



Przekleństwo braku koordynacji O kontekstach i warunkach opanowania globalnego kryzysu zdrowotnego

Stanisława Golinowska

Epidemia wywołana koronawirusem (SARS-CoV-2) ma charakter globalny. Pod tym względem obecny kryzys zdrowotny jest wyjątkowy, chociaż pojawiały się głosy przed nim ostrzegające. Globalizacja niebawem zwiększyła rozprzestrzenianie się zakażeń nowym patogenem. Pytanie, jak można sobie z tym poradzić, wymaga zrozumienia wielopoziomowego uwikłania ludzkiego życia w różnych dziedzinach i świadomości konsekwencji rozmaitych działań w ochronie zdrowia, zarówno tych podejmowanych, jak i zaniechanych.

Odpowiedzią jest piekielnie trudna droga koordynacji. Globalny charakter zagrożenia wymaga wzmocnienia międzynarodowej płaszczyzny przeciwdziałania. Zamykanie granic przed ludźmi, by ograniczyć rozprzestrzenianie wirusa, nie może oznaczać zamykania granic przed współdziałaniem. Zasoby, systemy polityczne i systemy ochrony zdrowia są zróżnicowane. Pandemia rzuciła ostre światło na ich wydolność i jakość. Braki można kompensować dzięki pomocniczej współpracy międzynarodowej, ale trzeba rozumieć ich źródła, wzmacniać właściwe instytucje, uruchamiać społeczny potencjał i koordynować działania.

Globalizacja w kontekście pandemii

Zwróćmy uwagę na globalizację jako kontekst obecnego światowego kryzysu zdrowotnego. Ekonomiści, pisząc o globalizacji, tłumaczą ją mobilnością kapitału, liberalizacją handlu oraz polityką wielkich mocarstw i powolnych im międzynarodowych organizacji, np. Międzynarodowego Funduszu

Walutowego (IMF)¹. Postępująca globalizacja, silnie kontestowana przez ruchy antyglobalistów za jej negatywne konsekwencje społeczne w krajach globalnego Południa, z czasem ukazała oblicze mniej dychotomiczne. Świat się związał, a jego części uzależniły od siebie nawzajem. Największym tego wyrazem jest wzrost eksportu produktów dostępnych w najdalszych jego regionach oraz rozwój tzw. łańcuchów wartości (produkcji i dostaw). Wzrosła konsumpcja, upodobił 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. Najczęściej latają samolotami. Linie lotnicze w ostatnich latach przewoziły rocznie (!) około 4 mld pasażerów.

Jeśli w procesach globalizacyjnych jeszcze stosunkowo niedawno wiodącą rolę odgrywały Stany Zjednoczone, to obecnie pobudzają je Chiny. Wzrost gospodarczy Państwa Środka (przez trzy dekady ponad 10% średniorocznie) dynamizował produkcję towarów i handel światowy. Ten wielki kraj z zasobami pracy o skali ponad 800 mln osób, relatywnie tanią siłą roboczą i systemem kapitalizmu państwowego stał się miejscem bezpośrednich inwestycji zagranicznych na ogromną skalę. Obecnie to Chiny stają się głównym inwestorem w ogromnej liczbie krajów na świecie. Za wzrostem produkcji i eksportu niebywale szybko rozwinął się także postęp techniczny. Chiny skorzystały z pozytywów globalizacji w edukacji i nauce. Chińscy studenci są obecni we wszystkich czołowych uczelniach na świecie. Rozwój ośrodków badawczych (*nota bene* silnie wspieranych przez amerykańskie *know-how*) doprowadził do powstawania nowych technologii także w tym kraju. Nastąpił wzrost pozycji chińskich komponentów w rozwoju wspomnianych łańcuchów wartości. Ich udział w finalnej produkcji wielu towarów stał się największy na świecie. Dotyczy to także leków.

