauci of wanting to „play all sides” on re-opening*, NPR, May 13, 2020 <https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2020/05/13/855736912/trump-accuses-dr-fauci-of-wanting-to-play-all-sides-on-re-opening> (dostęp: 5.09.2021).
31. Broad W.J., Levin D., *Trump Muses About Light as Remedy, but Also Disinfectant, Which Is Dangerous*, New York Times, April 24, 2020, <https://www.nytimes.com/2020/04/24/health/sunlight-coronavirus-trump.html> (dostęp: 5.09.2021).
32. Harwood J., *Trump’s Self-Defeating Resistance to Mask Wearing Says It All*, CNN, June 28, 2020, <https://edition.cnn.com/2020/06/28/politics/donald-trump-coronavirus-fallout/index.html> (dostęp: 5.09.2021).
33. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy, *Misja NIZP-PZH*, <https://www.pzh.gov.pl/instytut/o-instytucji/> (dostęp: 5.09.2021).
34. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy, *Historia*, Biuletyn Informacji Publicznej, <http://bip.pzh.gov.pl/public/?id=135928> (dostęp: 5.09.2021).
35. Ministerstwo Zdrowia, *Zadania konsultantów krajowych*, 20.08.2020, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/konsultanci-krajowi> (dostęp: 5.09.2021).
36. „Każdy ekspert wie, że wybory korespondencyjne są bezpieczniejsze od zwykłych”, TVP Info, 02.04.2020, <https://www.tvp.info/47398100/kazdy-ekspert-wie-ze-wybory-korespondencyjne-sa-bezpieczniejsze-od-zwyklych> (dostęp: 5.09.2021).
37. *Spór o datę wyborów prezydenckich. Oto możliwe warianty*, Polskie Radio 24, 27.04.2020, <https://www.polskieradio24.pl/5/1222/Artykul/2499712,Spor-o-date-wyborow-prezydenckich-Oto-mozliwe-warianty> (dostęp: 5.09.2021).
38. *Prezydent o przełożeniu wyborów: „Bardziej ufam fachowcowi, jakim jest minister zdrowia niż politykom”*, Dziennik.pl, 23.04.2020, <https://wiadomosci.dziennik.pl/polityka/artykuly/7392800,prezydent-wybory-minister-zdrowia-koronawirus-covid-19-epidemia-pandemia.html> (dostęp: 5.09.2021).
39. „Fakt” nieoficjalnie: *Andrzej Duda naciskał na Łukasza Szumowskiego w sprawie wyborów*, Gazeta.pl 03.04.2020, <https://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/7,173952,25843694,fakt-nieoficjalnie-andrzej-duda-naciskal-na-lukasza-szumowskiego.html> (dostęp: 5.09.2021).
40. *Szumowski: „Nie ma lepszych lub gorszych terminów, mieszkańcy na przeprowadzenie wyborów korespondencyjnych”*, TVN24, 17.04.2020, <https://tvn24.pl/polska/lukasz-szumowski-przedstawil-zalecenia-w-sprawie-wyborow-prezydenckich-4558262> (dostęp: 5.09.2021).
41. Torchała K., *Minister Łukasz Szumowski: „Zachęcam do pójścia na wybory”*, Dziennik Wschodni, 10.07.2020, <https://www.dziennikwschodni.pl/koronawirus/minister-lukasz-szumowski-zachecam-do-pojscia-na-wybory,n,1000269932.html> (dostęp: 5.09.2021).
42. Ministerstwo Zdrowia, *Konsultanci krajowi w dziedzinach lekarskich*, 04.08.2020, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/konsultanci-krajowi> (dostęp: 5.09.2021).
43. Ministerstwo Zdrowia, *Główny Inspektor Sanitarny powołany*, 30.08.2018, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/glowny-inspektor-sanitarny-powolany> (dostęp: 5.09.2021).
44. *Andrzej Horban*, Wikipedia, https://pl.wikipedia.org/wiki/Andrzej_Horban (dostęp: 23.03.2021).
45. *Prof. Andrzej Horban: „Przekonał się, że istnieją choroby, które mogą zdemolować świat”*, Puls Medycyny, 09.03.2021, <https://pulsmedycyny.pl/prof-andrzej-horban-przekonalismy-sie-ze-istnieja-choroby-ktore-moga-zdemolowac-swiat-1110559> (dostęp: 5.09.2021).

46. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa, Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego, <https://rcb.gov.pl/rzadowy-zespol-zarzadzania-kryzysowego/>, (dostęp: 5.09.2021).
47. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, *Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego podjął decyzję o odwołaniu imprez masowych*, 10.03.2020, <https://www.gov.pl/web/mswia/rzadowy-zespol-zarzadzania-kryzysowego-podjal-decyzje-o-odwolaniu-imprez-masowych> (dostęp: 5.09.2021).
48. *Obradował Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego. Temat: wyzwania związane z COVID-19*, Niezależna.pl, 22.03.2020, <https://niezalezna.pl/317994-obradowal-rzadowy-zespol-zarzadzania-kryzysowego-temat-wyzwania-zwiazane-z-covid-19> (dostęp: 5.09.2021).
49. Lasota-Krawczyk J., *Rządowy sztab kryzysowy o możliwych obostrzeniach związanych z koronawirusem*, RMF24.pl, 31.07.2020, <https://www.rmf24.pl/raporty/raport-koronawirus-z-chin/polska/news-rzadowy-sztab-kryzysowy-o-mozliwych-obostrzeniach-zwiazanych,nId,4642471> (dostęp: 5.09.2021).
50. Zarządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu doradczego do spraw działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz.Urz. MNiSW 2020, poz. 20.
51. Zarządzenie Ministra Klimatu z dnia 30 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu Zarządzania Kryzysowego Ministra Klimatu w sprawie zagrożenia epidemicznego COVID-19, Dz.Urz. MK poz. 19.
52. *Lista ekspertów Ministerstwa Zdrowia doradzających ws. epidemii koronawirusa*, Polityka Zdrowotna, 20.05.2020, https://www.politykazdrowotna.com/59227,kto-doradza-ministrowi-zdrowia-ws-covid-19_ (dostęp: 5.09.2021).
53. *W Polskiej Akademii Nauk powołano zespół doradczy ds. COVID-19*, Nauka w Polsce, 01.07.2020, <https://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C82894%2CW-polskiej-akademii-nauk-powolano-zespol-doradczy-ds-covid-19.html> (dostęp: 5.09.2021).
54. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania strategii działań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19, Dz.Urz. MZ poz. 54.
55. *Sztab kryzysowy w Ministerstwie Zdrowia. Będą obostrzenia?*, Warszawa w pigułce, 30.07.2020, <https://warszawawpigulce.pl/sztab-kryzysowy-w-ministerstwie-zdrowia/> (dostęp: 5.09.2021).
56. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania strategii działań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19, Dz.Urz. MZ poz. 56.
57. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 września 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania i prognozowania przebiegu epidemii COVID-19 w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.Urz. MZ poz. 64.
58. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz.Urz. MZ poz. 66.
59. *Łukasz Szumowski rezygnuje ze stanowiska*, Puls Medycyny, 18.08.2020, <https://pulsmedycyny.pl/lukasz-szumowski-rezygnuje-ze-stanowiska-999676>, (dostęp: 5.09.2021).
60. Adam Niedzielski, Ministerstwo Zdrowia, 26.08.2020, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/adam-niedzielski> (dostęp: 5.09.2021).
61. *Adam Niedzielski: Chciałby, by NFZ stał się instytucją publiczną cieszącą się zaufaniem Polaków*, Puls Medycyny, 26.02.2020, <https://pulsmedycyny.pl/adam-niedzielski-chcialby-by-nfz-stal-sie-instytucja-publiczna-cieszaca-sie-zaufaniem-polakow-983446> (dostęp: 5.09.2021).
62. *Adam Niedzielski: „Na razie nie będzie konkursu na stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego”*, Medexpress.pl, 23.11.2020, <https://www.medexpress.pl/na-razie-nie-bedzie-konkursu-na-stanowisko-glownego-inspektora-sanitarnego/79721> (dostęp: 5.09.2021).
63. *Morawiecki: „Koronawirusa już nie trzeba się bać”*, Termedia, 02.07.2020, <https://www.termedia.pl/mz/Morawiecki-Koronawirusa-juz-nie-trzeba-sie-bac,38595.html> (dostęp: 5.09.2021).
64. *Wystąpienie Mateusza Morawieckiego*, 2.07.2020 <https://tvn24.pl/wybory-prezydenckie-2020/wybory-prezydenckie-2020-premier-mateusz-morawiecki-zacheca-do-udzialu-w-2-turze-wyborow-4626728> (dostęp: 5.09.2021).
65. Badora-Musiał K., *Wymogi i nakazy dotyczące noszenia masek ochronnych*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2020, Tom 18, Numer 2, s. 155-164, www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarządzanie, doi:10.4467/20842627OZ.20.015.12768.
66. *Czarnek o powrocie dzieci do szkół: będą zajęcia dodatkowe i wsparcie psychologiczne*, Rzeczpospolita, 29.04.2021, <https://www.rp.pl/Edukacja-i-wychowanie/304299949-Czarnek-o-powrocie-dzieci-do-szkol-beda-zajecia-dodatkowe-i-wsparcie-psychologiczne.html> (dostęp: 5.09.2021).
67. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem, Dz.U. 2020 poz. 775.
68. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem, Dz.U. 2020 poz. 1275.
69. *Zygiel A., Bezkarność urzędników w walce z Covid-19. PiS wycofuje projekt ustawy*, RMF24, 17.09.2020, <https://www.rmf24.pl/fakty/polska/news-bezkarosc-urzednikow-w-walce-z-covid-19-pis-wycofuje-projek,nId,4737379> (dostęp: 5.09.2021).
70. Kalisz M., Szuleka M., Wolny M., 2020. *Pandemia, kryzys praworządności, wyzwania dla praw człowieka*, Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka, 2021 <https://www.hfhr.pl/wp-content/uploads/2021/02/2020.Pandemia-kryz>

- zys-praworzadnosci-wyzwania-dla-praw-czlowieka-01-02.pdf (dostęp: 5.09.2021).
71. Minutes and Agendas from Meetings of the NPHE: COVID-19, GOV.IE, February 17, 2020 <https://www.gov.ie/en/collection/691330-national-public-health-emergency-team-covid-19-coronavirus/> (dostęp: 5.09.2021).
 72. Li Wenliang: *Coronavirus Kills Chinese Whistleblower Doctor*, BBC News, February 7, 2020, <https://www.bbc.com/news/world-asia-china-51403795> (dostęp: 5.09.2021).
 73. De Orte P., *Nos EUA, Bolsonaro diz a plateia de empresários que coronavírus „não é isso tudo, muito é fantasia”*. O Globo, March 10, 2020, <https://oglobo.globo.com/economia/nos-eua-bolsonaro-diz-plateia-de-empresarios-que-coronavirus-nao-isso-tudo-muito-fantasia-1-24296379> (dostęp: 5.09.2021).
 74. Lipsitch M., Swerdlow D.L., Finelli L., *Defining the Epidemiology of Covid-19 — Studies Needed*, „The New England Journal of Medicine” 2020, doi: 10.1056/NEJMp2002125, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp2002125> (dostęp: 5.09.2021).
 75. Adams G., Walls R., *Supporting the Health Care Workforce During the Covid-19 Global Epidemic*, „Journal of the American Medical Association”, 2020, doi: 10.1001/jama.2020.3972, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763136> (dostęp: 5.09.2021).
 76. Amesh A., Toner E., Inglesby T., *Priorities for the US Health Community Responding to Covid-19*, „Journal of the American Medical Association” 2020, doi: 10.1001/jama.2020.3413, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762690> (dostęp: 5.09.2021).
 77. Lavazza A., Farina M., *The Role of Experts in the Covid-19 Pandemic and the Limits of Their Epistemic Authority in Democracy*, *Frontiers in Public Health*, July 14, 2020, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00356/full?fbclid=IwAR1wpa2T6spV-FOCnzZ47txId5LolbXx-mx2ECN9nRMWIXPVxoRSutfhkL4I#note13> (dostęp: 5.09.2021).
 78. Resnick D., *Trust in Science and in Government Plays a Crucial Role in COVID-19 Response*, International Food Policy Research Institute, June 10, 2020, <https://www.ifpri.org/blog/trust-science-and-government-plays-crucial-role-covid-19-response> (dostęp: 5.09.2021).
 79. Clarke J., Newman J., „*People in this country have had enough of experts’: Brexit and the paradoxes of populism*, „Critical Policy Studies” 2017, vol. 11, s. 101–116.
 80. Kennedy R.F., Russell D., *Climate in Crisis: Who’s Causing It, Who’s Fighting It, and How We Can Reverse It Before It’s Too Late*, New York, NY: Skyhorse Publishing, 2020.
 81. *W walce z pandemią bardziej ufamy ekspertom niż politykom [WYNIKI SONDAŻU IBRIS DLA FAKTU]*, Fakt.pl, 20.01.2021, <https://www.fakt.pl/wydarzenia/polityka/sondaz-ibris-dla-fakt-nazwiska-ludzi-ktorzy-walczą-z-pandemią-slabo-rozpoznawalne/7w4d8vb> (dostęp: 5.09.2021).
 82. Centrum Badań Opinii Społecznej, *Marcowy ranking zaufania do polityków*, Komunikat z badań nr 36/2021, marzec 2021, https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty/open_file.php?url=2021/K_036_21.PDF&tytul=Marcowy+ranking+zaufania+do+polityk;243;w (dostęp: 5.09.2021).
 83. Centrum Badań Opinii Społecznej, *Nastroje społeczne w grudniu*, Komunikat z badań nr 161/2020, grudzień 2020, https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty/open_file.php?url=2020/K_161_20.PDF&tytul=Nastroje+spo;322;eczne+w+grudniu (dostęp: 5.09.2021).
 84. Centrum Badań Opinii Społecznej, *Zaufanie do polityków w lutym*, Komunikat z badań nr 24/2020, luty 2020 https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty/open_file.php?url=2020/K_024_20.PDF&tytul=Zaufanie+do+polityk;243;w+w+lutym (dostęp: 5.09.2021).
 85. Centrum Badań Opinii Społecznej, *Marcowy ranking zaufania do polityków*, Komunikat z badań nr 41/2020, marzec 2020 https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty/open_file.php?url=2020/K_041_20.PDF&tytul=Marcowy+ranking+zaufania+do+polityk;243;w (dostęp: 5.09.2021).
 86. Centrum Badań Opinii Społecznej, *Zaufanie do polityków na przełomie maja i czerwca*, Komunikat z badań nr 69/2020, czerwiec 2020 https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty/open_file.php?url=2020/K_069_20.PDF&tytul=Zaufanie+do+polityk;243;w+na+prze;322;omie+maja+i+czerwca (dostęp: 5.09.2021).
 87. Centrum Badań Opinii Społecznej, *Zaufanie do polityków w lipcu*, Komunikat z badań nr 90/2020, lipiec 2020, https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty/open_file.php?url=2020/K_090_20.PDF&tytul=Zaufanie+do+polityk;243;w+w+lipcu (dostęp: 5.09.2021).
 88. *On Coronavirus, Americans Still Trust the Experts*, The New York Times, June 27, 2020, https://www.nytimes.com/2020/06/27/upshot/coronavirus-americans-trust-experts.html?fbclid=IwAR37MfPsHf46x_5r6a0baYQ7e-J8krUDNvpcQoPSTMJN0fYeGeWg73aQMv4 (dostęp: 5.09.2021).
 89. *Candidate Most Trusted to Lead U.S. Healthcare System Amid COVID-19*, EurekaAlert!, West Health-Gallup Post Debate National Healthcare Poll, September 30 – October 1, 2020, <https://www.eurekaalert.org/multimedia/763934> (dostęp: 5.09.2021).
 90. *Axios-Ipsos Poll: Biden’s Rising COVID Trust*, November, 18, 2020, Axios, <https://www.axios.com/axios-ipsos-poll-biden-covid-trust-214f3b6d-180d-491e-beea-36d4a4ba695b.html> (dostęp: 5.09.2021).
 91. Kirzinger A., Kearney A., Hamel L., *Voters Are Souring on President Trump’s Handling of Coronavirus, with Implications for November*, August 17, 2020, KFF, <https://www.kff.org/policy-watch/voters-are-souring-on-president-trumps-handling-of-coronavirus-with-implications-for-november> (dostęp: 5.09.2021).

