

*Naprawdę dużym problemem jest dostrzeżenie, o jaką stawkę toczy się gra.
Gdyby ludzie doceniali ryzyko, chcieliby mieć pewność,
że istnieją systemy ochrony przed tym ryzykiem.
Koszty byłyby znikome w porównaniu do kosztów ignorowania ryzyka¹*

WSTĘP

Choroby zakaźne od wieków stanowiły wyzwanie dla państw i społeczeństw. Choć dla większości współczesnych ludzi pandemia COVID-19 jest mocnym, negatywnym doświadczeniem o niewyobrażalnej skali i traumatycznych konsekwencjach, warto podkreślić, że nie jest to ani pierwsza, ani największa epidemia w dziejach ludzkości. W latach 1918-1920 pandemia grypy hiszpanki, wywołana przez odmianę wirusa grypy typu A, zabiła na całym świecie co najmniej 50 milionów ludzi, przy liczbie zakażonych sięgającej 500 milionów. Pandemia hiszpanki objęła niemal cały świat, z wyjątkiem wyspy Świętej Heleny, Nowej Gwinei i kilku wysp na Pacyfiku, a jej śmiertelne żniwo znacznie przewyższyło liczbę wszystkich ofiar I wojny światowej. Przed 665 laty, w październiku 1347 r., do portu na włoskiej Sycylii dotarły genueńskie galery, na których znajdowały się osoby zarażone nieznaną wówczas chorobą bakteryjną, nazwaną później czarną śmiercią. Wydarzenie to zapoczątkowało największą w dziejach świata epidemię dżumy, która do 1352 r. zabiła prawie co trzeciego mieszkańca Europy. Szacuje się, że liczba ofiar „czarnej śmierci” wynosi od 75 do nawet 200 mln ludzi. Jak zauważa Philip Daileader, „w ostatnich badaniach utrzymuje się tendencja do twierdzenia, jakoby 45-50 proc. ówczesnej europejskiej populacji wymarło w ciągu czterech lat. Występują też różnice geograficzne. Podczas gdy w europejskim regionie Morza Śródziemnego (Włochy, południowa Francja, Hiszpania), gdzie zaraza panowała cztery lata, zginęło prawdopodobnie ok. 75–80 proc. populacji, w Niemczech i Wielkiej Brytanii [...] bliżej 20 proc.”² Poeta Francesco Petrarca, przebywający podczas epidemii dżumy w Parmie, w taki sposób relacjonował wydarzenia z 1348 roku: „Wszędzie widać smutek; strach jest wszechogarniający. Bracie, chciałbym się nie narodzić lub umrzeć, zanim nastały obecne czasy. Czy przyszłe pokolenia uwierzą, że nastał czas, kiedy na Ziemi nie ma prawie żadnych mieszkańców?”³ Z kolei Giovanni Boccaccio, również będący naocznym świadkiem „czarnego pomoru”, objawy dżumy opisywał następująco: „Wiosną tego roku mór począł w przedziwny sposób okrutne spustoszenia czynić. Choroba nie objawiała się u nas tak, jak na Wschodzie, gdzie zwykłym znamieniem niechybnej śmierci był upływ krwi z nosa. Zaczynała się ona równie u mężczyzn jak u kobiet od tego, że w pachwinach i pod pachą pojawiały się nabrzmienia, przyjmujące kształt jabłka albo jajka i zwane przez lud szyszkami. Wkrótce te śmiertelne opuchliny pojawiały się i na innych częściach ciała; od tej chwili zmieniał się cha-

¹ D. MacKenzie, Covid-19. Pandemia, która nie powinna być się zdarzyć i jak nie dopuścić do następnej, Warszawa 2020, s. 212.

² P. Daileader, *The Late Middle Ages*, Chantilly 2007, s. 21.