Globalizacja sprzyja rozwojowi wielomilionowych aglomeracji, nieprzerwanie zasilanych imigrantami (w Chinach głównie krajowymi) i jednocześnie będących ośrodkami innowacji oraz biznesu. Te miejsca stały się zagrożeniem dla środowiska i zdrowia. Eksploatacja zasobów, nadmierna konsumpcja i góry śmieci zaczęły przekraczać maksymalną pojemność środowiska. Pojawiło się zagrożenie nowymi chorobami zakaźnymi. Preludium obecnego kryzysu zdrowotnego miało miejsce w latach 2002–2003. W chińskiej prowincji Guangdong pojawił się patogen pochodzenia zwierzęcego typu SARS o dużej zaraźliwości, który spowodował epidemię tzw. ptasiej grypy. W 2009 roku w Meksyku pojawił się zmutowany wirus grypy A/H1N1, który doprowadził do epidemii choroby nazwanej świńską grypą, przeniesionej następnie do Kalifornii, innych stanów USA i kolejnych krajów. Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), choroba opanowana została po roku dzięki nowej szczepionce na grypę. Doświadczenia tych epidemii dowodzą, że globalizacja znakomicie rozszerza drogę transmisji lokalnych ognisk chorób zakaźnych, rozlewając je na cały świat. Producenci nowych technologii medycznych z opóźnieniem reagują na potrzeby leczenia nieznanymi chorobami zakaźnymi, a lekceważone zdrowie publiczne nie znajduje ze strony funduszy państwowych dostatecznego wsparcia, aby działać prewencyjnie.

Przed kilkoma laty krytyka globalizacji zmieniała swych reprezentantów. Podjęli ją politycy i to nie tyle ze względu na społeczne konsekwencje podziału świata, które nieśli na swych sztandarach antyglobaliści, ile z uwagi na wzrost potęgi ekonomicznej Chin oraz obawę dalszego uzależniania się świata od gospodarki Państwa Środka. Prezydent USA zakwestionował korzyści wolnego handlu i rozpoczął kampanię propagowania i stymulowania rozwoju rodzimych producentów. Zarazem jednak zaczął ignorować działania organizacji międzynarodowych starających się o wzrost kontroli nad rozwojem produkcji i konsumpcji zagrażających środowisku, zdrowiu populacji i niszczących planetę.

¹ Rolę IMF opisał Joseph Stiglitz w książce *Globalizacja*, tłum. H. Siembierowicz, PWN 2004.

Tymczasem współzależnienie wszystkich części świata w rozwoju gospodarczym wymaga kooperacji w imię interesu całej ludzkości. Zagrożenie recesją gospodarczą po opanowaniu pandemii jest realne i będzie dotkliwie dla społeczeństw na całym globie. Może być źródłem niepokojów i konfliktów. To jest szczególnie moment w rozwoju ludzkości. Jego świadomość może przyczynić się do innego działania – do zmiany dotychczasowych mechanizmów rozwoju i zatrzymania niszczących tendencji.

Zdrowie publiczne i usługi lecznicze (opieka zdrowotna)

W przeciwdziałaniu pandemii łatwiej jest krajom, które mają rozwinięty system zarówno zdrowia publicznego, jak i usług medycznych (leczenia).

Zakres zdrowia publicznego jest znaczący i w krajach takich, jak Stany Zjednoczone, i w państwach Europy Zachodniej, aczkolwiek przyczyny są różne. W USA, gdzie nadal system powszechnej opieki zdrowotnej jest ograniczony, zdrowie publiczne (higiena i prewencja głównych chorób w populacji) służy ograniczaniu potrzeb leczniczych („łatwiej i taniej zapobiegać, niż leczyć”). W krajach europejskich, śladem Kanady, zdrowie publiczne jest elementem systemu kompleksowej ochrony zdrowia, łączącej profilaktykę z opieką medyczną. Gdy pandemia już szaleje, to kompleksowość systemu ma przewagę. Potrzebne są bowiem zarówno przeciwdziałanie, jak i leczenie. Konieczny jest szybki dostęp do ochrony sanitarnej i diagnozowania, ale równie ważne są szpitale z łózkami przystosowanymi do leczenia różnych schorzeń.

Sprawy zdrowia publicznego, mimo usilnych starań WHO oraz środowisk epidemiologów w wielu krajach, zawsze konkurowały o uwagę decydentów ze sprawami dotyczącymi funkcjonowania systemu opieki medycznej (leczenia).