Istota kompetencji personelu medycznego wpływających na efektywność opieki nad pacjentem

Artur Prusaczyk¹  <https://orcid.org/0000-0003-4577-1530>

Paweł Żuk¹

Marika Guzek¹  <https://orcid.org/0000-0001-5398-9586>

Joanna Oberska²

Magdalena Bogdan²

¹ Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach

² Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Adres do korespondencji: Magdalena Bogdan, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Kampus Lindleya, ul. Oczki 3, pok. 101, 02-007 Warszawa, mbogdan@wum.edu.pl

Abstract

The importance of medical staff competences influence on the effectiveness of healthcare

Limited financial and infrastructure resources, but above all, lack of staff, and at the same time increasing need and patients' awareness is the leading problem that the health care sector in Poland is facing. Determining the dependence of medical staff competences and effectiveness of patients' health care in health care units might be of high importance in the process of managing medical facilities. Determining these relations will allow proper measures to be taken aiming at increasing the effectiveness of patients' health care and also improving functioning of the medical facilities. This paper looks into the issue of assessing the competences of medical staff. These competences were determined by their scope, systematization, core, and the role they might play in patient treatment and care in health care units. The core of the analyzed competencies are knowledge and skills. Identification and reinforcement of these competences may have crucial influence on the quality and effectiveness of health care having its roots in adequate medical staff management at the medical facilities.

Key words: competences, medical staff, effectiveness of patient care

Słowa kluczowe: kompetencje, personel medyczny, efektywność opieki nad pacjentem

Wprowadzenie

Dysponowanie ograniczonymi zasobami finansowymi, infrastrukturalnymi, ale przede wszystkim kadrowymi, przy jednoczesnym wzroście potrzeb i świadomości pacjentów jest głównym problemem, z jakim obecnie boryka się sektor zdrowotny w Polsce. Określenie zależności pomiędzy kompetencjami personelu medycznego a efektywnością opieki nad pacjentem może mieć istotne znaczenie w procesie zarządzania podmiotami leczniczymi. W takim przypadku możliwe będzie podjęcie stosownych działań zmierzających do wzrostu efektywności opieki oraz poprawy funkcjonowania przedsiębiorstwa.

W ramach niniejszej publikacji podjęto się oceny istoty kompetencji personelu medycznego. Określono

ich rozumienie, zakres, systematyzację, istotę i rolę, jaką mogą odgrywać w ramach opieki nad pacjentem w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. W toku podjętych rozważań dotyczących istoty kompetencji personelu medycznego i ich wpływu na efektywność opieki nad pacjentem stwierdzono, iż trzon analizowanych kompetencji stanowią wiedza i umiejętności. Oceniono także, że identyfikacja i wzmacnianie tego zakresu kompetencji może istotnie wpływać na jakość i efektywność opieki zdrowotnej wynikającą pośrednio z właściwego zarządzania personelem w podmiocie leczniczym.

Istotą zarządzania jest między innymi produktywnie wykorzystywanie wiedzy i kompetencji pracowników [1]. Akty prawne precyzują liczbę punktów edukacyjnych, które lekarze muszą uzyskać w określonym

czasie (np. należy uzyskać 200 punktów w ciągu czterech lat, by zrealizować specjalizację w określonej dziedzinie). Rodzi to problem, ponieważ lekarze realizujący zadania związane z awansem zawodowym nie mają czasu na realizowanie jednocześnie dwóch ścieżek rozwoju: medycznej i menedżerskiej. Stąd też lekarze charakteryzują się wysokimi kompetencjami medycznymi, wiedzą i umiejętnościami zawodowymi, ale często nie posiadają rozwiniętych zdolności interpersonalnych [2].

Problematyka wpływu kompetencji personelu medycznego na efektywność opieki nad pacjentem jest złożona. Dotychczasowe badania na gruncie polskim koncentrowały się raczej na efektywności całych podmiotów medycznych, a nawet systemów opieki zdrowotnej, nie schodząc na poziom jednostek. Natomiast, jak wskazują Bober i Olkiewicz, całościowa efektywność podmiotów publicznych jest sumą efektywności poszczególnych stanowisk diagnostyczno-terapeutycznych [3]. Oznacza to, że możliwe jest prowadzenie badań na podstawie wskaźników efektywności pojedynczych stanowisk pracy. W związku z tym możliwe jest także określanie zależności pomiędzy kompetencjami personelu medycznego a efektywnością tego personelu na poziomie jednostki.

Niniejsze rozważania dokonane na podstawie analizy literatury przedmiotu wskazują zatem na niszę naukową, ciekawą do zweryfikowania w procesie badawczym. Należy jednak podkreślić interdyscyplinarny charakter pracy, łączący zagadnienia z zakresu nauk o zdrowiu oraz nauk społecznych. Tylko wykorzystanie dorobku naukowego i doświadczeń z obu sektorów umożliwi właściwe przedstawienie omawianej problematyki – kompetencji personelu medycznego i ich wpływu na efektywność opieki nad pacjentem.

Rozważania teoretyczne w zakresie kompetencji personelu medycznego

Pojęcie kompetencji w literaturze przedmiotu rozumiane jest wieloznacznie. Ponadto przeszło ono znaczącą ewolucję: od utożsamiania kompetencji z kwalifikacjami po wykształcenie pojęcia w pełni autonomicznego. Podsumowując współczesne definicje tego pojęcia, Kęsy określa kompetencje jako „dyspozycje człowieka osiągnięte przez wyuczenie” [2]. Definicja ta rodzi trzy istotne implikacje. Po pierwsze odnosi się do konkretnego człowieka – jest to jego unikatowa właściwość. Po drugie kompetencje warunkują satysfakcjonujący poziom sprawności wykonywania zadań w jakiejś dziedzinie – ujawniają się więc poprzez konkretne zachowania, które są celowe, ukierunkowane i intencjonalne. Po trzecie kompetencje nie są dane raz na zawsze. Są wyuczone, to znaczy, że można je usprawniać [2], co jest niezwykle istotne z punktu widzenia planowanego badania.

Powyższa definicja ma charakter bardzo ogólny, dlatego Kęsy wyróżnia również dwa współczesne nurty rozumienia pojęcia kompetencji. Pierwszy nurt polega na przypisywaniu kompetencji do konkretnej jednostki. Kompetencje w tej koncepcji mają charakter niezależny – są nierozłączną częścią danego człowieka

i obejmują jego: wiedzę, umiejętności, zakres odpowiedzialności oraz uprawnień do działania. Drugi nurt rozpatruje kompetencje z punktu widzenia celów organizacji. Są to więc dyspozycje ukierunkowane na wykonywanie danej pracy [2].

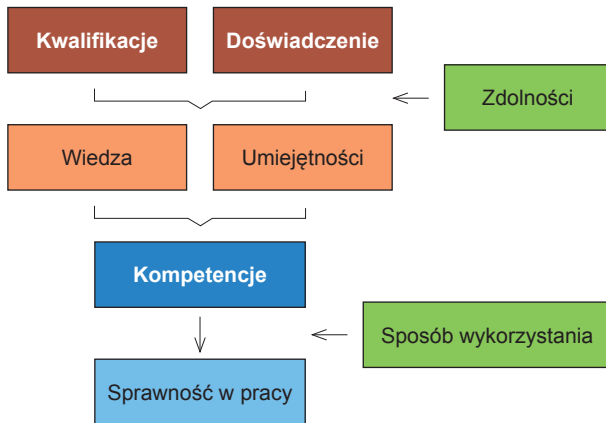
W niniejszej pracy przyjęto definicję pojęcia kompetencji zgodną z drugim nurtem. Odpowiada on tematowi podejmowanej tu analizy: w zawodach medycznych kompetencje mają bowiem znaczący wpływ na jakość wykonywanej pracy. Jedną z podstawowych definicji pojęcia kompetencji w drugim wyróżnionym przez Kęsego nurcie brzmi: „zespół cech danej osoby umożliwiający jej skuteczne oraz wyróżniające się wypełnianie zadań związanych z wykonywaną pracą” [4]. Bardziej rozbudowaną definicję zaproponował Oleksyn. Według niego kompetencje to „zakres wiedzy, umiejętności, doświadczenia, postaw i zachowań oraz innych cech psychofizycznych ważnych w danej pracy, gotowość pracownika do działania w danych warunkach i zdolność przystosowania do zmian, a także formalne wyposażenie w możliwości działania i podejmowania decyzji związanych z pracą” [5]. Z kolei Rostkowski zaproponował ujęcie operacyjne, umożliwiające budowę listy konkretnych cech będących kompetencjami. Według niego „kompetencje muszą opisywać możliwie najpełniej najistotniejsze z punktu widzenia strategii przedsiębiorstwa, cechy pracowników” [6]. Koncepcja ta została później rozszerzona o konkretne komponenty, których rozwijane w procesie pracy prowadzi do rezultatów zgodnych ze strategicznymi zamierzeniami przedsiębiorstwa. Są to: wiedza, umiejętności, uzdolnienia, style działania, osobowość, wyznawane zasady, zainteresowania i inne cechy [7]. Rasińska zwraca zaś uwagę na powiązanie poszczególnych elementów składających się na kompetencje. Określa ona kompetentnego pracownika jako osobę bardzo dobrze wykonującą swoją pracę oraz posiadającą stosowną wiedzę oraz umiejętności, które potrafi właściwie wykorzystać [8]. Poziom kompetencji jest więc w tym ujęciu zależny nie tylko od posiadanej wiedzy, na którą składają się zdolności osobiste, kwalifikacje i doświadczenie, ale również od umiejętności ich wykorzystania. Zdolności rozumiane są jako cecha wrodzona określająca łatwość przyswajania wiedzy bądź umiejętności.

Na potrzeby niniejszego badania przyjęto, że trzon kompetencji stanowią właśnie wiedza i umiejętności. Wiedza oznacza znajomość teorii, faktów, procedur związanych z danym stanowiskiem bądź zawodem. Umiejętności to sprawność działania (w tym przypadku sprawność przeprowadzania procedur medycznych). Oba komponenty wzmocnione są przez zdolności, kwalifikacje oraz doświadczenie. Tak skonstruowany model kompetencji przedstawiono na schemacie 1.

W przytoczonych definicjach kompetencji jako dyspozycji istotnych dla wykonywanej pracy można wyróżnić komponenty dodatkowe, niestanowiące trzonu tego pojęcia. Są to:

- kompetencje społeczne i inteligencja emocjonalna, ułatwiające realizowanie procedur w warunkach komunikacji z innymi;

- kondycja psychofizyczna, która wpływa na przygotowanie do pracy na danym stanowisku;
- styl pracy, czyli sposób realizacji powierzonych zadań;
- zasady, motywacje i wartości, czyli przekonania, które wpływają na zachowania w miejscu pracy.



Schemat 1. Model pojęcia kompetencji

Źródło: opracowanie własne.

W celu jasnego rozróżnienia komponentów kompetencji, które bezpośrednio wynikają z nabytej wiedzy i umiejętności, od warunkujących sposoby działania pozostałych komponentów wykorzystana zostanie koncepcja Armstronga [9]. Badacz ten wprowadził do literatury przedmiotu pojęcie kompetencji twardych i miękkich. Kompetencje twarde, omawiane w ramach niniejszego artykułu, obejmują posiadaną wiedzę i umiejętności praktyczne – zostały więc uwzględnione na schemacie 1. W ramach niniejszej publikacji nie skupiano się na analizie i ocenie kompetencji miękkich.

Dyskusyjną kwestią pozostaje zaliczenie do komponentów kompetencji cech osobowościowych, czyli wrodzonych indywidualnych cech osób. Cechy te, co prawda, wpływają na sprawność wykonywania zadań w miejscu pracy, ale mają względnie stały charakter, co wykluczało by je z podstawowych założeń definicyjnych.

Istota i znaczenie kompetencji personelu medycznego

Analiza literatury przedmiotu wykazała, że badacze opisują kompetencje przede wszystkim w kontekście wykorzystania ich w procesie dobrego zarządzania. Kompetencje są postrzegane jako cenny kapitał, którym dysponuje organizacja [10]. Wynika to z przyjętego współcześnie modelu zasobowego zarządzania organizacją, w którym pracownicy postrzegani są w kategorii zasobów strategicznych. W tej koncepcji źródłem przewagi konkurencyjnej, poza zasobami materialnymi, są również zasoby niematerialne: wiedza pracowników, ich umiejętności i doświadczenie oraz wzajemne relacje między nimi [11]. Przyjęty model wynika ze zmian w strukturze gospodarki. W erze przemysłowej najważniejszym czynnikiem była siła robocza. W zakładach

pracy wykorzystywano głównie siłę fizyczną wzbogacaną o ograniczoną wiedzę i umiejętności. Pozwalały one pracować danej jednostce w jednym zawodzie bez konieczności podwyższania kompetencji przez całe życie, ponieważ rzadko dochodziło do zmian technologicznych. W erze poprzemysłowej większego znaczenia nabrała wiedza, ponieważ warunki i technologie pracy zmieniają się z dużo większą częstotliwością – od pracowników wymaga się więc aktualizacji ich kompetencji.