³ S. Duda, Koronawirus wyzwala w nas XIV-wieczne emocje. Oby ominęła nas tamta rozpacz i nieczułość, <https://wyborcza.pl/alehistoria/7,162654,25803639,koronawirus-wyzwala-w-nas-xiv-wieczne-emocje-oby-ominela.html> [dostęp: 5 lutego 2021].

rakter choroby: na rękach, biodrach i indziej występowały czarne albo sine plamy; u jednych były one wielkie i rzadkie, u drugich skupione i drobne. Na chorobę tę nie miała środka sztuka medyczna; bezsilni byli też wszyscy lekarze”⁴. Z czasów nam współczesnych znamy przede wszystkim tragiczne w skutkach epidemie grypy. Grypa azjatycka, panująca w latach 1957-1958, a wywołana szczepem wirusa H2N2, szybko rozprzestrzeniła się na całe Chiny, a stamtąd na inne kraje azjatyckie, zabijając od 1 do 4 mln ludzi. Grypa Hongkong z lat 1968-1970, za którą odpowiedzialny był wirus H3N2 (powstały w wyniku mutacji H2N2), doprowadziła z kolei do śmierci 1 mln ofiar. Obserwowana obecnie epidemia COVID-19 wykazuje wiele podobieństw do epidemii SARS z 2002 roku. Obie wybuchły w Chinach, oba wirusy pochodziły od zwierząt (najprawdopodobniej od nietoperzy), oba też mogą przenosić się z człowieka na człowieka. Pierwszy przypadek SARS (nazwa choroby to skrót od „severe acute respiratory syndrome”, czyli „zespołu ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej”), odnotowano w 2002 roku w prowincji Guangdong, na południu Chin. Choroba błyskawicznie rozprzestrzeniła się na inne kraje azjatyckie. Najwięcej przypadków odnotowano w Chinach (5328 do końca 2013 roku) i Hongkongu (1755). 27 osób zachorowało w USA, natomiast w krajach Europy pojawiły się jedynie pojedyncze przypadki. Łącznie w latach 2002-2003 na SARS zachorowało ponad 8096 osób, z czego 774 zmarły⁵. Kolejna pandemia, spowodowana tzw. świńską grypą wywoływana przez wirus A/H1N1, dotknęła świat w latach 2009-2010 roku. Choroba, odnotowana po raz pierwszy w Meksyku, cechowała się wysoką śmiertelnością i zaraźliwością. 6 lipca 2009 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) poinformowała, że pandemia nowej grypy A/H1N1 jest najszybciej niż kiedykolwiek rozprzestrzeniającą się pandemią. Łącznie z jej powodu zmarło blisko 600 tysięcy osób⁶.

Epidemie chorób zakaźnych stają się przyczynami poważnych kryzysów społecznych, politycznych i gospodarczych – zaburzają funkcjonowanie państw i ich podsystemów, w tym w szczególności systemów ochrony zdrowia. Negatywnie wpływają na jakość życia obywateli, niszczą reguły życia społecznego i ekonomicznego, zaburzają poczucie bezpieczeństwa, odbierają wolność, przebudowują struktury organizacyjne i normatywne podstawy państwa. Społeczne, ekonomiczne, psychiczne oraz prawne skutki epidemii są zwykle **długotrwałe**, a ich faktyczny zakres nie jest zazwyczaj możliwy do przewidzenia w trakcie pandemii – ujawnia się po zakończeniu kryzysu⁷.

Trwająca obecnie epidemia COVID-19 stanowi źródło traumatycznych doświadczeń, tak dla obywateli, jak i rządzących. Rządy poszczególnych krajów wprowadzają coraz to nowe restrykcje związane z zamykaniem państw na napływ obcokrajowców, koniecznością odbycia dwutygodniowej kwarantanny po powrocie z zagranicy lub w przypadku podejrzenia zachorowania na COVID-19 czy ograniczaniem życia społecznego i gospodarczego. W całej Europie zjawiskiem powszechnym stało się zamykanie działalności przedsiębiorstw, placówek edukacyjnych, instytucji publicznych, ośrodków kultury i sportu, a nawet

⁴ G. Boccaccio, Dekameron, Gdańsk 2000.

⁵ K. Świdrak, Koronawirus nie jest pierwszy. Największe epidemie ostatnich lat, <https://www.medonet.pl/koronawirus/to-musisz-wiedziec,najwieksze-epidemie-ostatnich-lat--koronawirus--sars--ptasia-grypa--ebola,artykul,15776010.html> [dostęp: 11 stycznia 2021].

