

Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów

Stanisława Golinowska  <https://orcid.org/0000-0002-6812-5972>

Michał Zabdyr-Jamroz  <https://orcid.org/0000-0002-3203-7954>

z udziałem: Nicola Magnavita, Jaques Scheres, Robert Nartowski,
Danuta Aniela Tomczak, Izabela Czuba, Olga Löblová, Rafał Halik,
Valentyn Bakhnivsky i Iwona Bielska

Adres do korespondencji: stanislawa.golinowska@uj.edu.pl, michal.zabdyr-jamroz@uj.edu.pl

Abstract

Public governance of the health crisis in the first six months of the global COVID-19 pandemic. Comparative analysis based on the opinions of experts from selected countries

From among the numerous analyses of the health crisis caused by the COVID-19 pandemic, the authors looked for those that would enable assessment of institutional solutions. They put forward the thesis that good institutions (with appropriate regulations, means and expert support) constitute an essential resource enabling fast, accurate, and effective measures in terms of protection and therapy.

The authors turned to experts from other countries with whom they have been cooperating for many years in the field of public health and used their competences in the field to answer questions about public governance in the first six months of the pandemic outbreak (January to June 2020) when lockdowns were widely implemented and then gradually lifted. Particularly significant for the assessment of health crisis management, the experts chose countries that are diverse in terms of: state of decentralization, social structure, and resources available, as well as healthcare organization and political tradition in dispute resolution.

Reports from Italy, the Netherlands, United Kingdom, Norway, Germany, the Czech Republic, Ukraine, and Canada (with focus on Ontario) – attached as an appendix – were supplemented with direct consultations. The comparative analysis of the obtained information and the exchange of opinions are the subject of this article. In the comparative analysis, we also refer to Polish activities and solutions. The Polish perspective of public management signifies a concern for the neglected area of public health. This article is enriched with the authors' reflections and generally formulated recommendations.

Streszczenie

Wśród licznych analiz dotyczących kryzysu zdrowotnego wywołanego pandemią COVID-19 autorzy poszukiwali takich, które pozwolą na ocenę rozwiązań instytucjonalnych. Postawili tezę, że istnienie dobrych instytucji (z odpowiednimi regulacjami, środkami i zapleczem eksperckim) stanowi niezbędny zasób umożliwiający szybkie, trafne i efektywne działania ochronne oraz lecznicze.

Autorzy zwrócili się do ekspertów z innych krajów, z którymi od wielu lat współpracują w dziedzinie zdrowia publicznego, aby tym razem, wykorzystując kompetencje w dziedzinie ochrony zdrowia, odpowiedzieli na pytania dotyczące zarządzania publicznego (*governance*) w pierwszym półroczu wybuchu pandemii (od stycznia do czerwca 2020), kiedy powszechnie zastosowano *lockdown* i stopniowo z niego wychodzono. Co szczególnie znaczące dla oceny zarządzania w sytuacji kryzysu zdrowotnego, zaproszeni do współpracy eksperci reprezentują kraje różnorodne pod względem: decentralizacji państwa, struktury społecznej, posiadanych zasobów, także organizacji ochrony zdrowia i tradycji politycznej w uzgadnianiu spraw spornych.

Raporty z Włoch, Holandii, Zjednoczonego Królestwa, Norwegii, Niemiec, Czech, Ukrainy oraz Kanady (w tym z prowincji Ontario) – załączone jako apendyks – uzupełniano bezpośrednimi konsultacjami. Analiza pozyskanych informacji oraz wymiana opinii stanowią przedmiot artykułu. W analizie porównawczej odwołujemy się także do polskich działań i rozwiązań. Polska perspektywa zarządzania publicznego jest wyrazem troski o zaniedbany obszar zdrowia publicznego. Artykuł wzbogacony jest refleksjami autorów oraz ogólnie sformułowanymi rekomendacjami.

Słowa kluczowe: COVID-19, SARS-CoV-2, zdrowie publiczne, polityki publiczne, analiza porównawcza, Włochy, Holandia, Wielka Brytania, Norwegia, Niemcy, Czechy, Ukraina, Kanada (i prowincja Ontario)

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, public health, public policies, comparative analysis, Italy, United Kingdom, the Netherlands, Norway, Germany, Czech Republic, Ukraine, Canada (and Ontario)

Wprowadzenie

Transformacja epidemiologiczna dokonująca się w krajach dobrobytu w ciągu ostatnich dekad, polegająca na przechodzeniu od dominacji chorób zakaźnych w kierunku niezakaźnych chorób przewlekłych (NDC), osłabiła ochronne działania zdrowia publicznego ukierunkowane na choroby zakaźne. Wydawało się, że pojawiające się w świecie choroby zakaźne są raczej egzotyczne i dotyczą odległych krajów rozwijających się, np. wirus ebola (powtarzające się wybuchy w Kongo) czy żółtej gorączki (w Gabonie). Zajmowali się nimi specjaliści od globalnego zdrowia publicznego. Tymczasem proces globalizacji i bezpośrednie kontakty ludzi na całym świecie spowodowały, że choroby zakaźne powstałe w odległych ogniskach mogą rozprzestrzeniać się ponad granicami i kontynentami, wprowadzając nowe zagrożenia oraz nowy kierunek przemian epidemiologicznych [1]. Transformacja epidemiologiczna nie jest więc jednokierunkowa. We współczesnym świecie przewlekłe choroby niezakaźne występują jednocześnie z chorobami zakaźnymi, czyniąc obraz epidemiologiczny hybrydowym [2], a obszar zdrowia publicznego staje się coraz bardziej rozległy.

Pandemia COVID-19 w sposób nagły w 2020 roku ogarnęła świat na niespotykaną od wielu, wielu lat skalę. Dla porównania przywoływana jest grypa hiszpanka, wywołana w latach 2018–2019 wirusem H1N1 typu A. Wbrew nazwie wybuchła nie w Hiszpanii, lecz wśród żołnierzy walczących i powracających z frontów I wojny światowej, głównie w USA, Francji i Zjednoczonym Królestwie. Hiszpanka występowała także w Polsce w okresie wojny bolszewickiej.

Hiszpańska grypa miała trzy fale. Najgroźniejsza była druga, pochłaniając więcej śmiertelnych ofiar niż zginęło żołnierzy na frontach wojny. Szacuje się, że na całym świecie na ten rodzaj grypy zmarło 50 mln osób [3]. Zmutowany wirus grypy A/H1N1 pojawił się 90 lat później w Meksyku i doprowadził do epidemii choroby nazwanej świńską grypą, przeniesionej następnie do Kalifornii, innych stanów USA i kolejnych krajów, także europejskich¹.

W roku 2002 w prowincji Guangdong w Chinach pojawił się nieznaną wirus, pochodzenia zwierzęcego, wywołujący zespół ostrej niewydolności oddechowej, nazwany SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), który następnie zanotowano także w innych miejscach kontynentu (Tajwan, Singapur, Hongkong, Wietnam, Indonezja, Japonia), a poza krajami Azji Południowo-Wschodniej pojawił się również w Kanadzie. Wywoływał wysoce zaraźliwą chorobę płuc. Eksperti WHO zaalarmowali świat. Rozpoczęto badania oraz podjęto

działania ostrzegające przed zakażeniem nietypowym patogenem [4]. Zwracano uwagę na drogi transmisji zakażeń i postulowano wprowadzenie ograniczeń w odniesieniu do podróżowania samolotami oraz pobytu w miejscach zbiorowego zamieszkiwania (w hotelach). Ostrzegano przed możliwościami kolejnej epidemii SARS o znacznie większym zasięgu [5].

Dekadę później (w 2012 roku) w arabskich krajach Bliskiego Wschodu pojawił się kolejny wirus pochodzenia zwierzęcego, wywołujący niewydolność oddechową – MERS-Cov (*Middle-East Respiratory Syndrome*) z dużym wskaźnikiem śmiertelności (34%). Zakażenia następowały w placówkach ochrony zdrowia (głównie szpitalach), co umożliwiło relatywnie szybkie działania lecznicze i zatrzymanie dalszych zakażeń. Mimo eksperckich konferencji, seminariów i publikacji, na których formułowano jednoznaczne ostrzeżenia przed rozszerzeniem się regionalnych zakażeń wirusem MERS na cały świat [6], działania w zakresie zdrowia publicznego oraz badań naukowych nad nowym patogenem były niespieszne.

W końcu 2019 roku pojawił się nowy odzwierzęcy wirus typu SARS (SARS-CoV-2; koronawirus). Pierwsze przypadki nowej choroby wywołującej zapalenie płuc odnotowano w połowie grudnia 2019 roku wśród mieszkańców związanych z rynkiem zwierząt i owoców morza w mieście Wuhan. Nowy wirus ma ogromną zaraźliwość populacyjną (współczynnik reprodukcji: 2,0–3,0), co oznacza znacznie szybsze tempo zakażeń niż w przypadku MERS czy SARS, ale niższą śmiertelność. Inne skutki są jak dotąd nierozpoznane; niepokoi pytanie o utrzymanie się odporności po wyzdrowieniu. Co istotne, koronawirus – prócz tego, że może być przechodzony bezobjawowo – nie atakuje tylko płuc, ale także inne organy.

Czy poprzednie epidemie zakażeń wirusami, wywołującymi niewydolność oddechową i zapalenie płuc, dały światu lekcję, jak sobie z tym radzić? Trzeba powiedzieć, że były to lekcje niedostateczne. Jak powiedział Goethe: *Nie wystarczy coś wiedzieć. Trzeba też umieć to zastosować. Nie wystarczy chcieć, trzeba działać.* Nie wyciągnięto wniosków, a rozwlekłemu zakażeniu „egzotycznymi” wirusami na skutek globalizacji uległo przyspieszeniu.

Po pierwszej fali pandemii COVID-19, nie wszędzie wygaszonej, nurtuje nas pytanie, jak skutecznie działać. To ogólne pytanie zawiera wiele pytań szczegółowych. Pierwsza ich grupa dotyczy przede wszystkim charakteru koronawirusa, który wywołał tę wysoce zaraźliwą epidemię, i poszukiwania sposobu, jak leczyć wywołaną przez niego chorobę. Druga grupa pytań dotyczy obszaru działania państwa w zakresie zdrowia publicznego, czyli jakie podjęto działania, aby chronić populację przed za-

każeniami i jak organizować dostęp do procesu leczenia zakażonych. Publicyści nieustannie pytają, czy byliśmy na to przygotowani i czy podjęte działania były dostateczne oraz właściwe z punktu widzenia zatrzymania rozszerzania się zakażeń.

Obie grupy spraw są ściśle ze sobą związane. Wiedza o patogenie i możliwościach leczenia choroby nim wywołanej wskazuje kierunki działań ochronnych i organizowania dostępu do leczenia. Istnieje jednak pewien zakres działań zdrowia publicznego, który zawsze powinien być obecny, stanowiąc niezbędne zabezpieczenie populacji przed zagrożeniami i kryzysami zdrowotnymi. To oznacza **zapewnienie trwałego zasobu różnych rezerw w systemie zdrowotnym**; nie tylko wyposażenia medycznego (respiratory) i diagnostycznego (laboratoria i testy), środków ochrony osobistej dla białego personelu (PPE), ale także zasobów kadr medycznych i łóżek. W systemach ochrony zdrowia, nastawionych na osiągnięcie efektywności kosztowej, rezerw ubywało. Deficyty były tym większe, im mniej środków przeznaczano na ochronę zdrowia.

Pandemia COVID-19 dotarła w momencie, gdy zarówno świadomość możliwości wystąpienia globalnego wymiaru choroby, jak i znaczenie rezerw niezbędnych w przeciwdziałaniu oraz leczeniu nowej choroby zakaźnej były ograniczone.

1. Metoda analizy

Informacje ilościowe o zakażeniach, zachorowaniach i zgonach zbierane są systematycznie przez liczne międzynarodowe organizacje oraz agencje zdrowia publicznego: WHO, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC), analogiczne Amerykańskie Centrum (CDC), John Hopkins-Institute i wiele organizacji narodowych. To stanowi punkt wyjścia w rozpoznawaniu sytuacji epidemicznych.

W tym artykule do powszechnie dostępnej informacji ilościowej dodano opinie krajowych ekspertów o działaniach instytucji publicznych w sytuacji pandemii COVID-19. **Postawiono tezę, że istnienie dobrych instytucji (z odpowiednimi środkami i zapleczem eksperckim) stanowi niezbędny zasób, umożliwiający trafne i efektywne działania ochronne oraz lecznicze. Dzięki temu gromadzona jest wiedza, zbierane informacje, wykonywane ekspertyzy i przygotowywane regulacje oraz akcje dla odpowiednich służb oraz ludności.** Niekiedy pada argument, że do całkiem nowych zagrożeń zdrowotnych i w nowych uwarunkowaniach nie sposób się wcześniej przygotować. Niewątpliwie trudno szybko reagować medycznie; wynaleźć lek czy/i wyprodukować szczepionkę. Jednakże w sferze zdrowia publicznego już przed wieloma laty powstały i rozwinęły się niezbędne standardy instytucjonalne, pozwalające na zabezpieczanie się przed epidemiami i katastrofami. Ich repektowanie i rozwijanie nie zawsze ma miejsce, często z powodu oszczędności wydatków na tworzenie rezerw wykorzystywanych tylko w specjalnych okolicznościach. Warto jednak taki problem rozważać komplek-

sowo i w dłuższej perspektywie. Koszty ekonomiczne i społeczne globalnej pandemii COVID-19 będą znacznie większe niż wynosiłyby nakłady na utrzymanie i rozwijanie potrzebnych instytucji zdrowia publicznego.

Ekspertom z różnych krajów zostało postawione pytanie o krajowe możliwości instytucjonalne skutecznego zatrzymania pandemii. Wybór ekspertów podyktowany był dotychczasową współpracą międzynarodową polskiego środowiska badawczego w tej dziedzinie, a także chęcią podzielenia się wiedzą i refleksją w nowej sytuacji. W tym celu przygotowana została ankieta z otwartymi pytaniami, wyjaśniana i rozwijana na bieżąco (do końca czerwca 2020 roku). Na postawione pytania odpowiedziało dziewięciu ekspertów: pięciu z krajów europejskich – Włochy [7], Holandia [8], Wielka Brytania [9], Norwegia [10] (wraz z informacjami o innych krajach skandynawskich), Niemcy [11], Czechy [12] i Ukraina [13] – oraz jedna osoba, ale z zespołem kolegów i współpracowników z Kanady [14], dzięki której uzyskano też informacje o rozwiązaniach w prowincji Ontario [15]. Kanada ma bowiem wysoce zdecentralizowany system ochrony zdrowia. Informacje o Polsce pochodzą także z raportu Rafała Halika, który będzie zamieszczony w drugim numerze 2020 r. „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”.

Ramka – pytania do ekspertów

Jaka była reakcja władz na pandemię i jak to uzasadniono?

Jak zbiera się informacje o zakażeniach, zgonach i ozdrowieniach; jakie instytucje czy służby są za to odpowiedzialne?

Jakie instytucje przekazują zalecenia dotyczące profilaktyki, w jakiej formie i czy z zastosowaniem sankcji, jakich?

Jakie relacje mają organizacje medycznych profesjonalistów (epidemiologów) z władzami politycznymi?

Czy społeczeństwo ma zaufanie do przekazów władz na temat właściwego zachowania w czasie pandemii oraz izolacji i jak się zachowuje?

Czy wykonuje się dużo testów?

Czy starcza środków ochrony i miejsc w szpitalach; czy i jak zwiększa się *capacity* w szpitalach?

Czy i jak wychodzi się z zamknięcia?

W pytaniach ukryty był niepokój o sytuację w Polsce; o to, czy działania polskich władz były właściwe. Czy i co można było zrobić lepiej? Sformułowane były z polskiej perspektywy, chociaż eksperci relacjonowali rozwiązania swoich krajów.

W każdym kraju kontekst podejmowanych działań był inny. Wymiar polityczny i gospodarczy był szczególnie ważny. Wszędzie podejmowano też działania uniwersalne dotyczące ochrony zdrowia obywateli.

Artykuł stanowi podsumowanie ocen eksperckich. Korzystaliśmy nie tylko z przesłanych raportów, które jako plik raportów zamieszczamy także w tym numerze

Zeszytów. Na bieżąco konsultowaliśmy i wyjaśnialiśmy zawarte w nich treści, sprawdzając w licznych rozmowach, czy porównujemy takie same instytucje i działalności. W badaniach instytucjonalnych jest to szczególnie istotne. Pod podobnymi nazwami kryją się bowiem niejednokrotnie całkowicie różne funkcje i działania.

Korzystaliśmy także z informacji pochodzących ze specjalnego monitorowania sytuacji przez WHO, Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC), Europejskie Obserwatorium Systemu i Polityki Zdrowotnej (System Response Monitor – HSRM), comiesięcznych komunikatów Parlamentu Europejskiego (*Public opinion monitoring in the time of COVID-19*) oraz dostępnych opinii *think tanków* (np. Fundacji Roberta Schumana, *Managing Covid-19. A Journey through Europe*, Fundacji EdelmanTrust), krajowych stron internetowych zaangażowanych instytucji zdrowia publicznego oraz pierwszych dostępnych publikacji w tym obszarze, które cytujemy w opracowaniu.

2. Zmienne kontekstowe jako wprowadzenie do porównań

Pandemia COVID-19, zwracając uwagę na większe ryzyko zakażenia i chorowania wśród starszych grup ludności, ludności żyjących i pracujących w większych skupiskach oraz bardziej mobilnych, wskazuje na znaczenie kontekstu pojawiania się choroby, niezależnie od jakości działań w zakresie zdrowia publicznego wyznaczonych przez epidemie. W tabeli I podajemy główne wskaźniki obrazujące kontekst demograficzny i geograficzny podatności na zakażenie wirusem SARS CoV-2 w analizowanych krajach.

Najwyższe wskaźniki zachorowań w krajach uwzględnionych w artykule wystąpiły w dużych skupiskach miejskich i w regionach o najwyższej gęstości zaludnienia: w czterech regionach włoskich (w Lombardii, Piemencie, Wenecji i Emilia Romania), w Holandii (Nord-Brabant, okolice Hagi), w Hiszpanii (Madryt i okolice), w Wielkiej

Brytanii – aglomeracja londyńska i przemysłowe ośrodki na południu, w Szwecji – Sztokholm, we Francji – Paryż, a w Kanadzie – Montreal, Toronto i Vancouver. Ponadto miejscem większego ryzyka zakażenia koronawirusem okazały się domy zbiorowego zamieszkania; przede wszystkim domy opieki dla osób starszych, ale także hotele pracownicze i klasztory. Osoby starsze w domach opieki dotknięte zostały jakby podwójnym ryzykiem: słabości starzejącego się organizmu i liczniejszych kontaktów zewnętrznych na co dzień. W niektórych przypadkach większe znaczenie miał czynnik dłuższego życia dużej skali osób starszych, np. we Włoszech, a w innych – większa skala osób starszych mieszkająca w domach starości, np. w Holandii (dochodząca do 9% ludności).

Istotne znaczenie dla rozszerzania się zakażeń miała mobilność, której wyrazem jest zarówno turystyka, jak i procesy migracyjne. Ludność imigrancka zatrudniana jest najczęściej na czas określony, mieszka w gorszych warunkach lokalowych, w przeludnionych dzielnicach i przestrzeniach podmiejskich (zjawisko rozlewania się miast). Największe wskaźniki ludności imigranckiej w analizowanej grupie krajów dotyczą Holandii, Niemiec i Zjednoczonego Królestwa, a ponadto Irlandii (20,1%), Hiszpanii (13,8%) oraz Szwecji (13,0%). Kanadyjskie statystyki podają, że 22% ludności stanowią imigranci, w tym 4% przybyło w ciągu ostatnich 5 lat [16]. Dostrzegamy potencjalny związek nierówności społeczno-ekonomicznych z zakażeniami i skutkami pandemii, jednak dane na ten temat wymagałyby najzupełniej odrębnej analizy.

Druga grupa czynników kontekstowych związana jest z zasobami ochrony zdrowia (tabela II), które umożliwiałyby dostęp do leczenia; wystarczająca liczebność białego personelu, łóżek szpitalnych oraz laboratoriów z odpowiednimi możliwościami wykonywania testów. Wskaźniki łóżek szpitalnych na 100 tys. mieszkańców, najwyższe w regionach Niemiec Wschodnich, Czechach i w Polsce, a najniższe w Szwecji, Holandii, Wielkiej Brytanii oraz relatywnie niskie w Hiszpanii i we

Tabela I. Wskaźniki demograficzne i geograficzne w analizowanych krajach

Wskaźniki	IT	NL	UK	NO	D	CZ	CA	PL
Udział osób 65+ %	22,6	18,9	18,2	16,9	21,4	19,2	16,9	17,1
Osoby 65+ w domach opieki* %	K-2 M-1	K-6 M-2,5	K-5 M-2,5	K-4 M-2	K-4 M-2,5	K-3,5 M-2	6,8*	K-1,5 M-1,5
Najwyższa gęstość zaludnienia; jednostki administracyjne	Casavatore (Neapol) i Milano	s'Gravenhage (Haga)	Londyn i Portsmouth oraz Southampton	Oslo	Mona-chium i Wupper-tal	Praga	Toronto, Montréal, Vancouver	Okolice Warszawy (Legionowo), Śląsk (Katowice)
Imigranci** na 1 tys.	5,5	11,3	9,1	9,0	10,8	6,2	21,8	5,6

Wyjaśnienia: * dane pochodzą ze spisów ludności, które odbyły się w krajach europejskich po 2010 r. i podane są odrębnie dla kobiet (K) i mężczyzn (M), a dla Kanady dla obu płci [16]; ** ludność przybyła do kraju przeznaczenia na 1 tys. mieszkańców, dane dla 2018 r.; informacje z Kanady pochodzą ze spisu ludności – w 2016 r.

Źródło: Eurostat online oraz dla Kanady [16] i [14].

Włoszech, stanowią tło późniejszych trudności w sytuacji pandemii. Niskie wskaźniki zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek – to także czynnik wpływający na ograniczenia w skutecznym zarządzaniu sytuacją kryzysową. W raportach z Włoch zwraca się uwagę na to, że w bogatych regionach kraju dokonała się dynamiczna prywatyzacja ochrony zdrowia wraz z wprowadzaniem biznesowych metod zarządzania placówkami zdrowotnymi (szczególnie w Lombardii), co doprowadziło do wysokiej skali ograniczania wszelkich rezerw, które zwiększałyby bieżące koszty funkcjonowania [17].