Najważniejszym zadaniem dla przywódcy, obok poznania i zdefiniowania celów, jest poznanie cech organizacji oraz zasobów ludzkich, którymi ona dysponuje. Dopiero wtedy możliwe jest zaplanowanie działań zmierzających do realizacji celów [12]. Również w bardziej strategicznym ujęciu, w którym tworzy się koncepcję funkcjonowania przez określone sposoby działania, obok poszukiwania źródeł przewagi konkurencyjnej oraz oczekiwań interesariuszy wyróżniająca kompetencje wskazuje się na podstawie zasobów [13]. Oznacza to, że stosowanie strategii zorientowanej na zasoby ludzkie wymaga skoordynowania jej z obszarem i dziedziną działalności, którą organizacja zamierza rozwijać [14]. Wykorzystanie zasobów ludzkich uzależnione jest więc od innych czynników, takich jak: misja, strategia, struktura i kultura organizacyjna, przywództwo oraz stosowane motywatory [8].

Planując zarządzanie kompetencjami pracowników, definiuje się takie cele, jak: wzbogacenie wiedzy pracowników, poprawa komunikacji w celu przyspieszenia procesu decyzyjnego, przyspieszenie tworzenia bogatej oferty produktowej oraz polepszenie efektywności działania i gospodarowania przedsiębiorstwa [10]. Nie bez znaczenia jest również konieczność stałego doskonalenia pracowników, ponieważ kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności bardzo szybko się dezaktualizują [15].

Zgodnie z zasadą medycyny opartej na faktach (*evidence-based medicine*) świadczenie usług wymaga stałej internalizacji postępu technicznego oraz szybko rozwijającej się wiedzy medycznej. W sytuacji, w której technologia jest powszechnie dostępna, przewagę konkurencyjną uzyskać można nie tyle poprzez sam jej zakup, ale dzięki jej wykorzystaniu przez wykwalifikowany personel w celu świadczenia usług zgodnych z jakościowymi oczekiwaniami pacjentów. Właściwe wykorzystanie technologii przez personel umożliwia jej jego kompetencje twarde.

Zarządzanie kompetencjami pracowników ma szczególne znaczenie w podmiotach ochrony zdrowia. Wynika to ze specyfiki wykonywanych usług oraz unikatowości zasobów [16]. Podmioty medyczne bazują na pracownikach posiadających specjalistyczny zasób wiedzy, dla których wiedza jest głównym elementem pracy. Drucker określa ich jako „pracowników wiedzy”, którzy o swojej pracy „wiedzą więcej niż ktokolwiek inny” [17]. Z powodu zmian w postrzeganiu zasobów ludzkich pracownik coraz rzadziej postrzegany jest w kategoriach podwładnego, jednak w podmiocie medycznym zależność ta wygląda jeszcze inaczej. W rzeczywistości mnogość unikatowych kompetencji lekarza, których przełożony nie jest w stanie kontrolować, powodują, że medyk posiada dużą autonomię w wykonywaniu swoich obowiązków.

Tym większe znaczenie dla jego efektywności powinny mieć jego osobiste kompetencje.

By doprowadzić podmiot leczniczy do prężnego rozwoju, należy, bardziej niż w przypadku innych organizacji, zaangażować do tego celu wiedzę, kompetencję i profesjonalizm menedżerów, którzy mogą wpłynąć na swoich pracowników poprzez odpowiednią organizację i stworzenie im dobrych warunków pracy [15].

Przykłady kompetencji kadry medycznej

W niniejszej publikacji kompetencje twarde definiowane są jako wiedza i umiejętności. Operacyjny wymiar wiedzy i umiejętności stanowią kwalifikacje oraz doświadczenie, które stanowią cechy mierzalne niezbędne do wykonywania danej pracy. Do ogółu kwalifikacji należą takie cechy jak: wiedza specjalistyczna, znajomość języków obcych, umiejętność obsługi programów specjalistycznych, staż pracy i liczba posiadanych specjalizacji. Doświadczenie jest zaś weryfikowane poprzez stosowne dokumenty, jak dyplomy, certyfikaty, świadectwa. Zadaniem niniejszego podrozdziału jest wyodrębnienie kwalifikacji i doświadczenia istotnych dla lekarzy i pielęgniarek.

Rozwój kompetencji zawodowych może odbywać się za pomocą szkoleń formalnych (kursy, seminaria, sympozja, studia podyplomowe itp.) oraz nieformalnych (w formie samokształcenia) [18]. Bardziej szczegółową listę przytacza Skrzypek. Zawiera ona następujące źródła wiedzy dla ogółu pracujących: doświadczenie wyniesione ze studiów, kursy dokształcania, ustawiczne kształcenie, współudział w badaniach oraz samodzielne rozwiązywanie problemów, podpatrywanie, jak myślą inni i jak posługują się metodami badawczymi [19].

W przypadku lekarzy i pielęgniarek procedury podnoszenia kwalifikacji są ściśle określone przepisami prawnymi. Przepisy te w sposób szczegółowy wskazują ramowy program specjalizacji w poszczególnych dziedzinach. Zawierają następujące elementy:

- zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych nabytych w ramach określonej specjalizacji;
- formy zdobywania wiedzy teoretycznej i nabywania umiejętności praktycznych (kursy wprowadzające, kursy szkoleniowe, samokształcenie, staże kierunkowe, szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu określonych zabiegów, pełnienie dyżurów lekarskich);
- okres trwania specjalizacji;
- sposób sprawdzania wiedzy teoretycznej i nabytych umiejętności;

Wykazanie się praktyczną znajomością przynajmniej jednego z języków obcych (np. angielskiego, francuskiego, niemieckiego) [2].

Istotny jest także pomiar kompetencji personelu medycznego. Liczne propozycje narzędzi służących zarówno do podnoszenia kompetencji, jak i do ich oceny oraz ewaluacji przedstawiono w roboczym dokumencie przygotowanym przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO) pt. *Strengthening a Competent Health Workforce for the Provision of Coordinated/Integrated Health Services* [20]. Z praktycznego punktu widzenia istotne jest

zwłaszcza narzędzie American College of Healthcare Executives (ACHE) – 2020 Competencies Assessment Tool [21]. Narzędzie to opracowano na podstawie badań ankietowych prowadzonych w podmiotach leczniczych o różnej strukturze. Wyniki niniejszego badania umożliwiły z kolei dostosowanie obszarów analitycznych narzędzia ACHE do możliwości i ograniczeń, z jakimi borykają się obecnie poszczególni pracownicy medyczni.

Uwzględniając powyższe rozważania, podsumowano najważniejsze kompetencje z punktu widzenia pracy lekarzy i pielęgniarek. Wiodące wskaźniki obrazujące stan wiedzy oraz doświadczenie personelu medycznego to w przypadku lekarzy:

- długość stażu pracy;
- liczba specjalizacji;
- liczba punktów edukacyjnych w ramach obowiązku ustawicznego kształcenia lekarzy;
- doświadczenie zagraniczne;
- liczba punktów ministerialnych za publikacje artykułów naukowych.

W przypadku pielęgniarek są to:

- długość stażu pracy;
- doświadczenie zagraniczne.

Ponadto znaczenie dla wykonywania zawodu lekarza i pielęgniarki mogą mieć kompetencje twarde niedotyczące bezpośrednio wiedzy medycznej. Należą do nich między innymi:

- znajomość języków obcych;
- umiejętności dydaktyczne;
- umiejętności organizacyjno-zarządcze;
- znajomość systemów informatycznych;
- znajomość prawnych zasad funkcjonowania służby zdrowia.

Pielęgniarki mają również możliwość uzyskania specjalizacji na podstawie dwuletniego kursu prowadzonego przez podmioty lecznicze wyznaczone do kształcenia w ramach określonych specjalności. Ponadto mogą korzystać z kursów dokształcających, specjalistycznych i kwalifikacyjnych. W ramach szkół pielęgniarskich mogą one uzyskać następujące wykształcenie: tytuł zawodowy pielęgniarki po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej o randze szkoły pomaturalnej, tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa po studiach wyższych zawodowych oraz tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa po ukończeniu studiów jednolitych magisterskich lub uzupełniających po studiach pierwszego stopnia [22].

Podsumowanie

Podsumowując powyższe rozważania dotyczące istoty kompetencji personelu medycznego i ich wpływu na efektywność opieki nad pacjentem, można stwierdzić, że trzon szeroko rozumianych kompetencji stanowią wiedza i umiejętności. Jak podkreślono w niniejszym opracowaniu, oba te komponenty wzmocnione są przez zdolności, kwalifikacje oraz doświadczenie, a te istotnie wpływają na efektywność opieki nad pacjentem.

Aby poprawić efektywność opieki na pacjentem, należy zidentyfikować czynniki efektywności i właściwie zaplanować proces zarządzania kompetencjami

pracowników. Planując ten proces, należy zdefiniować takie cele jak: wzbogacenie wiedzy pracowników, poprawa komunikacji w celu przyspieszenia procesu decyzyjnego, przyspieszenie tworzenia bogatej oferty usługowej oraz polepszenie efektywności działania i gospodarowania podmiotu leczniczego.

Z podjętych rozważań teoretycznych wynikających z analizy literatury przedmiotu wyłania się zatem wniosek, iż identyfikacja i wzmacnianie kompetencji kadry medycznej mogą istotnie wpływać na efektywność i jakość opieki zdrowotnej, które zależą także od właściwego zarządzania personelem w podmiocie leczniczym.


Piśmiennictwo

1. Walczak W., *Przywództwo i motywowanie w procesach zarządzania kompetencjami pracowników*, „E-mentor” 2011, nr 1 (38), <http://www.e-mentor.edu.pl/artukul/index/numer/38/id/808> (dostęp: 5.09.2021).
2. Kęsy M., *Kształtowanie kompetencji menedżerskich personelu medycznego w szpitalach*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2013.
3. Bober B., Olkiewicz M., *Jakościowe czynniki efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach” 2013, nr 98, s. 269–277 (Administracja i Zarządzanie).
4. Whiddett S., Hollyforde S., *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, przekł. G. Sałuda, Kraków: Oficyna Ekonomiczna, 2013, s. 13.
5. Oleksyn T., *Zarządzanie potencjałem pracy w organizacjach różnej wielkości*, [w:] *Zarządzanie strategiczne kapitałem ludzkim*, red. A. Ludwiczynski, K. Stobińska, Warszawa: Poltext, 2001, s. 16.
6. Juchnowicz M., Rostkowski T., Sienkiewicz Ł., *Narzędzia i praktyka zarządzania zasobami ludzkimi*, Warszawa: Poltext, 2010, s. 24–32.
7. Rostkowski T., *Zintegrowany system zarządzania kompetencjami*, [w:] M. Juchnowicz, T. Rostkowski, Ł. Sienkiewicz, *Narzędzia i praktyka zarządzania zasobami ludzkimi*, Warszawa: Poltext, 2010, s. 100–102.
8. Rasińska R., Nowakowska I., *Kompetencje pracowników źródłem sukcesu podmiotów leczniczych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach” 2013, nr 25 (98), s. 259–268 (Administracja i Zarządzanie).
9. Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, przekł. A. Unterschuetz et al., Kraków: Oficyna Ekonomiczna, 2005, s. 53.
10. Karniej P., Łyś D., Grzebieluch J., *Wpływ kompetencji pracowników medycznych na funkcjonowanie praktyki lekarza rodzinnego*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2012, vol. 14 (1), s. 24–28.
11. Boxall P., Purcell J., *Strategy and Human Resource Management*, London: Palgrave MacMillan, 2002.
12. Mojs E., *Umiejętności psychologiczne w zarządzaniu*, [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, 2004, s. 236–242.
13. Newman W.H., Logan J.P., Harvey Hegarty W., *Strategy: A Multi-Level, Integrative Approach*, Cincinnati, OH: South-Western Publishing Co., 1989.
14. Lewandowska H., *Zasoby ludzkie w strategii rozwoju poradni specjalistycznych*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2012, t. 13, z. 5, s. 289–302.
15. Nowakowska I., Głowacka M.D., Rasińska R., *Efektywne zarządzanie personelem medycznym przez pryzmat wymiarów jakości pracy*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2012, t. 13, z. 5, s. 279–288.
16. Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, przekł. M. Rusiński, Warszawa: PWN, 2002.
17. Drucker P.F., *Zarządzanie XXI wieku. Wyzwania*, przekł. A. Śliwa, L. Śliwa, Warszawa: MT Biznes, 2009.
18. Bugdol M., Bugaj J., Stańczyk I., *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo 2012.
19. Skrzypek E., *Kreatywność pracowników wiedzy i ich wpływ na innowacyjność przedsiębiorstw*, [w:] *Kapitał intelektualny i jego ochrona*, red. E. Okoń-Horodyńska, R. Wiśła, Warszawa: Instytut Wiedzy i Innowacji, 2010.
20. Langis M., Borgermans L., *Strengthening a Competent Health Workforce for the Provision of Coordinated/Integrated Health Services*, WHO – Regional Office for Europe, 2015, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf (dostęp: 5.09.2021).
21. American College of Healthcare Executives, 2020 Competencies Assessment Tool, https://www.ache.org/-/media/ache/career-resource-center/competencies_booklet.pdf (dostęp: 2.08.2021).
22. Deklaracja Bolońska. Szkolnictwo wyższe w Europie. Wspólna Deklaracja Europejskich Ministrów Edukacji, zebranych w Bolonii w dniu 19 czerwca 1999 roku, https://www.ehea.info/media.ehea.info/file/Ministerial_conferences/04/9/1999_Bologna_Declaration_Polish_553049.pdf (dostęp: 5.09.2021).

Czas oczekiwania na postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia w przypadku złośliwego nowotworu piersi oraz wpływ pomiaru na poprawę standardu realizowanych świadczeń

Anna Andrzejczak¹  <https://orcid.org/0000-0002-6357-1156>

Ewelina Żarłok¹  <https://orcid.org/0000-0002-9949-3460>

Karolina Osowiecka^{1, 2}  <https://orcid.org/0000-0001-8931-9576>

Luiza Kańczuga-Koda³  <https://orcid.org/0000-0001-6261-2596>

Sergiusz Nawrocki⁴  <https://orcid.org/0000-0001-6225-6528>

¹ Fundacja Onkologia 2025, Warszawa

² Katedra Psychologii i Socjologii Zdrowia oraz Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

³ Białostockie Centrum Onkologii

⁴ Katedra Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Adres do korespondencji: Anna Andrzejczak, Fundacja Onkologia 2025, Al. Sikorskiego 9B lok. 12D, 02-758 Warszawa, anna.andrzejczak@onkologia2025.pl

■ Abstract

Waiting Times for Diagnosis and Treatment in Breast Cancer and the Impact of Measurement on the Improvement of the Standard of Services Provided

Mortality rates for malignant breast cancer are rising in Poland. This is a subject of growing concern and a focus of public debate about cancer care in Poland. The following paper presents a case study—an attempt to measure and analyze waiting times for diagnosis and treatment in breast cancer. The survey was carried out in one of the regional cancer care centers in Poland. The data were collected solely from hospital information systems.