Ustawa o zdrowiu publicznym w Polsce, bardzo ogólnikowa i bez wskazania instrumentów, została uchwalona dopiero w roku 2015. W zachodnich krajach UE (głównie w państwach skandynawskich oraz w Niemczech) mamy natomiast do czynienia z drugą falą ustawowych regulacji dotyczących zdrowia publicznego, które uwzględniają wzrost potrzeb opiekuńczych powiązanych z transformacją demograficzną i epidemiologiczną współczesnych populacji. Pojawiły się w nich także punkty dotyczące przeciwdziałania nowym chorobom zakaźnym i leczenia ich: promocja szczepień na różne rodzaje grypy, prewencja zachorowań na HIV-AIDS oraz działania związane z rosnącą opornością na antybiotyki w związku z ich nadużywaniem oraz stosowaniem w hodowli zwierząt.

Reformy systemów zdrowotnych

Reformy systemów zdrowotnych były przeprowadzane w oparciu o paradygmat decentralizacji oraz tzw. duszenia kosztów.

Decentralizacja systemów opieki zdrowotnej była sprawą względnie oczywistą w krajach tradycyjnie federalnych: w Niemczech, Hiszpanii i we Włoszech. W tym ostatnim głęboka reforma decentralizacyjna miała miejsce w końcu lat 70. jako skutek reform (redukowania) zakresu *welfare state* po kryzysach naftowych. Regionalnie zdecentralizowane systemy opieki zdrowotnej w takim kraju, jak Niemcy, miały ramy wyznaczone przez wypracowane instrumenty koordynacji na szczeblu państwa, podczas gdy we Włoszech i Hiszpanii koordynacja spraw zdrowotnych była słaba, w wyniku czego rosły nie tylko różnice organizacyjno-finansowe, ale i nierówności w dostępie do usług medycznych.

Reformy decentralizacyjne miały miejsce także w niektórych krajach skandynawskich, przede wszystkim w Szwecji. Polegały one głównie na wzmocnieniu roli szczebla lokalnego, ze względu na skuteczniejsze działania świadczeniodawców w odpowiedzi na zgłaszane potrzeby zdrowotne mieszkańców, a obecnie także z uwagi na nowy paradygmat – łączenia spraw zdrowotnych i społecznych (przede wszystkim opiekuńczych). Reformy te mają jednoznacznie zdefiniowane ramy w przepisach prawnych najwyższego poziomu (ustawowego).

Próbie reformy systemu ochrony zdrowia z silnym akcentem na regionalizację podjęto w Polsce w ramach czterech reform społecznych Jerzego Buzka (w 1999 roku), obejmujących także radykalne zmiany administracji terytorialnej. Kontrowersje związane z połączeniem obu reform, czyli wprowadzaniem ubezpieczeń zdrowotnych i tworzeniem samorządności terytorialnej, doprowadziły do rozwiązania hybrydowego: podtrzymania centralizacji w realizowaniu funkcji płatnika publicznego w sektorze zdrowotnym i powołania NFZ (wojewódzkie kasy chorych istniały tylko dwa lata) oraz przydzielenia placówek zdrowotnych pod nadzór różnych poziomów samorządu terytorialnego. Jednocześnie samorządowe struktury władzy administracyjnej nie dostały uprawnień koordynacyjnych – ani poziomych, ani pionowych. Szczeble samorządowe: wojewódzkie, powiatowe i lokalne są od siebie niezależne, a na poziomie regionalnym mamy do czynienia z dwuwładzą. Struktura właścicielska zasobów systemu ochrony zdrowia jest zróżnicowana. W odniesieniu do szpitali mamy więc szpitale rządowe, w tym kliniki i instytuty medyczne, szpitale wojewódzkie, miejskie i powiatowe. Ponadto powstałe szpitale niepubliczne mogą także być finansowane przez publicznego płatnika (NFZ), gdy realizują zadania zdefiniowane przez państwo.

Tendencja do kontrolowania wydatków zdrowotnych została wywołana dynamicznym wzrostem potrzeb zdrowotnych na skutek starzenia się populacji, jak i pojawiania się oraz upowszechniania coraz nowszych technologii medycznych. W związku z tym rosły koszty funkcjonowania systemów zdrowotnych. Panaceum na wzrost kosztów miało być nowe zarządzanie publiczne (*new public management* – NPM) oraz wprowadzanie elementów tzw. rynku wewnętrznego (*quasi*-rynku), konkurencji placówek o finanse publiczne. Reformy w sektorze zdrowotnym w większości krajów (liderem była Wielka Brytania) szły w tym kierunku, a były wspomagane kontrolą wdrażania nowych technologii medycznych (HTA), współpłaceniem za usługi medyczne oraz decentralizowaniem odpowiedzialności na szczeble regionalne i lokalne.