Trzecia grupa wskaźników kontekstowych dotyczy struktury i działania instytucji publicznych w państwie; podziału administracyjnego oraz zakresu autonomii wyodrębnionych jednostek terytorialnych. W państwach federalnych takie jednostki są samodzielnymi strukturami

częściowo także w znaczeniu politycznym. Regiony czy kraje mają swe demokratycznie wybierane władze i mogą tworzyć własne regulacje. Decentralizacja obejmuje zwykle także sektor ochrony zdrowia (**zestawienie 1**). Jednak i w krajach federalnych ochrona zdrowia może mieć charakter jednolity w całym państwie lub mieszany, np. w Niemczech. Bywa też tak, że w krajach unitarnych sektor zdrowotny jest zdecentralizowany, np. w Holandii i w krajach skandynawskich. W Holandii każdy z 25 regionów ma swoje „ministerstwo zdrowia” – GGD.

Wysoki stopień decentralizacji w sytuacji kryzysowej, bez instrumentów koordynacji działań autonomicznych regionów może utrudniać podejmowanie szybkich i skutecznych działań na obszarze całego kraju. Przykładem kraju o wysokiej skali decentralizacji regionalnej, obejmującej także system ochrony zdrowia, są Włochy.

Tabela II. Zasoby ochrony zdrowia

Wskaźniki	IT	NL	UK	NO	SE	D	CZ	CA	PL
Łóżka szpitalne na 100 tys. osób	318	332	254	360	222	800	663	244*	662
Lekarze na 100 tys. osób	399	358	281	466	412	425	408	241	238
Pielęgniarki na 100 tys. osób	580	329	640	1766	1090	1091	810	1176*	510

Wyjaśnienia dotyczące Kanady:

* łóżka szpitalne we wszystkich jurysdykcjach bez Nunavut;

** wszystkie pielęgniarki pracujące, a wskaźnik dla posiadających wyższe wykształcenie (tzw. registrated RNs) wynosi 804.

Źródło: Eurostat 2020 online: *Healthcare resource statistics*; [18]: *informacje dotyczące łóżek szpitalnych w latach 2018–2019, lekarzy – 2018 i pielęgniarek – 2019*.

Zestawienie 1. Decentralizacja państwa i systemu ochrony zdrowia

Kraj	Charakter decentralizacji	Decentralizacja w ochronie zdrowia
Włochy	Państwo unitarne z dużą samodzielnością regionów (mieszany).	System zdecentralizowany. Każdy z 20 regionów ma swoje władze w ochronie zdrowia.
Holandia	Państwo unitarne z samorządnością regionalną i lokalną.	System zdecentralizowany. Każdy z 25 regionów ma swoją instytucję zdrowia – GGD.
Niemcy	Państwo federalne – autonomia krajów związkowych (landów).	System mieszany: ubezpieczenia zdrowotne jednolite, zdrowie publiczne – zdecentralizowane.
Norwegia	Państwo unitarne z samorządnością regionalną i lokalną (mieszane).	System mieszany; centralny i lokalny.
Wielka Brytania	Państwo federalne.	System zdrowotny jednolity w ramach krajów: Anglii, Walii, Szkocji i Północnej Irlandii.
Czechy	Państwo unitarne.	System jednolity.
Kanada	Państwo federalne.	System zdrowotny zdecentralizowany. Każda z 10 prowincji i 3 terytoriów ma własny system zdrowia.
Polska	Państwo unitarne z samorządnością terytorialną ograniczoną do spraw planowania rozwoju, komunalnych i częściowo społecznych.	System jednolity w zakresie ubezpieczenia społecznego, zdecentralizowany ze względu na tzw. odpowiedzialność właścicielską placówek zdrowotnych.

Źródło: zestawienie własne, wykorzystujące informacje od autorów raportów dla ZPiZ oraz OECD 2020.

chy, gdzie 20 regionów ma także swe odrębne systemy ochrony zdrowia, regulowane osobnymi przepisami. Ta sytuacja (pogłębianą od końca lat 70. XX wieku) doprowadziła do znacznego regionalnego zróżnicowania zarówno zasobów ochrony zdrowia, jak i dostępności do usług zdrowotnych, a w sytuacji kryzysu zdrowotnego wywołanego SARS-CoV-2, utrudniła szybką reakcję na trudności oraz zagrożenia zdrowia i życia.

Sytuacja kryzysowa w warunkach decentralizacji wymaga posiadania zdolności koordynacyjnych, zabezpieczonych w odpowiedniej strukturze instytucjonalnej. To pozwala w sytuacji nagłej na uruchomienie działań jednolitych i przyjmowania ich bez zwłoki. Takie możliwości i zdolności przewidziane zostały np. w regulacjach prawnych i organizacyjnych Holandii. Gdy istnienie instytucji koordynacji działań nie zostanie wcześniej dla autonomicznych regionów przewidziane, to tworzenie ich w warunkach kryzysu zwiększa trudności zarządzania publicznego i obciążone jest ryzykiem ograniczenia samodzielności regionalnej w przyszłości.

3. Analiza zarządzania publicznego w pierwszym półroczu pandemii

Wiadomości o wybuchu epidemii w mieście Wuhan w Chinach przyjmowano wszędzie raczej z dystansem. Wirus SARS-CoV-2 był nieznany i nie doceniano jego zdolności do rozprzestrzeniania się. Nawet obwieszczenie WHO o nowym zagrożeniu wirusem z Chin w początku stycznia 2020 roku przyjmowane było bez mobilizacji do odpowiednich interwencji. Raczej wyczekiwano, co będzie dalej. W Wielkiej Brytanii istniało przekonanie, że

to kolejny rodzaj wirusa grypy i w pierwszym dokumencie planu działania odwołano się do doświadczeń z epidemią wywołaną wirusem H1N1 w 2009 roku, oceniając zagrożenie jako umiarkowane. Także w Niemczech odwoływano się do doświadczeń związanych z epidemią grypy, ale to nie spowodowało zlekceważenia działań przygotowawczych do epidemii COVID-19. Natomiast w Kanadzie, doświadczonej już w roku 2003 epidemią poprzednim wirusem typu SARS, główny lekarz kraju ds. zdrowia publicznego zaalarmował władze i powiadomił obywateli, a Agencja Zdrowia Publicznego powołała centrum zarządzania kryzysowego (Emergency Operation Centre), zanim jeszcze stwierdzono obecność koronawirusa u pierwszej osoby (przybyłej z Wuhan).

Działania władz publicznych w zarządzaniu kryzysem wywołanym pandemią COVID-19 w analizowanych krajach były zarazem podobne i różne. W **zestawieniach 2–4** prezentujemy je, nawiązując do postawionych ekspertom pytań, a następnie opisujemy, dokonując próby uogólnienia.

W osobnym zestawieniu (nr 4) prezentujemy rozwiązania kanadyjskie ze względu na występującą w tym kraju głęboką decentralizację administracyjną, obecną także w obszarze ochrony zdrowia. Obrazuje to syntetycznie film na YouTube, przygotowany przez ekspertów [21]. W celach porównawczych powinno się brać pod uwagę raczej rozwiązania instytucjonalne obecne we wszystkich prowincjach i terytoriach (10+3). Do analizy porównawczej wybraliśmy jedną – prowincję Ontario – ze względu na większą dostępność danych i ekspertyz pochodzących z tego regionu.

Zestawienie 2. Rozwiązania instytucjonalne oraz zarządzanie kryzysem pandemii COVID-19 w okresie pierwszego półrocza 2020 roku w czterech krajach europejskich

Informacje	Włochy	Holandia	Wielka Brytania	Norwegia
Pierwszy zakażony	21.01. w Rzymie – turyści z Chin 21.02. – mieszkaniec Lombardii	27.02. w Noord-Brabant	Ostatni tydzień stycznia	27.02.
Podstawa prawna działań w czasie pandemii	Stan wyjątkowy – 31.01. na 6 miesięcy. Dekret rządu o <i>lockdown</i> – w całym kraju 9.03.	Prawo o zdrowiu publicznym z 2008 r.	<i>Coronavirus Act 2020</i> – 25.03.	Ustawa <i>New Corona Law</i> – 18.03. – odwołująca się do ustawy z 5.08.1994 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych
Zbieranie i przekazywanie informacji	Od placówek i lekarzy do jednostek zdrowia i następnie do SSI	Od placówek zdrowotnych i lekarzy do służby epidemiologicznej i regionalnych centrów zdrowia GGD z oznaczeniem przypadku jako A	Od lekarzy i placówek zdrowotnych do Agencji Zdrowia Publicznego	Od lekarza gminnego do Norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego
Plan zamykania gospodarki (<i>lockdown</i>)	Odwołanie się do planu reagowania na epidemię grypy z 2006 r. i przygotowanie Narodowego Planu reagowania na COVID-19 – bez przepisów wykonawczych	Plan „inteligentnego zamykania” od 12.03. ukierunkowana blokada w kraju i weryfikacja 6.04.	Plan oparty na doświadczeniach związanych z epidemią grypy ogłoszony 3.03. i skorygowany 16.03. (po raporcie zespołu Imperial College)	Na podstawie aktualizowanego planu przygotowania na wypadek epidemii i wojny (ustawa z 2000 r.)

Komunikacja władzy z obywatelami	Codziennie wystąpienia premiera w TV oraz przeciwdziałanie <i>fake newsom</i>	Narodowa Organizacja ds. Komunikacji (NKC)	Codziennie wystąpienia premiera z doradcami SAGE, list premiera do gospodarstw domowych, BBC kanał 4, strona internetowa MZ i NHS	Częste briefingi przedstawicieli rządu wraz z dyrektorem Urzędu ds. Zdrowia i raportowanie ze zmienianą częstotliwością; od codziennych do raz w tygodniu
Sztab kryzysowy	Powołanie Narodowego Komitetu Naukowo-Technicznego	Zespół Zarządzania Epidemiami (OMT)	Ministerstwo Zdrowia i Opieki wspomagane przez Naukową Grupę Doradczą ds. Sytuacji Nadzwyczajnych – SAGE	Rządowy Sztab Korona (RCU)
Instytucje zdrowia publicznego – funkcje	Włoski Narodowy Instytut Zdrowia (ISS): informacja, nadzór danych, doradztwo i edukacja; Instytut Medycyny Pracy (INAIL); sanitarna służba operacyjna – współpraca z lekarzem GP	Uczestnictwo ekspertów Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego i Środowiska (RIVM) we wszystkich gremiach zarządzania kryzysem	Agencja Zdrowia Publicznego (Public Health England) – odpowiedzialna za zdrowie publiczne oraz analogiczne agencje w Walii, Szkocji oraz Irlandii Północnej	Instytut Zdrowia Publicznego (FHI) odpowiada za wszystkie dane epidemiologiczne, modeluje, prognozuje i doradza. Posiada własne laboratorium, które przyznaje referencje innym
Koordinacja działań regionalnych i lokalnych	Dekrety dotyczące działań jednolitych przyjmowane w regionach	Zespół ds. koordynowania działań regionalnych (National Operational Team Corona – LOT-C)	Wzrost koordynacyjnej roli rządu w ramach zarządzania kryzysowego	Współpraca FHI z głównym lekarzem gminnym
Instytucje między-ministerialne – koordynacja	Koordinacja <i>via</i> ministerstwo ds. wewnętrznych	Ministerialna Komisja ds. Kontrolowania Kryzysu	SAGE – także funkcje koordynacyjne między departamentami rządu – COBR	Koordinator: Departament Zdrowia (w Ministerstwie Zdrowia i Opieki) i FHI
Relacja: instytucje polityczne – instytucje profesjonalne	Pozytywna; szczególnie z ekspertami ISS	Współpraca i respektowanie kompetencji specjalistów	Oparcie na opiniach najpierw SAGE i BIT (Behavioural Insights Team) oraz Imperial College	Dominacja władzy politycznej
Pokonywanie deficytu zasobów ochrony zdrowia	Dodatkowe zatrudnienie kadr medycznych na podstawie zróżnicowanych form umów o pracę	Powołano narodowe konsorcjum ds. zasobów medycznych (National Consortium for Medical Resources)	Mimo istnienia narodowej rezerwy sprzętu ochronnego donoszono o niedoborach. Zwiększono liczbę łóżek ostrych	Zamówienia rządowe w celu rozwoju rodzimej produkcji odzieży i sprzętu ochrony osobistej
Reorganizacja w ochronie zdrowia	Reorganizacja szpitali publicznych – wydzielenie „covidowych”.	Wprowadzenie komputerowego systemu przydziału pacjentów do szpitala (National Coordination Centre for Patient Distribution)	Z udziałem Clinical Commissioning Groups (organy odpowiedzialne za planowanie i zlecanie świadczeń zdrowotnych)	Tworzenie szpitali i oddziałów zakaźnych na podstawie planu działań kryzysowych (ustawa z 2000 r.)
Wychodzenie z zamknięcia	16.05. – dekret o znoszeniu <i>lockdownu</i> i ogłoszenie planu „Cura Italia”; 3.06. powrót do mobilności w całym kraju	Ogłoszono 20.04. etapowe otwieranie (5 faz)	Ogłoszenie otwarcia 10.05., a realnie z opóźnieniem z powodu braku przepisów wykonawczych	Stopniowe, od 12.04. – powrót do normalności, od 7.05. powrót imprez, usług i mobilności
Działania wywołane pandemią – inne	Uznanie COVID-19 za chorobę zawodową personelu medycznego, opiekunów, ekspedientów...		Rządowy program naukowy na rzecz opracowania szczepionki (Vaccine Taskforce)	Inicjowanie i finansowanie rozwoju naukowej współpracy globalnej w sprawie szczepionki
Wsparcie gospodarki i społeczeństwa	Pakiet wsparcia (55 mld euro) dla branż: turystyka, kultura, rolnictwo, opieka zdrowotna, nauka i uczelnie. Świadczenia dla samozatrudnionych i małego biznesu	Pakiet dopłat do wynagrodzeń w firmach ze stratami przychodów ulżenie firmom przez obniżenie licznych opłat i podatków. Wsparcie dla samozatrudnionych i ich rodzin	Pakiet wsparcia dla sektorów doświadczonych stratami z powodu zamknięcia (30 mld funtów) i program pożyczek dla MiŚP – (330 mld) oraz samozatrudnionych	Pakiety środków wspierających gospodarkę i pracujących – Komisja Holdena (Holden Commission) Wzrost okresowych zasiłków dla pracowników na urloпах przymusowych
Wsparcie systemu ochrony zdrowia	Dofinansowanie NHS w wysokości 3,2 mld euro (12,6% funduszu kryzysowego); opłaty za nadgodziny w pracy białego personelu	Dofinansowanie GPs	Zwiększenie środków NHS – 5 mld funtów, oraz wzrost transferów do władz lokalnych – 1,6 mld funtów na potrzeby opiekuńcze	W ramach rewizji budżetu państwa (maj)

Źródło: raporty ekspertów [7, 8, 10, 14].

Zestawienie 3. Rozwiązania instytucjonalne oraz zarządzanie kryzysem pandemią COVID-19 w okresie pierwszego półrocza 2020 roku (Polska i sąsiedzi)

Informacje	Niemcy	Czechy	Polska*	Ukraina
Pierwszy zakażony	19.01. w Bawarii, kobieta przybyła z Chin	1.03.	4.03. w woj. lubuskim, mężczyzna powracający z Niemiec	6.03.
Podstawa prawna działań w czasie pandemii	Ustawa z 2001 r. o ochronie przed chorobami zakaźnymi (Infektionsschutzgesetz – IfSG) znówelizowana w marcu	Stan wyjątkowy od 12.03.; przedłużany co miesiąc do końca maja	Specustawa koronawirusowa 2.03. – O szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych	Ustawa z dnia 17.03. – O zapobieganiu, występowaniu i rozprzestrzeleniu się choroby COVID-19
Zbieranie i przekazywanie informacji epidemicznej	Od lokalnych urzędów zdrowia do RKI	Od regionalnych urzędów zdrowia publicznego do Czeskiego Instytutu Informacji Zdrowotnej i Statystyki (UZIS)	Sanepid (powiatowy i wojewódzki) oraz dalej (agregacja – PZH i kodowanie – GUS)	Od inspektora sanitarnego do Centrum Zdrowia Publicznego
Plan zamykania gospodarki (<i>lockdown</i>)	Ogłoszenie (22.04.) w sprawie podjętych działań rządu federalnego przeciwko rozprzestrzenianiu się pandemii COVID-19; wyjaśnienie celów, wskazanie odpowiedzialnych podmiotów i środków	Od 9.03. co kilka dni zamykano aktywności gospodarki i społeczeństwa – plan „inteligentnej kwarantanny”	Od 8.03. – <i>ad hoc</i>	Od 5.03. – bez wcześniejszego planu, a od 12.03. – zamknięcie granic
Komunikacja władzy z obywatelami	Codzienne briefingi Instytutu im. Roberta Kocha (RKI)	Od 27.02. codzienne informacje i zalecenia (TV i radio) sztabu zdrowotnego, rozwijane przez strony internetowe oraz komunikaty rządu	Briefingi ministra zdrowia i głównego inspektora sanitarnego, początkowo z prezydentem i/lub premierem	Briefingi MZ na Facebooku i w TV
Sztab kryzysowy	12.03. Ustalenia kanclerza z premierami landów	Działy dwa sztaby; jeden w sektorze zdrowia (2.03.) i drugi związany ze stanem wyjątkowym (16.03.)	W trakcie <i>lockdownu</i> nie powołano; działano w ramach istniejących rozwiązań administracyjnych. Powołano dopiero 20.07.	W MZ powołano Komitet Operacyjny, a w rządzie – Międzyministerialny Komitet Nadzwyczajny
Funkcje instytucji zdrowia publicznego	Zasadnicze znaczenie Instytutu Roberta Kocha (RKI) oraz operacyjne działania Urzędu Zdrowia i jego lokalnych sieci	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (SZU) – funkcje promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej oraz badania wpływu środowiska na zdrowie	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH; organ doradczy MZ, a operacyjnie – Główny Inspektor Sanitarny	Ukraińskie Centrum Zdrowia Publicznego (Ukrainian Public Health Centre) i odtworzenie sieci dawnej instytucji inspekcji sanitarnej
Koordinacja działań regionalnych i lokalnych	Konferencje ministrów zdrowia i spotkania kanclerza z premierami landów	Decyzje centralne	Nie powołano specjalnej instytucji koordynacyjnej	Państwowy lekarz sanitarno-epidemiologiczny
Instytucje międzyministerialne – koordynacja	Mały gabinet koronawirusowy (Corona Cabinet) – spotkania cotygodniowe	Ograniczona koordynacja działań w ramach koalicyjnego rządu	Zespół ds. strategii zwalczania COVID-19 z udziałem MZ, NFZ oraz MSWiA	Międzysektorowa Grupa Robocza
Relacja: instytucje polityczne – instytucje profesjonalne	Opieranie się na ustaleniach specjalistów	Dominacja instytucji politycznych	Bez specjalnych procedur; dominacja instytucji politycznych	Dominacja instytucji politycznych
Pokonywanie deficytu zasobów ochrony zdrowia	Deficyt nie wystąpił, ale zatrzymano swobodny obrót sprzętem	Zakaz wolnego handlu sprzętem i jego eksportu; utrzymanie importu z Chin	Włączenie się do specjalnych przetargów kryzysowych UE oraz decyzje własne MZ	Trudności z kontrolowaniem cen kluczowych zasobów, wprowadzenie zakazu wywozu istotnego sprzętu ochronnego
Reorganizacja w ochronie zdrowia	Zapewnienie płynnego finansowania szpitali w warunkach zmian organizacyjnych i wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarzek – COVID-19 – Krankenhausentlastungsgesetz – 25.03.	Przekształcenia dużych szpitali w zakaźne i przerzucenie działalności poza leczeniem COVID-19 do szpitali mniejszych	Tworzenie sieci szpitali zakaźnych (jednoimiennych) i wydzielenie oddziałów zakaźnych, ograniczanie działalności pozostałych; częste zmiany	Początkowa sieć wyznaczonych szpitali zakaźnych była rozszerzana i wzmocniona namiotami do przeprowadzenia testów

Wychodzenie z zamknięcia	Stopniowo od 11.05. z zastosowaniem reguły ostrożnościowej	Plan stopniowego wychodzenia z zamknięcia – rozpoczęcie 20.04.	16.04. – czteroetapowy plan odmrażania, początek 20.04.	Od 12 maja: pięciostopniowy plan wyjścia z <i>lockdownu</i>
Wsparcie gospodarki i społeczeństwa	Uchwalenie nowego budżetu państwa – z powodu kryzysu zdrowotnego – dodatkowo 156 mld euro w 2020 roku (przekroczenie progu zadłużenia)	Wsparcie biznesu i samozatrudnionych; program Antivirus oraz trzy programy: Blokada, Blokada I, II, głównie w formie pożyczek z gwarancjami rządu	Tarcze antykryzysowe – społeczne i gospodarcze	Wakacje podatkowe, gwarantowane przez rząd pożyczki oraz wsparcie małego biznesu
Wsparcie systemu ochrony zdrowia	Plan wzmocnienia służby zdrowia publicznego (ÖGD) – 130 mld euro. Podwyżki płac dla pielęgniarek w szpitalach	Dotacja dla ubezpieczenia zdrowotnego na sfinansowanie usług szpitalnych; wydatki budżetowe na wyposażenie szpitali oraz PPE ze zwiększonej rezerwy budżetowej – ok. 2,2 mld euro	Dotacja dla NFZ na skatalogowane wydatki w wysokości 7,5 mld PLN	Dodatkowe środki budżetowe dla regionów (3.04.) – ok. 45,2 mln USD na działania prewencyjne i dla szpitali; ustawy (6.05.) wspierające białą personel; podwyżki płac, świadczenia społeczne i odszkodowania

Źródło: [12, 13, 19, 20].