The overall waiting time (mammography to treatment) was median 35,5 days. Waiting time since diagnosis (results of core needle biopsy to treatment) was median 27,5 days. The analysis has been conducted twice. In between the center implemented several organizational changes. They resulted in shortening of waiting time for mammogram description—from 4 to 1 day (median) also the waiting times for core needle biopsy result has been shortened—from 6 to 4 days (median). However, the overall waiting time has not changed significantly.

Key words: breast cancer, breast units, quality in healthcare, quality in oncology, waiting times

Słowa kluczowe: czas oczekiwania, jakość w opiece zdrowotnej, jakość w onkologii, rak piersi

■ Wprowadzenie

Choroby nowotworowe to poważny problem zdrowotny zarówno w Polsce, jak i na świecie – stanowią drugą przyczynę zgonów po chorobach sercowo-naczyniowych.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe na świecie w 2018 roku przekroczyła 18 mln [1]. Jednym z najczęściej występujących nowotworów wśród kobiet jest rak piersi, na który zapada

co roku ponad 18 tys. kobiet w Polsce (według danych zarejestrowanych w Krajowym Rejestrze Nowotworów [KRN] za 2017 r. – 18 529) [2]. Przypadki raka piersi stanowią 22,5% wszystkich rozpoznań chorób nowotworowych wśród kobiet i drugą przyczynę zgonów w tej grupie (17,4%) [2]. Jak wynika z badania EURO CARE-5, przeżycia pięcioletnie pacjentek z rozpoznaniem raka piersi wynoszą w Polsce 71,6% i są niższe od średniej dla krajów europejskich o 10,2 punktów procentowych [3]. Przedmiotem niepokoju jest również rosnąca umieralność z powodu raka piersi – ryzyko zgonu w związku z tym rozpoznaniem było w latach 2015–2016 większe niż w latach 2010–2011 [4]. W ośmiu województwach współczynnik umieralności w latach 2015–2016 był wyższy niż nawet 15 lat wcześniej [4].

Statystyki umieralności dla raka piersi w Polsce odbiegają od trendów europejskich, gdzie w ostatnich latach odnotowano poprawę w tym obszarze [5, 6]. Przypisywana jest ona przede wszystkim zmianom w sposobie zarządzania i prowadzenia leczenia – przy zachowaniu istotnej roli wczesnych wykryć i programów przesiewowych. Korzystne prognozy co do dalszego spadku umieralności w Europie nie dotyczyły krajów Europy Środkowej i Wschodniej, w tym Polski [5, 6]. Dlatego też potrzebę podjęcia interwencji i wprowadzenia zmian w sposobie zarządzania opieką nad pacjentkami z podejrzeniem i rozpoznaniem raka piersi w tych krajach uznano za priorytet z punktu widzenia europejskich celów związanych z leczeniem raka piersi.

Rak piersi jest jednym z rozpoznań, w których istnieje związek między czasem oczekiwania a efektem mierzonym przeżyciami. W opublikowanej w 1999 roku metaanalizie wykazano, że pięcioletnie przeżycia pacjentek były niższe o około 5–7% w przypadku dłuższego czasu oczekiwania na leczenie od pierwszych objawów (< 3 miesiące wobec 3–6 miesięcy) [7].

Między innymi z tego powodu rekomendowaną metodą organizacji opieki onkologicznej jest model tzw. *breast units*. Zakłada on, że opiekę nad pacjentkami z rozpoznaniem lub podejrzeniem raka piersi powinien prowadzić wielodyscyplinarny zespół współpracujących ze sobą specjalistów, którzy działają w ramach struktury organizacyjnej zapewniającej skoordynowany przebieg procesu diagnostyczno-leczniczego. Wytyczne dla *breast units* przygotowują towarzystwa naukowe – między innymi Europejskie Towarzystwo Specjalistów Raka Piersi (European Society of Breast Cancer Specialists – EUSOMA) [5] i Międzynarodowe Towarzystwo Senologiczne (Senologic International Society – SIS) [8]. Wytyczne obejmują zarówno aspekty kliniczne, jak i organizacyjne – w tym kontrolę opóźnień – i wynikają z ugruntowanej wiedzy na temat większej efektywności skoordynowanego modelu opieki nad pacjentkami onkologicznymi z rozpoznaniem raka piersi. Bazując na wytycznych kliniczno-organizacyjnych, SIS i EUSOMA prowadzą również programy akredytacyjne dla *breast units*. W Polsce obecnie 7 jednostek uzyskało certyfikację w ramach programu akredytacyjnego SIS [9]. Oba programy wymagają gromadzenia i analizy danych na temat wszystkich przypadków raka piersi diagnozowanych i leczonych w danej

placówce. Monitoring oparty na wytycznych i zestawach rekomendowanych wskaźników służy kontroli i pracy nad poprawą jakości opieki [8]. Program SIS zawiera wskaźniki dotyczące kontroli opóźnień i czasu oczekiwania na poszczególne etapy diagnostyki i rozpoczęcie leczenia.

Cel pracy

Celem badania było ustalenie czasów oczekiwania w ramach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjentek z rozpoznaniem raka piersi, a także identyfikacja opóźnień mających wpływ na ogólny czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia. Przedmiotem badania była również ocena zmiany, która zaszła w przebiegu ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w ośrodku w toku prowadzenia badania w związku z dokonaniem pomiaru czasu oczekiwania i wprowadzonymi w jego konsekwencji zmianami organizacyjnymi.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na grupie 563 kobiet leczonych z powodu nowotworu złośliwego piersi w Białostockim Centrum Onkologii (BCO) w okresie od stycznia 2016 do września 2018 roku. Do analizy wykorzystano wyłącznie dane dostępne w systemach informatycznych szpitala.

Wszystkie pacjentki, których przypadki analizowano w badaniu, były leczone w BCO. Kryteriami włączenia do badania było: potwierdzone rozpoznanie nowotworu złośliwego piersi oraz leczenie prowadzone w ośrodku co najmniej dwiema z trzech analizowanych rodzajów terapii (zabieg chirurgiczny – oszczędzający lub mastektomia, radioterapia, chemioterapia).

Potwierdzenie nowotworu weryfikowano poprzez kod rozpoznania według klasyfikacji ICD-10 i stopień zaawansowania (według klasyfikacji TNM [10]) w połączeniu z informacjami o zastosowanej terapii. Dane dotyczące pTNM (patologiczny TNM) zebrano na podstawie wyniku histopatologicznego, a cTNM (kliniczny TNM) z bazy systemu zarządzania radioterapią. Łącznie kompletność danych TNM wynosiła 63% (w tym 15% w stadium I, 28% w stadium II, 14% w stadium III, 4% w stadium IV, 2% w stadium 0).

Na podstawie dostępnych w BCO danych wyliczono mediany czasu oczekiwania w ramach poszczególnych etapów ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej:

- czas oczekiwania na przygotowanie wyniku badania mammograficznego (MMG) – od pierwszego badania diagnostycznego odnotowanego w BCO (mammografia profilaktyczna lub diagnostyczna);
- czas od badania MMG do pobrania materiału do badania histopatologicznego (biopsji aspiracyjnej gruboigłowej – BGI);
- czas przygotowania wyniku badania histopatologicznego od BGI;
- czas od uzyskania diagnozy (wyniku histopatologicznego po BGI) do przeprowadzenia konsylium wielodyscyplinarnego (MDT – *multidisciplinary team*);
- czas od uzyskania wyniku histopatologicznego po BGI do rozpoczęcia leczenia;

- czas od posiedzenia konsylium MDT do rozpoczęcia pierwszej terapii;
- czas od badania MMG do rozpoczęcia pierwszej terapii.

W toku badania wyróżniono wśród pacjentek trzy grupy, które porównano pod względem czasu oczekiwania na poszczególne etapy ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej. Rozróżnienie opierało się na rodzaju badań diagnostycznych (MMG i/lub BGI), którym w ramach ośrodka poddano pacjentki:

Grupa I – MMG-Terapia: 135 pacjentek (24%), które miały przeprowadzoną mammografię i terapię w BCO; ale brak jest danych na temat biopsji gruboigłowej wykonanej w ośrodku.

Grupa II – MMG-BGI-Terapia: 160 pacjentek (28%), które miały przeprowadzoną w ośrodku zarówno MMG, terapię jak i biopsję.

Grupa III – BGI-Terapia: 268 pacjentek (48%), które miały w biopsji gruboigłowej pobrany materiał do badania histopatologicznego w BCO i było to pierwsze badanie diagnostyczne przeprowadzone w ośrodku (brak informacji o mammografii).

Za orientacyjny punkt odniesienia do wyboru kryteriów badania oraz oceny uzyskanych wyników przyjęto: wytyczne towarzystw naukowych (SIS i EUSOMA), wskaźniki stosowane do analizy opóźnień w ramach programów akredytacyjnych tych organizacji oraz wytyczne krajowe.

Badanie mammograficzne (MMG), biopsja gruboigłowa (BGI), planowanie leczenia w ramach konsylium wielodyscyplinarnego (MDT) są elementami wzorcowego standardu rekomendowanego w wytycznych międzynarodowych i polskich [11] w diagnostyce i leczeniu raka piersi. W programie akredytacyjnym SIS i EUSOMA analizowane są dane za ostatnie trzy lata działalności ośrodka. Rekomendacje obejmują również maksymalne czasy oczekiwania:

- do 6 tygodni – od pierwszego badania diagnostycznego do rozpoczęcia leczenia (dla 90% pacjentek) – EUSOMA,
- do 5 dni – czas przygotowania i przekazania opisu MMG pacjentce (dla 90% pacjentek) – SIS,
- do 5 dni – czas przygotowania i przekazania wyniku histopatologicznego (dla 90% pacjentek) – SIS.

Te czasy oczekiwania zostały zaadaptowane do oceny wyników badania jako punkt odniesienia.

Ponadto SIS rekomenduje, aby czas potrzebny na postawienie diagnozy pacjentce, która zgłasza się z podejrzeniem choroby do ośrodka, nie przekraczał dwóch tygodni. Maksymalnie dwa tygodnie powinno również upłynąć do rozpoczęcia leczenia od diagnozy.

Informacje na temat momentu pojawienia się podejrzenia choroby i pierwszego zgłoszenia się pacjentki do ośrodka nie były dostępne w systemie szpitalnym. Również informacja o dacie przekazania wyników badań diagnostycznych pacjentce nie jest w nim odnotowana. W badaniu jako datę początkową przyjęto zatem pierwsze badania diagnostyczne wykonane w ośrodku (zgodnie z wytycznymi EUSOMA). Natomiast jako datę

kończącą dla badań diagnostycznych – datę przygotowania wyniku badania histopatologicznego.

W związku z obowiązującymi w Polsce przepisami do badania wprowadzono dodatkowo parametry czasu związane z konsylium MDT – analizę czasu oczekiwania od wyniku badania histopatologicznego do posiedzenia konsylium MDT oraz czas od posiedzenia konsylium MDT do rozpoczęcia leczenia. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [12] przeprowadzenie konsylium jest obowiązkowe dla ośrodków prowadzących i rozliczających leczenie onkologiczne w ramach tzw. pakietu onkologicznego, a leczenie pacjentów onkologicznych powinno rozpocząć się nie później niż 14 dni od posiedzenia konsylium.

W toku badania przeprowadzono dwukrotnie audyt według jednakowych kryteriów i metod analizy (wrzesień 2017 i sierpień 2018 r.). Na tej podstawie przeprowadzono analizę „przed” i „po”, przyjmując za punkt odcięcia datę 1 października 2017 roku, kiedy zakończono pierwszy audyt.

Efekty pierwszego audytu przedstawiono ośrodkowi, czego efektem było wprowadzenie zmian organizacyjnych. W kolejnej turze porównano mediany czasu poszczególnych etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego przed i po wdrożeniu zmian.

Badanie zrealizowano za zgodą ośrodka i we współpracy z nim. Analizę przeprowadzono, opierając się na zanonimizowanej liście pacjentek spełniających kryteria badania.

Analiza statystyczna

Rozkład zmiennych zbadano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Do analizy porównawczej czasów oczekiwania zastosowano test U Manna-Whitneya (dla 2 grup) i test Kruskala-Wallisa (dla > 2 grup). Różnice w proporcji w podgrupach zbadano za pomocą testu χ^2 . Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartości $p < 0,05$. Analizy statystyczne przeprowadzono przy pomocy narzędzia TIBCO Statistica® 13.3.0¹.

Wyniki

Do analizy włączono 563 pacjentki z rozpoznaniem nowotworu złośliwego piersi leczonych w BCO od stycznia 2016 do września 2018 roku. Pacjentki leczono zarówno z intencją radykalną, jak i paliatywną. 43% pacjentek rozpoczęło terapię od operacji oszczędzającej, 12% od mastektomii, 42% od chemioterapii, a 3% od radioterapii. Badanie obejmowało pacjentki we wszystkich stopniach zaawansowania (I do IV wg klasyfikacji TNM).

Mediana czasu dla opisu badania mammograficznego w grupie 250 chorych (44% z 563 analizowanych pacjentek) wyniosła 2 dni. Czas od MMG do pobrania materiału do badania histopatologicznego – mediana 9,4 dnia. Czas przygotowania wyniku badania

histopatologicznego od biopsji – mediana 5 dni. Mediana czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia od uzyskania wyniku histopatologicznego w grupie 288 pacjentek wyniosła 27,5 dnia – z czego dla grupy 215 kobiet (38%), dla których odnotowano informacje o MDT, czas od posiedzenia konsylium do rozpoczęcia terapii wynosił 12 dni. Mediana czasu od MMG do rozpoczęcia terapii wyniosła 35,5 dnia (tab. 1).

Ogółem w całej grupie wykonano 428 biopsji gruboigłowych.

Limity czasu

W przyjętym na potrzeby analizy limicie czasu 6 tygodni od mammografii do rozpoczęcia leczenia mieściło się 63,1% pacjentek.

Większość chorych miała opisane badanie mammograficzne oraz histopatologiczne w ciągu 5 dni (zgodnie z rekomendacjami SIS), odpowiednio: 71,2% oraz 63,9%. W limicie 14 dni od posiedzenia konsylium MDT do rozpoczęcia terapii – wynikającym z pakietu onkologicznego – mieściło się 65% pacjentek (ryc. 1).