⁶ Tamże.

⁷ Wyzwania dla polityki społecznej w kontekście pandemii koronawirusa, red. N.G. Piłkuła, M. Grewiński, E. Zdebska, W. Glac, Kraków 2020, s. 10.

sklepów. W wielu krajach przestały działać lotniska i koleje, ograniczono działalność restauracji, barów, transportu publicznego. Obywatele pozamykani na zbiorowej, społecznej kwarantannie – w nadziei na poprawę sytuacji epidemicznej – zostali pozbawieni podstawowych praw i wolności⁸. W relacjach społecznych rządy nakazywały zachowanie tzw. dystansu przestrzennego, zarekomendowano noszenie maseczek lub przyłbic, ograniczenie wyjść z domu i zaniechanie wszelkiej aktywności, poza niezbędną w podstawowych celach życiowych. Specjalne procedury wprowadzono w systemach zdrowia i pomocy społecznej – wydzielono dodatkowo miejsca dla szpitali zakaźnych, wprowadzono specjalistyczne zalecenia dotyczące środków ochrony osobistej, powołano sieć placówek ukierunkowanych wyłącznie na leczenie pacjentów zakażonych koronawirusem⁹.

Wszystkie powyższe działania wpisują się w obszar zarządzania kryzysowego – początkowo miały na celu zapobieganie wystąpieniu kryzysu, a następnie ograniczenie jego rozmiarów oraz negatywnych skutków dla rozmaitych obszarów systemu ogólnospołecznego, w tym dla zdrowia publicznego. Realizacja strategii bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga zaangażowania administracji publicznej, instytucji ochrony zdrowia, służb, inspekcji i straży, **środowiska** akademickiego i naukowo-badawczego, oświaty i szkolnictwa, organizacji pozarządowych, jednostek, rodzin i społeczeństwa¹⁰. Wymaga także podejmowania działań w sposób systemowy, metodyczny, teleologiczny, zgodnie z wypracowanymi w nauce o zarządzaniu schematami i modelami, na których opiera się teoria i praktyka zarządzania kryzysowego. Tylko w ten sposób można skutecznie i efektywnie zarządzać kryzysem wywołanym epidemią, tylko dzięki temu zarządzanie to nie będzie osłabiało i tak już naruszonego autorytetu państwa i zaufania obywateli do jego działań. Zarządzanie jest nauką, która od lat dostarcza politykom konkretnych narzędzi, zasad i koncepcji do wykorzystania w takich sytuacjach, jak kryzys spowodowany rozprzestrzenieniem się koronawirusa SARS-CoV-2. Można jednak odnieść wrażenie, że politycy i urzędnicy odpowiedzialni za zarządzanie epidemią nie słuchają naukowców i lekceważą ich rekomendacje. Ignoruje się nie tylko **głos** epidemiologów i lekarzy. Również prakseologów, ekonomistów, socjologów, politologów, prawników i psychologów. **Władza publiczna zawsze wie lepiej. W efekcie patogen powodujący chorobę z maksymalnie czteroprocentową śmiertelnością wywołał panikę oraz burzę społeczno-gospodarczą niespotykaną w historii powojennego świata.** Efekty tej burzy będą katastrofalne, dużo poważniejsze niż sama choroba COVID-19. A wszystko przez błędy w zarządzaniu kryzysowym. Tak poważne, że w wielu wypadkach powinny skutkować nie tylko odpowiedzialnością polityczną, ale i karną¹¹.

Analiza działań władzy publicznej w Polsce w okresie przygotowywania się do kryzysu oraz w trakcie jego występowania prowadzi do konstatacji, że zarządzanie sytuacją kryzysową w warunkach epidemii przebiegało w sposób bezładny, przypadkowy, nieskoordyno-

⁸ J. Auleytner, M. Grewiński, Pandemia koronawirusa i ryzyka społeczne z nią związane a chaos w zarządzaniu państwem – dokąd zmierzamy?, [w:] Wyzwania dla polityki społecznej..., s. 11-14.

⁹ Tamże.