Orientacja na reformy polegające na wprowadzeniu rynku wewnętrznego w sektorze zdrowotnym doprowadziła do procesu dezintegracji powiązań wewnątrz systemu zdrowotnego i przesuwania wielu funkcji działalności placówek zdrowotnych na zewnątrz (*outsourcing*), a w tym – kontraktowych umów o pracę. Skutki rozwoju tego rodzaju reformy w Polsce były wielorako negatywne. Rozerwana została ciągłość procesu leczenia, zaniedbano rozwój kadr medycznych i przyzwolono na zjawisko nadmiernego obciążenia pracą („urobienia”). W reakcji na dramatyczne niekiedy dla pacjentów konsekwencje dezintegracji podejmowane były projekty integracji procesu leczenia w odniesieniu do głównych schorzeń występujących w populacji. Wprowadzenie pakietu onkologicznego jako integracyjnej ścieżki w leczeniu nowotworów okazało się w praktyce mało skuteczne. Odrębne struktury zinstytucjonalizowały się i ich punktowe przekraczanie zaburzało funkcjonowanie, gdy nie szło za tym odpowiednie finansowanie. Reformy rynku wewnętrznego, służące ograniczaniu kosztów funkcjonowania systemu zdrowotnego, doprowadziły w Polsce do wyeksploatowania do maksimum („wyżyłowania”) wszelkich rezerw, a przede wszystkim zasobów pracy.

Zmiany w sektorze zdrowotnym dokonały się w wyniku akcesji Polski do UE. W ramach finansowania projektów inwestycyjnych z funduszy strukturalnych UE powstały możliwości rozwoju infrastruktury



także w ochronie zdrowia. Zmodernizowane i doposażone zostały szpitale. To jednak okazywało się problemem dla publicznego płatnika, brakowało bowiem środków na eksploatację nowych zasobów.

Mimo reform i oddziaływania UE nie zastosowano w sektorze zdrowotnym spójnej polityki płacowej. Pogarszała się wydolność systemu ochrony zdrowia, a reakcje państwa na bunty i strajki personelu medycznego miały charakter punktowy. Wzrost płac nie znajdował odzwierciedlenia w wycenie procedur medycznych. Szpitale się zadłużały. Nakłady na ochronę zdrowia utrzymywały się na relatywnie (w relacji do PKB) stałym poziomie, mimo wzrostu potrzeb zdrowotnych wynikających ze starzenia się populacji i rosnących kosztów nowych technologii medycznych. System tracił równowagę i stawał się niewydolny. W tym właśnie momencie do systemu wtargnął koronawirus.

Reakcja na pandemię

Gdy egzogeniczne źródło choroby zakaźnej zostaje rozpoznane, potrzebne jest zatamowanie drogi dalszej transmisji zakażeń. Państwa izolują się od siebie i „zamykają” ludzi w domach. Następuje ograniczenie mobilności i kontaktów we wszystkich wymiarach życia: pracy, edukacji, rekreacji i życia społecznego – *lockdown*. Jednak nie wszystkie państwa robią to z jednakową intensywnością. Władze Wielkiej Brytanii podjęły tę decyzję z opóźnieniem, hołdując początkowo przekonaniu o potrzebie stworzenia tzw. odporności grupowej. Po gwałtownym szerzeniu się zakażeń i w perspektywie prawdopodobnego znacznego wzrostu zgonów spowodowanych koronawirusem (zob. raport epidemiologów pod kierunkiem prof. Neila Fergusona z Imperial College London²) władze przyjęły punkt widzenia ekspertów i zamknęły instytucje oraz wprowadziły zakaz kontaktów. Tylko Szwecja pozostaje przy strategii łagodniejszej, bez zamykania instytucji i izolacji ludzi. Nawołuje jedynie do stosowania zasad higieny i zachowania dystansu oraz ograniczania kontaktów (zakaz odwiedzin), a także ochrony grup największego ryzyka. Anders Tegnell, szwedzki główny epidemiolog³, wyjaśnił, że taka strategia jest możliwa do zastosowania, ponieważ Szwedzi ją rozumieją i popierają, a przy tym mają do tego odpowiednie warunki: gęstość zaludnienia jest niska, a ludzie żyją raczej w domach i za miastem, bez nadmiernych kontaktów społecznych. Inne kraje skandynawskie nie powielają podejścia szwedzkiego, ale też nie zamykają całkowicie zakładów usługowych, np. w Norwegii gastronomia jest otwarta. Jakie podejście do zwalczania pandemii sprawdzi się najlepiej, niebawem się okaże.