Zestawienie 4. Rozwiązania instytucjonalne oraz zarządzanie kryzysem pandemią COVID-19 w okresie pierwszego półrocza 2020 roku w Kanadzie i prowincji Ontario

Wyszczególnienie	Kanada	Ontario
Pierwszy zakażony	12.01.	25.01. – Toronto
Podstawa prawna działań w czasie pandemii	Ustawa o kwarantannie (The Quarantine Act) – zamknięcie granic zewnętrznych. Stan wyjątkowy nie został ogłoszony federalnie	Ogłoszenie stanu wyjątkowego na okres 17.03.–24.07. Ustawa o zarządzaniu kryzysowym (Emergency Management and Civil Protection Act) oraz o promocji i ochronie zdrowia (Health Promotion and Protection Act)
Zbieranie i przekazywanie informacji zdrowotnej	Od jednostek zdrowia publicznego w prowincjach i terytoriach do agencji zdrowia publicznego – PHAC (Public Health Agency of Canada)	Od lokalnych jednostek zdrowia publicznego do zintegrowanego systemu informacji o zdrowiu populacji (integrated Public Health Information System – iPHIS)
Plan zamykania gospodarki (<i>lockdown</i>)	Federalne plany reagowania na epidemię grypy i zdarzenia biologiczne w zakresie zdrowia publicznego, aktualizowane co kilka lat	Plan odrębny dla prowincji Ontario; obostrzenia wprowadzane stopniowo od 14.03.
Komunikacja władzy z obywatelami	Briefingi głównego lekarza ds. zdrowia publicznego (szefa PHAC) z premierem i ministrem zdrowia Kanady	Wystąpienia głównego lekarza ds. zdrowia publicznego z premierem i ministrem zdrowia prowincji oraz interaktywne strony internetowe rządu, a także placówek zdrowia w Ontario
Sztab kryzysowy	Powołano Centrum Zarządzania Kryzysowego (Emergency Operation Centre) oraz Specjalny Komitet Doradczy ds. nowego koronawirusa (Special Advisory Committee on the Novel Coronavirus – SAC)	Sztab Kryzysowy Prowincji (Provincial Emergency Operations Centre)
Funkcje instytucji zdrowia publicznego	Doradczo-decyzyjne i koordynacyjne – Agencja Zdrowia Publicznego (Public Health Agency of Canada – PHAC) – główny lekarz ds. zdrowia publicznego i jego zaplecze analityczne	Zdrowie publiczne Ontario (PHO) – funkcje analityczne, doradcze, oświatowe i koordynacyjne; 34 jednostek lokalnych – Public Health Unit
Koordynacja działań regionalnych (prowincji i terytoriów) oraz lokalnych	PHAC	Prowadzona przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie regulacji o koordynacji działań lokalnych (Local Health System Integration Act 2006) – organizacja tzw. stołu dowodzenia
Instytucje międzyministerialne – koordynacja	Utworzenie rządowego gabinetu ds. spraw pandemii COVID-19 (4.03.) pod kierunkiem wicepremiera	Stół dowodzenia prowincji Ontario – koordynacja spraw zdrowia z udziałem przedstawicieli wszystkich resortów rządu
Relacja: instytucje polityczne – instytucje profesjonalne	Włączenie ekspertów do gremiów zarządzania publicznego	Działania z powołaniem się na badania i opinie profesjonalistów

Pokonywanie deficytu zasobów ochrony zdrowia	Zarządzenie w sprawie importu testów, wyrobów medycznych i PPE – 18.03. oraz uruchomienie pomocy publicznej dla krajowych producentów	Import wyrobów medycznych i PPE oraz działania wspierające producentów w prowincji Ontario
Reorganizacja systemu opieki zdrowotnej	Bez zmian	Chwilowe wycofanie się z planowanych w 2019 r. prac reformatorskich
Wychodzenie z zamknięcia	Na poziomie federalnym tylko decyzje o zamykaniu/otwieraniu granic i o kwarantannie dla powracających do kraju	Autonomiczny plan wychodzenia z <i>lockdownu</i> w Ontario (A Framework for Reopening our Province)
Regulacje po otwarciu	Apel środowisk naukowych (Canadian Institutes of Health Research – CIHR) w sprawie pilnego wprowadzenia badań klinicznych leków i szczepionek na COVID-19	Wsparcie badań naukowych; ogłoszenie finansowania – nowych projektów w zakresie badań medycznych i zdrowia publicznego
Wsparcie gospodarki i społeczeństwa	Wsparcie ogólnopaństwowe z powodu zamknięcia	Dofinansowanie/finansowanie kierunków federalnych
Wsparcie systemu ochrony zdrowia	Rewizja budżetu państwa	Wsparcie zdrowia publicznego i okresowe dodatki do wynagrodzeń białego personelu

Źródło: [14, 15, 22].

3.1. Decyzje o zamykaniu gospodarki i granic – podstawy prawne

Pytanie do ekspertów o to, czy był jakiś plan zamykania granic i gospodarki, dało w odpowiedzi obraz wysoce zróżnicowany. Decyzje podejmowano nagle i trudno było o zastosowanie właściwych dla danego państwa procedur konsultacyjnych, niemniej jednak w niektórych krajach opracowano i przedyskutowano plan *lockdownu*. Natomiast wszędzie podjęto decyzje polityczne na podstawach prawnych właściwych dla jurysdykcji danego kraju.

We Włoszech 30 stycznia ogłoszono stan wyjątkowy. Plan zarządzania na czas kryzysu przygotowano w Ministerstwie ds. Wewnętrznych (ludności). W ślad za rozwojem informacji o zakażeniach podejmowano decyzje w formie dekretów (wydawanych niekiedy co kilka dni) o działaniach prewencyjnych oraz zamykaniu zakładów usługowych i produkcyjnych. Dekrety musiały być przyjmowane i ogłaszane przez władze regionów, co opóźniało szybkie i niezbędne wdrożenia.

W Holandii podstawą prawną podejmowanych interwencji była ustawa o zdrowiu publicznym (z 2008 roku), która zawierała wykaz decyzji dotyczących sytuacji epidemicznej. Na jej podstawie minister zdrowia (Minister Zdrowia, Dobrostanu i Sportu) ma prawo wydawać rozporządzenia adresowane do 25 regionów. Ustawa o zdrowiu publicznym wydawała się jednak niewystarczającą podstawą do decyzji o *lockdownie* oraz zastosowaniu nadzwyczajnych środków bezpieczeństwa. Eksperti holenderscy (i politycy) uznali, że ustawa nie obejmuje działań o długim trwaniu (powinna trwać krótko), więc rząd zaproponował projekt nowej ustawy (Tijdelijke Wet maatregelen COVID-19) w celu uzyskania większej jasności i jednoznacznego *lex certa*. Natomiast konkretne działania operacyjne realizowano na podstawie planu

inteligentnego zamknięcia. Widoczną rolę w tym planie odgrywały organizacje gospodarcze.

W Wielkiej Brytanii uchwalono nową ustawę – Coronavirus Act 2020 – i przygotowano czterofazowy plan działania, który można ocenić jako powściągliwy. *Lockdown* ogłoszono dopiero 23 marca. W ślad za tym we wszystkich krajach Wielkiej Brytanii przedstawiono przepisy prawne dotyczące zamknięcia (*lockdown laws*) ze wskazaniem służb nadzorujących ich przestrzeganie.

W Norwegii istnieje system przygotowywania corocznie aktualizowanych planów działania na wypadek epidemii i wojny (ustawa z 2000 roku). Plan na wypadek epidemii choroby zakaźnej był przygotowany w roku 2019. W marcu 2020 roku rząd norweski uzyskał pełnomocnictwa (prawo delegowane) do wydawania rozporządzeń na okres 6 miesięcy na podstawie przepisów nowego prawa z 18 marca (New Corona Law).

W Niemczech podstawą działań była ustawa uchwalona w 2000 roku: o ochronie na skutek zakażeń (Inektionsschutzgesetz – IfSG). Dwie dekady później ustawa ta została uzupełniona o zapisy dotyczące uprawnień rządu federalnego i wsparcia ludności w związku z wybuchem pandemii COVID-19. Nowa ustawa (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen) przyjęta została w końcu marca. Już w połowie maja niemiecki parlament przyjął drugie uzupełnienie (Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite). Zawierała szereg zapisów dotyczących testów, obligacji do informowania o wynikach, o kadrach medycznych i opiekuńczych na potrzeby opieki długoterminowej i finansowania dodatkowych usług, a także zapisy protekcyjnistyczne, chroniące niektóre niemieckie patenty w zakresie technologii medycznych². Zarówno pierwsza z COVID-owych ustaw, jak i druga były przygotowane oraz procedowane w bardzo szybkim tempie. Mimo takiego zachowania

władzy mieściły się w ramach kultury uzgadniania decyzji. Zadania kierowane do krajów związkowych były uzgadniane w ramach systematycznych spotkań kancle-rza z premierami krajów związkowych.

W Czechach, zgodnie z konstytucją, 12 marca ogłoszono stan wyjątkowy, który mógł być przedłużany o miesiąc. Trwał do końca maja.

W Kanadzie ogłoszono stan wyjątkowy we wszystkich prowincjach (w tym w Ontario) i terytoriach, lecz nie na poziomie federalnym. Podstawą działania państwa federalnego były plany zawarte w regulacjach na temat reagowania na epidemię grypy (2018 rok) i zdarzenia biologiczne w zakresie zdrowia publicznego (rok 2017), aktualizowane co kilka lat. Ostatnią aktualizację wykonano w 2017 roku. Na szczeblu federalnym została wdrożona ustawa o kwarantannie (The Quarantine Act, 2005), związana z zamknięciem granic państwa.

W Polsce przygotowano ustawę o stanie epidemicznym w kraju, nazwaną specustawą koronawirusową (Ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych), przyjętą w szybkim tempie na początku marca (2 marca). Opozycja polityczna domagała się ustawy o stanie wyjątkowym, aby osłabić wpływ polityki (okres wyborów prezydenckich), ale rządzący pozostali w ramach reguł wyznaczonych przez ustawę o sytuacji epidemicznej.

3.2. Zbieranie i przekazywanie danych

Informacje o zakażeniach, hospitalizacjach, zgonach i wyzdrowieniach zbierane są przez wyspecjalizowane instytucje sanitarne na podstawie zgłoszeń od placówek opieki medycznej, w których odpowiednie karty wypisują lekarze.

W systemach zdecentralizowanych zbieraniem danych zajmują się sanitarne instytucje lokalne i przekazują je na ogół do instytucji zdrowia publicznego. **W Holandii** np. działa 25 regionalnych centrów zdrowia – GGD, w których gromadzone są dane o zakażeniach i zakażonych pacjentach, przyjęciach do szpitala i przypadkach zgłaszanych przez lekarzy rodzinnych, przez laboratoria mikrobiologiczne oraz inne instytucje opieki zdrowotnej lub instytuty badawcze w ich regionie. W Niemczech informacje o zakażeniach zbierają lokalne urzędy zdrowia, przekazując je następnie do instytucji ogólnokrajowych (ÖGD) oraz RKI.

W Anglii informacje epidemiologiczne od lekarzy opieki podstawowej (GPs), ze szpitali i laboratoriów przekazywane są do Instytucji Zdrowia Publicznego (Public Health England – PHE), gdzie następuje ich odpowiednia agregacja i wstępna klasyfikacja. Podobnie zbierane są dane w pozostałych krajach Zjednoczonego Królestwa.

We Włoszech funkcjonują lokalne jednostki zdrowia, które zbierają informacje epidemiologiczne od lekarzy i placówek zdrowotnych oraz przekazują do Włoskiego Instytutu Zdrowia Publicznego – ISS.

W Norwegii to lekarz gminny (lokalny) jest odpowiedzialny za zbieranie informacji o sytuacji zdrowotnej związanej z chorobą zakaźną. On też organizuje dostęp do odpowiedniego laboratorium. Zebrana informacja jest przekazywana do WHI – norweskiego instytutu zdrowia publicznego.

W Czechach – regionalne urzędy zdrowia publicznego przekazują zebrane informacje epidemiologiczne ze szpitali, laboratoriów, a także od lekarzy (GPs) do Instytutu Informacji i Statystyki Zdrowia (UZIS), który jest powiązany zarówno z Ministerstwem Zdrowia, jak i czeskim Urzędem Statystycznym.

W Kanadzie – informacje epidemiologiczne zbierane w ramach prowincji (od lokalnych jednostek zdrowia) przekazywane są do zintegrowanego systemu informacji o zdrowiu populacji.

W Polsce dane o zakażeniach, hospitalizacjach, ozdrowieniach i zgonach spowodowanych koronawirusem przekazywane są z placówek medycznych, od lekarzy POZ i z laboratoriów do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych i następnie do stacji wojewódzkich. Agregowane są w ramach dwóch ścieżek: epidemiologicznej (via PZH-NIZP) oraz statystycznej – do GUS. Statystyczna droga trwa zbyt długo na skutek prac weryfikacyjnych i kodyfikacyjnych. W konsekwencji Polska nie uczestniczy w cotygodniowym raporcie Eurostatu EuroMOMO o zgonach na choroby zakaźne.

3.3. Powoływanie sztabów kryzysowych

W większości krajów europejskich powoływano sztaby kryzysowe i mianowano osoby odpowiedzialne za zadania związane z zarządzaniem pandemią COVID-19.

We Włoszech minister ds. spraw wewnętrznych (ludności) powołał Komitet Naukowo-Techniczny ds. Pandemii z około 20 ekspertami o zmieniających w czasie specjalizacjach, zależnie od problemu. Jedną z istotnych funkcji tej grupy było potwierdzanie informacji dowodami naukowymi oraz wynikami analiz porównawczych, bazujących także na ocenie działań z poprzednich epidemii, zarówno w innych regionach świata, jak i we Włoszech (epidemia grypy A/H5N1).

W Holandii powołano ekspercką grupę doradcą ministra zdrowia i rządu do spraw pandemii COVID-19 (OMT). W składzie grupy dużą rolę odgrywają specjaliści z narodowego instytutu zdrowia publicznego i środowiska naturalnego (RIVM).

W Norwegii powołano Królewską Komisję ds. oceny gotowości i postępowania w pandemii COVID-19, która przedstawiła swoje sprawozdanie i rekomendacje na okres do końca marca 2021 roku. Dokument stanowił rodzaj przewodnika dla wszystkich instytucji odpowiedzialnych za sprawy zdrowia populacji.

W Niemczech zarządzanie kryzysowe prowadzone było pod przewodnictwem kierownictwa Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (i Ludności). Do zespołu weszli z głosem doradczym reprezentanci Instytutu im. Roberta Kocha (RKI), Federalnego Instytutu ds. Leków i Wyposażenia Medycznego (BfArM) oraz Instytutu ds. Szczepień i Biomedycyny

(Paul-Ehrlich Institute – PEI). Jednocześnie na szczeblu rządu federalnego powołano struktury koordynacyjne (Corona Cabinet) w celu uzgadniania spraw federalnych i landów oraz międzyministerialnych.

W Czechach od 2006 roku funkcjonuje Centralny Komitet Epidemiologiczny (Ústřední epidemiologická komise) jako stały organ rządu od czasu epidemii grypy. W ramach jego działania powołany został centralny sztab zarządzający sprawami pandemii COVID-19, na czele którego stanął wiceminister zdrowia. Wraz z ogłoszeniem stanu wyjątkowego powstał ogólnokrajowy sztab kryzysowy z udziałem ministrów: spraw wewnętrznych, obrony oraz zdrowia. Prace sztabu były bardzo intensywne (codzienne, a następnie cotygodniowe narady). Zakończył działalność w czerwcu.

W Kanadzie już pod koniec stycznia Główny Lekarz Kraju, z agencji zdrowia publicznego (Public Health Agency of Canada – PHAC) powołał centrum zarządzania kryzysowego (Emergency Operation Centre). Interwencje rozpoczęto od badania podróżujących przybywających z zagranicy i następnie nakazania obowiązku kwarantanny w sytuacji wykrycia osoby z symptomami.

W Polsce do końca czerwca nie powołano sztabu kryzysowego³. Decyzje podejmował minister zdrowia w cieniu spraw politycznych, jak sformułował to Tomasz Bielecki⁴. Minister zdrowia, profesor w dziedzinie kardiologii, nie miał oficjalnych doradców, a grupy epidemiologów korespondowały z nim, zadając pytania o uzasadnienie podejmowanych i niepodejmowanych kroków. Występował w mediach z przedstawicielami najwyższych władz państwowych (prezydenta i premiera), początkowo dopraszając Głównego Inspektora Sanitarnego. Jednocześnie ze strony kierownictwa resortu wystosowano pismo⁵ do wojewodów, zobowiązujące lekarzy pełniących funkcje konsultantów wojewódzkich do niezabierania głosu w sprawie pandemii COVID-19.

3.4. Wzrost roli narodowych instytucji zdrowia publicznego

Okres pandemii COVID-19 zwrócił uwagę na nieocenioną i niedocenianą rolę narodowych instytucji zdrowia publicznego. Tylko w niektórych krajach instytucje te miały wcześniej odpowiednie *capacity* i prestiż. Znaczącą rolę odegrały takie instytucje szczególnie w Niemczech (Instytut im. Roberta Kocha – IRK), w Holandii (RIVM), we Włoszech (ISS) czy w Norwegii (FIH).

W rękach ekspertów tych instytucji skupiano działania dotyczące pozyskiwania informacji, niekiedy kontrolowania ich wiarygodności, łączenia w jednolite raporty, wyjaśniania, edukowania i doradzania. Strony internetowe instytucji zdrowia publicznego były zasadniczym źródłem informacji i wiedzy. Eksperti instytucji zdrowia publicznego uczestniczyli w sztabach kryzysowych władz publicznych na szczeblach centralnych i regionalnych. Niektóre instytucje włączyły się też w proces edukacji i szkoleń. Włoski ISS przygotował programy nauczania na odległość nawet dla studentów medycyny, umożliwiające zaliczanie niektórych przedmiotów (punkty ECT). Opracował także poradniki dla osób w izolacji

oraz upowszechniał dobre praktyki zachowań i udzielania sąsiedzkiej, a także lokalnej pomocy.

Należy zauważyć, że instytucje (agencje) zdrowia publicznego obejmują trzy rodzaje funkcji, które nie zawsze usytuowane są w jednej organizacji. Pierwsza z funkcji, budująca wiedzę o zdrowiu populacji, to funkcja ewidencyjna, analityczna i prognostyczna. Tego rodzaju podmioty mają zwykle charakter naukowo-badawczy i epidemiolodzy z tych instytutów pełnią funkcje konsultacyjno-doradcze. Druga funkcja – to funkcja edukacyjna (oświatowa) i instruktażowa, kierowana zarówno do profesjonalistów (kształcenie w zakresie promocji zdrowia), jak i do obywateli, przekazująca wiedzę o problemach zdrowotnych populacji oraz instruująca o pożądanych i szkodliwych dla zdrowia zachowaniach. I wreszcie funkcja trzecia – operacyjna – polega na zbieraniu, nadzorowaniu przepływu informacji epidemiologicznej (o zakażeniach, zachorowaniach i zgonach) oraz ich weryfikowaniu. Podmioty realizujące tę funkcję podejmują także interwencje dotyczące prewencji zakażeń (i chorób przewlekłych) oraz nadzorują przestrzeganie standardów i innych ustaleń higienicznych (funkcja policji sanitarnej). Nie wszędzie te trzy funkcje stanowią jednolitą strukturę organizacyjną i nie wszystkie są komponentem sektora zdrowotnego.

Przykładową instytucją zdrowia publicznego w funkcji budowania wiedzy o zdrowiu populacji **jest niemiecki Instytut im. Roberta Kocha (IRK)**. Skupia w swych rękach funkcje zbierania oraz agregowania informacji epidemicznej (przesyłanej z urzędów zdrowia), funkcje analityczne, eksperckie, prognostyczne oraz doradcze dla struktur polityki publicznej. Tak kompleksowo określona rola IRK zapisana została w ustawie o ochronie przed zakażeniami (IFSG) z 2000 roku. Funkcję oświatową w niemieckim systemie zdrowia publicznego pełni Federalne Centrum Oświaty Zdrowotnej (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BzgA), które wyjaśnia wszelkie sprawy dotyczące zdrowia obywateli oraz edukuje i promuje zdrowy styl życia. Istotną rolę w działaniach BzgA odgrywa opracowanie zasad i wytycznych dotyczących metod praktycznej edukacji zdrowotnej, kształcenia oraz szkolenia osób pracujących w dziedzinie informacji i edukacji zdrowotnej. Centrum Oświaty Zdrowotnej jest też koordynatorem działań na rzecz promocji zdrowia.

Włoski Instytut Zdrowia Publicznego (Istituto Superiore di Sanità – ISS) skupia w swej działalności wiele funkcji, rozszerzonych w okresie pandemii COVID-19. Ma szeroki zakres kompetencji i ściśle współdziała z Instytutem Medycyny Pracy (INAIL) [7]. Włoskie służby sanitarne (operacyjne) ściśle współpracują z lekarzem pierwszego kontaktu (GP).

Holenderski Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu – RIVM) jest placówką szeroko rozpoznawalną także międzynarodowo. W sposób kompleksowy i wielodyscyplinarny zajmuje się zdrowiem populacji; prowadzi badania naukowe, wspiera ekspertyzami *policy makers*, przygotowuje programy zdrowia i w tym zakresie koordynuje działania regionalne, szerzy oświatę

zdrowotną adresowaną do szerokiej populacji, a także zajmuje się promocją zdrowia i edukacją promotorów zdrowia⁶ [26]. Jeden z obszarów działalności instytutu – choroby zakaźne i szczepienia – gromadzi wiedzę, która w okresie epidemii służy zarządzaniu kryzysem zdrowia. W okresie pandemii COVID-19 eksperci instytutu uczestniczą we wszystkich gremiach zarządzania kryzysem zdrowotnym.

W norweskim systemie ochrony zdrowia znaczenie i rola Instytutu Zdrowia Publicznego (FHI – Folkehelse Institutt) są wyjątkowe. Poza klasycznymi funkcjami zdrowia publicznego pełnionymi kompleksowo, podejmuje on też działania o charakterze globalnym. Jest siedzibą ogólnopolskiej koalicji ds. innowacji w sprawie epidemii (CEPI), koordynującej i finansującej badania nad szczepionką przeciwko COVID-19.

Czechy są przykładem kraju, w którym zadania zdrowia publicznego realizują dwie placówki. Jedną z nich to Instytut Informatyki i Statystyki Zdrowotnej (UZIS), który od ponad pół wieku zbiera i analizuje dane o zdrowiu populacji. Drugą placówką to Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (SZU), utworzony w 2000 roku, który zajmuje się promocją zdrowia i prewencją chorób społecznych (w tym zakaźnych) oraz oddziaływaniem środowiska na zdrowie populacji. Istotnym obszarem jego działalności jest edukacja zdrowotna w zakresie zdrowia publicznego prowadzona wśród lekarzy i pielęgniarek. W okresie pandemii COVID-19 obie placówki są zaangażowane w prace informacyjno-komunikacyjne prowadzone z Ministerstwem Zdrowia [27].