Czasy oczekiwania w grupach I, II i III

W analizie porównawczej czasów oczekiwania w poszczególnych grupach pacjentek (wyróżnionych według przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego w ośrodku) nie wykazano istotnych różnic między grupami: I (MMG-Terapia), II (MMG-BGI-Terapia) i III (BGI-Terapia). Wyjątek stanowi czas oczekiwania od MMG do rozpoczęcia terapii ($p < 0,001$), który dotyczy grup I i II. Istotnie dłużej czekały na leczenie pacjentki, które oprócz mammografii i terapii, miały również biopsję przeprowadzoną w BCO: mediana 41,5 vs. 25,5 dnia (tab. 2).

Ocena „przed i po”

Zmiany organizacyjne wprowadzono w ośrodku po pierwszym audycie, czyli po 1 października 2017 roku. W drugim pomiarze, we wrześniu 2018 roku odnotowano istotne korekty w medianie czasu przygotowania wyniku MMG, która wyniosła odpowiednio: 4 vs. 1 dzień, a mediana czasu przygotowania wyniku histopatologicznego – 6 vs. 4 dni ($p < 0,001$). Zwiększyła się zatem istotnie liczba wyników MMG i BGI opisanych w ciągu 5 dni ($p < 0,05$) – z 61% do 80% w przypadku MMG ($n = 69$ do $n = 109$) i z 49% do 75% w przypadku wyniku BGI ($n = 60$ do $n = 126$).

Mimo skrócenia czasów na etapie diagnostyki wydłużeniu uległ czas na rozpoczęcie leczenia od rozpoznania (wynik z BGI) – z 24 do 31 dni ($p < 0,001$). Odnotowano też wydłużenie czasu od przygotowania wyniku histopatologicznego do konsylium MDT – z 13 do 20 dni ($p < 0,001$). Skróceniu uległ czas od MDT do rozpoczęcia terapii – z 14 do 8 dni ($p = 0,01$).

W efekcie nie zaobserwowano istotnej różnicy w czasie oczekiwania od pierwszego badania MMG do rozpoczęcia terapii ($p = 0,94$) (tab. 3).

Dyskusja

Badanie wykazało, że możliwe jest dokonanie oceny czasów oczekiwania w ramach ścieżki pacjenta onkologicznego bez dodatkowego raportowania – wyłącznie na podstawie danych standardowo gromadzonych w ramach systemów szpitalnych.

Pomiar pozwolił ustalić, jak długo pacjentka czeka na rozpoczęcie leczenia, jak przebieg ścieżki warunkuje globalny czas oczekiwania i na jakich etapach występują opóźnienia. W badaniu nie ma luk czasowych między poszczególnymi etapami.

Uzyskane w badaniu informacje – po pierwszym audycie zakończonym w 2017 roku – stały się punktem wyjścia do wprowadzenia zmian organizacyjnych w ośrodku, których efektem było skrócenie czasu przygotowania wyniku badania MMG oraz wyniku badania histopatologicznego po biopsji.

Badanie skupia się na analizie czasu oczekiwania, warto jednak zauważyć, że wdrożenie monitoringu ważnych parametrów jakościowych przyczyniło się do poprawy standardu opieki onkologicznej. Inne pozytywne zmiany, które zaobserwowano w toku realizacji badania, dotyczyły między innymi zwiększenia liczby biopsji gruboigłowych, która jest rekomendowaną metodą diagnostyczną – ogółem i w stosunku do liczby biopsji cienkoigłowych. Pierwotnie odsetek BGI utrzymywał się na poziomie 35%. W danych z 2018 roku było to już 58% [13]. Rezultat ten, osiągnięty mimo większego nakładu pracy i przy jednoczesnym skróceniu czasu oczekiwania na wynik, należy uznać za istotne dokonanie zespołu patomorfologów i chirurgów. Ponadto zmienił się sposób organizacji konsylium – zdefiniowano zespół, zmieniono formułę spotkań, sposób dokumentacji, zaczęto umożliwiać udział w posiedzeniu pacjentkom. Liczba tak organizowanych konsyliów zwiększyła się o 24%.

Wszystkie te zmiany prowadzą do większej zgodności standardu opieki zapewnianego w ośrodku z wytycznymi krajowymi i międzynarodowymi. Trzeba przy tym zaznaczyć, że drugi pomiar przeprowadzono po zaledwie roku od pierwszego audytu. W ośrodku kontynuowane były prace nad usprawnieniami organizacyjnymi. Mimo osiągnięcia parametrów oczekiwanych od *breast units* wprowadzono kolejne zmiany w zakładzie patomorfologii, między innymi: wprowadzono autoryzację wyniku badania podpisem elektronicznym, zmieniono zasady pracy w systemie informatycznym, w którym wprowadzane są opisy badań, a pacjentki są obecnie informowane poprzez SMS, gdy lekarz diagnozujący autoryzuje wynik.

Cały proces dwukrotnej oceny wszystkich parametrów klinicznych i organizacyjnych został opisany w dwóch raportach SIS poświęconych przygotowaniom do akredytacji dla *breast units* [13].

Pogłębionej analizy i zrozumienia przyczyn wymaga pokazane w badaniu wydłużenie czasu oczekiwania na MDT oraz ogólnego czasu oczekiwania na leczenie w grupie pacjentek, które miały w ośrodku przeprowadzoną biopsję gruboigłową.

W toku badania problematyczne okazało się ustalenie momentu podejrzenia choroby czy pierwszego kontaktu z ośrodkiem, a także dat przekazania wyników pacjentom. Wytyczne SIS jako daty graniczne w odniesieniu do badań diagnostycznych podają właśnie przekazanie wyniku pacjentce (MMG i wynik z biopsji). Na podobne problemy metodologiczne natrafiają inni badacze analizujący przebieg ścieżki pacjenta onkologicznego. W badaniu czasów oczekiwania na diagnozę i leczenie onkologiczne [14] w Polsce za punkt wyjścia – moment pojawienia się podejrzenia choroby – przyjęto albo wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), podczas której po raz pierwszy zgłoszono objawy związane z chorobą lub zainicjowano proces diagnostyczny, albo badanie zrealizowane w ramach profilaktyki wtórnej. Korekty w stosunku do referencyjnych wskaźników towarzyszących naukowych nie wpłynęły jednak istotnie na efekt badania i jego użyteczność – naukową i praktyczną.

Jednocześnie porównanie metodologii i źródeł informacji obu badań (analiza danych z systemu szpitalnego vs. ankieta przeprowadzana z pacjentem wsparta analizą dokumentacji choroby) potwierdza, że pacjent nadal odgrywa kluczową rolę w przepływie informacji między ośrodkami.

W polskim systemie brakuje punktów odniesienia do uzyskanych wyników. Czasy oczekiwania odnotowane w ogólnopolskim badaniu cytowanym powyżej [14] wynosiły: 77 dni od podejrzenia do rozpoczęcia leczenia, 41 dni od podejrzenia do diagnozy (wyniku badania histopatologicznego), 7 dni na przygotowanie wyniku badania histopatologicznego od pobrania materiału, 36 dni od diagnozy do rozpoczęcia leczenia. Czas przygotowania wyniku badania histopatologicznego był więc w BCO krótszy o 2 dni od średniej krajowej, a czas od diagnozy do rozpoczęcia leczenia krótszy o 8,5 dnia. Trzeba przy tym zaznaczyć, że to samo badanie wykazało istotny statystycznie wpływ lokalizacji nowotworu na czas oczekiwania. W przypadku raka piersi był to wpływ negatywny – pacjentki z tym rozpoznaniem czekały dłużej na postawienie diagnozy [15].

Wiele wskazuje na to, że efektywne skracanie czasów oczekiwania wymaga współpracy między zespołami specjalistów oraz efektywności organizacyjnej. Oba te aspekty podnoszone są w rekomendacjach dla *breast units*, w których udział zespołu wielospecjalistycznego ma szczególną rangę ze względu na udowodnione lepsze wyniki leczenia odzwierciedlone w niższej umieralności, dłuższych przeżyciach, ograniczaniu rozległości zabiegów chirurgicznych [5]. Jeśli chodzi o aspekty organizacyjne, oba przytaczane w tej pracy systemy akredytacji (SIS, EUSOMA) wymagają, aby: opiekę nad pacjentem sprawował koordynator, wyznaczona osoba pełniła funkcję case managera gwarantującego, by przebieg ścieżki pacjenta był szczegółowo dokumentowany, dane z dedykowanej bazy informacyjnej były regularnie analizowane pod kątem zgodności z wytycznymi i wskaźnikami jakości, a odchylenia były przedmiotem analizy i refleksji w ramach zespołu wielodyscyplinarnego [8]. Warte odnotowania jest, że również w polskim systemie szczególną funkcję pełnią koordynatorzy opieki onkologicznej, których obecność upowszechniła się w związku z regulacjami dotyczącymi pakietu onkologicznego [16].

Wnioski

Czasy oczekiwania ujawniają rzeczywisty poziom integracji zespołu, są więc dobrym punktem wyjścia do wprowadzania elementów koordynowanej opieki onkologicznej w ramach ośrodka. Monitoring i identyfikacja opóźnień na wszystkich etapach procesu diagnostyki i terapii nowotworów piersi sprzyjają lepszej koordynacji opieki nad pacjentem i uruchamiają procesy poprawy. Każda tego rodzaju analiza jest przyczynkiem do dyskusji o praktycznych aspektach wdrażania zmian jakościowych w opiece onkologicznej. Stanowi również punkt odniesienia dla kolejnych pomiarów, dzięki czemu możliwe jest śledzenie postępów i identyfikowanie punktów wymagających interwencji. W przyszłości tego rodzaju analiza powinna obejmować również kwestie opinii i satysfakcji pacjenta.

Tabela 1. Czas oczekiwania w poszczególnych etapach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjentek leczonych z powodu nowotworu złośliwego piersi

	Czas oczekiwania w poszczególnych etapach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej			
	N = 563			
	N	Zakres	Mediana (dni)	(25–75 percentyl)
Czas opisu wyniku MMG	250	0,0–57,0	2,0	(1,0–6,0)
Czas od MMG do pobrania materiału do badania histopatologicznego (biopsji gruboigłowej)	160	0,0–62,6	9,4	(3,5–16,5)
Czas przygotowania wyniku histopatologicznego od biopsji	291	2,0–19,0	5,0	(4,0–6,0)
Czas od uzyskania wyniku histopatologicznego do przeprowadzenia MDT	134	3,0–75,0	17,0	(12,0–26,0)
Czas od uzyskania wyniku histopatologicznego do rozpoczęcia leczenia	288	0,0–92,0	27,5	(19,0–41,0)
Czas od MDT do rozpoczęcia leczenia	215	1,0–84,0	12,0	(7,0–19,0)
Czas od MMG do rozpoczęcia leczenia	295	0,3–98,4	35,5	(21,6–52,6)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Czas oczekiwania w poszczególnych etapach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjentek leczonych z powodu nowotworu złośliwego piersi – grupy I, II, III

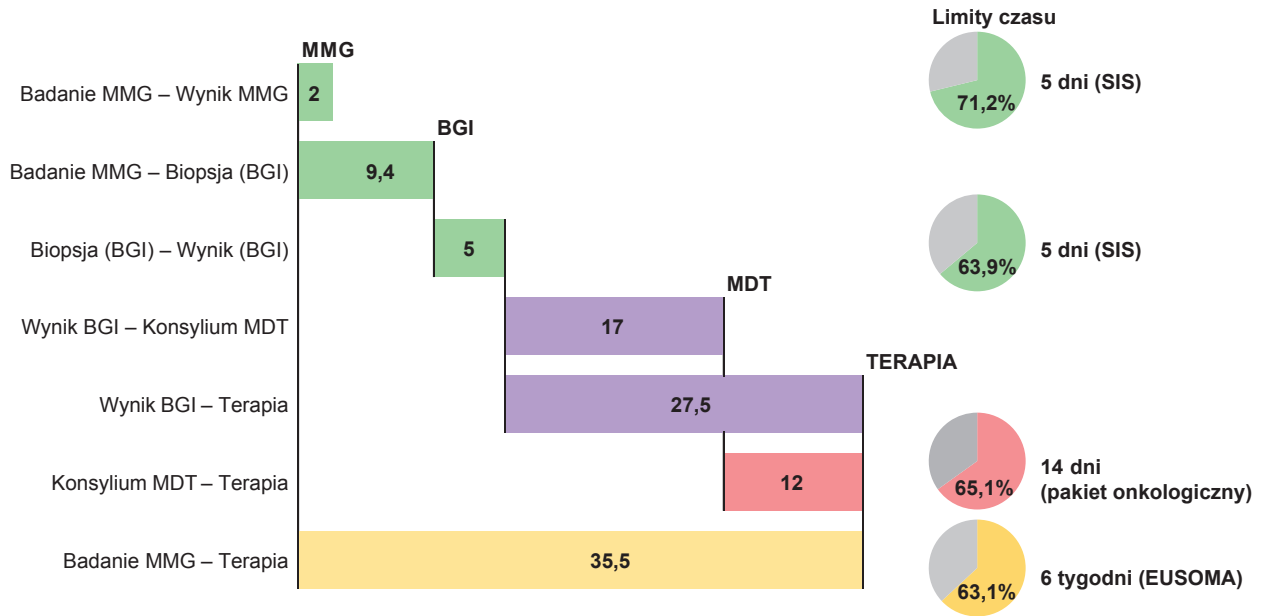
	Grupa I MMG-Terapia			Grupa II MMG-BGI-Terapia			Grupa III BGI-Terapia			Test Manna-Whitneya/ Test Kruskala-Wallisa p					
	N	Zakres	Mediana (dni)	N	Zakres	Mediana (dni)	N	Zakres	Mediana (dni)						
	(25–75 percentyl)			(25–75 percentyl)			(25–75 percentyl)								
Czas opisu wyniku MMG	113	0,0–34,0	3,0	(1,0–8,0)	137	0,0–5,0	2,0	(1,0–4,0)							
Czas od MMG do pobrania materiału do badania histopatologicznego (biopsji gruboigłowej)					160	0,6–62,6	9,4	(3,5–16,5)							
Czas przygotowania wyniku histopatologicznego od biopsji					136	2,0–13,0	4,0	(3,0–6,0)	155	2,0–19,0	5,0	(4,0–7,0)			0,23
Czas od uzyskania wyniku histopatologicznego do przeprowadzenia MDT					64	4,0–47,0	16,0	(12,0–24,0)	70	3,0–75,0	17,0	(12,0–26,0)			0,26
Czas od uzyskania wyniku histopatologicznego do rozpoczęcia leczenia					135	0,0–77,4	27,0	(19,0–39,0)	153	1,5–92,0	28,0	(19,0–41,0)			0,32
Czas od MDT do rozpoczęcia leczenia	19	1,0–55,0	12,0	(6,0–16,0)	78	1,0–69,0	8,0	(7,0–15,0)	118	1,0–84,0	13,0	(7,0–21,0)			0,15
Czas od MMG do rozpoczęcia leczenia	135	0,3–98,4	25,5	(11,5–40,5)	160	7,4–97,5	41,5	(33,0–55,9)							<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Czas oczekiwania w poszczególnych etapach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjentek leczonych z powodu nowotworu złośliwego piersi – ocena przed zmianą organizacyjną i po niej, z podziałem na grupy I, II, III