¹⁰ J. Konieczny, Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach epidemiologicznych, „Nowiny Nauk o Bezpieczeństwie” 2020, nr 1.

¹¹ M. Kaczmarczyk, Obłęd polityków w sprawie COVID-19 będzie gorszy niż sam wirus, <https://wyborcza.pl/magazyn/7,124059,25863408,obled-politykow-w-sprawie-covid-19-bedzie-gorszy-niz-sam-wirus.html> [dostęp: 2 stycznia 2021].

wany, bezplanowy, w oparciu o niepełne procedury, nieefektywne narzędzia, na podstawie niekonstytucyjnych przepisów, wbrew regułom logiki i racjonalnym schematom menedżerskim. Polskie państwo przeszło drogę od całkowitego lekceważenia i wyśmiewania zagrożenia oraz bierności w przygotowywaniu się na kryzys, do działań nadmiarowych, skrajnie obciążających gospodarkę i inne podsystemy systemu ogólnospołecznego (w tym system ochrony zdrowia), nieadekwatnych do zagrożenia, pozbawionych racjonalnych podstaw. Zarządzaniu antykryzysowemu towarzyszył nieustanny chaos i nieprzewidywalność decyzji, których skutki dotykały miliony polskich obywateli. Jednym z przykładów ilustrujących kuriozalny styl zarządzania epidemią jest sposób promulgacji aktów prawnych wprowadzających przepisy antycovidowe. Rządowe rozporządzenia, wprowadzające obostrzenia mające na celu przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się koronawirusa, ogłaszane są zazwyczaj na kilka godzin przed ich wejściem w życie, nierzadko w kształcie niekomunikowanym uprzednio opinii publicznej. Jest to sytuacja nie tylko całkowicie nieakceptowalna z punktu widzenia standardów demokratycznego państwa prawnego, w tym prawidłowej legislacji, ale również niezrozumiała – trudno bowiem logicznie wytłumaczyć, dlaczego rozwiązania prawne służące zwalczaniu epidemii, których przygotowanie powinno przebiegać w sposób transparentny, planowy, w oparciu o przewidywalne schematy działania, wypracowywane i ogłaszane są w ostatniej chwili, z zaskoczenia, w środku nocy.

Jak słusznie zauważa Jerzy Konieczny, w ujęciu systemowym bezpieczeństwo zdrowia publicznego jest osiąganego, gdy państwo oraz jego obywatele są przygotowani do ochrony życia i zdrowia w warunkach normalnych i w sytuacjach kryzysowych poprzez ustawiczne monitorowanie zagrożeń, prowadzenie odpowiedniej profilaktyki, podejmowanie niezbędnych działań w celu ratowania ludzi, mienia i **środowiska** oraz zapewnienie poszkodowanym (chorym) dostępu do odpowiednich ośrodków leczenia (szpitalne oddziały ratunkowe, ośrodki leczenia chorób zakaźnych, centra urazowe, centra pomocy psychologicznej), a także przywracanie środowiska do stanu równowagi zgodnie z aktualnym stanem wiedzy opartej na dowodach, podstawie prawnej i nauce o bezpieczeństwie¹². Polskie państwo w warunkach epidemii COVID-19 tych kryteriów nie spełniło, co znajduje potwierdzenie nie tylko w okolicznościach faktycznych, ale także w opiniach i ocenach społecznych, w tym w opiniach tych, którzy w walce z epidemią stanęli na „pierwszej linii frontu” – pracowników sektora ochrony zdrowia.

Niniejsza monografia jest próbą syntetycznego opisu i krytycznej oceny działań polskiej administracji publicznej w obszarze zarządzania kryzysowego w warunkach epidemii wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2, ze szczególnym uwzględnieniem okresu tzw. pierwszej fali pandemii, a zatem okresu przypadającego na miesiące wiosenne 2020 roku. Autorzy przedstawią wybrane działania i zaniechania państwa, wpisujące się w aktywność związaną z przeciwdziałaniem kryzysowi i reagowaniem na jego przejawy, próbując odpowiedzieć na pytanie: na ile owe działania były zgodne z regułami nowoczesnego zarządzania kryzysowego? W tym kontekście zaprezentowane i omówione zostaną wyniki badania „Wybrane aspekty zarządzania epidemią SARS-CoV-2 w percepcji pracowników sektora ochrony zdrowia”, zrealizowanego przez Instytut Nauk o Zarządzaniu i Jakości Wyższej