W Kanadzie, której rozwiązania w dziedzinie zdrowia publicznego są bardzo kompleksowe [28] i niekiedy traktowane wzorcowo, na szczeblu federalnym istnieje instytucja Głównego Lekarza Zdrowia (z agencji zdrowia publicznego – Public Health Agency of Canada – PHAC), który jest centralnym koordynatorem w sprawach zdrowia publicznego. Do zadań PHAC należy promocja zdrowia, prewencja chorób przewlekłych, zapobieganie i kontrolowanie chorób zakaźnych, przygotowanie planów na sytuacje kryzysu zdrowotnego i zarządzanie w sytuacji wybuchu takiego kryzysu [22]. W PHAC prowadzone są też badania epidemiologiczne, analizy i prognozy związane z rozprzestrzenianiem się groźnych dla zdrowia wirusów, także SARS CoV-2. Niezależnie od ogólnokrajowych zadań PHAC każda prowincja i ośrodek lokalny mają prawo do opracowywania i stosowania dodatkowych interwencji. W okresie pandemii dotyczy to kryteriów testowania, skali i wymagań w sprawach izolacji, a także organizowania miejsc świadczenia usług zdrowotnych.

Na tym tle zaniepokojenie budzi **niewykorzystanie w Polsce potencjału Państwowego Zakładu Higieny – Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (NIZP-PZH)** i np. przeniesienie jednej z funkcji raportowania epidemiologicznego do Narodowego Instytutu Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego⁷. Pandemia COVID-19 wydobyla ponadto „na światło dzienne” zaniedbanie struktur inspekcji sanitarnej⁸, które wykonują swą pracę bez odpowiedniej skali zatrudnienia oraz bez zainwestowania w proces digitalizacji.

3.5. Współpraca władzy z ekspertami

W większości krajów władze polityczne zwróciły się do ekspertów zdrowia publicznego oraz specjalistów medycznych (w zakresie epidemiologii, chorób zakaźnych, wirusologów, mikrobiologów) o dostarczanie informacji, doradztwo i konsultacje. W jednych dokonywało się to *via* ministerstwa zdrowia, w innych – w ramach ministerstwa spraw wewnętrznych, a jeszcze w innych przez instytuty zdrowia publicznego albo przez utworzenie specjalnych zespołów eksperckich. W krajach posiadających mocne instytuty zdrowia publicznego: z profesjonalną kadrą, z pełnym dostępem do informacji, z bogatym warsztatem analitycznym i publikacjami, to eksperci z tych instytutów pełnili główne funkcje w sztabach kryzysowych i gremiach doradczych rządów. Korzystanie przez władze z doradztwa ekspertów, a nawet powierzenie im kierowania sztabami kryzysowymi miało uzasadnienie, co potwierdzały badania na temat zaufania społecznego do władzy i ekspertów w sprawach zdrowia (międzynarodowe badanie YouGov). Zdecydowaną przewagę wśród najbardziej zaufanych mieli naukowcy i lekarze (82% i 83%). Na końcu listy sytuowali się dziennikarze i urzędnicy rządowi (43% i 48%) [30]. Jednocześnie w badaniach opinii publicznej w wielu krajach eksperci nie byli grupą zaufania, jeśli stanowili narzędzie w rękach władzy do forsowania jej interesów. Badania Europejskiej Rady Stosunków Zagranicznych (European Council on Foreign Relations – EFCR) wskazały, że o instrumentalizacji ekspertów przez polityków w celu ukrycia informacji przed opinią publiczną w większej skali byli przekonani respondenci kilku krajów: Polski, Francji oraz Włoch [31].

Grupy eksperckie nie zawsze dostarczały jednolitych opinii o zjawisku pandemii COVID-19, a tym bardziej rekomendacji w sprawie przyjęcia uzgodnionej koncepcji o zwalczaniu zakażeń koronawirusem. Spektakularnym przykładem była sytuacja w **Wielkiej Brytanii**. Początkowo premier Zjednoczonego Królestwa, Borys Johnson, był zwolennikiem strategii tzw. odporności stadnej, rekomendowanej przez członków SAGE (Scientific Advisory Group for Emergencies), naukowej grupy doradczej na wypadek sytuacji wyjątkowych. Koncepcja ta polegała na łagodzeniu skutków pandemii przy braku ogólnego zamknięcia gospodarki. Brytyjski premier wprost przekonywał do przyzwolenia na rozprzestrzenianie się koronawirusa i uzyskanie przez populację „odporności stadnej”, co określano jako najbardziej „sprytne” rozwiązanie sytuacji [32]. Intencjonalnie podawał dłoń osobom chorym na COVID-19, po czym w ciężkim stanie trafił do szpitala. Wkrótce jednak, wraz z publikacją raportu zespołu profesora Neila Fergusona z Imperial College (16.03), który oszacował liczebnie poważne skutki zdrowotne (w tym wysoką umieralność) i przeciążenie NHS [33], rząd zmienił strategię na supresję pandemii.

W Republice Czeskiej początkowe działania rządu były uzasadniane opiniami eksperckimi, ale bez przedstawiania mocnych argumentów naukowych na poparcie działań, w tym np. prognozowania rozwoju epidemii. Co ciekawe, rząd rekomendował środki, które początkowo

nie były zalecane przez WHO: zamknięcie granic i obowiązkowe noszenie maseczek [34]. Główne początkowe działania były opierane na przykładach z innych krajów, na zdrowym rozsądku (np. dedykowane godziny zakupów dla seniorów) oraz na rekomendacjach anonimowych ekspertów. Ogłoszeniu otwierania gospodarki od połowy kwietnia towarzyszył podobny brak naukowego uzasadnienia. Zniesienie wymagania noszenia maseczek było jednym z nielicznych przypadków, w których władze mimochodem odwoływały się do dowodów naukowych: wskazujących na nieskuteczność funkcji maseczek, gdy są zawilgocone.

W Polsce rola ekspertów była ograniczona z powodów politycznych. Minister zdrowia, przedstawiciel rządzącej władzy, nie zorganizował niezależnego sztabu ekspertów. Dopiero 20 maja na stronie MZ podano listę osób, głównie o kwalifikacjach statystyczno-matematycznych, zajmujących się modelowaniem epidemiologicznym rozprzestrzeniania się koronawirusa [35]. Natomiast w mediach, głównie w stacjach telewizyjnych i radiowych, występowali różni eksperci (epidemiolodzy, wirusolodzy, lekarze rodzinni itd.) z wyjaśnieniami i poradczeniami, a nierzadko z krytyką rządzących polityków, którzy w ferworze kampanii prezydenckiej wysyłali fałszywe sygnały o zagrożeniach koronawirusem oraz znaczeniu szczepień przeciwko współczesnym patogenom, np. mutującym wirusom grypy.

3.6. Współpraca w ramach rządu – komisje międzyresortowe

Istotną rolę w zarządzaniu kryzysem odegrała współpraca w ramach rządów; między ministerstwami i agendami rządowymi. Silosowe struktury rządowe zawsze utrudniają niezbędne łączenie spraw, wymagających całościowego ujęcia. W sytuacji kryzysowej podziały dziedziczne (branżowe) stanowią szczególnie niedogodną cechę zarządzania publicznego. Aby temu zapobiec, w czasie zamknięcia w analizowanych krajach tworzone decyzyjne i koordynacyjne gremia w ramach rządu, na ogół pod kierunkiem samych premierów, a także ministrów spraw wewnętrznych oraz ministrów zdrowia.

W Holandii powołana została międzyresortowa Komisja ds. Kontroli Kryzysu, w skład której wchodził dyrektorzy generalni wszystkich ministerstw (Interdepartmental Commission Crisis Control – ICC).

W Wielkiej Brytanii główny zespół doradcy rządu – Naukowa Grupa Doradcza ds. Sytuacji Nadzwyczajnych (SAGE) – systematycznie naradzał się ze wszystkimi departamentami (ministerstwami) w ramach procedury znanej z akronimu COBR (nieformalnie nazywanej Cobra).

W Niemczech powstała specjalna procedura koordynacji spraw związanych z pandemią w pracach rządu, nazywana *Corona Cabinet*. Podobnie działał federalny rząd **w Kanadzie**, powołując międzyministerialny gabinet – pod przewodnictwem wicepremiera.

W Czechach powołano ciało dowodzące współpracy organów rządowych (np. sztab kryzysowy, jak zagna-

czono w zestawieniu), chociaż w praktyce nie działały zgodnie na skutek tarć w koalicyjnym rządzie. Zarządzanie w sytuacji kryzysu zdominował całkowicie premier Andrej Babiš.

W Polsce Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego, działający na podstawie ustawy z 2007 roku jako organ doradczy premiera, podejmował decyzje o kolejnych etapach zamykania gospodarki. Sprawy epidemii COVID-19 były tylko jednym z tematów spotkań.

3.7. Decyzje regionalne i lokalne w krajach o zdecentralizowanym systemie ochrony zdrowia

Wybuch pandemii w krajach o zdecentralizowanej strukturze państwa i systemu ochrony zdrowia stanowił poważne ograniczenie szybkich i skutecznych decyzji władz centralnych w zastosowaniu środków prewencyjnych. Eksperci włoscy przyznają, że dopiero w pierwszym okresie pandemii w samorządach terytorialnych tworzone regulacje prawne oraz instytucje pozwalające na interwencje w działania placówek ochrony zdrowia i opieki, także prywatnych.

W Holandii powstał Zespół ds. Koordynowania Działań Regionalnych (National Operational Team-Corona; LOT-C), umożliwiając operacyjną współpracę wszystkich służb ratowniczych, bezpieczeństwa, działań zdrowotnych i opiekuńczych oraz administracyjnych. Członkami tego ciała byli wszyscy szefowie regionalni (*mayors*). Ustawa o bezpiecznym regionie (Safety Regions Act) z 2010 roku stworzyła podstawę do koordynacji działań związanych z pandemią.

Zdolności koordynacyjne struktur centralnych zwiększały działania podejmowane wcześniej w krajach doświadczonych ostrzejszymi epidemiami wywoływanymi przez wirusy grypy, SARS i inne patogeny. **W Kanadzie** już w roku 2004 przygotowano plan działania związany z epidemią grypy, zaktualizowany w roku 2017, kiedy to wskazano odpowiedzialność władz publicznych na wszystkich szczeblach administracyjnych. Jednakże nie podważono zdecydowanej samodzielności decyzyjnej władz prowincji w prowadzeniu polityki publicznej związanej z ochroną zdrowia i pandemią COVID-19. Raport o działaniach w prowincji Ontario stanowi egzemplifikację skali autonomii oraz problemów związanych z samodzielnością działań regionalnych w Kanadzie [14].

Niezależnie od zakresu autonomii struktur zdecentralizowanych władze centralne transferowały środki budżetowe i/lub ubezpieczenia zdrowotnego do instytucji regionalnych i lokalnych na potrzebny sprzęt oraz wynagrodzenia służb sanitarnych i medycznych.

Początkowe trudności zarządzania publicznego w sytuacji pandemii COVID-19 w krajach zdecentralizowanego funkcjonowania ochrony zdrowia nie stanowiły później problemu, gdy istniały instytucje i procedury koordynacji, a władze wykazywały się umiejętnościami współdziałania. Często dobre praktyki regionalne stawały się źródłem innowacyjnego rozwiązania w całym kraju.

3.8. Uzupełnianie deficytu zasobów w systemie ochrony zdrowia

Wszędzie wystąpił deficyt środków⁹ ochrony osobistej (PPE) oraz niezbędnego wyposażenia do leczenia ostrej niewydolności oddechowej w placówkach medycznych; w szpitalach, przychodniach ogólnych oraz specjalistycznych, w centrach diagnostycznych oraz instytucjach opiekuńczych. Reakcja władz publicznych na tę sytuację była nieskoordynowana, szczególnie w krajach wysokiej skali decentralizacji instytucji ochrony zdrowia. Na początku nie skoordynowano na poziomie kraju zakupu materiałów do testowania, sprzętu ochrony osobistej dla personelu medycznego, pielęgniarskiego i opiekuńczego. Takie deficyty wystąpiły nie tylko we Włoszech, lecz także w Holandii i Kanadzie oraz, oczywiście, w krajach Europy Środkowej i Wschodniej¹⁰. Z opóźnieniem tworzone instytucje koordynacji zakupów sprzętu, środków ochrony osobistej i testów. Znoszono przepisy o przetargach na zakupy sprzętu i wykonywanie usług diagnostycznych.

W Holandii powołano konsorcjum ds. krajowych zakupów w celu nabycia odpowiedniego sprzętu i środków medycznych na zasadach *non-profit*. **W Norwegii** wprowadzono zamówienia rządowe na rodzimą produkcję PPE. **W Kanadzie** po początkowych trudnościach z zakupami (w USA) rząd uruchomił krajowe działania produkcyjne, przeznaczając na to środki w wysokości 2 mld USD dla kanadyjskich przedsiębiorstw.

Istotnym problemem systemu ochrony zdrowia w okresie pandemii okazał się także niedostatek szpitali i łóżek szpitalnych. Zmiany w systemie ochrony zdrowia w ciągu ostatnich kilku dekad dokonywały się pod wpływem wzmocnienia innych segmentów ochrony zdrowia niż szpitale. Wspieranie rozwoju instytucji POZ i lekarzy rodzinnych, a także swoboda w komercyjnym rozwoju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej doprowadziły do istotnego zmniejszenia popytu na opiekę stacjonarną. Tym większego, im bardziej efektywnie były wprowadzane reformy. Choćby **w Holandii**, przykładowo realizującej efektywne trendy reform zdrowotnych, brak łóżek szpitalnych był łagodzony dzięki współdziałaniu z niemieckim sąsiadem i wysyłaniu holenderskich pacjentów do szpitali przygranicznego landu. Ponadto uruchomiono dodatkowe narzędzia w kierowaniu pacjentów od lekarza pierwszego kontaktu do specjalistów i szpitali. Z jednej strony powstały listy możliwych wskazań, a z drugiej – motywacje do łączenia się specjalistów w opiece ambulatoryjnej, aby diagnozować i leczyć pacjentów w ramach szerszego spektrum kompetencji.

Poważnym deficytem były kadry medyczne i opiekuńcze, których liczebność we wszystkich krajach jest ograniczona. Na uzupełnianie białego personelu **Włosi** przeznaczali 660 mln euro, wzywając ludzi na emeryturze, szkoląc wolontariuszy i żołnierzy, zatrudniając imigrantów bez czekania na dopełnienie formalności z nostryfikacją dyplomów oraz zatrudniając studentów medycyny, ratownictwa, diagnostyki laboratoryjnej i pielęgniarstwa. Podobne działania i apele nastąpiły w innych krajach. **W Niemczech** powstała specjalna regula-

cja „Zezwolenie na leczenie”, umożliwiającą interwencje medyczne pielęgniarkom, ratownikom i innym służbom medycznym. W Bawarii podjęto decyzje o okresowym (do jednego roku) zatrudnieniu lekarzy imigrantów, czekających na nostryfikację dyplomu. Także **w Czechach** zdecydowano o zatrudnianiu lekarzy zagranicznych bez czekania na dopełnienie formalności.

W Holandii apelowano do kadry medycznej na emeryturze i pracującej na część etatu o powrót do pracy. Przerwano proces kształcenia specjalistycznego na rok, przesuwając studentów studiów doktoranckich oraz rezydentów do pracy w szpitalach. Na porządku dziennym stał problem reformy procesu kształcenia medycznego i planowania struktury specjalistów.

3.9. Szkolenia dla pracujących „na linii frontu”

Komunikaty oraz informacje przekazywane przez polityków nie wszędzie i nie od razu były wspierane procesem edukacyjnym. Początkowo brakowało wiedzy i nie było zgodności ekspertów dotyczących bezpiecznego zachowania. Jednoznaczne zalecenia WHO przyszły późno. *Nota bene* nie we wszystkich krajach istnieją wyspecjalizowane instytucje edukacji zdrowotnej. W konsekwencji także proces instruowania pracujących „na linii frontu” – czyli personelu pielęgnacyjnego i opiekuńczego, ekspedientów, pracowników BHP w zakładach pracy – przebiegał z opóźnieniem i skutkował większymi zakażeniami w tych grupach zawodowych.

Instrukcje zakładania i noszenia maseczek, odzieży ochrony osobistej, organizowanie usług, przemeblowywanie biur i zakładów pracy – wszystko to nie zawsze było dostatecznie szybko uruchamiane. Doniesienia z Włoch [7, 36] wskazują na szczególne znaczenie działań prewencyjnych w miejscach pracy, gdzie zagrożenie pojawianiem się nowych źródeł zakażeń jest duże i w konsekwencji – zwiększa także koszty gospodarcze pandemii.

3.10. Komunikacja ze społeczeństwem

We wszystkich krajach w komunikowanie się ze społeczeństwem włączyli się najwyższej rangi politycy. Różnice polegały na metodach działania. Można je podzielić na bardziej profesjonalne z punktu widzenia przekazywanych treści komunikatów i na takie, w których dominował przekaz wizerunkowy oraz kryteria związane z interesem politycznym.

W pierwszej grupie sytuuje się **Holandia**, gdzie sprawy komunikacji z obywatelami w okresie pandemii powierzono organizacji National Core Team (NKC), która dostosowywała ją do różnych odbiorców i na wszystkich poziomach polityki publicznej. Jednocześnie premier, Mark Rutte, wygłaszał specjalne przemówienia. Na początku zamknięcia miał „królewską mowę do narodu” i następnie występował przed podejmowaniem trudnych decyzji ograniczających swobody i aktywność. Był „człowiekiem kotwicą”, jak określały go media [8]. Po kilku miesiącach trwania pandemii opinia publiczna była już

niecek mniej przychylna, chociaż bardziej dla ministra zdrowia, a zapewne w konsekwencji – także dla premiera.

Merytoryczno-pragmatyczny charakter miały wystąpienia kanclerz Angeli Merkel **w Niemczech**. Informacje o epidemii i jej rozprzestrzenianiu się przekazywali głównie specjaliści z instytucji zdrowia publicznego, a przede wszystkim z Instytutu im. Roberta Kocha, natomiast ona skupiała się na koordynowaniu spraw ogólnokrajowych z występującymi w krajach związkowych (landach), organizując systematyczne spotkania z premierami krajów związkowych.

W Wielkiej Brytanii nie od razu zareagowano dostatecznie profesjonalnie. Istniało przekonanie, że SARS-CoV-2 jest wirusem podobnym do znanych już wirusów grypy i nie zakładano podobnych restrykcji, które zastosowano kilka tygodni wcześniej w innych krajach. Gdy wzrosła świadomość powagi zagrożenia pandemią COVID-19 wśród polityków¹¹, nastąpiły intensywne akcje uświadamiające i wyjaśniające konieczność *lockdownu*. Od połowy marca codziennie premier wraz z szefem SAGE występowali w telewizji. Ponadto napisał list, wysłany do wszystkich gospodarstw domowych w kraju, wyjaśniający sytuację. Zmiana opinii władz¹² wywoływała protesty i demonstracje przeciwko wprowadzaniu *lockdownu*, wspierane przez środowiska biznesowe. Powoli następowała większa akceptacja podejmowanych działań, aczkolwiek wiele krytyki wywoływało otwieranie gospodarki bez dostatecznego przygotowania przepisów i środków wykonawczych z reżimem sanitarnym i trzymaniem dystansu.

Skomplikowana sytuacja wystąpiła **we Włoszech**. Decentralizacja ochrony zdrowia wymagała od polityków krajowych dużego zaangażowania w koordynację spraw regionalnych i przygotowywanie odpowiednich przepisów prawnych umożliwiających interwencje rządu w sprawy autonomicznych regionów. Równoległe media, a szczególnie internet, produkowały śmieciowe informacje o koronawirusie i zachorowaniach na COVID-19. Powstała konieczność wskazywania sprawdzonych źródeł informacji opartych na faktach i dowodach naukowych. W tym celu powstała specjalna grupa ds. monitorowania fałszywych informacji w internecie i mediach społecznościowych w celu ich prostowania i ograniczania, gdy było to prawnie i technicznie możliwe. *Nota bene* problem fałszywych informacji, zjawisko zwane infodemią, występuje w każdym kraju i jest szczególnie niebezpieczne, gdy zaufanie do organów administracyjnych państwa oraz uznanych ekspertów jest niedostateczne i podważane.

W Czechach natomiast ujawniły się sprzeczności komunikacyjne związane z trudnościami porozumiewania się w koalicyjnym rządzie. Z jednej strony informacje wychodziły z resortu spraw wewnętrznych, zarządzającego sytuacją kryzysu zdrowotnego, a z drugiej – z Ministerstwa Zdrowia. Tarcia doprowadziły do zmiany przywództwa sztabu kryzysowego i to specjalista w dziedzinie epidemiologii przejął odpowiedzialność za zarządzanie w sytuacji pandemii [12].

3.11. Wychodzenie z zamknięcia

W wychodzeniu z zamknięcia stosowano różne strategie ze względu na zróżnicowaną sytuację epidemiologiczną w kraju, ze względu na zróżnicowanie sytuacji w przekroju przestrzennym, ale także ze względu na siłę presji politycznej, gospodarczej i społecznej. Istniała świadomość, że zbyt wczesne wyjście z *lockdownu* może szybko wzniecić drugą falę pandemii, do której nadal kraje nie będą dostatecznie przygotowane pod względem posiadania odpowiednich zasobów w ochronie zdrowia, a szczególnie jeszcze nie powstanie. Stąd strategie wychodzenia z zamknięcia są ostrożne i zróżnicowane terytorialnie.

Można zauważyć, że decyzje o zamykaniu były podejmowane szybko bez wcześniejszej pogłębionej analizy, natomiast decyzje o wychodzeniu miały większe podstawy analityczne i były realizowane wolniej (ostrożniej) na podstawie planów, w których wskazywano odpowiednie etapy. Precyzyjne strategie wychodzenia z zamknięcia przygotowano tylko w niektórych krajach. Posługiwano się przy tym kilku głównymi wskaźnikami etapowania procesu „luzowania” *lockdownu*. Przykładowo, **w Holandii** na początku maja opracowano narzędzie do kontrolowania sytuacji (*dashboard*) w postaci indeksu kilku wskaźników z określeniem ich krytycznych wartości. Przygotowano też wskazania adresowane do różnych branż gospodarki i życia publicznego. Rekomendowano dystansowanie społeczne pod hasłem „półtorejmetrowego społeczeństwa”.

W Wielkiej Brytanii kryterium wyznaczania etapów wychodzenia z *lockdownu* był współczynnik R (reprodukcji wirusa). Centrum Bezpieczeństwa Biologicznego, które rejestruje transmisję zakażeń, wskazało pięć etapów rozwoju sytuacji epidemicznej: od takiej, w której nie rejestruje się już zakażeń, do takiej, w której współczynnik R jest istotnie wyższy od 1, co wymaga (wymagało) zdecydowanego zamknięcia. Praktycznie otwieranie następuje na etapie trzecim, kiedy koronawirus jest nadal obecny, ale istnieje możliwość kontrolowania sytuacji przy przestrzeganiu zasad higieny i dystansu.