Zmiana organizacyjna (1.10.2017)	Wszyscy			MMG-Terapia			MMG-BGI-Terapia			BGI-Terapia			Test Manna-Whitneya	
	N	Zakres (dni)	Mediana (dni)	(25-75 percentyl)	N	Zakres (dni)	Mediana (dni)	(25-75 percentyl)	N	Zakres (dni)	Mediana (dni)	(25-75 percentyl)		
Przed	113	0,0–57,0	4,0	(1,0–9,0)	56	0,0–27,0	4,0	(2,0–10,0)	57	0,0–57,0	3,0	(1,0–7,0)	p	p
Po	137	0,0–34,0	1,0	(1,0–4,0)	57	0,0–34,0	1,0	(1,0–5,0)	80	0,0–25,0	1,0	(0,5–3,0)	0,004	
Przed	66	0,0–45,5	9,4	(3,5–16,4)	66	0,0–45,5	9,4	(3,5–16,4)	66	0,0–45,5	9,4	(3,5–16,4)	0,90	
Po	94	0,0–62,6	9,0	(3,5–16,5)	94	0,0–62,6	9,0	(3,5–16,5)	94	0,0–62,6	9,0	(3,5–16,5)	0,007	< 0,001
Przed	123	2,0–15,0	6,0	(4,0–8,0)	60	3,0–12,0	5,5	(3,0–7,0)	60	3,0–12,0	5,5	(3,0–7,0)	0,007	< 0,001
Po	168	2,0–19,0	4,0	(3,0–5,5)	76	2,0–13,0	4,0	(3,0–5,0)	92	2,0–19,0	4,0	(3,0–6,0)		
Przed	47	3,0–41,0	13,0	(7,0–16,0)	23	4,0–31,0	14,0	(7,0–21,0)	23	4,0–31,0	14,0	(7,0–21,0)	0,13	< 0,001
Po	87	5,0–75,0	20,0	(13,0–27,0)	41	6,0–47,0	18,0	(12,0–24,0)	46	5,0–75,0	21,0	(17,0–33,0)		
Przed	121	0,0–92,0	24,0	(12,0–36,0)	60	0,0–77,4	27,0	(14,0–41,0)	60	0,0–77,4	27,0	(14,0–41,0)	0,34	< 0,001
Po	167	5,0–88,0	31,0	(22,0–43,0)	75	6,0–70,0	18,0	(20,0–37,0)	92	5,0–88,0	33,5	(25,0–48,0)		
Przed	96	1,0–84,0	14,0	(7,0–22,5)	9	6,0–55,0	12,0	(7,0–21,0)	25	4,0–69,0	10,0	(7,0–16,0)	0,21	0,14
Po	119	1,0–35,0	8,0	(7,0–14,0)	10	1,0–29,0	10,0	(2,0–14,0)	53	1,0–35,0	8,0	(7,0–14,0)		
Przed	130	0,3–97,5	34,0	(21,5–57,4)	64	0,3–95,9	29,0	(13,6–47,4)	66	7,4–97,5	39,7	(31,6–61,4)	0,42	0,67
Po	165	0,4–98,4	36,4	(22,4–50,5)	71	0,4–98,4	23,5	(8,5–39,4)	94	8,5–96,5	43,1	(33,6–55,4)		

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 1. Mediany czasu oczekiwania w poszczególnych etapach ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjentek leczonych z powodu nowotworu złośliwego piersi. Odsetek przypadków mieszczących się w limitach czasu oczekiwania (wytyczne krajowe i międzynarodowe)

Źródło: opracowanie własne.

Przypisy

¹ <https://docs.tibco.com/products/tibco-statistica-13-3-0> (dostęp: 05.09.2021).

Piśmiennictwo

- Global Cancer Observatory, World Health Organization, <http://gco.iarc.fr> (dostęp: 28.10.2020).
- Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K., Olasek P., Ciuba A., *Nowotwory złośliwe w Polsce*, Warszawa 2019, http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2017.pdf (dostęp: 28.10.2020).
- Sant M., Chirlaque Lopez M.D., Agresti R., Sánchez Pérez M.J., Hollecze B., Bielska-Lasota M., Dimitrova N., Innos K., Katalinic A., Langseth H., Larrañaga N., Rossi S., Siesling S., Minicozzi P., The EUROCARE-5 Working Group, *Survival of Women with Cancers of Breast and Genital Organs in Europe 1999–2007: Results of the EUROCARE-5 Study*, „European Journal of Cancer” 2015, vol. 51, s. 2191–2205.
- Wojtyniak B., Stokiszewski J., Rubikowska B., Goryński P., Zdrojewski T., *Długość życia i umieralność ludności Polski*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2018, s. 121.
- Biganzoli L., Cardoso F., Beishon M. et al., *The Requirements of a Specialist Breast Centre*, „The Breast” 2020, vol. 51, s. 65–84, <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.02.003>.
- Carioli G., Malvezzi M., Rodriguez T., Bertuccio P., Negri E., La Vecchia C., *Trends and Predictions to 2020 in Breast Cancer Mortality in Europe*, „Breast” 2017, vol. 36, s. 89–95, <https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.06.003>.
- Richards M.A., Westcombe A.M., Love S.B., Littlejohns P., Ramirez A.J., *Influence of Delay on Survival in Patients with Breast Cancer: A Systematic Review*, „Lancet” 1999, vol. 353, s. 1119–1126.
- SIS/ISS International Accreditation Program for Breast Centers / Units, <https://www.sisbreast.org/accreditation/ibca/> (dostęp 28.10.2020).
- Senologic International Society, SIS Accredited Centers [Lista akredytowanych ośrodków], <https://www.sisbreast.org/accreditation/sis-accredited-centers/> (dostęp 28.10.2020).
- TNM Classification of Malignant Tumours, 8th Edition*, eds. J.D. Brierley, M.K. Gospodarowicz, C. Wittekind, Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2016.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2018 r. w sprawie mierników oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, Dz.Urz. MZ, poz. 52.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego; Dz.U. 2013 poz. 1520; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz.U. 2017 poz. 2295 ze zm.
- Raport przygotowany w ramach projektu Fundacji Onkologia 2025 przedstawia analizę dla wszystkich wskaźników klinicznych i organizacyjnych rekomendowanych przez SIS dla *breast units* – w tym dane dotyczące odsetka biopsji gruczołowych (rekomendowana forma diagnostyki raka piersi) w stosunku do biopsji cienkoigłowych. Oba raporty – z pierwszej i drugiej analizy dostępne są online: [http://onkologia2025.pl/sef/1_50_\(Jakość_w_ochronie_zdrowia._Na_przykladzie_wytycznych_do_akredytacji_breast_units\)](http://onkologia2025.pl/sef/1_50_(Jakość_w_ochronie_zdrowia._Na_przykladzie_wytycznych_do_akredytacji_breast_units)), Warszawa: Fundacja Onkologia 2025, edycja 1 i 2).

14. Osowiecka K., Rucińska M., Nawrocki S., *Czy reforma DİLO skróciła realny czas oczekiwania pacjentów chorych na nowotwory złośliwe w Polsce?*, „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory” 2017, t. 2, nr 3, s. 218–223.
15. Osowiecka K., Rucińska M., Nowakowski J., Nawrocki S., *How Long Are Cancer Patients Waiting for Oncological Therapy in Poland?*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2018, 15, 577; doi:10.3390/ijerph15040577.
16. Osowiecka K., Rucińska M., Andrzejczak A., Żarłok E., Chrostek I., Nawrocki S., *Jaka miała być rola koordynatora leczenia onkologicznego, a jak jest w rzeczywistości?*, „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory” 2020, t. 5, nr 1, s. 3–10.

Środki trwałe w publicznej i prywatnej ochronie zdrowia w latach 1999–2018

Marcin Kautsch¹  <https://orcid.org/0000-0002-4520-3560>

Edyta Piętak²  <https://orcid.org/0000-0002-7101-8297>

¹ Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków, marcin.kautsch@uj.edu.pl

Abstract

Fixed assets in public and private healthcare in 1999-2018

The presented article deals with the subject of fixed assets in healthcare: their gross value, condition and degree of wear, broken down into the public and private sectors. Above the value grew extremely strongly in the analysed period, particularly impressive in private healthcare. The financing of this growth seems to have the largest share of funds obtained from EU and the EEA Financial Mechanism and the Norwegian Financial Mechanism as well as from public payer funds. The rate of increase of funds in healthcare from other public sources is significantly lower than, for example, the rate of GDP growth, which may indicate the withdrawal of state structures from healthcare financing. The increase in the degree of wear of fixed assets, which took place in the analysed period, may cause some concern.

Key words: financing, fixed assets, healthcare, private sector, public sector

Słowa kluczowe: finansowanie, ochrona zdrowia, sektor prywatny, sektor publiczny, środki trwałe

Wprowadzenie

Wejście w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w 1999 roku [1] sprawiło, że niepubliczni świadczeniodawcy zostali (na masową skalę) dopuszczeni do kontraktowania z publicznym płatnikiem. Dało to prywatnemu sektorowi większą możliwość rozwoju w związku z regularnym dopływem środków ze źródła publicznego, zmniejszając poziom ryzyka inwestycyjnego. Innym czynnikiem mającym wpływ na omawiane zagadnienia jest to, że Polska, będąca od 2004 roku krajem członkowskim Unii Europejskiej (UE), korzysta z różnego typu unijnych programów pomocowych (w tym także Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego [EOG] i Norweskiego Mechanizmu Finansowego), a tuż przed wyżej wymienionym rokiem korzystała z programów przedakcesyjnych. Z kolei wprowadzenie sieci szpitali ustawą z 2017 roku [2] spowodowało, że strumień środków do niepublicznej szpitalnej ochrony zdrowia został ograniczony. Według różnych źródeł tylko 1 na 8 [3] / 1 na 10 [4] szpitali prywatnych znalazł się w sieci. Ograniczenie to nie dotyczyło jednak opieki nieszpitalnej. Jednocześnie silny wzrost gospodarczy, jaki nastąpił w analizowanym okresie, sprawił, że zakłady niepubliczne mogły korzystać ze środków wydawanych na ochronę zdrowia przez coraz

zamożniejsze społeczeństwo, co dało impuls do tworzenia nowych podmiotów świadczących usługi medyczne. Powyższe dobrze ilustruje wzrost liczby świadczeniodawców w ochronie zdrowia pokazany w tabeli 1.

Tabela 1. Liczba świadczeniodawców usług zdrowotnych w Polsce w latach 1999, 2018

Podmioty lecznicze	1999	2018	Zmiana procentowa
Ogółem, w tym:	8 086	21 386	164%
Publiczne	1 270	1 965	55%
Niepubliczne	6 816	19 421	185%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [5].

Powyższe zestawienie można by uzupełnić o praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów. Wzrostowi liczby podmiotów towarzyszyło zwiększenie zakresu ich działania, obejmującego nie tylko opiekę ambulatoryjną, ale i szpitalną czy zaawansowaną diagnostyczną.

Niniejsza praca stanowi kontynuację wcześniejszych opracowań dotyczących inwestycji w ochronie zdrowia [6, 7]. Podjęto w niej próbę aktualizacji wcześniej

poruszanych wątków, a jej celem jest przedstawienie, jakie zmiany następowały w systemie ochrony zdrowia w odniesieniu do środków trwałych, zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Powyższe zostało pokazane na tle gospodarki ogółem, a także zasileń systemu ochrony zdrowia. W opracowaniu skupiono się na podstawowych wielkościach opisujących zagadnienia będące przedmiotem analizy.

Metodyka

Ze względu na charakter opracowania oparto się w nim na analizie danych publikowanych przede wszystkim przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), uwzględniono także artykuły i raporty oraz materiały internetowe dotyczące omawianego zagadnienia. Zostały one zidentyfikowane przy użyciu wyszukiwarki Google w oparciu o kombinację haseł „środki trwałe/inwestycje / majątek trwałe” + „ochrona zdrowia”. Materiały poddano analizie pod kątem ich przydatności.

W badanym obszarze GUS publikuje zestawienia zbiorczo dla ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Przeanalizowawszy liczbę łóżek w szpitalach / miejsc w stacjonarnych placówkach pomocy społecznej, można szacować, że środki na ochronę zdrowia stanowią około 74% przytaczanych kwot [8]. Nasycenie technologiami medycznymi powoduje jednak, że ochrona zdrowia jest dużo bardziej kosztowna niż opieka społeczna. Powyższy wskaźnik należałoby więc skorygować do poziomu około 80% w przypadku sektora publicznego i 100% prywatnego. W związku ze wspomnianymi proporcjami i charakterem opracowania oraz dla uproszczenia języka poniżej posłużono się terminem „ochrona zdrowia”¹.

Tło

Prócz wspomnianych we wstępie źródeł finansowania działalności medycznej do rozwoju sektora przyczyniają się też środki asygnowane przez organy właścicielskie. W tabeli 2 pokazano, jak w latach 1999, 2018 zmieniły się wydatki bieżące na ochronę zdrowia w odniesieniu do głównych źródeł finansowania.

Tabela 2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg głównych źródeł w Polsce w latach 1999, 2018 na tle PKB w mld zł

Wyszczególnienie	1999	2018	Dynamika 1999–2018	
			Łącznie	Średnio
PKB	615,1	2 116,4	244%	13%
Wydatki publicznego płatnika	23,56	81,09	244%	13%
Budżet państwa	6,31	10,48	66%	3%
JST	2,04	3,84	88%	5%
Wydatki gospodarstw domowych	10,9	27,7	154%	8%
Wydatki na zdrowie RAZEM	42,81	123,11	188%	10%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [9, 10, 11].

Niemożliwość podania dokładnych danych sprawiła, że w tabeli 2 nie uwzględniono środków pochodzących z programów unijnych. Dostępne dane mówią o tym, że tylko na programy dotyczące ochrony zdrowia w latach 2004–2020 pozyskano 6,95 mld zł [12]. Założono równy rozdział tych środków na wskazane powyżej lata, co daje rocznie około 0,4 mld zł, w większości przeznaczone na inwestycje. Do powyższego należałoby również doliczyć środki, jakie były pozyskiwane z innych programów, np. transportu, energetyki, ochrony środowiska itp., a także te, jakie pozyskano z Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Portale opisujące wyżej wymienione programy [13, 14] podają ogólne wartości wsparcia, bez podziału na kategorie. W latach 2004–2021 ma to być łączna kwota 1946,1 mld euro. Można więc starać się oszacować, że po wejściu Polski do UE ochrona zdrowia otrzymywała dodatkowo około 0,5–0,7 mld zł rocznie, choć są to dość zgrubne szacunki. Potwierdzenie znaczenia wyżej wymienionych funduszy (szczególnie funduszy strukturalnych) w ochronie zdrowia można znaleźć w literaturze przedmiotu [15, 16].