¹² J. Konieczny, *Bezpieczeństwo zdrowia publicznego...*

Szkoły Humanitas, pod kierunkiem Michała Kaczmarczyka. Celem badania było poznanie opinii lekarzy, ratowników medycznych, pielęgniarek, elektroradiologów i menedżerów ochrony zdrowia na temat wybranych elementów procesu zarządzania sytuacją kryzysową związaną z epidemią COVID-19. Badanie, o charakterze ogólnopolskim, przeprowadzono w okresie od 20 kwietnia do 20 maja 2020 roku z wykorzystaniem metody ankietowej bezosobowej oraz metody wywiadu pogłębionego. Przedmiotowe badanie dotyczyło tylko niektórych aspektów zarządzania epidemią i nie odnosiło się do całokształtu działań administracji państwowej w tym zakresie. Z tych też powodów niniejsza monografia nie ma charakteru kompleksowej analizy i oceny wszystkich elementów strategii antykryzysowej państwa, ale poświęca uwagę kilku wybranym zagadnieniom, takim jak przygotowanie i wdrożenie wybranych procedur antykryzysowych, zapewnienie zabezpieczenia logistycznego dla systemu ochrony zdrowia czy komunikacja kryzysowa.

Monografia składa się z trzech rozdziałów. Z uwagi na fakt, iż zarządzanie epidemią wpisuje się w działania z obszaru realizacji strategii bezpieczeństwa zdrowotnego państwa, w rozdziale pierwszym wyjaśniono pojęcie zdrowia, w tym zdrowia publicznego oraz scharakteryzowano jego złożone uwarunkowania. Zdefiniowano również, czym jest system opieki zdrowotnej i jak prezentuje się jego struktura. Istotnym elementem rozważań rozdziału pierwszego jest również próba dokonania oceny funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, w tym przedstawienia najważniejszych wyzwań, jakie stoją współcześnie przed tym systemem, tak w perspektywie politycznej, jak i menedżerskiej. Rozdział drugi poświęcony jest teorii zarządzania kryzysowego i służy zbudowaniu siatki kategoryjnej niezbędnej do opisanego i wyjaśnienia zjawisk i procesów w dziedzinie zarządzania epidemią i bezpieczeństwem zdrowotnym Polaków. W rozdziale tym autorzy podejmą również próbę krytycznej analizy działań władz publicznych z obszaru zarządzania sytuacją kryzysową wywołaną epidemią COVID-19, w odniesieniu m.in. do przygotowania i wdrożenia planu antykryzysowego, komunikacji kryzysowej czy zabezpieczenia logistycznego systemu ochrony zdrowia. Rozdział trzeci zawiera z kolei omówienie wyników badań empirycznych pt. „Wybrane aspekty zarządzania epidemią SARS-CoV-2 w percepcji pracowników sektora ochrony zdrowia”, które pozwoli scharakteryzować, w jaki sposób działania antykryzysowe władz publicznych ocenili medycy – osoby, które skutki decyzji rządzących podejmowanych w ramach zarządzania kryzysowego odnieść mogą do własnych doświadczeń zawodowych i praktyki udzielania świadczeń w warunkach epidemii.

Wyrażamy nadzieję, że niniejsza monografia przyczyni się nie tylko do upowszechnienia wiedzy teoretycznej na temat metodologii zarządzania kryzysowego, ale stanie się także źródłem wskazówek i rekomendacji dla władzy publicznej, jak podnieść efektywność i skuteczność działań antykryzysowych związanych z zapewnianiem Polakom bezpieczeństwa zdrowotnego i w jaki sposób unikać błędów, które spowodowały, że obecny polski model zarządzania epidemią COVID-19 może stanowić dla Europy antyprzykład zarządzania sytuacją kryzysową.

Michał Kaczmarczyk
Maria Zrałek