Odpowiednie analizy i prognozy opracowano także **we Włoszech**, gdzie wiele uwagi poświęcono wykonywaniu pracy w warunkach pandemii COVID-19. Powołano Komitet Naukowo-Techniczny Departamentu Ochrony Ludności, który został zaangażowany w opracowanie protokołów dotyczących warunków pracy, aby możliwe było trzymanie dystansu i stosowanie pozostałych rygorów dotyczących higieny i bezpieczeństwa pracy.

Wychodzenie z zamknięcia w krajach z dużą autonomią regionów i ośrodków lokalnych nie było jednolite. We Włoszech każdy region wskazał prognozowane daty, kiedy już nie będzie przypadku nowego zakażenia. Przykładowo, w Lombardii i Marche w Toskanii – wskazano koniec czerwca.

Szybkie otwarcie nastąpiło w Norwegii, gdzie już 7 kwietnia zniesiono lub złagodzone restrykcje. Otwierano usługi, ale jednocześnie ogłoszono zwiększoną kontrolę stosowania zasad higieny i trzymania dystansu, chociaż zmniejszono odległość do 1 m. Powrót do normalności nie był całkowity. Kontynuowano nakaz utrzy-

mywania dystansu w miejscach zbiorowego przebywania, używania maseczek w lokalach handlowych, a przede wszystkim rygorystycznego przestrzegania zasad higieny w kontaktach i miejscach publicznych. Planowaniu otwierania gospodarki towarzyszyła dyskusja o dramatycznych konsekwencjach pandemii dla gospodarki. Proces wychodzenia z *lockdownu* był naznaczony konfliktem między celami zdrowotnymi a gospodarczymi, rozwiązywanym otwarciem – w ramach dialogu społecznego – lub ukrywanym (nietransparentnym). Istotną cechą działań w Norwegii było porozumiewanie się rządu z pracodawcami i związkami zawodowymi. Przygotowanie do pełnego otwarcia zakładów pracy stanowiło przedmiot specjalnego trójstronnego porozumienia (20.04.), w wyniku którego powstawały zalecenia i instrukcje dotyczące zachowań oraz wsparcia w miejscu pracy.

Szybkie otwarcie gospodarki nastąpiło też w **Czechach** (od 20.04.). Nie był to akt jednorazowy. Proces otwierania zakończył się na początku czerwca (oficjalnie 8.06.). Uważa się jednak, że wśród krajów UE – był to proces najszybszy [12]. Otwieranie gospodarki oznaczało powrót rodziców do pracy oraz powrót dzieci do instytucji wychowawczych i oświatowych, ale w ramach reguł trzymania dystansu i zachowania reżimów sanitarnych. Dzieci najmłodszych klas w Czechach wróciły do szkoły w drugiej połowie maja. Dzieci starsze miały nauczanie zdalne, ale uczniowie kończący ostatnią klasę w swej szkole (w tym maturzyści) mieli nauczanie hybrydowe. Chodzili do szkoły na spotkania konsultacyjne z nauczycielami niektórych przedmiotów.

Nauczanie zdalne i hybrydowe wymagało specjalnych regulacji [38], a także wsparcia w organizowaniu zarówno edukacji, jak i opieki. Do trzymania dystansu potrzeba więcej przestrzeni, więcej kadry i mniejszych liczebnie grup dzieci, np. w przedszkolach do 6 dzieci przypadających na opiekunkę, w szkołach nauczania początkowego do 15 uczniów na nauczycielkę, a w starszych klasach nie więcej niż 20. Władze wielu krajów wyasygnowały fundusze na zmiany infrastrukturalne i wzrost zatrudnienia w edukacji; przekazując je *via* struktury regionalne lub sektorowe. Nie zawsze jednak istniały preferencje dla edukacji w alokacji środków COVID-owego wsparcia. Nie wskazano ich ani w Polsce, ani na Ukrainie.

Otwarcu gospodarki towarzyszyły na ogół wzmocnione działania nadzoru sanitarnego wspieranego przez policję i inne służby. Dotyczyły głównie kontrolowania przestrzegania zasad higieny i utrzymywania dystansu. Wzrosła „policyjna” funkcja tej instytucji, aczkolwiek ograniczona możliwościami stosowania mocniejszych narzędzi, ponieważ bardziej restrykcyjne przepisy prawne obowiązywały tylko w określonym czasie; w czasie stanu wyjątkowego czy inaczej zdefiniowanej sytuacji kryzysu wywołanego pandemią. Jednocześnie w kilku europejskich miastach¹³ obywatele zaczęli organizować demonstracje przeciwko ograniczaniu osobistej wolności na skutek zdecydowanego (z zastosowaniem sankcji) egzekwowania reżimów sanitarnych.

Równoległe podjęto prace nad przygotowaniem się do kolejnej fali pandemii. W **Norwegii** na przykład już w czerwcu ogłoszony został plan etapów polityki

publicznej na czas drugiej fali pandemii według trzech scenariuszy możliwego rozprzestrzenienia się koronawirusa. W każdym z nich kontrolowanie zachowań jest narzędziem zasadniczym [39]. Co ciekawe, to plan norweski zakłada wzrost znaczenia działań podejmowanych we współpracy międzynarodowej. *Nota bene* Norwegia nie jest członkiem UE, a tylko krajem stowarzyszonym (*EEA-agreement*)

3.12. Wsparcie gospodarki, społeczeństwa i systemu ochrony zdrowia

Zamknięcie granic, zatrzymanie gospodarki oraz izolacja ludzi w domach – wszystko to przyniosło różne straty gospodarcze i społeczne oraz zapowiedź recesji. Wszystkie kraje podjęły działania zmniejszające negatywne konsekwencje *lockdownu*, wzmacniając ekonomiczną rolę państwa. Zmieniano budżety, zwiększając wydatki na pomoc publiczną i jednocześnie luzując obligacje podatkowe podmiotów gospodarczych i obywateli. Powstało przyzwolenie na przekraczanie limitów długu publicznego¹⁴. Zastosowano różne pakiety wspierania gospodarki. W Niemczech już 27 marca dokonano rewizji budżetu (wzrost wydatków państwa o 20%) oraz uchwalono pakiet pomocy dla firm i ludności, w Polsce uchwalono cztery tzw. tarcze antykryzysowe o skali finansowej wynoszącej 11% PKB. Zwiększono świadczenia socjalne związane z pracą, dopłacano do wynagrodzeń pracowników i ograniczano obciążenia z tytułu ubezpieczeń społecznych w sytuacji zatrzymania produkcji, aby ograniczyć zwolnienia.

Na tym tle powstaje pytanie, czy z równą uwagą i troską władze państwowe podeszły do wzmocnienia systemu ochrony zdrowia. Analiza porównawcza działań w wybranych tu 9 krajach wskazuje, że nie było to powszechne. Tylko w niektórych krajach wsparcie dla służby zdrowia było realne. W **Niemczech** zaplanowano zmianę wyceny niektórych świadczeń medycznych (w ramach systemu DRG) oraz podniesiono stawki wynagrodzeń dziennych o 25% dla pielęgniarek szpitalnych [40]. Zapowiedziano też radykalne wzmocnienie kadrowe i kompleksową informatyzację niemieckiego systemu zbierania danych oraz inspekcji sanitarnej, prowadzonych przez lokalne urzędy zdrowia.

W **Holandii** istotnie dofinansowano opiekę podstawową, podnosząc stawki dla lekarzy rodzinnych z intencją tak skutecznego udzielania porad i diagnozowania chorych, aby nie trafiali do szpitala. Opieka stacjonarna była bowiem najbardziej krytycznym ogniwem systemu ochrony zdrowia w czasie pandemii.

W **Włoszech** stworzono kryzysowy fundusz (element programu „Cura Italia”), z którego pewną część (kilkanaście procent z 35 mld euro) skierowano do włoskiej Narodowej Służby Zdrowia. Z tego ponoszono wydatki na opłacanie ponadnormatywnych godzin pracy kadr medycznych, na zakupy dodatkowych łóżek intensywnej terapii, na wynajem dodatkowych pomieszczeń i na sprzęt ochrony osobistej. Zaczęto subsydiować włoskich producentów tego sprzętu. Od obywateli, pry-

watnych firm oraz organizacji filantropijnych zebrano około 0,5 mld euro na wsparcie regionów i miast w walce z epidemią. Dofinansowano także instytucję bhp oraz działania higieniczne w szkołach.

Także w **Wielkiej Brytanii** stworzono fundusz wspierający NHS (w wysokości 5 mld funtów). Największą część skierowano do władz lokalnych, które decydowały o kierunkach niezbędnych wydatków. Wobec dramatycznej sytuacji w domach opieki, władze przeznaczyły dodatkowe środki (0,6 mld funtów) na ich wsparcie.

W **Czechach** istotnie zwiększono rezerwę budżetową, przeznaczając jej istotną część (ponad 2 mld euro) na wydatki związane z pandemią. Zwiększono też dotację do ubezpieczenia zdrowotnego w celu pokrycia kosztów reorganizacji szpitali.

W **Polsce** dofinansowano NFZ, w skali 7,5 mld PLN, w celu sfinansowania usług zdrowotnych oraz niezbędnych materiałów, testów i leków związanych z pandemią. Środki te mogły być przeznaczone tylko na skatalogowane cele. Samorządy wojewódzkie i lokalne ze swoich budżetów finansowały wydatki związane z reorganizacją szpitali, niezbędnymi inwestycjami oraz zaopatrzeniem w sprzęt. W przeciwieństwie do wielu innych krajów nie uzyskały dla swej działalności specjalnej – COVID-owej – dotacji. Niepokój środowiska medycznego wzbudziły niektóre działania władz, odebrane jako restrykcyjne, np. ograniczenie pracy do jednego miejsca¹⁵, czy też projekt zwiększenia kar za błąd medyczny, włączony do nowelizowanej ustawy koronawirusowej. Kryzys zdrowotny w Polsce, wbrew oczekiwaniom, nie przyniósł, póki co, wzmocnienia sektora zdrowotnego.

Z doświadczeń pandemii COVID-19 w odniesieniu do instytucji wynikają liczne i różnorodne wnioski, które wywołają zapewne kolejne i pogłębione analizy. Ten szybki przegląd pozwala już jednak na sformułowanie kilku tez dotyczących zarządzania publicznego w sytuacji pandemii. Kryzys zdrowotny wywołany pandemią COVID-19 zwrócił uwagę na potrzebę powołania nowych struktur polityki publicznej lub istotnej reorganizacji starych.

Trzy obszary okazały się szczególnie wrażliwe na efektywność zarządzania w okresie kryzysu.

Po pierwsze – obszar informacji o zjawisku. W przypadku obecnej pandemii to informacje o zakażeniach (testowanie), o transmisji zakażeń (kontakty), o zachorowaniach, o ozdrowieniach i zgonach. To wszędzie wzmocniło instytucje zdrowia publicznego (poza Polską) oraz obnażyło niedoinwestowanie lokalnych ośrodków zbierania informacji.

Po drugie – obszar koordynacji decyzji. Potrzeba koordynacji objęła zarówno sprawy międzydziedzinowe, jak i przestrzenne. Istnienie wzmocnionych instytucjonalnie procedur koordynacji oraz umiejętności współdziałania okazało się jednym z głównych czynników dobrego rządzenia w kryzysie COVID-owym.

Po trzecie – obszar systemu ochrony zdrowia, w którym niezbędne jest zachowanie równowagi różnych aktywności w świadczeniu usług medycznych ze względu

na: 1) specjalizacje (zaniedbania w rozwoju specjalizacji dotyczących chorób zakaźnych), 2) ze względu na podział na leczenie szpitalne i pozaszpitalne (konieczny realny wzrost roli lekarza POZ) z uwzględnieniem usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, oraz 3) ze względu na udział sektora prywatnego. Imperatyw równowagi nie wymaga kolejnej radykalnej reformy systemu zdrowotnego, a raczej poprawy zarządzania publicznego systemem zdrowotnym, w tym szczególnie: wdrożenia instrumentów prognozowania zjawisk epidemiologicznych, planowania niezbędnych zasobów oraz stosowania uzasadnionych merytorycznie kryteriów ich efektywnej (na podstawie modeli dostępności i specjalizacji) alokacji.

4. Zastosowane działania prewencyjne – apele, zalecenia, nakazy i zakazy

Rozszerzenie się zakażeń koronawirusem drogą kropelkową ułatwioną przez dotyk osób i miejsc jego obecności wymagało radykalnego ograniczenia kontaktów oraz przestrzeni¹⁶, gdzie wirus mógł się utrzymywać. Zalecenie niewychodzenia z domu bez uzasadnionej potrzeby i utrzymywanie dystansu co najmniej na 1 m, zapoczątkowano we Włoszech 23 lutego. Nie od razu były respektowane. Dwa tygodnie później zaostrzono przepisy i rozszerzono je na cały kraj. Włoscy eksperci piszą [41], że wprowadzone ograniczenia respektowane były z trudem.

Działania prewencyjne w innych krajach rodzajowo były podobne, aczkolwiek o różnej skali restrykcyjności. Nawet w krajach skandynawskich na ogół instytucjonalnie zbliżonych, wystąpiły duże różnice. W Danii restrykcje były większe niż w Norwegii, a największa swoboda panowała w Szwecji.

Zastosowanie działań prewencyjnych w **Norwegii** zróżnicowano w zależności od ryzyka zakażenia w połączeniu ze wskaźnikiem zachorowań. Wyróżniono grupę lekko podwyższonego ryzyka oraz grupę umiarkowanego lub wysokiego ryzyka. Informacje na temat ryzyka podawane są przez Norweski Instytut Zdrowia Publicznego.

Różnice działań prewencyjnych występowały w przekroju terytorialnym. W krajach z autonomią regionów i ze zróżnicowaną przestrzennie skalą zakażeń zastosowano w niektórych miejscach rozwiązania ostrzejsze, np. w Bawarii ogłoszono godzinę policyjną.

Różnice regionalne dotyczyły zarówno wprowadzania restrykcji, jak i wychodzenia z nich. Przy wychodzeniu z zamknięcia procedura była bardziej przepracowana. W Niemczech zastosowano regułę ostrożnościową, przyjmując za podstawę wskaźnik zakażeń na 100 tys. mieszkańców. Wzrost relatywnego wskaźnika zakażonych do poziomu 50/100 tys. utrzymywał *lockdown*. Podobną koncepcję (rodzaju *deshboard*) zastosowano w Holandii.

We **Włoszech** stosowano mapy oznaczone kolorowymi plamami (zielony, żółty i czerwony), ukazując zróżnicowane ryzyko transmisji zakażeń (w Polsce podobne rozwiązanie zastosowano w sierpniu 2010 roku). Włączono rzesze wolontariuszy do kontroli przestrzegania dystansu i noszenia maseczek w miejscach publicznych.

Eksperci obawiają się jednak, że dyscyplina społeczna we Włoszech będzie niedostateczna.

W **zestawieniu 5** zawarto podstawowe prewencyjne działania w okresie *lockdownu* – pierwsze półrocze 2020 roku.

4.1. Wykonywanie testów

Najwięcej dyskusji i kontrowersji wywoływała sprawa testów. Mimo apelu WHO (WHO 2020-03) o konieczności wykonywania masowych testów (testy, testy, testy) praktyka w poszczególnych krajach była zróżnicowana i zmieniana w czasie trwania pandemii. Istotnym czynnikiem ograniczeń w sprawie obowiązku przeprowadzania testów był deficyt laboratoriów, materiału do testowania oraz personelu.

Pierwsze komunikaty WHO (WHO 2020-03) i ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) zalecały przeprowadzenie testów dla trzech grup osób: i) mających kontakt z osobami zakażonymi, ii) przybywających z kraju, regionu bądź miejscowości z występowaniem zakażeń, iii) pacjentów hospitalizowanych. Nawet tak ograniczone wskazania napotykały deficyt materiału do testowania oraz laboratoriów. Zakupy testów z niezbadanych źródeł oraz swoboda ich wykonywania powodowały dodatkowe zagrożenia i w wielu krajach podjęto decyzje o dopuszczaniu do diagnozowania tylko ośrodki akredytowane. To opóźniało rozpoznawanie sytuacji.

W niektórych krajach dopuszczano laboratoria prywatne i dostęp do testów (także serologicznych) za opłatą. **We Włoszech** pracodawcy opłacali testy dla swych pracowników, przyspieszając rozpoznania. Wzrost zakresu wskazań do obowiązkowego wykonywania testów nastąpił dopiero w drugim etapie pandemii. Rozszerzono też zakres, obejmując: biały personel, pracowników domów opieki, ekspedientów, kierowców komunikacji publicznej. Jednocześnie upowszechniano zasadę przeprowadzenia drugiego testu u osoby zakażonej bezobjawowo (po przebyciu kwarantanny) po czternastu dniach, a wyleczonej – po siedmiu.

W Holandii decyzje o wykonywaniu testów były początkowo ograniczone do osób przybywających z Chin oraz zgłaszających się z symptomami zakażenia. Po krytyce ze strony społeczeństwa i profesjonalistów medycznych polityka w sprawie testowania uległa zmianie w połowie kwietnia. Powszechnym testowaniem objęto personel medyczny, opiekunów, nauczycieli i służby kontaktujące się z innymi ludźmi w swej pracy. Powołano koordynatora ds. wykonywania testów. Od czerwca nastąpiło w Holandii radykalne zwiększenie liczby przeprowadzonych testów [8].

W Wielkiej Brytanii testowanie początkowo miało niewielką skalę. Brakowało laboratoriów i personelu. Powołany został oddział NHS – *Test and Trace*, do którego zatrudniono 25 tys. osób w celu przeprowadzania testów [9].

W Kanadzie najpierw podjęto działania dotyczące sprawdzania laboratoriów pod względem możliwości i jakości stosowania różnych testów, zanim je skierowano

do testowania ludności. Decyzje podejmowano w sposób zdecentralizowany [14].

W Niemczech wzrost liczebności prowadzonych testów opierał się na opracowanej pośpiesznie strategii na ten temat. Plan przeprowadzania testów ogłoszono 4 kwietnia. Do osób zgłaszających się z symptomami dodano przede wszystkim osoby z kręgu pojawiania się nowych ognisk zakażeń (domy dla osób starszych, szpitale, zakłady pracy), aby zatrzymać łańcuch infekcji, zanim rozprzestrzeni się dalej. Ponadto wprowadzono testowanie osób uznanych za wyleczone w celu sprawdzenia u nich tworzenia się przeciwciał. Od 26 maja regularnie testowano pracowników ochrony zdrowia i zakładów opiekuńczych oraz pacjentów i pensjonariuszy [42]. Fundusz ubezpieczeń społecznych (SHI) został zobligowany do sfinansowania tych testów. Także lokalne urzędy zdrowia mogły się ubiegać o pokrycie kosztów testowania z ubezpieczenia społecznego. Rząd obiecał wzrost dotacji do funduszu ubezpieczeń społecznych z tego tytułu [19].

W Czechach wskazano laboratorium państwowe (przy Instytucie Zdrowia Publicznego) zarówno do wykonywania testów, jak i do wydawania referencji innym laboratoriom. Już w połowie marca takie referencje uzyskiwały liczne laboratoria prywatne. Kierowanie do testowania było początkowo ograniczane do osób z symptomami oraz mających potwierdzone kontakty z zakażonymi na podstawie skierowania lekarza (rodzinnego oraz wybranych specjalistów, np. pediatrów, pneumologów) lub czeskiego sanepidu. Przyjęto też zasadę ponownego testowania osób po zakończeniu kwarantanny. Następnie uwzględniono personel domów seniora i opieki długoterminowej. W maju zakres testowania rozszerzono. Wszystkie medyczne wskazania były finansowane ze środków ubezpieczenia zdrowotnego. Do wykonywania testów dopuszczano – po przeszkoleniu – ratowników oraz wojsko.

Deficyt laboratoriów, testów i kadry do ich przeprowadzania powodował, że **testowanie w Polsce** było początkowo wyraźnie ograniczone, a przy tym podważano zasadność masowego testowania, nawet personelu medycznego i opiekuńczego. Po pewnym czasie, wraz z nasiloną krytyką społeczną, sytuacja uległa zmianie. W wyniku zarządzenia o sieci laboratoriów (z 3.03.) powoli skoordynowano wskazania dotyczące miejsc do przeprowadzania testów. Zwiększano także krąg osób wskazanych do diagnozowania, między innymi identyfikowano osoby z kontaktu (także bezobjawowe).

Na Ukrainie rozpoczęto od wskazania i przygotowania laboratoriów jako regionalnych centrów testowania (25 OLC). Sieć laboratoriów zwiększały laboratoria szpitalne, ministerstw siłowych i innych służb publicznych. Dopuszczono z czasem laboratoria prywatne. Testy są odpłatne; nie płaci tylko służba zdrowia usytuowana „na froncie walki z koronawirusem”.