Dane zawarte w tabeli 2 wskazują, że budżet publicznego płatnika w najwyższym stopniu finansuje ochronę zdrowia. Powiązanie wysokości składki zdrowotnej z wysokością wynagrodzenia sprawiło, że wzrost ilości środków ze składek był na poziomie wzrostu produktu krajowego brutto (PKB). Drugim największym źródłem środków są gospodarstwa domowe (pod względem wielkości nakładów i tempa zwiększania), choć skala tego wzrostu jest wyraźnie mniejsza. Natomiast instytucje państwowe i samorządowe ewidentnie w bardzo skromnym stopniu zwiększały swoje zaangażowanie w sektor ochrony zdrowia. (Dane dla europejskich krajów OECD wskazują, że w omawianym okresie średni wzrost wydatków na zdrowie zwiększył się o około 20%, podczas, kiedy w Polsce o około 16% [19].) Działo się to zapewne właśnie z powodu napływu środków ze wspomnianych transferów zagranicznych. Wszystko to sprawiło, że możliwy do precyzyjnego określenia wzrost ilości środków w ochronie zdrowia jest poniżej wartości wskaźnika wzrostu PKB. Jak pokażą jednak dane przedstawione poniżej, wspomniane środki z transferów zagranicznych istotnie wpływają na wartości środków trwałych w ochronie zdrowia.

Środki trwałe w ochronie zdrowia: wartość brutto, stopień zużycia

Rozwój gospodarczy i będący jego konsekwencją dopływ środków sprawił, że wartość brutto środków trwałych wzrastała, tak w gospodarce ogółem, jak i w ochronie zdrowia (tabela 3).

W analizowanych latach wartość środków trwałych w ochronie zdrowia rosła dynamicznie (łącznie wzrost o 370%, co daje imponujący wynik średnio 18% rocznie) i dynamika ta była znacznie wyższa od tej w gospodarce ogółem (odpowiednio: 199%, 10%). W efekcie, udział wartości brutto środków trwałych w ochronie

Tabela 3. Wartość brutto środków trwałych w latach 1999, 2018 w mld zł

Wyszczególnienie	1999	2018	Dynamika 1999–2018	
			Łącznie	Średnio
Gospodarka ogółem	1 346	4 030	199%	10%
Ochrona zdrowia	22	104	370%	18%
Udział ochrony zdrowia	1,64%	2,58%	57%	–

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [17, 18].

zdrowia w gospodarce wzrósł z 1,64% do 2,58%. Głównym składnikiem środków trwałych są budynki i budowle. Drugą grupą są maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia, a najmniejszą grupę stanowią środki transportu i pozostałe (tabela 4).

Tabela 4. Wartość brutto środków trwałych w ochronie zdrowia w podziale na składowe w mld zł

Wyszczególnienie	1999	2018	Dynamika 1999–2018	
			Łącznie	Średnio
Ogółem, w tym:	22,14	104,05	370%	18%
Budynki i budowle	12,9	54,48	322%	16%
Maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia	8,57	42,09	391%	20%
Środki transportu i pozostałe	0,67	7,46	1 012%	51%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [17, 18].

Zasobem o największej dynamice wzrostu były środki transportu i pozostałe (wyniosła ona 1012%, co oznaczało 51% rocznie), najmniejszej – budynki i budowle (odpowiednio 322% i 16%). Można to tłumaczyć szybkim zużywaniem się środków transportu oraz relatywnie niskimi nakładami jednostkowymi na ich odtworzenie (w porównaniu z budynkami i budowlami). Nie można jednak wykluczyć, że głównym powodem powyższego wzrostu było to, że właściciele niepublicznych podmiotów nabywali np. samochody jako pojazdy służbowe, korzystając z odliczeń przysługujących firmom, by korzystać z nich także do celów prywatnych. Niższy (niż pozostałe) wzrost wartości środków trwałych budynków i budowli mógł być pochodną tego, że np. w omawianym okresie obłożenie łóżek szpitalnych istotnie zmalało (z 72,2% do 66,1%) [20, 21]. Budowa nowych budynków była więc nieuzasadniona, a do tego – bardzo kosztowna. Dlatego też, zapewne zamiast budowy nowych jednostek, w sektorze publicznym decydowano się na rozległe remonty [22] (czyli na odtworzenie stanu pomieszczeń, bez tworzenia nowych środków trwałych). Do wzrostu wartości środków trwałych w tej składowej majątku przyczyniły się, w największym stopniu, inwestycje w prywatnej ochronie zdrowia (por. tabelę 6). Działając w warunkach konkurencji rynkowej,

świadczeniodawcy musieli przy tym dbać o odnawianie parku maszynowego, co jest szczególnie istotne w tak szybko rozwijającej się dziedzinie jak ochrona zdrowia, a co dało wyższy wzrost wartości tego składnika majątku od średniego w sektorze. Wartość brutto środków trwałych według sektorów własności pokazano w tabeli 5.

Tabela 5. Wartość brutto środków trwałych dla publicznego (PUB) i prywatnego (PRYW) w mld zł

Wyszczególnienie		1999	2018	Dynamika 1999–2018	
				Łącznie	Średnio
Gospodarka ogółem	PRYW	625,4	2 412,00	286%	14%
	PUB	720,6	1 617,70	124%	6%
	Udział sektora prywatnego ogółem	46%	60%	–	–
Ochrona zdrowia	PRYW	1,4	31,5	2 090%	104%
	PUB	20,7	72,5	250%	13%
	Udział sektora prywatnego ogółem	7%	30%	–	–

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [17, 18].

Zmiana wartości brutto środków trwałych w ochronie zdrowia była znaczna: w sektorze publicznym dwukrotnie większa niż w gospodarce ogółem, w prywatnym ponad siedmiokrotna (*sic!*), co można w jakimś stopniu przypisać stosunkowo niskiej wartości powyższych środków w początkowym okresie poddanym analizie. Powyższe sprawiło, że dla omawianego wskaźnika udział sektora prywatnego w gospodarce wzrósł z 46% do 60%, podczas, gdy w ochronie zdrowia – z zaledwie 7% do aż 30%. Stan środków trwałych w ochronie zdrowia zaprezentowano w tabeli 6.

Dane w tabeli 6 wskazują na silne zróżnicowanie między sektorami (publiczny/prywatny) oraz składowymi ich

Tabela 6. Stan środków trwałych w podziale na składowe dla publicznego (PUB) i prywatnego (PRYW) sektora ochrony zdrowia – wartość brutto w mld zł

Wyszczególnienie		1999	2018	Dynamika 1999–2018	
				Łącznie	Średnio
Ogółem, w tym:	PUB	20,7	72,51	250%	13%
	PRYW	1,44	31,53	2 090%	104%
Budynki i budowle	PUB	12,6	41,9	233%	12%
	PRYW	0,3	12,56	4 087%	215%
Maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia	PUB	7,58	28,43	275%	14%
	PRYW	0,99	13,66	1 280%	67%
Środki transportu i pozostałe	PUB	0,52	2,17	317%	17%
	PRYW	0,15	5,29	3 427%	180%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [17, 18].

majątku. Sektor prywatny charakteryzował się ośmiokrotnie większą dynamiką niż sektor publiczny. (W omawianym okresie udział własności prywatnej w pozycji „budynki i budowle” wzrósł z 2,3% w 1999 roku do 25% w 2018 roku, „maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia” – 11% do 32%, a „środki transportu” – z 29% do 75%.) Największe różnice między sektorami nastąpiły w odniesieniu do budynków i budowli (różnica niemal osiemnastokrotna), najmniejsze – do maszyn, urządzeń i narzędzi (niemal pięciokrotna). Powyższe może wynikać z tego, że (jak wspomniano) w omawianym okresie bardzo silnie wzrosła liczba świadczeniodawców prywatnych i musieli oni dysponować siedzibami. Prywatni właściciele wchodzili zatem w posiadanie budynków (kupno, najem) lub budowali nowe. Jednak, zapewne w związku z wysokimi cenami technologii medycznych, nie nabywali oni jeszcze (na masową skalę) tychże drogiej technologii. Do świadczenia usług musieli bowiem mieć budynek, ale niekoniecznie wyposażać go w drogie maszyny i urządzenia. Dlatego, choć skala przyrostu wartości maszyn, urządzeń i narzędzi jest i tak imponująca, nie jest tak duża jak w przypadku budynków i budowli. Choć, analizując wielkości nominalne, widać, że obecnie wartość obu omawianych składowych majątku jest na zbliżonym poziomie. Prawie jedenastokrotny wzrost nastąpił w pozycji środki transportu i pozostałe. Jest to jedyna składowa, której wartość w sektorze prywatnym przekracza (ponad dwukrotnie) wartość w sektorze publicznym. Uwiarygadnia to postawioną powyżej tezę mówiącą o inwestowaniu przez prywatnych właścicieli podmiotów leczniczych w środki transportu. Dane dotyczące zużycia środków trwałych zawarto w tabeli 7.

Tabela 7. Stopień zużycia środków trwałych w gospodarce ogółem (GO) i ochronie zdrowia (OZ) w %

Wyszczególnienie		1999	2018	Dynamika 1999–2018
Ogółem, w tym:	GO	47,2	47,3	0,20%
	OZ	44,6	48,5	8,70%
Budynki i budowle	GO	41,6	39,3	-5,50%
	OZ	35,4	28,9	-18,40%
Maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia	GO	58,4	63,5	8,70%
	OZ	57,8	72,7	25,80%
Środki transportu i pozostałe	GO	57,5	54,7	-4,90%
	OZ	54,3	55,3	1,80%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [17, 18].

Zmiany stopnia zużycia środków trwałych ogółem były stosunkowo niewielkie. Widać przy tym, że zużycie to w ochronie zdrowia wzrosło, przekraczając wartość powyższego wskaźnika dla gospodarki ogółem. Innym zmianom uległy składowe majątku. Najmniejsza dotyczyła środków transportu. W ochronie zdrowia minimalnie się one „postarzały” (1,8%), w gospodarce ogółem – „odmłodziły” (4,9%). Co może wydać się zaskakujące, stopień zużycia budynków i budowli w obu przypadkach

spadł, w ochronie zdrowia aż o 18,4% (zapewne efekt ww. remontów). Wskaźnik ten zwiększył się dla maszyn, urządzeń technicznych i narzędzi, i to w sposób zastawiająco wyraźny – w przypadku ochrony zdrowia było to 25,8%. Powyższe może świadczyć o tym, że następuje dekapitalizacja majątku, co potwierdziła Najwyższa Izba Kontroli [23]. Brak dostępu do powyższych danych w podziale na sektor prywatny i publiczny nie daje możliwości przeprowadzenia głębszej analizy, która pozwoliłaby określić, jakie trendy występują w wyżej wymienionych sektorach.

Podsumowanie

Ograniczenia dotyczące wielkości tekstu oraz relatywnie długi okres, którego dotyczy niniejsze opracowanie nie pozwalają na szczegółową analizę, jak kształtowały się omawiane wskaźniki rok po roku – a to mogłoby być interesujące, szczególnie przy uwzględnieniu wpływu kolejnych transzy środków pozyskiwanych ze środków unijnych i grantów EOG/norweskich oraz wpływu ogólnoswiatowego kryzysu z 2008 roku.

Zebrane dane pozwalają natomiast na stwierdzenie, że mimo powszechnych narzekań na wysokość wydatków na ochronę zdrowia wartość środków trwałych w tym sektorze uległa w omawianym okresie niezwykle silnemu wzrostowi. Jest to szczególnie widoczne na tle gospodarki ogółem. Wzrost wartości środków trwałych w sektorze ochrony zdrowia był istotnie wyższy niż w gospodarce ogółem. Co ciekawe, jego dynamika dla publicznej ochrony zdrowia była porównywalna do tej, osiąganą przez prywatny sektor gospodarki. Jeżeli by mierzyć za pomocą omawianej wartości rozwój sektorów, to publiczna ochrona zdrowia (13% rocznie) niewiele ustępowała temu, co odnotowywano w prywatnym sektorze gospodarki (14% rocznie). Wartość środków trwałych w publicznej ochronie zdrowia wzrastała dużo bardziej (ponad dwukrotnie) niż średnio w całej gospodarce publicznej (6%). Mając przy tym na względzie pokazane w tabeli 2 wartości bieżących wydatków publicznych, które (poza środkami publicznego płatnika) wzrastały znacząco mniej niż przyrost PKB, można założyć, że większość tego wzrostu jest efektem korzystania przez ochronę zdrowia ze środków unijnych/EOG/norweskich. Najwyraźniej rząd i samorządy stwierdziły, że środki z zagranicy są wystarczająco wysokie i wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia (poza ww. środkami publicznego składnika) była o w przypadku budżetu państwa o połowę mniejsza (3%, w porównaniu z ww. 6% rocznie), a w przypadku samorządu mniejsza (5%) niż wzrost wartości środków trwałych w gospodarce publicznej.

Natomiast to, co działo się w prywatnej ochronie zdrowia, jest wręcz spektakularne. Sektor prywatny w ochronie zdrowia rozwijał się w tempie prawie 7,5-krotnie szybszym niż średnio sektor prywatny w gospodarce ogółem.

Transfery z zagranicy, regularne kontrakty z publicznym płatnikiem oraz środki prywatne sprawiły, że udział środków trwałych ochrony zdrowia w gospodarce ogółem

wzrósł o 57%, sięgając 2,58% w 2018 roku. Warto podkreślenia wydaje się to, że z pomocy funduszy unijnych/EOG/norweskich korzystają głównie beneficjenci publiczni [12], co tylko pokazuje, jak duże inwestycje poczyniono w ochronie zdrowia, opierając się na kapitale prywatnym, lub jak efektywnie wykorzystywane są środki pozyskane przez ten sektor od publicznego płatnika. Dane w tabeli 2 pokazują bowiem, że roczny wzrost wydatków prywatnych na ochronę zdrowia wyniósł 8%, wzrost wydatków publicznego płatnika – 13%, a wartość środków trwałych w prywatnej ochronie zdrowia wzrastała w tempie 104%. Sugerowałoby to przekonanie prywatnego sektora, że ochrona zdrowia jest bardzo opłacalną branżą, przynoszącą zyski rekompensujące ponoszone ryzyko. Dzieje się to mimo złożonej w 2009 roku deklaracji Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, że sektor prywatny jest skłonny ponosić wyższe nakłady na infrastrukturę w ochronie zdrowia; inwestorzy jednak niechętnie podejmują takie ryzyko wobec braku stabilnej sytuacji w sektorze oraz narzędzi, którymi można by wspierać te inwestycje w ochronie zdrowia [24]. Być może od czasu tej deklaracji warunki uległy zmianie lub – co wydaje się bardziej prawdopodobne – sektor prywatny nauczył się, jak inwestować mimo ograniczeń wymienionych w wyżej wymienionej deklaracji.