Zróżnicowana polityka i różne możliwości szerokiego przeprowadzania testów powodują, że informacja o zakażeniach koronawirusem nie jest porównywalna. Gdy wykonuje się więcej testów, to także w porównywalnych warunkach (i kontekstach) odkrywa się więcej zakażeń. To sprzyja politycznej powściągliwości w organizowa-

Zestawienie 5. Działania prewencyjne; apele, nakazy, zakazy, sankcje w czterech zachodnich krajach europejskich

Działania w zakresie prewencji	Włochy	Holandia	Wielka Brytania	Norwegia
Testowanie	Początkowo skala niewielka, a następnie istotnie zwiększona, także testów molekularnych (swabs)	Ograniczone do osób z symptomami kierowanych do szpitali; wyznaczono tylko dwa laboratoria (w czerwcu już 34), stopniowo zwiększono skalę w stosunku do osób kontaktujących się z innymi w pracy	Stopniowo rozszerzano program testów i ich dostępności	Ograniczone do osób z symptomami, do białego personelu i wojska, rozszerzane do wskaźnika 5% populacji
Ograniczenie poruszania się – „zostań w domu”	Od 23.02. – izolacja, tylko „essential business activities”	Zakaz wychodzenia ze ściśle zdefiniowanymi wyjątkami	Praca biurowa tylko zdalna, utrzymywana podstawowa produkcja	Praca biurowa tylko zdalna, produkcja natomiast kontynuowana
Żłobki, przedszkola i szkoły podstawowe	Zamknięcie od 9.03., otwieranie – kompetencje regionalne	Zamknięcie do 1.07.; otwieranie możliwe od 11.05. w zależności od warunków	Zamknięte	Zamknięcie od 12.03. i otwarcie od kwietnia
Szkoły średnie i uczelnie	Edukacja zdalna – otwarcie 1.06.	Edukacja zdalna, otwarcie od nowego roku szkolnego 2020	Zamknięte od 20.03. i stosowanie edukacji zdalnej	Edukacja zdalna
Zgromadzenia	Zakaz	Zakaz od 100 osób, po otwarciu od 250	Zakaz	Prywatne – zakaz od 5 osób, publiczne – od 50 osób, szybkie łagodzenia 1.05.
Imprezy sportowe i kulturalne	Przesunięte na jesień	Zakaz całkowity i otwarcie 1.07. z dystansem 1,5 m	Zakaz	Zakaz całkowity, złagodzenie na okres wakacji
Usługi osobiste i dentystyczne	Zamknięte	Zakaz i przywracanie od 1.07. – decyzje lokalne	b.d.	Zakaz całkowity i przywracanie od maja
Usługi handlowe	Zawieszono, z wyjątkiem sklepów spożywczych, drogerii i aptek	Tylko wybrane sklepy, a po otwarciu z utrzymywaniem dystansu	Ograniczenia do niezbędnych	Dopuszczalne pod rygorem higienicznym
Usługi gastronomiczne	Zakaz – początkowo od godz. 18.00 do 6.00, a następnie całkowity, otwarcie 1.06.	Zakaz, a po otwarciu – rezerwacja, dystans lub ekrany	Zakaz łagodzony dla miejsc pozwalających na dystans	Dopuszczalne, z ograniczeniami zróżnicowanymi terytorialnie
Dystans	1 m w miejscach publicznych	1,5 m w miejscach publicznych	2 m	Początkowo 2 m, od 30.04. – do 1 m
Loty	Dozwolone z ograniczeniami i badaniami pasażerów	W ramach UE zgodnie z rozporządzeniem UE z 13 marca ograniczenia z krajów zamorskich	Dozwolone do krajów selekcyjowanych; lista zmienna w czasie	Zakaz lotów zagranicznych
Podróże koleją i autobusami	Ograniczenia między regionami	Ograniczenia lokalne	Ograniczenia krajowe	Przez granice wpuszczani tylko pracownicy
Transport publiczny komunalny	Znacznie ograniczony	Ograniczony, a od 1.06. regularny rozkład z zachowaniem dystansu i w maseczkach	Ograniczony	Aktywny z trzymaniem dystansu
Noszenie maseczek	W miejscach publicznych	Od otwarcia tylko w transporcie publicznym, chociaż w debacie podważa się skuteczność	W sklepach	Nie wprowadzono
Sankcje	Kary finansowe	b.d.	Kary finansowe	Upomnienia
Śledzenie kontaktów	Aplikacja centralna „Immuni”, a w regionach zróżnicowana	Obowiązkowy wywiad o kontaktach	Powołanie <i>Test and Trace</i> w NHS	Mobile app „Infection Stop”, zniesiony w lipcu
Kwarantanny; placówki i samoizolacja	Miękka (<i>soft</i>) kwarantanna dla piłkarzy	14 dni i skrócona do 10; na ogół w domu, kontrolowana codziennie telefonicznie	Samoizolacja – 2 tyg.	2 tyg., a po otwarciu – 10 dni

Źródło: [7–10, 39].

Zestawienie 6. Działania prewencyjne; apele, nakazy, zakazy, sankcje; Polska i sąsiedzi

Działania w zakresie prewencji	Niemcy*	Czechy	Polska	Ukraina
Testowanie	Na poziomie federalnym wyznaczono 200 laboratoriów; opracowano plan testowania (9.04.) i zwiększono liczbę testów	Początkowo wskazano Krajowe Laboratorium Referencyjne oraz laboratoria szpitali akademickich. Udział prywatnych – po akredytacji. Wskazania tylko na podstawie skierowania (lekarz lub sanepid)	Znikoma liczba testów w marcu, w kwietniu radykalny wzrost; zarządzanie w sprawie koordynacji działań laboratoriów	Relatywnie mały zakres testowania na początku – tylko osoby z symptomami
Ograniczenie poruszania się – „zostań w domu”	Ograniczenie; tylko wyjścia konieczne – do 3.05.	Ostre ograniczenie od 16.03.; całkowity zakaz dla osób 70+	Zakaz od 24.03. z koniecznymi wyjątkami, zastrzyżony od 1.04.	Zakaz od 12.03., zastrzyżony od 6.04.
Żłobki, przedszkola i szkoły podstawowe	Otwarte tylko dla dzieci, których rodzice wychodzili do pracy; szkoły w systemie zmiennym	Zamknięcie w okresie 10.03 – 20.04.; a następnie otwieranie, zależnie od decyzji właścicieli i prowadzących	Zamknięcie od 16.03.	Zamknięte od 12.03. i wprowadzenie lekcji w telewizji
Szkoły średnie i uczelnie	Edukacja zdalna	Edukacja zdalna i hybrydowa, decyzje uzgadniane z samorządami	Edukacja zdalna w całym semestrze letnim	Edukacja zdalna
Zgromadzenia	Zakaz powyżej 10 osób	Zakaz od 10.03. powyżej 100 osób, następnie powyżej 30, ostatecznie od 2 osób	Początkowo zakaz powyżej 50 osób, następnie zastrzyżono	Zakaz od 6.04.
Imprezy sportowe i kulturalne	Etap drugi – tylko na świeżym powietrzu i dystans 2 m	Zakaz od 10.03.	Zakaz od 1.04.	Zakaz od 12.03. do 31.08.
Usługi osobiste i dentystyczne	Przywrócenie w drugim etapie 4.05.	Zamknięte	Zakaz i otwieranie od 18.05. z zachowaniem reżimu sanitarnego	Zakaz i przywrócenie od 12.05. z zachowaniem reżimu sanitarnego
Usługi handlowe	Otwarte tylko supermarkety, apteki i drogerie, powszechne otwarcie na trzecim etapie (od 25.05.)	Zamknięcie sklepów wielkopowierzchniowych do 6.04.	Otwarte tylko sklepy spożywcze, drogerie i apteki, otwieranie galerii handlowych – w maju	Przez okres pandemii otwarte tylko sklepy spożywcze i apteki. Galerie handlowe otwarte 1.06. z zachowaniem reżimu sanitarnego
Urzędy i banki	Otwarte – z ograniczonymi godzinami urzędowania	Otwarte z ograniczeniami oraz reżimem sanitarnym	Otwarte w określonych godzinach z przestrzeganiem reżimów sanitarnych	Ograniczenia od 25.03.
Przemysłowe zakłady pracy	Regulacje branżowe; zastrzyżony reżim bhp	Wykonywanie pracy z ograniczeniami; dystans i reżim sanitarny	Otwarte z trzymaniem dystansu 1,5 m	Wprowadzenie różnych godzin rozpoczynania i kończenia pracy
Usługi gastronomiczne	Na wynos, na miejscu w czwartym etapie (czerwiec)	Zamknięte do 20.04.	Zamknięte od 14.03.; otwierane od 18.05.	Lockdown od 18.03. do 12.05.
Dystans	1,5 m w miejscach publicznych, 2 m na świeżym powietrzu	2 m w miejscach publicznych	2 m w miejscach publicznych	1,5 m w miejscach publicznych
Loty	Wstrzymane do 15.06.	Obowiązkowa kwarantanna dla podróżnych z niektórych krajów; potem zakaz lotów	Wstrzymane od 14.03., wznowiane w czerwcu	Całkowity zakaz lotów z zagranicy od 28.03. do 18.06.
Podróże koleją i autobusami	Ograniczenia do 14.06.	Ograniczenia	Dozwolone z zachowaniem dystansu i przepisów sanitarnych	Zawieszono od 18.03. we wskazanych obwodach do 1.06.
Transport publiczny komunalny	Ograniczona częstotliwość i obłożenie	Ograniczenia rozkładu jazdy i obłożenia, powrót do regularnego działania – 1.06.	jw.	Ograniczony od 18.03. do 22.05.
Noszenie maseczek	Obowiązkowe, a od 27.04. tylko w transporcie publicznym i sklepach	Obowiązkowe od 18.03.	Obowiązkowe od 16.04., a od 30.05. tylko w miejscach publicznych „pod dachem”	Nakaz od 18.03. do 22.05. pod warunkiem trzymania dystansu 1 m; nadal obowiązkowe w transporcie publicznym
Sankcje	Kary pieniężne zróżnicowane lokalnie za nierespektowanie zakazów i nakazów	Pieniężne	Kary pieniężne zależne od rodzaju przewinienia	Pieniężne

Działania w zakresie prewencji	Niemcy*	Czechy	Polska	Ukraina
Śledzenie kontaktów	Aplikacja Corona-Warn-App	Aplikacja „eRouska” (eMask); brak powszechnego przyzwolenia i pracowników do przetworzenia i zastosowania informacji	Dochodzenia sanepidu i wdrażanie aplikacji ProteGOSafe	Aplikacja „Дій вдома” („Działaj w domu”)
Kwarantanny; placówki i samoizolacja	14 dni w domu pod nadzorem	14 dni w domu	W domu oraz w tzw. izolatoriach	W domu

Wyjaśnienia: *w Niemczech wyznaczono etapy, które były odmienne w krajach związkowych; w kolumnie zamieszczono daty z Dolnej Saksonii.
Źródło: [11–13, 19, 20].

Zestawienie 7. Działania prewencyjne; apele, nakazy, zakazy, sankcje w Kanadzie; na poziomie federalnym i w prowincji Ontario

Działania w zakresie prewencji	Kanada	Ontario
Testowanie	Krajowa definicja przypadku zakażenia	Wskazania do testowania w prowincjach
Ograniczenie poruszania się – „zostań w domu”	Bez przepisów federalnych; samorządne decyzje prowincji i terytoriów	Wychodzenie tylko w sprawach koniecznych; wykorzystanie telemedycyny na potrzeby wizyt lekarskich
Żłobki, przedszkola i szkoły podstawowe	jw.	Szkoły zamknięte od 14.03. i stosowanie edukacji zdalnej do końca roku szkolnego (czerwiec); żłobki i przedszkola zamknięte od 17.03.
Szkoły średnie i uczelnie	jw.	Zamknięte od 14.03.–16.03. i stosowanie edukacji zdalnej do końca roku szkolnego
Zgromadzenia	jw.	Nie więcej niż 50 osób; od 17.03.; nie więcej niż 5 osób, od 28.03.; nie więcej niż 10 osób, od 8.06.–7.07. w zależności od rejonu w prowincji
Imprezy sportowe i kulturalne	jw.	Całkowity zakaz od marca.
Usługi osobiste i dentystyczne	jw.	Od 20.03. leczenie tylko nagłych przypadków; otwarcie od 31.05. z zachowaniem reżimu sanitarnego
Usługi handlowe	jw.	Od 24.03. otwarte tylko sklepy i firmy prowadzące działalność niezbędną; ponowne otwarcie od 8.06.–7.07. w zależności od rejonu w prowincji
Urzędy i banki	Niektóre urzędy państwowe zamknięte od 27.03. do lipca.	Banki otwarte z ograniczeniami i z zastosowaniem reżimu sanitarnego, niektóre urzędy prowincjonalne zostały zamknięte od końca marca.
Przemysłowe zakłady pracy	Decyzje zdecentralizowane	Utrzymana niezbędna działalność z organizacją pozwalającą na utrzymanie reżimu sanitarnego
Usługi gastronomiczne	jw.	Od 17.03. – tylko działalność na wynos i dostawy do domu; ogródki otwarte od 8.06.–7.07. – w zależności od rejonu w prowincji
Dystans	Około 2 m (6 stóp – feet)	Około 2 m (6 stóp – feet)
Loty	Od 16.03. granica zamknięta dla obcokrajowców lub osób bez prawa stałego pobytu, od 20.03. dla obywateli USA; od 28.03. kontrola sanitarna wszystkich pasażerów	Od 16.03. lotnisko w Toronto było jednym z czterech lotnisk w Kanadzie z pozwoleniem na przyjmowanie lotów międzynarodowych
Podróże koleją i autobusami	Kontrola sanitarna pasażerów pociągów od 28.03.	Kontrola sanitarna pasażerów autobusów – decyzje lokalne
Transport publiczny komunalny	Bez przepisów federalnych	Ograniczony – decyzje lokalne
Noszenie maseczek	Zalecane od 20.05.	Decyzje całkowicie lokalne; w niektórych rejonach obowiązkowe
Sankcje	Kary pieniężne	Kary pieniężne
Śledzenie kontaktów	Wdrożenie aplikacji COVID-Alert	Aplikacja COVID-Alert od 31.07. w Ontario
Kwarantanny; placówki i samoizolacja	Zamknięcie granic i kwarantanna – 14 dni w domu lub w izolatorium	W prowincji nie wprowadzono samoizolacji dla osób przyjeżdżających z innych terenów Kanady

Źródło: [14, 15].

niu masowego przeprowadzania testów. Jednocześnie ogranicza trafność i nie pozwala na bardziej restrykcyjne egzekwowanie dystansu oraz stosowanie reżimu sanitarnego, aby wygasić epidemię. Do czasu wynalezienia skutecznej, przystępnej cenowo szczepionki czy leku nie ma innej drogi niż dystans i higiena.

4.2. Kontrolowanie drogi zakażeń

Istotnym narzędziem działań prewencyjnych jest kontrolowanie drogi transmisji koronawirusa, czyli kontaktów osób zakażonych. Wywiady medyczne były niewystarczające i zawodne. Szybko pojawiła się aplikacja do telefonów komórkowych i smartfonów, pozwalająca na śledzenie kontaktów. Uaktywniły się liczne firmy oferujące swoje rozwiązania. To niewątpliwie zwiększyło możliwości wykrywania kontaktów osób zakażonych, ułatwiając kontrolowanie drogi transmisji wirusa, ale skuteczność nie była dostateczna, np. około 50% w Niemczech [11]. **W Czechach**, które zastosowały aplikację związaną z kartą płatniczą, nie zaakceptowano powszechnego dostępu do osobistych informacji.

Kontrolowanie transmisji zakażeń wymagało dodatkowego zatrudnienia w placówkach sanitarno-epidemiologicznych. Jednak zatrudnienie nie wszędzie zostało zwiększone, a to powodowało, że nawet zastosowanie digitalnej metody kontaktu nie mogło zostać dostatecznie wykorzystane. Taka sytuacja wystąpiła ewidentnie np. w Czechach.

Śledzenie kontaktów było problemem także **w Polsce**. Wywiad epidemiologiczny był niewystarczający, brakowało ludzi w inspekcji sanitarnej, a przygotowana w Ministerstwie Cyfryzacji aplikacja na telefon komórkowy – ProteGO Safe została wdrożona dopiero w czerwcu.

Zastosowane metody prewencji w czasie pierwszej fali pandemii COVID-19 nie wszędzie dały zadowalające rezultaty. Przyczyny leżały po obu stronach; 1) decydentów i instytucji zdrowia publicznego, oraz 2) społeczeństwa. W pierwszym przypadku były uwarunkowane jakością zarządzania publicznego oraz jakością działania instytucji systemu ochrony zdrowia. W drugim – decydujące były zachowania ludności; respektowanie przepisów i zaleceń oraz wzajemne wspieranie się i pomoc osobom największego ryzyka zakażeniem SARS-CoV-2. Zachowania ludności nie są jednak zmienną niezależną. Mogą być istotnie ukierunkowywane (stymulowane), gdy działa oświata zdrowotna, gdy osoby wzorcotwórcze – w tym czołowi politycy oraz eksperci – dają dobry przykład, gdy istnieje także konsensus ekspertów i polityków w kwestii rekomendowanych i podejmowanych działań.

5. Zachowania społeczne: zaufanie i konflikty

Analiza opinii społecznej oraz realnych postaw w okresie pandemii wykazała znaczącą rozbieżność. W toku *lockdownu* były to rozbieżności dwojakiego rodzaju. Z jednej strony związane z sytuacją, gdy nie popiera się decyzji,

np. o wymogu noszenia maseczek, przy jednoczesnym stosowaniu się do obostrzeń, czy to z obawy przed sankcjami, czy z poczucia obywatelskiego obowiązku. Z drugiej strony obserwowana była rozbieżność polegająca na tym, że zalecenia i obostrzenia spotykały się z dużym poparciem, ale z różnych przyczyn ludzie do nich się nie stosowali. Jest to zjawisko tzw. akrazji, czyli niestosowania się do zaleceń, które się samemu popiera.

We Włoszech wysokiej aprobacie dla *lockdownu* (80% w kwietniu) towarzyszył relatywnie wysoki stopień niestosowania się do jego wymogów. Najczęściej nie trzymano dystansu i nie noszono maseczek oraz lekceważono przepisy na drogach. W takiej sytuacji wprowadzono wysokie kary pieniężne za nieprzestrzeganie zasad. Do kontrolowania zachowań angażowano służby policyjne, nadzoru sanitarnego oraz wolontariuszy.

Zaufanie do władzy (do decyzji rządu) początkowo wszędzie było powszechne, ale wraz z trwaniem pandemii generalnie spadało, z pewnymi wyjątkami (np. według YouGov wzrosło w Niemczech). Spadek poparcia był znaczny w takich krajach, jak Włochy, Zjednoczone Królestwo, Polska (a także Francja i USA), a nieznaczny np. w Czechach czy w Holandii. Jedną z przyczyn spadającej akceptacji było nierespektowanie zaleceń i nakazów przez reprezentantów władzy, a nawet ekspertów¹⁷.

Międzynarodowe porównywalne badania opinii YouGov¹⁸ prowadzone od marca do lipca 2020 roku wskazują, że zaufanie do władz sanitarnych i ekspertów epidemiologicznych było na ogół większe niż do władzy politycznej. W niektórych krajach miało dodatkowo wyraźną tendencję rosnącą, np. w Anglii, w Niemczech, Norwegii oraz w Kanadzie. Spadające zaufanie notowano natomiast we Włoszech, chociaż poziom zaufania w tym kraju był wysoki – ponad 70%, podobnie w Hiszpanii – blisko 80%. Relatywnie wysoki poziom zaufania w okresie od marca do czerwca 2020 roku notowano też w Szwecji – 67%, po krótkim spadku poniżej 60% w kwietniu, co zważywszy na odmienną w okresie pandemii COVID-19 politykę zdrowia publicznego w tym kraju¹⁹, zasługuje na uwagę. Zaufanie do ekspertów w Szwecji i tak było niższe niż w pozostałych krajach skandynawskich, ale w porównaniu z innymi krajami relatywnie wysokie i utrzymujące się na podobnym poziomie w miesiącach letnich. Zdecydowanie gorsze wskaźniki (tendencja i poziom) wystąpiły we Francji i USA (około 50%).

W badaniach opinii na temat zamknięcia daje się zauważyć, że jeśli nawet ogólne poparcie dla tej decyzji było duże (zrozumiała strategia walki z globalną epidemią), to w przypadku konkretnych metod prewencji okazywało się ono znacznie mniejsze i zróżnicowane [47]. Pojedyncze działania były niejednokrotnie niejasne, a wyjaśnień nie podawano²⁰. To sprzyjało spekulacjom na temat ukrytych celów władzy, a także niepewności co do rzetelności danych, na podstawie których podejmowane były decyzje. Podobnie bardzo negatywnie oceniano łamanie przez decydentów własnych zaleceń. Charakterystyczne z tego punktu widzenia są wskaźniki dla Polski, gdzie według badań Fundacji Batorego z marca, wysokiemu deklarowaniu stosowania się do zaleceń władzy – ponad 80% badanych – towarzyszyła raczej nega-

tywna ocena konkretnych działań rządu wobec pandemii i to nawet przy relatywnie pozytywnej ocenie sytuacji w kraju: tylko 41% badanych uważało, że „rząd dobrze sobie radzi z epidemią” i aż 64% sądziło, że „rządzący nie podają społeczeństwu pełnych danych o skali zachorowań” [51]. Potwierdziły to badania ogólnoeuropejskie, w których Polacy w największej skali nie ufali ogłoszonym danym epidemiologicznym (53%), obok Francuzów (47%) i Włochów (46%) [31].

Poparcie dla władzy w analizowanym okresie spadało wraz z obawami o przyszłość, gdy z powodu *lockdownu* problemem stawało się utrzymanie miejsc pracy. Według wielu sondaży krajowych społeczeństwa najbardziej obawiają się zagrożenia chorobą, ale zaraz potem – bezrobocie spowodowane pandemią. W czerwcowym badaniu Ipsos w 27 uczestniczących krajach 47% badanych wskazało „Koronawirus (COVID-19)” jako najpoważniejsze zagrożenie, a 42% – bezrobocie [46].

Analiza percepcji społecznej podejmowanych interwencji zdrowia publicznego zwraca uwagę na rosnącą polaryzację polityczną i związaną z nią polaryzację opinii w sprawach oceny zarządzania kryzysem zdrowotnym. Widoczne jest to w **Polsce**, gdzie stosunek do pandemii i działań na rzecz jej zwalczania jest silnie skorelowany z przekonaniami politycznymi. Polaryzacja polityczna wpływa na skrajnie różne zaufanie do działań prewencyjnych podejmowanych przez rządzących. Z badań CBOS wynika, że potencjalny elektorat Zjednoczonej Prawicy

w skali aż 91% dobrze ocenia podejmowane działania władzy w związku z pandemią. Z kolei elektorat Koalicji Obywatelskiej – tylko w skali 1/3 [48–50].

Zjawisko nakładania się przekonań politycznych i stosunku do interwencji władzy dotyczących walki z pandemią występuje obecnie silnie w USA. Aktualna administracja prezydencka, obsadzona przez Partię Republikańską, jest silnie przeciwna zamykaniu gospodarki i obostrzeniom w zakresie stosowania się do reżimu sanitarnego [52], inaczej niż opozycja ze strony Partii Demokratycznej. W przypadku społeczności amerykańskiej konserwatyści w większym zakresie deklarują niestosowanie się do zaleceń sanitarnych i dystansu społecznego.

Z podanych przykładów można wyciągnąć wniosek, że w warunkach silnej polaryzacji politycznej poglądy polityczne wpływają także na percepcję ryzyka [53]. Polityczna polaryzacja obniża postawy poszanowania zaleceń [54]. Z kolei w krajach, w których obserwowany jest ponadpartyjny konsensus polityków i ekspertów, przekłada się on na powszechniejsze uznanie i dostosowanie się do zaleceń. Przykładem może być Kanada [55], a także niektóre kraje europejskie, np. Norwegia.

Polityczna polaryzacja sprzyja też polaryzacji ekspertów, przez co naukowy przekaz trafiający do społeczeństwa jest dodatkowo niejasny i daje więcej powodów do nieposzanowania zaleceń [56] modelu interakcji polityki i nauki – brak konsensusu politycznego stymuluje upublicznianie technicznych debat w środowiskach nauko-

Zestawienie 8. Zaufanie do władzy i podejmowanych działań w analizowanych krajach

Wyszczególnienie	IT	NL	UK	NO	D*	CZ	PL	UA	CA***
Akceptacja decyzji władzy – ogłoszenie <i>lockdownu</i>	78% (03.) Badanie You Gov	80% Badanie Ipsos	72% (03.) Badanie YouGov	85% (20.04.) Badanie YouGov	51% (03.) Badanie YouGov	76%	80% (03.) Badanie dla FB (Maj i Skarżyńska) **	80% (KMIS)	90% (04.) (DART & maru/BLUE Voice Canada Poll)
Zmiany akceptacji – wychodzenie z <i>lockdownu</i>	Spadek do 65% (06.)	Lekki spadek akceptacji	Spadek do 67% (04.) i do 40% (06.)	Utrzymanie 84% (20.06.)	Wzrost 71% (06.)		Spadek poparcia dla rządu** do około 40% (05.) Badanie YouGov	Spadek. Wzrost sceptycyzmu (SOCIS)	80% (05.) (DART & maru/BLUE Voice Canada Poll)
Zachowania społeczne – respektowanie przepisów sanitarnych	Ograniczone generalnie i szczególnie na drogach	W okresie wyjścia „bunt” młodych ludzi	Ograniczone, szczególnie wśród młodych	Respektowane	Protesty w okresie letnim – niewiara w zagrożenie	Wysokie, choć niepełne	Wysokie, ale spadające w okresie letnim	Wysokie, choć niepełne	Na ogół respektowano w dużych miastach

Wyjaśnienia:

* Badanie CoronaTREND Deutschland wskazuje na spadek poparcia, a nie na wzrost, na co wskazuje badanie YouGov.

** Badanie Fundacji Batorego dotyczyło akceptacji zaleceń władzy, jednak konkretne pytanie dotyczyło deklarowanego stosowania się do zaleceń, co niekoniecznie jest tożsame z poparciem.

*** DART & maru/BLUE Poll. Canadians Virtually, Unanimous in Fight Against COVID-19. Voice Canada Poll (1.04.) 2020. DART & maru/BLUE; 2020 oraz Kouvalis N. COVID-19/Coronavirus Study May 2020. (6.05.) Campaign Research, <https://www.campaignresearch.com/single-post/COVID-19-Coronavirus-Study-for-May-2020> (dostęp: 15.07.2020), a według YouGov stałe poparcie; 80% od 04. do 07.

Źródło: [7–15, 30, 44–51] oraz konsultacje z ekspertami.

wych, a nawet je napędza, prowadząc do „niekończącej się debaty technicznej”. Opinia publiczna odbiera to jako brak konsensu naukowego, stanowiący powód do braku zaufania [57].

Okres pandemii sprzyjał wzrostowi popularności rządzących polityków, którzy początkowo w codziennych, a następnie w cotygodniowych briefingach stawali obok głównych epidemiologów, wyjaśniali konieczne działania i dodawali otuchy. Z raportów naszych ekspertów wynika, że szczególne uznanie zdobyli premier Holandii Mark Rutte, a także premier Włoch August Conte, ze spokojem poruszający się w „dżungli prawnej” krajowych i regionalnych przepisów w zakresie ochrony zdrowia. Potwierdziły to badania Parlamentu Europejskiego z lipca na temat poparcia dla polityków krajów europejskich [47]. I tak, np. kanclerz Niemiec, Angela Merkel cieszyła się w lipcu poparciem 71% społeczeństwa z 63% aprobatą działań rządu, a premier Włoch – 52% respondentów swego kraju, podobnie jak premier Mateusz Morawiecki. W Polsce politykiem cieszącym się w czasach *lockdownu* rosnącym zaufaniem społecznym był minister zdrowia Łukasz Szumowski, który zaczął je tracić w świetle niejasności dotyczących działań rządu w sprawach zaopatrzenia szpitali w PPE [48] i gdy w sierpniu zrezygnował z funkcji.

W sumie – postawy społeczne wobec *lockdownu* były początkowo aprobujące i społeczeństwa respektowały ograniczenia swobody życia narzucane przez władze. Jednakże wobec niejasności w uzasadnianiu kontynuacji i wprowadzania kolejnych obostrzeń, a także wobec niepewności co do rzetelności informacji i uzasadnień, a także nonszalanckich zachowań niektórych polityków czy innych osób publicznych łamiących zalecenia, zaufanie społeczne do wielu z nich, a także do polityki publicznej – się zmniejszało. Tylko w kilku krajach utrzymywało się na wysokim poziomie. To stanowi dla władzy poważne wyzwanie, aby przy następnej fali epidemii (a może jej dłuższego trwania), z jednej strony poprawić zarządzanie kryzysem, a z drugiej – zmienić zachowania na wykazujące solidarność ze społeczeństwem. Jest to także wyzwanie dla społeczeństwa – dla nas wszystkich, aby poszukiwać racjonalnych wzorów zachowania, sięgać do wiedzy i konsultować się z ekspertami oraz starać się rozumieć, że w tym przypadku indywidualna odpowiedzialność jest wysoce niewystarczająca, gdy swym zachowaniem odpowiadamy zarazem za zdrowie innych.

6. Refleksje i zdziwienia autorów

Pierwsza myśl, jaka pojawia się po analizie sytuacji kryzysu wywołanego pandemią COVID-19, dotyczy tego, że zakażenia koronawirusem pojawiły się w miejscach i sytuacjach ukształtowanych przez dotychczasowy wysoki rozwój gospodarczy i społeczny. W wymiarze globalnym dotyczyło to niebywałej skali mobilności ludzi. Linie lotnicze w ostatnich latach przewoziły rocznie około 4 mld pasażerów.

Koronawirus „zaatakował” globalizację, która jako wielkie osiągnięcie współczesnego świata w produkowaniu i dystrybuowaniu dóbr, technologii, wzorów cywilizacyjnych i mobilności ludzi [58, 59] stała się jednocześnie zagrożeniem zdrowotnym przez rozwlekanie choroby na wszystkie rozwijające się ekonomicznie kraje globu. Globalizacja, silnie kontestowana przez ruchy antyglobalistów za jej negatywne konsekwencje społeczne w krajach globalnego Południa, z czasem ukazała oblicze mniej dychotomiczne. Największym tego wyrazem jest wzrost eksportu produktów dostępnych w najdalszych jego regionach oraz rozwój tzw. łańcuchów wartości (produkcji i dostaw). Wzrosła konsumpcja, upodobnił się styl życia ludzi zamieszkujących różne części globu, zmniejszyła się skala materialnego ubóstwa. Powiązania przekraczające granice spowodowały niebywałą mobilność. Ludzie zaczęli podróżować po całym świecie: w poszukiwaniu pracy, w celach biznesowych i turystycznych. Świat się związała, ale jego części uzależniły od siebie nawzajem w sposób niezrównoważony i to nie tylko ze względu na zróżnicowanie społecznych i narodowych korzyści z globalizacji [60], a przede wszystkim z powodu korzystania z zasobów naturalnych (i całej przyrody) w długim horyzoncie, z uwzględnieniem perspektywy życia naszych dzieci, wnuków i prawnuków.

Globalizacja sprzyja rozwojowi wielomilionowych aglomeracji, nieprzerwanie zasilanych imigrantami i turystami, a jednocześnie będących ośrodkami innowacji oraz biznesu. Te miejsca stały się jednocześnie zagrożeniem dla środowiska i zdrowia. Eksploatacja zasobów, nadmierna konsumpcja i góry śmieci zaczęły przekraczać maksymalną pojemność środowiska. Koronawirus zaatakował populację dużych miast w Chinach, Korei Południowej, Indii, USA i Brazylii; miejscach najbardziej mobilnych i najwyżej rozwiniętych. Także w Europie epidemia wybuchła w podobnych rejonach, powszechnie postrzeganych jako ośrodki rozwojowego sukcesu. Włosi piszą, że to sytuacja paradoksalna. Obecny kryzys zdrowotny objął bowiem regiony najlepiej rozwinięte: Lombardię, Wenecję Euganejską (Veneto), Piemont i Emilia Romagna, a nie regiony Południa, wskazywane zawsze jako odstające od rozwijających się z sukcesem regionów Północy. Większe narażenie na pandemię jest właśnie jednym z immanentnych niebezpieczeństw globalizacji. Tam, gdzie kwitnie gospodarka, wymiana idei i turystyka – gdzie ludzie przybywają z całego świata – tam właśnie łatwiej roznosi się wirus z drugiego końca globu.

W odniesieniu do struktury populacji zakażeniami dotknięte zostały głównie osoby starsze, które okazały się grupą największego ryzyka zachorowań na COVID-19. Z włoskich statystyk wynika, że mediana wieku zmarłych z powodu COVID-19 w kwietniu 2020 roku wynosiła 79 lat [61]. To tak, jakby zanegowana została wartość długiego życia, którego powszechność w krajach dobrobytu jest wielkim osiągnięciem współczesnej cywilizacji.

Koronawirus – przez niebywały zakres zakażeń – wystąpił głównie tam, gdzie naruszone zostały proporcje rozwojowe, gdzie pojawiły się największe odstępstwa od zrównoważonego rozwoju.

6.1. Zarządzanie publiczne w sytuacjach kryzysowych

W niektórych publikacjach związanych z obecnym kryzysem zdrowotnym stawia się (albo co najmniej rozważa) tezę o wyższej skuteczności działania w państwach o bardziej scentralizowanej strukturze administracyjnej i zarządzania publicznego w porównaniu z państwami o wysokim stopniu decentralizacji. Sugeruje się więc, że większe problemy z zarządzaniem epidemią COVID-19 we Włoszech i Hiszpanii mają swe źródło w decentralizacji i wysokiej autonomii regionalnej w tych krajach. Temu przeczy jednak sytuacja w Niemczech, w których stopień decentralizacji jest równie głęboki [42].

W polityce publicznej z cechami dobrego rządzenia holenderscy eksperci zaproponowali rozważenie inteligentnego systemu rozwiązań mieszanych, określanego jako *smart mix*, tj. „sprytna mieszkanka” zarówno scentralizowanych, jak i zdecentralizowanych działań przeciw pandemii [62]. W tej refleksji ważna jest świadomość uwarunkowania działań mniej czy bardziej zdecentralizowanych realnymi (istniejącymi) możliwościami koordynacji różnymi strukturami, instytucjami i utrwalonymi zwyczajami, które kształtują się latami. Jeśli możliwości koordynacji zostały bardziej instytucjonalnie zabezpieczone, to decentralizacja i samodzielność działania okazywała się pomocna w sprawczości decyzji centralnych, wyprzedzając je lub dodając często własne oddolne działania do wymaganych centralnymi regulacjami.

Instytucjonalne zabezpieczenie koordynacji dotyczy nie tylko wymiaru terytorialnego. Dotyczy także współdziałania w ramach rządu oraz między strukturami rządowymi a niezależnymi instytucjami publicznymi, zapewniającymi: informacje, analizy, prognozy, ekspertyzy i także niezbędne badania. Istnienie takich instytucji jest niezbędne. Zapewniają wiarygodność i społeczne zaufanie. W przypadkach, gdy są ograniczone w swych funkcjach i stanowią tylko zaplecze rządu, to powstaje pokusa manipulacji danymi czy ukrywania niewygodnych dla władzy faktów. To niszczy zaufanie społeczne i utrudnia władzy motywowanie do ogólnospołecznie racjonalnych zachowań.

6.2. Interesy zdrowotne, gospodarcze i polityczne

Polityki publiczne w okresie pandemii ujawniły wyraźnie ścieranie się różnych grup interesów. Wydawało się, że globalne i bardzo dynamiczne rozprzestrzenienie się koronawirusa oraz wywołane przez niego ciężkie zapalenie płuc stanowi tak poważne zagrożenie dla życia znacznych grup społecznych, że zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego będzie naczelnym priorytetem działania każdej władzy. Powstała nadzieja, że dzięki temu więcej środków zostanie skierowanych na zdrowie i poprawi się kondycja ochrony zdrowia; zwiększą się wynagrodzenia lekarzy, pielęgniarek, ratowników, laborantów oraz poprawie ulegną warunki pracy. Okazało się jednak, że zarówno interesy gospodarcze, jak i polityczne są bardzo często silniejsze niż interes zdrowotny społeczeństwa.

Zamykanie gospodarek zachwiało kondycję wielu branż – tym bardziej, im bardziej zależały one od glo-

balnych łańcuchów dostaw oraz im bardziej polegały na usługach niedających się zastąpić pracą zdalną, szczególnie w turystyce. Opór przed decyzją o *lockdown*, a w konsekwencji jej opóźnianie (np. w Wielkiej Brytanii), a nawet stosowanie w bardzo łagodnej formie (np. w Szwecji i częściowo w Norwegii) wynikały z innej oceny skuteczności zwalczania epidemii ze strony wpływowych epidemiologów, a także z zauważalnej presji lobby gospodarczych.

Wychodzenie z zamknięcia dokonywało się także pod wpływem celów politycznych. Pandemia była okazją do ugruntowania władzy. Wykorzystanie państwowej siły nie wymagało usprawiedliwienia. Społeczeństwo oczekiwało od rządzących działań władczych, licząc na ich skuteczność. W tej sytuacji można było pomijać (i omijać) demokratyczne procedury w podejmowaniu decyzji, a także ukrywać kompletność danych o rozwoju epidemii, gdyby przeszkadzały oczekiwanemu wizerunkowi godnych zaufania i sprawnych polityków. *Lockdown* uruchomił także nowe źródła argumentów niektórych odłamów opozycji (niejednokrotnie konserwatywnych i nacjonalistycznych), które nie tyle polegały na kontrolowaniu władzy, ile wykorzystywały obawy społeczne i podważały sensowność działań zdrowotnych. Pytano: „Gdzie jest ten koronawirus, gdy go nie widzimy (blisko nie doświadczamy), a musimy zrezygnować z naszej wolności i normalnego życia?”.

Gdy istnieje zagrożenie dalszego utrzymywania restrykcji mimo otwierania gospodarki, pytanie nabrało siły i ruszyły demonstracje przeciwko utrzymywaniu obostrzeń: w Niemczech, w Holandii, a także we Włoszech. Szczególnie podatni na tzw. iluzję koronawirusa (*virus-delusion*) okazują się młodzi ludzie, ostentacyjnie nienoszący maseczek i nietrzymający dystansu. Nadal potrzebne są wyjaśnienia i odpowiednia komunikacja ze społeczeństwem, czego wszędzie brakuje, nawet jeśli ukazują się pojedyncze przykłady informatywnych i przystępnie napisanych publikacji²¹.

6.3. Zachowania społeczne

Gospodarka rynkowa zasadza się na konkurencji, pobudzając do rywalizacji przedsiębiorstwa i ludzi. To przynosi postęp i zysk, ale też indywidualizację i społeczną dezintegrację. Sytuacje kryzysowe wymagają natomiast solidarnego współdziałania i odrzucenia rywalizacji o zasoby. Czy z sytuacji nieustannej konkurencji i poszukiwania okazji do zrobienia biznesu można automatycznie przejść do innych wartości i zachowań? Przykłady zachowań z pierwszego półrocza pandemii ukazują zachowania solidarne i dowody na współdziałanie. Ujawniają też jednak przykłady chciwości, robienia fortun na nie-szczęściu, a także korupcji.

Przebywanie przez kilka tygodni (a nawet miesięcy) w domu ujawniło wielość zróżnicowanych konsekwencji w zachowaniach, zależnych istotnie od warunków mieszkaniowych, wielkości gospodarstwa domowego oraz kontaktów zewnętrznych w związku z miejscem zamieszkania i koniecznością wykonywania pracy.

Z jednej strony można było oglądać (szczególnie na Facebooku) szczęśliwe rodziny w zasobnych domach

poza miastem, które wreszcie mają więcej czasu dla siebie, a pracę wykonują zdalnie i o wybranej porze dnia czy nocy. Z drugiej strony – donoszono o rodzinach w ciasnych mieszkaniach, w których nie każdy członek rodziny ma swój laptop do zdalnej pracy i edukacji. Napięcia i przemoc były tam wcale nieodosobnione.

Zwrócono uwagę na gospodarstwa domowe osób samotnych lub partnerów w starszym, a nawet podeszłym wieku, których we współczesnym świecie dynamicznie przybywa. Na potrzeby tych gospodarstw domowych ujawniła się pomoc sąsiedzka w robieniu zakupów i przekazywaniu niezbędnych informacji. Dramatyczna sytuacja powstała w instytucjach opiekuńczych. To one stały się źródłem największych ognisk zakażeń. Podopieczni zostali pozbawieni kontaktów z rodziną (zakaz odwiedzin), a ich opiekunowie poddawani kwarantannie niejednokrotnie nie wracali do pracy. W niektórych krajach do domów pomocy wkraczały służby wojskowe, np. w niektórych prowincjach Kanady (zob. raport Bielska i inni) oraz Australii.

7. W kierunku rekomendacji

Formułowanie wniosków z pierwszego oglądu reakcji instytucji na kryzys zdrowotny wywołany pandemią COVID-19, a tym bardziej rekomendacji, jest zadaniem wysoce złożonym. Poruszamy się bowiem w warunkach niewiedzy, niepewności i obaw. Występują zarówno w wymiarze medycznym, zdrowia publicznego, jak i społecznym oraz gospodarczym. Brakuje jeszcze badań medycznych, jakie są skutki działania nieznanego dotąd patogenu w organizmie człowieka; czy wytwarza trwałe przeciwciała, czy może zaatakować ponownie, jak szybko i skutecznie zadziała oczekiwana szczepionka? W działaniach zdrowia publicznego pewności jest więcej. Znając drogę zakażenia się, możemy kontrolować tempo zakażeń, ograniczając kontakty między ludźmi. Ograniczenia tak radykalne, jak zastosowane zostały przez powszechny *lockdown*, przynoszą odczuwalne już skutki społeczne i gospodarcze. Zerwane więzi przyniosą zmiany, których konsekwencje trudno przewidzieć. Jak napisał w motcie do holenderskiego raportu Jacques Scheres, zmiana w nanoskali (wirus w komórce ludzkiej) może przewrócić cały świat [8].

Mimo ograniczeń wiedzy i obaw o przyszłość istnieje pewien zakres wspólnych przekonań co do potrzebnych działań w sferze publicznej. Wiemy, że nie wystarczą działania pojedyncze i lokalne. Niezbędne jest dostrzeżenie wymiaru globalnego; świadomość uzależnienia się od siebie w świecie przyrody i gospodarki. Globalizacja jest więc kontekstem, który wymaga zrozumienia, tak aby nie zniszczyć jej korzyści, ale jednocześnie zdecydowanie redukować szkody oraz zagrożenia. Pandemia COVID-19 ujawniła kilka uniwersalnych i niezbędnych działań w polityce publicznej do podjęcia czy rozwinięcia, które warto zaakcentować. Sformułowaliśmy je, będąc przekonani co do ich zasadniczego znaczenia nie tylko na potrzeby zwalczania pandemii, lecz także tworzenia warunków rozwoju, które ograniczą występowanie tak dramatycznych kryzysów zdrowotnych (i społecznych), jak obecny.

- Trzymanie się zasady rozwoju zrównoważonego; zarówno na osi czasu, czyli uwzględnianie wyzwań przyszłości, jak i proporcji w wymiarze strukturalnym. Nierównowaga strukturalna polega na jednostronnej przewadze układu gospodarczego jednej potęgi (obecnie Chin) i zbytnej koncentracji życia ludzi w miastach miejskich. Dotyczy nadmiernego wykorzystywania zasobów naturalnych używanych przez ludzi do wszelkiej produkcji, także o wątpliwej użyteczności i jednoznacznie szkodliwych dla środowiska. Nierównowaga obejmuje także wartości, gdy dominują cele wąsko ekonomiczne (w zasadzie biznesowe) w działalności ludzi. Przerost optymalizacji i „szczupłego zarządzania” (*lean management*) uniemożliwia wypracowanie rezerw strategicznych, niezbędnych w takich jak pandemia sytuacjach kryzysowych. Pokonanie „zabójczej nierównowagi”, niszczącej rozwój ludzki (*human development*) wymaga przełamania ogromu trudności w uzgadnianiu i koordynacji działań na rzecz wspólnego dobra ludzkości, które jest także dobrem każdego pojedynczego narodu.
- Prowadzenie dialogu na poziomie globalnym i respektowanie jego ustaleń w najważniejszych sprawach ludzkości i poszczególnych narodów. Ochrona przyrody i zdrowie są dobrem dla wszystkich. Ta rekomendacja jest konsekwencją pierwszej. Ma szczególne znaczenie, gdy międzynarodowe ustalenia przenoszone są na poziom narodowy. Nawet gdy władza danego kraju w jakimś momencie nie jest skora do wdrażania globalnych ustaleń, to zawsze pozostaje przestrzeń dla działań oddolnych zgodnych z przekazem ogólnoludzkim. W tym zawiera się pozytywny sens glokalizacji.
- Powszechnie włączenie się do globalnego dialogu wymaga wprowadzania reguł dobrego rządzenia w każdym państwie. Wśród nich szczególne znaczenie mają dobre i niezależne instytucje, w których prowadzi się także prace analityczno-prognostyczne. Dostatecznie rozbudowana infrastruktura takich instytucji pozawala nie tylko planować działania, ale i monitorować oraz oceniać ich skutki oraz adekwatnie korygować ich kierunek. Współczesna polityka publiczna w wielu krajach jest zdominowana krótkookresowymi celami politycznymi. Bez uwzględniania wyzwań przyszłości i bez dialogu w tej sprawie, krótkookresowo zdeterminowane działania władzy stanowią zagrożenie przyszłego rozwoju.
- Prowadzenie badań naukowych, pozwalających na sprostanie najważniejszym schorzeniom i problemom współczesności, co oznacza ich ukierunkowywanie na tematy ważne dla ludzkości i poszczególnych społeczeństw oraz wspieranie ich ze środków publicznych. Obecne podejście, polegające na konkurencji o środki badawcze na podstawie niejasnych do końca kryteriów ilościowo-rynkowych, grozi utworzeniem się kolejnej nierównowagi, która zredukuje niezbędny potencjał kompleksowej wiedzy. Naukowa współpraca międzynarodowa szczególnego znaczenia nabiera w sytuacji pandemii COVID-19. W sprawie jej intensyfikacji apelowali w marcu eksperci ONZ [63]. Ponadto wyniki badań naukowych powinny być

dostępne krajowym politykom i społeczeństwu, co wymaga prowadzenia na wysokim poziomie działań popularyzacyjnych i publikowania ich także w językach narodowych oraz uznawania tej działalności w formalnych systemach ocen kadry naukowej.