W omawianym okresie stopa inflacji wyniosła 73% [25]. Wskaźnik ten liczony jest dla cen towarów i usług konsumpcyjnych, więc może nie do końca dokładnie oddawać to, jak kształtowały się ceny majątku trwałego, ale daje pewne wyobrażenie na temat spadku wartości pieniądza. Jak widać, wzrost wartości środków trwałych był znacznie wyższy niż inflacja.

Największy udział w wartości środków trwałych w sektorze ochrony zdrowia mają budynki i budowle (prawie 54,5 mld zł), za którymi znajdują się maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia, o większej dynamice wzrostu niż ta pierwsza składowa. Natomiast największą dynamiką charakteryzują się środki transportu (i pozostałe). Wzrost tej ostatniej wartości można tłumaczyć chęcią zakupu samochodu „na firmę”. Powstanie tak dużej liczby podmiotów prywatnych, jak zostało to pokazane w tabeli 1, i możliwość użytkowania auta służbowego do celów prywatnych przez ich właścicieli wydaje się najlogiczniejszym wytłumaczeniem wspomnianej skali wzrostu wartości środków transportu w ochronie zdrowia.

Jak wspomniano, przytoczone dane wskazują jednoznacznie na dużą dynamikę wzrostu wartości środków trwałych w ochronie zdrowia. Jest to spowodowane przez szereg czynników. Można do nich zaliczyć: silny wzrost zamożności obywateli, których coraz wyższe zarobki przekładały się na ilość pieniądza, jaką miał do dyspozycji publiczny płatnik i jaką sami obywatele mogli wydawać na ochronę zdrowia. Nie do przecenienia jest także dopuszczenie na szeroką skalę prywatnych dostarczycieli świadczeń do środków publicznych (Narodowego Funduszu Zdrowia) oraz możliwość wykorzystania funduszy unijnych, Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. To wszystko sprawiało, że w systemie pojawiły się środki, których wcześniej nie było. Niepokojące jest przy

tym to, że państwo sukcesywnie zmniejsza swoją rolę w bieżącym finansowaniu ochrony zdrowia, „przerzucając” odpowiedzialność za inwestycje na wyżej wymienione fundusze i obywateli. Tempo wzrostu wydatków na zdrowie z budżetu państwa było bowiem istotnie niższe niż tempo wzrostu PKB, a także niż wskaźnik inflacji w omawianym okresie. Drugą rysą na tym zdecydowanie pozytywnym obrazie środków trwałych w ochronie zdrowia jest rosący stopień ich zużycia, co każe zadać pytanie, czy jest to efekt chwilowej zadyszki, czy też w sektorze ochrony zdrowia zaczyna się już „zjadanie własnego ogona”? Z pewnością należałoby podjąć bardziej dogłębne badania w tym obszarze, co pozwoliłoby na stwierdzenie, jak jest faktycznie i jakie mogą być konsekwencje tego stanu rzeczy.

Przypisy

¹ O ile nie zaznaczono inaczej, wartości w niniejszym opracowaniu podawane są w bieżących cenach ewidencyjnych w mld zł, stan na 31.12.2020.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153.
2. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2017 poz. 844.
3. *Przyszłość sektora prywatnego w systemie opieki zdrowotnej* [Rozmowa R. Moksia i M. Błocha], BFF Medfinance, <https://www.medfinance.pl/przyszlosc-sektora-prywatnego-w-systemie-opieki-zdrowotnej> (dostęp: 9.10.2020).
4. Leszczyńska B., *Prywatne szpitale z ograniczonym dostępem do NFZ. Większość z nich może upaść*, Forsal, 01.12.2017, <https://forsal.pl/artykuly/1089111,prywatne-szpitala-z-ograniczonym-dostepem-do-nfz-wiekszosc-z-nich-moze-upasc.html> (dostęp: 9.10.2020).
5. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, <https://rpwdl.csioz.gov.pl/> (dostęp: 8.08.2020).
6. Kaczor A., Kautsch M., *Inwestycje w publicznej i prywatnej ochronie zdrowia w latach 1999–2007*, [w:] *Współczesne wyzwania strukturalne w ochronie zdrowia*, red. R. Lewandowski, R. Walkowiak, Olsztyn: Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, 2009.
7. Kaczor A., Kautsch M., *Rok 2008 – zmiana trendów inwestycyjnych w ochronie zdrowia?*, „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” 2011, nr 39, s. 106–122.
8. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Statystyczny 2019*, Warszawa 2019.
9. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2018-roku,1,9.html> (dostęp: 10.05.2020).
10. Ząbek K., Głogowski C., Gierczyński J., *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1999–2003*, „Menedżer Zdrowia” 2003, nr 5, s. 64–65.

11. OECD, *Health Statistics 2020*, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#> (dostęp: 3.10.2020).
12. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, *Mapa Dotacji*, <https://mapadotacji.gov.pl/> (dostęp: 5.10.2020).
13. Mechanizm Finansowy EOG i Norweski Mechanizm Finansowy, <https://www.eog.gov.pl/> (dostęp: 5.10.2020).
14. EEA and Norway Grants, <https://eeagrants.org/countries/poland> (dostęp: 5.10.2020).
15. Mazurek M., *Fundusze strukturalne jako źródło finansowania inwestycji w jednostkach ochrony zdrowia*, „Przeegląd Epidemiologiczny” 2010, nr 64, s. 577–581.
16. Dubas-Jakóbczyk K., *Rola funduszy strukturalnych Unii Europejskiej w finansowaniu inwestycji w obszarze ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2014, nr 12 (3), 228–238, doi:10.4467/20842627OZ.14.024.3442.
17. Główny Urząd Statystyczny, *Inwestycje i środki trwałe w gospodarce narodowej na rok 1999*, www.stat.gov.pl (dostęp: 10.05.2020).
18. Główny Urząd Statystyczny, *Inwestycje i środki trwałe w gospodarce narodowej na rok 2018*, www.stat.gov.pl (dostęp: 10.05.2020).
19. OECD, *OECD Health Statistics 2021*, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> (dostęp: 10.05.2020).
20. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia na rok 1999*, Warszawa 2000.
21. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia na rok 2018*, Warszawa 2019.
22. Kautsch M., Ponikło W., Zientek K., Dela R., *Struktura szpitala*, MP.pl, 17.08.2020, <https://www.mp.pl/kurier/243616> (dostęp: 5.09.2020).
23. Najwyższa Izba Kontroli, *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, KZD.034.001.2018, Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, Warszawa 2019, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> (dostęp: 5.09.2021).
24. Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, *Program Związku*, <https://medycynaprywatna.pl/o-zwiazku-2/program-zwiazku/> (dostęp: 5.09.2021).
25. Główny Urząd Statystyczny, *Roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych od 1950 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-pot-inflacja-/roczne-wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych/> (dostęp: 7.10.2020).

Ile administracji w ochronie zdrowia?

S. Sikorski, *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*

Adam Ryś¹

Monografie z zakresu prawa administracyjnego wyróżniają się szczególną cechą, rzadziej spotykaną w publikacjach dotyczących innych gałęzi prawa. Zauważalne jest bowiem w nich to, że zazwyczaj znaczna ich część poświęcona jest rozważaniom pojęciowym, których celem jest próba uporządkowania pojęć używanych w prawie administracyjnym i naukach o administracji publicznej w sposób niekiedy zbyt swobodny, by nie powiedzieć dowolny.

Niewątpliwą zaletą pracy Sebastiana Sikorskiego pt. *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2021) jest próba uporządkowania bardzo rozległej siatki pojęciowej. Dla każdego prawnika, nawet jeśli nie jest on administratywistą (a może w szczególności właśnie dla przedstawicieli innych gałęzi), dostrzegalny być musi ogromny wysiłek, jaki niewątpliwie towarzyszy opracowaniu samego pojęcia „administracja publiczna”. Stąd lektura pierwszego rozdziału pracy stanowić może autonomiczne opracowanie jednego z węzłowych problemów w doktrynie prawa administracyjnego. Problem ten sprowadza się do pytania, jak poprawnie używać nazw poszczególnych funkcji administracji publicznej.

Wychodząc od porządkującego podziału działań administracji na administrację władczą (reglamentacyjną) oraz świadcząca, wypada zgodzić się z założeniem – jak się zdaje będącym motywem przewodnim całej pracy – że wobec wyzwań związanych z prawną regulacją jednego z najdroższych, zdaniem Autora, obszarów aktywności państwa – ochrony zdrowia (por. s. 117) niezbędne jest opracowanie gruntownej teoretycznej analizy administracji publicznej w ochronie zdrowia z wykorzystaniem kategorii „funkcji administracji” jako narzędzia badawczego.

Można natomiast postawić pytanie, na ile zasadne jest przywołanie znacznej liczby poglądów przedstawicieli nauk prawnych, nauk o administracji, nauk

społecznych, a także poglądów teoretyków prawa, a nawet klasycznych już dzisiaj filozofów. W przypadku tych ostatnich uzasadnione może to być okolicznością, że są oni twórcami określonych pojęć, wykorzystanych przez naukę prawa administracyjnego. Samo przytaczanie rozmaitych poglądów wypada zatem ocenić pozytywnie, jednak przy lekturze nasuwa się nieodparte wrażenie, że niekiedy trudno jest odczytać poglądy samego autora na temat poszczególnych tez przytaczanych za innymi przedstawicielami nauk o zdrowiu z jednej strony, a doktryny prawniczej z drugiej.

W pracy widoczny jest niewątpliwie wpływ perspektywy administracyjnoprawnej, czemu nie można się dziwić, bo to praca lokowana w tym obszarze teoretycznym. W konsekwencji jednak nieco na drugi plan schodzą kwestie uwarunkowań politycznych i gospodarczych. Reformy sektora ochrony zdrowia przedstawione są w sposób rzetelny z punktu widzenia ich prawniczej treści. Troska o rzetelność w przedstawianiu referowanych poglądów nadaje wywodom w dużej mierze charakter sprawozdawczy. Można zatem powiedzieć, że Autor z powodzeniem zachowuje bezstronność, jednak dla czytelników będących praktykami prawa albo osobami angażującymi się w próby reformowania systemu zdrowotnego może być to odczytane jako brak postulatów *de lege ferenda*, a więc unikanie przez Autora zajęcia własnego stanowiska w przedstawianych sprawach.

Zgodnie z jasną deklaracją Autora, że praca ma charakter teoretyczny, w takiej właśnie perspektywie przedstawił on – problematyzując badany obszar – kwestię możliwych rozwiązań prawnych w systemie zdrowotnym. Natomiast gdy spojrzeć na recenzowaną pracę od strony praktycznej, a więc kwestii poruszanych *de lege lata*, to nie da się powiedzieć, że służyć może ona praktykom na co dzień stosującym prawo, a więc urzędnikom, sędziom, adwokatom czy radcom prawnym. Jako otwarte pozostawiam pytanie, na ile służby prawne obsługujące podmioty lecznicze bezpośrednio

¹ Autor jest radcą prawnym, prowadzącym kancelarię w Krakowie.

zaangażowane w świadczenie usług zdrowotnych będą mogły wykorzystywać tę książkę w codziennej pracy.

Nie mam natomiast wątpliwości, że recenzowana publikacja będzie bardzo cennym opracowaniem dla osób, których zawodowym (praktycznym) lub akademickim (naukowym) celem są takie przedsięwzięcia, jak przygotowywanie założeń do projektów określonych aktów prawnych, w tym ustaw i rozporządzeń. Lektura monografii ułatwi bowiem osobom zajmującym się ochroną zdrowia z perspektywy prawnej uporządkowanie pojęć, poznanie genezy poszczególnych instytucji ochrony zdrowia w Polsce (zarówno w rozumieniu prawnym, jak również jako elementów administracji publicznej). Świadomość zakorzenienia różnych instytucji prawnych w przeszłości, tak w sensie tradycji prawnej, jak i wpisania ich w społeczny i organizacyjny kontekst może pozwolić na podejmowanie bardziej racjonalnych interwencji. W trwającej praktyce nierzadko bowiem można odnieść wrażenie, że sporo zmian w systemie prawa polega na zastępowaniu wybranych regulacji innymi w sposób sprowadzający się do zmian powierzchownych, to znaczy zmian nazewnictwa. Tymczasem konfrontacja z doświadczeniem pracowników sektora ochrony zdrowia od kadry zarządzającej w dół utwierdza w przekonaniu, że za zmianami ustawodawczymi często nie idą realne zmiany w sposobie wykonywania zadań przez daną instytucję. Zmieniają się nazwy stanowisk, wewnętrzne struktury jednostek są

przekształcane, co skutkuje wymianą kadry kierowniczej, jednak zasada działania pozostaje taka sama – ze wszystkim jej zaletami i wadami.

Lektura monografii przez osoby próbujące reformować sektor ochrony zdrowia miałyby zatem niewątpliwe spory walor edukacyjny. Gdyby politycy byli skłonni pogłębić swoją wiedzę na temat funkcjonowania prawnych mechanizmów wykorzystywanych w regulowaniu sektora zdrowotnego, miałyby to bardzo pozytywny wpływ na jakość debaty, ale i wdrażanych finalnie rozstrzygnięć. Jednak w procesie edukacji z uwagi na teoretyczny charakter opracowania nie można zalecać powstrzymania się od dalszych lektur. Pomimo przytoczenia przez autora pewnej liczby organizacyjnych i prawnych konkretów, w tym pewnej liczby orzeczeń, nie dowiemy się z pracy, jak funkcjonuje w polskim porządku prawnym administracja ochrony zdrowia. I pamiętać należy, że mechanizmy prawne są tylko jednym z narzędzi, jakie można – i należy – wykorzystać w usprawnianiu działania systemu zdrowotnego. Każda próba istotnej zmiany legislacyjnej w tym zakresie winna być poprzedzona gruntownym rozpoznaniem merytorycznym i formalnym przedmiotu ingerencji prawnej. Recenzowaną monografię można potraktować jako dobry opis poszczególnych części szerokiego obszaru administracji ochrony zdrowia, będącą swoistą „mapą drogową” oraz zachętą do dalszych studiów i analiz.