- Utrzymywanie ochrony zdrowia w ramach systemów publicznych, zabezpieczonych odpowiednimi zasobami materialnymi i ludzkimi. Obecny kryzys zdrowotny ujawnił dramatyczne słabości systemów ochrony zdrowia opartych głównie na alokacji rynkowej i nadmiernej komercjalizacji zarządzania w placówkach zdrowotnych. Idea uniwersalnego zabezpieczenia w ochronie zdrowia (*universal coverage*) jest niezbędną wartością, imperatywem aktywności w przeciwdziałaniu chorobom społecznym i ratowaniu życia ludzi na całym świecie. Jej respektowanie wymaga rozwoju niezbędnych zasobów kadrowych, utrzymywania rezerw i solidarnego finansowania.
- Organizowanie życia publicznego w warunkach bezpiecznych i sprzyjających korzystnym zachowaniom zdrowotnym i społecznym. Ład przestrzenny, zdrowe miasta i mieszkania, bezpieczny publiczny transport, bezpieczne miejsca pracy – to wyzwanie, któremu można podołać. W wielu krajach i miejscach istnieją odpowiednie instytucje i umiejętności. Jednak powszechnie nie ma na to odpowiednich środków, preferencji w polityce, a i społeczeństwa nie domagają się tego zbyt wyraźnie i skutecznie, a często sami ludzie nie szanują z trudem porządkowanych przestrzeni publicznych. Pandemia COVID-19 może przyczynić się do korzystnej zmiany, jeśli podjęte zostaną odpowiednie działania, które wymagają zarówno nakładów inwestycyjnych, jak i społecznej edukacji oraz regulacji prawnych.
- Zapewnienie powszechnej i na wysokim poziomie edukacji dzieci oraz młodzieży. Zamykanie szkół w okresie pandemii, konieczne ze względów zdrowotnych, rekompensowane w ograniczonym stopniu kształceniem na odległość, może przynieść dramatyczne w skutkach nierówności społeczne (zwiększone w wymiarze pokoleniowym). Edukacja wymaga więc koniecznej uwagi polityków, *policy makers* i społeczności lokalnych, aby podjęte zostały rozwiązania, zapewniające zarówno bezpieczeństwo zdrowotne w szkołach (z koronawirusem przyjdzie nam żyć jeszcze długo), jak i zainwestowanie w rozwiązania kształcenia na odległość (wyłącznie i hybrydowo), aby zapewnić powszechny dostęp i odpowiednią jakość przez właściwe kształcenie nauczycieli. Pandemia jest okazją, aby w większym stopniu ukierunkować treści w programach nauczania na problemy przyrodnicze, ekologiczne i społeczne. Wtedy wyzwania przyszłości będą dla dzieci bardziej zrozumiałe i skutecznie podejmowane przez pokolenie przyszłych decydentów dla wspólnego dobra wszystkich ludzi.

Przypisy

¹ W Polsce mieliśmy na ten temat polityczną burzę, ponieważ nie kupiliśmy wówczas na nią szczepionki.

² Na podstawie: *COVID-19: New German legislation to fight pandemic may affect granted German patents*, <https://www.twobirds.com/en/news/articles/2020/germany/covid-19-new-german-legislation-to-fight-pandemic-may-affect-granted-patents> (dostęp: 23.08.2020).

³ Dopiero 20.07. ogłoszono Zarządzenie Ministra Zdrowia o powołaniu Zespołu do spraw Opracowania Strategii Działań Związanych ze Zwalczeniem Epidemii COVID-19 [23].

⁴ Tomasz Bielecki jest autorem tekstu o Polsce w raportach Fundacji Roberta Schumana [24].

⁵ Pismo wyszło z datą 20.03.2020 i podpisane zostało przez wiceministra zdrowia – Józefę Szczurek-Żelazko.

⁶ Holandia należy do kraju, w którym funkcjonuje zawód promotora zdrowia [25].

⁷ To Państwowy Instytut Badawczy w Aninie (macierzysta placówka ministra zdrowia – Łukasza Szumowskiego). Na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 7.04. 2020 r. w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 właśnie temu instytutowi powierzono zadanie rejestracji COVID-owych danych.

⁸ O potrzebie modernizacji inspekcji sanitarnej w Polsce pisano już przed kilku laty [29] przy okazji prac nad pierwszą w Polsce ustawą o zdrowiu publicznym. Moc sprawcza ustawy w dziedzinie nadzoru epidemiologicznego okazała się bardzo ograniczona.

⁹ Wystąpienie deficytu środków ochrony osobistej i odpowiedniego wyposażenia przewidywano w niektórych ekspertyzach, np. w scenariuszu kanadyjskim, gdy w jednym z wariantów założono szybkie rozprzestrzenianie się koronawirusa, ale także w Kanadzie nie uniknięto trudności.

¹⁰ Braki w koordynacji działań zaopatrzeniowych i niedostatki regulacji sprzyjały także zachowaniom korupcyjnym. Jednocześnie nowe regulacje związane z pandemią pozwalały na większą swobodę działania administracji publicznej, na przykład w Polsce zwolniono urzędników z odpowiedzialności za naruszenia dyscypliny w zakresie finansów publicznych, gdy działają w interesie społecznym, na co przyzwalała koronawirusowa specustawa.

¹¹ Znaczenie miało też zachorowanie na COVID-19 samego premiera rządu Zjednoczonego Królestwa.

¹² Gwałtowna zmiana strategii przez władze UK nie od razu była zrozumiała [37].

¹³ Przykładowo, w miastach włoskich i niemieckich (we Frankfurcie, w Berlinie i innych) odbyły się duże demonstracje przeciwko COVID-owym ograniczeniom, które napędzała „ludowa” niewiara w istnienie koronawirusa.

¹⁴ Zgodnie z kryteriami konwencji z Maastricht w krajach europejskich obowiązuje kryterium wysokości długu publicznego – 60% PKB – i deficytu finansów publicznych – 3% PKB.

¹⁵ W polskich warunkach oznacza to ograniczenie możliwości uzyskania wyższych dochodów, a wynagrodzenia personelu medycznego są relatywnie niskie.

¹⁶ Niektóre badania sugerują także, iż SARS CoV-2 może utrzymywać się w powietrzu poprzez unoszące się drobne aerozole.

¹⁷ Przykładowo, szef zespołu eksperckiego Imperial College, prof. Neil Ferguson, oraz dr Catherine Calder (ze szkockiego CMO) zrezygnowali ze swoich publicznych funkcji, jak zostali „przyłapani” na łamaniu kwarantanny [43]. Reguły

izolacji łamał też czeski doradca rządowy, który po powrocie z Chin urządził ogrodową imprezę ze świniobiciem. Z krytycznymi ocenami spotkał się także polski premier, który przebywał w kawiarni bez maseczki [12].

¹⁸ Prezentowane na interaktywnej stronie <https://yougov.co.uk/topics/international/articles-reports/2020/03/17/perception-government-handling-covid-19> (dostęp: 15.07.2020).

¹⁹ Twarzą szwedzkiej polityki zarządzania pandemią COVID-19 jest epidemiolog Anders Tegnell ze szwedzkiej agencji zdrowia publicznego (Swedish: Folkhälsomyndigheten).

²⁰ Przykładowo, w Polsce bardzo krytycznie odebrano zakaz wstępu do lasów jako niewyjaśniony i przez to merytorycznie wątpliwy.

²¹ Manfred Spitzer, niemiecki psychiatra, słynny popularyzator wiedzy o schorzeniach współczesności, w swej ostatniej książce z lipca 2020 r. *Pandemie: Was die Krise mit uns macht und was wir daraus machen* [*Pandemia: Co kryzys z nas robi i co my z tym robimy?*] w przystępny sposób wyjaśnia specyfikę oddziaływania koronawirusa: częstą bezobjawowość i jednocześnie wykładniczą drogę zakażeń, podkreślając, że to ludzie przenoszą nowego wirusa (on sam nie jest mobilny) i od ludzkich zachowań zależy jego rozprzestrzenianie się.

Literatura

1. Mercer A.J., *Updating the epidemiological transition model*, „Epidemiol. Infect.”, Cambridge University Press; kwiecień 2018; 146 (6): 680–687.
2. Wróblewska W., Wojtyński B., *Teoria przejścia epidemiologicznego i aktualna sytuacja zdrowotna w Polsce. Spotkanie plenarne Komitetu Nauk Demograficznych PAN*, Polska Akademia Nauk, Warszawa 2020.
3. Johnson N.P.A.S., Mueller J., *Updating the accounts: global mortality of the 1918–1920 „Spanish” influenza pandemic*, „Bull. Hist. Med.” 2002; 76 (1): 105–115.
4. WHO, *Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS)* [Internet], World Health Organization, Genewa 2003, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70863> (dostęp: 12.08.2020).
5. Knobler S., Mahmoud A., Lemon S., Mack A., Sivitz L., Oberholtzer K., *Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak – Workshop Summary*, National Academy of Sciences, Washington D.C. 2004.
6. WHO, *Managing epidemics: key facts about major deadly diseases* [Internet], World Health Organization, Genewa 2018, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272442> (dostęp: 12.08.2020).
7. Magnavita N., Sacco A., Chirico F., *Raport 1: COVID-19 pandemic in Italy: pros and cons*, „Zesz. Nauk. Ochr. Zdrowia. Zdr. Publiczne Zarządzanie” 2020.
8. Scheres J., Curfs L., *Raport 2: Dutch public health policy during the COVID-19 pandemic of the first half of 2020. Answers from Dutch authors on public health activities during the COVID-19 pandemic; January–June*, „Zesz. Nauk. Ochr. Zdrowia. Zdr. Publiczne Zarządzanie” 2020.
9. Nartowski R., Huby L., Topham R., Golen S., Brückner K., Hanigan G. i in., *Raport 3: From ‘herd immunity’ to ‘stay home’ to ‘stay alert’: United Kingdom’s response to COVID-19*, „Zesz. Nauk. Ochr. Zdrowia. Zdr. Publiczne. Zarządzanie” 2020.
10. Tomczak D.A., *Raport 4: Norway’s strategy to cope with Corona pandemics*, „Zesz. Nauk. Ochr. Zdrowia. Zdr. Publiczne. Zarządzanie” 2020.
11. Czuba I., *Raport 5: Niemiecka polityka zdrowia publicznego w okresie pandemii COVID-19. Widziane z perspektywy Dolnej Saksonii*, „Zesz. Nauk. Ochr. Zdrowia. Zdr. Publiczne. Zarządzanie” 2020.
12. Löblová O., *Raport 6: Public health activities during the COVID-19 pandemic in Czech Republic*, „Zesz. Nauk. Ochr. Zdrowia. Zdr. Publiczne. Zarządzanie” 2020.
13. Bakhnivskiy V., Ignashchuk O., *Raport 7: Public health activities during the COVID-19 pandemic in Ukraine*, „Zesz. Nauk. Ochr. Zdrowia. Zdr. Publiczne. Zarządzanie” 2020.
14. Bielska I.A., Embrett M., Jewett L., Buote R., Manis D.R., Parikh M. i in., *Raport 8: Canada’s Multi-Jurisdictional COVID-19 Public Health Response*, „Zesz. Nauk. Ochr. Zdrowia. Zdr. Publiczne. Zarządzanie” 2020.
15. Bielska I.A., Manis D.M., Schumacher C., Moore E., Lewis K., Agarwal G. i in., *Raport 9: Health Sector Responses to the COVID-19 Pandemic in Ontario, Canada – January to May 2020*, „Zesz. Nauk. Ochr. Zdrowia. Zdr. Publiczne. Zarządzanie” 2020
16. Statistics Canada. *Census Profile, 2016 – Canada* [Internet], Gov. Can. 2017, <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=E&Geo1=PR&Code1=01&Geo2=&Code2=&SearchText=Canada&SearchType=Begin&SearchPR=01&B1=All&TABID=1&type=0> (dostęp: 12.08.2020).
17. Charmelot J., *Covid Italian Style: The Lombardian Case*, „Manag. COVID-19 Journey Eur.”, Fundacja Roberta Schumana, Brussels 2020.
18. CIHI, *Access Data and Reports* [Internet], „Can. Inst. Health Inf.” 2020, <https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports> (dostęp: 12.08.2020).
19. Winkelmann J., Shuftan N., *Germany: Covid-19. Health System Response Monitor* [Internet], WHO Health Syst. Response Monit. Eur. Obs. Health Syst. Policies 2020, <https://www.covid19healthsystem.org/countries/germany/countrypage.aspx> (dostęp: 12.08.2020).

20. Stuchlíková Z., *Czech republic's response to the coronavirus pandemic: chaotic success story?*, „Manag. COVID-19 Journey Eur.”, Fundacja Roberta Schumana, Brussels 2020.
21. What is Public Health, *Organization of Public Health in Canada* [Internet], 2017, https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=HmSRzb5Gy-k&feature=emb_logo (dostęp: 12.08.2020).
22. Drobot A.C., Bielska I.A., *An Overview of the Public Health System in the Province of Ontario, Canada*, „Zdr. Publiczne. Zarządzanie”. Portal Czasopism Naukowych Ejournal.eu; 20 listopada 2015; 2015; 13 (2): 185–193.
23. MZ, *Zarządzenie Ministra Zdrowia o powołaniu Zespołu do spraw opracowania strategii działań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19* [Internet], 2020, http://dziennikmz.mz.gov.pl/api/DUM_MZ/2020/54/journal/6227 (dostęp: 12.08.2020).
24. Bielecki T., *An epidemic democracy*, „Manag. COVID-19 Journey Eur.”, Fundacja Roberta Schumana, Brussels 2020.
25. Golinowska S., *Promocja zdrowia dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2017.
26. Boot J.M., Oers H. van, *Organization of public health in the Netherlands*, „Zdr. Publiczne. Zarządzanie”. Portal Czasopism Naukowych Ejournal.eu; 20 listopada 2015; 2015; 13 (2): 180–184.
27. Komenda M., Bulhart V., Karolyi M., Jarkovský J., Mužík J., Májek O. i in., *Complex Reporting of the COVID-19 Epidemic in the Czech Republic: Use of an Interactive Web-Based App in Practice*, „J. Med. Internet Res.” 2020; 22 (5): e19367.
28. CCNPPS, *Structural Profile of Public Health in Canada* [Internet], 2020, <http://www.nchpp.ca/en/structuralprofile.aspx> (dostęp: 12.08.2020).
29. Seweryn M., *Funkcjonowanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Historia, rozwój, wyzwania*, „Zdr. Publiczne. Zarządzanie”, Portal Czasopism Naukowych Ejournal.eu; 20 listopada 2015; 2015; 13 (2): 158–164.
30. Edelman Trust, *Edelman Trust Barometer Special Report on COVID-19* [Internet], 2020, <https://www.edelman.com/research/edelman-trust-covid-19-demonstrates-essential-role-of-private-sector> (dostęp: 12.08.2020).
31. Krastev I., Leonard L., *Europe's pandemic politics: How the virus has changed the public's worldview* [Internet], Policy Brief of European Council on Foreign Relations – EFCR/326, 2020, https://www.ecfr.eu/publications/summary/europes_pandemic_politics_how_the_virus_has_changed_the_publics_worldview (dostęp: 12.08.2020).
32. Conn D., Lawrence F., Lewis P., Carrell S., Pegg D., Davies H. i in., *Revealed: the inside story of the UK's Covid-19 crisis*, „The Guardian” [Internet]. 29 kwietnia 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/29/revealed-the-inside-story-of-uk-covid-19-coronavirus-crisis> (dostęp: 12.08.2020).
33. Ferguson N.M., Laydon D., Nedjati-Gilani G., Imai N., Ainslie K., Baguelin M. i in., *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand* [Internet], Imperial College COVID-19 Response Team; 2020, <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf> (dostęp: 20.07.2020).
34. BBC, *Wear masks in public, WHO says in new advice*, BBC News [Internet], 6 czerwca 2020, <https://www.bbc.com/news/health-52945210> (dostęp: 12.08.2020).
35. Polityka Zdrowotna, *Kto doradza ministrowi zdrowia ws. COVID-19?* [Internet], 2020, <https://www.politykazdrowotna.com/59227,kto-doradza-ministrowi-zdrowia-ws-covid-19> (dostęp: 12.08.2020).
36. Valerio L., Ricciardi W., Maresso A., Longhi S., Belvis D., Giulio A. i in., *Italy: Health system review*, 2014, <http://www.who.int/iris/handle/10665/141626> (dostęp: 3.12.2015).
37. Weinberg J., *Coronavirus lockdown: fresh data on compliance and public opinion* [Internet], The Conversation, 2020, <http://theconversation.com/coronavirus-lockdown-fresh-data-on-compliance-and-public-opinion-135872> (dostęp: 12.08.2020).
38. WHO. *Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19* [Internet], World Health Organ, 2020, <https://www.who.int/publications-detail-redirect/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19> (dostęp: 12.08.2020).
39. Saunes I.S., Skau I.V., Byrkjeflot H., Lindahl A.K., Bråten B., *Norway. Covid-19 Health System Response* [Internet], WHO Health Syst. Response Monit. Eur. Obs. Health Syst. Policies, 2020, <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx> (dostęp: 12.08.2020).
40. Maier C., Köppen J., Winkelmann J., Reichebner C., *Covid-19 Health System Response* [Internet], WHO Health Syst. Response Monit. Eur. Obs. Health Syst. Policies, 2020, <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx> (dostęp: 12.08.2020).
41. Biehl D. *Italy, Worst-Case Scenario?*, „Manag. COVID-19 Journey Eur.”, Fundacja Roberta Schumana, Brussels 2020.
42. Wieler J., Rexroth U., Gottschalk R., *Emerging COVID-19 success story: Germany's strong enabling environment* [Internet], Our World Data. 2020, <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-germany> (dostęp: 12.08.2020).
43. BBC, *Scientist quits role after „undermining” lockdown*, BBC News [Internet], 6 maja 2020, <https://www.bbc.com/news/uk-politics-52553229> (dostęp: 13.08.2020).
44. Malinowska K., Marchlewska M., Górka P., Molenda Z., Michalski P., Szczepańska D. i in., *Koronawirus w Polsce w pierwszych tygodniach lockdownu: Perspektywa psychologii społecznej. Wyniki badania podłużnego przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie Polaków i Polek. Podsumowanie wyników dla 5 pomiarów od 21.03. do 19.04* [Internet], Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2020, http://politicalcognition.psych.pan.pl/images/Raporty/Raport_koronawirus_w_Polsce_5_fal.pdf (dostęp: 12.08.2020).
45. Ipsos, *Public Opinion on the COVID-19 outbreak NL* [Internet], Ipsos MORI, 2020, <https://www.ipsos.com/en-nl/corona> (dostęp: 12.08.2020).
46. Ipsos, *Public opinion on the COVID-19 coronavirus pandemic* [Internet], Ipsos MORI, 2020, <https://www.ipsos.com/ipsos-mori/en-uk/public-opinion-covid-19-coronavirus-pandemic> (dostęp: 12.08.2020).

47. PE, *Public opinion in the time of COVID-19* [Internet], Public Opin. Time COVID-19, 2020, <https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/en/be-heard/eurobarometer/public-opinion-in-the-time-of-covid-19> (dostęp: 12.08.2020).
48. Cybulska A., *CBOS | Rząd wobec epidemii – oceny w drugiej połowie czerwca*, Fund. Cent. Badania Opinii Społecznej, lipiec 2020; 2020 (80).
49. Krzysztof P., *CBOS | Postawy wobec epidemii koronawirusa na przełomie maja i czerwca. Komunikat z badań*, Fund. Cent. Badania Opinii Społecznej, czerwiec 2020; 2020 (73).
50. Roguska B., *CBOS | Rząd wobec epidemii – oceny w drugiej połowie czerwca. Komunikat z badań*. Fund. Cent. Badania Opinii Społecznej, lipiec 2020; 2020 (79).
51. Maj K., Skarzyńska K., *Społeczeństwo wobec epidemii. Raport z badań*. Forum Idei, Fundacja Batorego, Warszawa 2020.
52. Cornelson K., Miloucheva B., *Political polarization, social fragmentation, and cooperation during a pandemic*, Work Pap. [Internet], University of Toronto, Department of Economics, 2020, <https://ideas.repec.org/p/tor/tecipa/tecipa-663.html> (dostęp: 12.08.2020).
53. Tyson A., *Republicans remain far less likely than Democrats to view COVID-19 as a major threat to public health* [Internet], Pew. Res. Cent., 2020, <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/07/22/republicans-remain-far-less-likely-than-democrats-to-view-covid-19-as-a-major-threat-to-public-health/> (dostęp: 13.08.2020).
54. Rothgerber H., Wilson T., Whaley D., Rosenfeld DL., Humphrey M., Moore AL. i in., *Politicizing the COVID-19 Pandemic: Ideological Differences in Adherence to Social Distancing*, PsyArXiv Prepr [Internet], 2020, <https://osf.io/k23cv> (dostęp: 12.08.2020).
55. Merkley E., Bridgman A., Loewen PJ., Owen T., Ruths D., Zhilin O., *A Rare Moment of Cross-Partisan Consensus: Elite and Public Response to the COVID-19 Pandemic in Canada*, Can. J Polit. Sci., Cambridge University Press; 16 kwietnia 2020: 1–8.
56. Green J., Edgerton J., Naftel D., Shoub K., Cranmer S.J., *Elusive consensus: Polarization in elite communication on the COVID-19 pandemic*, Sci. Adv. American Association for the Advancement of Science, 1 lipca 2020; 6 (28): eabc2717.
57. Collingridge D., Reeve C., *Science Speaks to Power: The Role of Experts in Policymaking*, Francis Pinter, London 1986.
58. Bhagwati J., *In Defense of Globalization: With a New Afterword. Reprint edition*, Oxford University Press, Oxford–New York 2007.
59. Rohac D., *In Defense of Globalism. Illustrated edition*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham 2019.
60. Stiglitz J.E., *Globalizacja*, PWN, Warszawa 2012.
61. Berloto S., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A., *Updated report: The COVID-19 Long-Term Care system situation in Italy* [Internet], Resour. Support Community Institutional Long-Term Care Responses COVID-19, 2020, <https://ltccovid.org/2020/08/02/updated-report-the-covid-19-long-term-care-system-situation-in-italy/> (dostęp: 12.08.2020).
62. Aubrecht P., Essink J., Kovac M., Vandenberghe A.-S., *Centralized and Decentralized Responses to COVID-19 in Federal Systems: US and EU Comparisons*, SSRN Sch. Pap. [Internet], Social Science Research Network, Rochester, NY, 2020, <https://papers.ssrn.com/abstract=3584182> (dostęp: 12.08.2020).
63. Richard A. Roehrl, Wei Liu and Shantanu Mukherjee of the Division for Sustainable Development Goals in UN DESA, www.un.org/development/desa/publications/ (dostęp: 12.08.2020).