Niezależnie od strategii dotyczącej ograniczeń mobilności ludzi oraz funkcjonowania gospodarki uważa się, że skupiona na systemie ochrony zdrowia, gdzie powszechnie podejmowane są takie działania, jak:

- Wykonywanie jak największej liczby testów, które pozwolą na identyfikację zakażeń, aby zatrzymać rozprzestrzenianie się koronawirusa. Sprawa jest o tyle skomplikowana, że wirus nie zawsze daje objawy. Nie wystarczy więc testowanie osób z symptomami i z grup ryzyka. Potrzebne są testy masowe.

² W Imperial College London co kilka dni ogłaszane są raporty związane z rozprzestrzenianiem się koronawirusa. Obejmują także opis sytuacji w innych krajach: <http://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-8-symptom-progression-covid-19/>. Prof. Neil Ferguson kieruje jednostką MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, współpracującą z WHO. O wynikach swoich analiz informuje nie tylko rząd Wielkiej Brytanii, ale także rządy USA oraz Francji.

³ Środowisko szwedzkich epidemiologów nie jest całkowicie zgodne z taktyką rządu. Właśnie wystosowano apel o zmianę podejścia, powołując się także na wyniki prognoz prof. Fergusona: <https://forbetterscience.com/2020/04/07/swedish-scientists-call-for-evidence-based-policy-on-covid-19/>.

- Zapewnienie środków ochrony osobistej wszystkim służbom medycznym oraz instruktażu postępowania w miejscach diagnozowania i leczenia pacjentów.
- Przestrzeganie zasad kwarantanny z przygotowaniem odpowiednich warunków do jej wykonywania.
- Uruchomienie odpowiedniej liczby łóżek w wyznaczonych szpitalach zakaźnych i właściwe ich wyposażenie.

Działania podjęte w Polsce są podobne. Różnice dotyczą stosunkowo wczesnej, jak na liczbę stwierdzonych zakażeń, blokady kraju, relatywnie niewielkiej liczby wykonywanych testów oraz prowadzenia polityki zdrowotnej przez sztab polityczny, a nie sztab ekspertów. Informacje o rozwoju epidemii podaje obywatelom minister zdrowia, a nierzadko premier czy nawet prezydent. To budzi wątpliwości co do podawanych liczb i podejmowanych działań.

Jednak to, co przede wszystkim różni sytuację w Polsce od sytuacji u zachodnich i południowych sąsiadów, to najbardziej niedofinansowany system ochrony zdrowia w Unii Europejskiej. Szczególnie dramatyczne zaniedbania dotyczą rozwoju zasobów kadrowych dla ochrony zdrowia: pielęgniarek, lekarzy oraz wielu zawodów okołomedycznych. Od lat doskwiera nieskuteczność w zapewnianiu dostatecznego finansowania, dialog społeczny jest pozorowany i brakuje niezależnie funkcjonującego zaplecza eksperckiego.

Jakość rządzenia

Kiedy pojawia się epidemia o globalnej skali, wymagająca bezwzględnego działania na rzecz przerwania transmisji zakażeń, wtedy szczególne znaczenie ma dobra jakość rządzenia w państwie i jego działach. Tymczasem ochrona zdrowia w Polsce od lat cierpi także na słabości zarządzania publicznego. W jego strukturach nie realizuje się w ogóle, lub realizuje się bardzo słabo, takie funkcje, jak:

- planistyka z umiejętnościami prognozowania, symulowanie dalszych zdarzeń (z zastosowaniem modeli epidemiologicznych) i opracowywanie scenariuszy potrzeb kadrowych;
- szybkie reagowanie i zarządzanie kryzysowe;
- koordynacja umożliwiająca spójne działania, gdy placówki lecznicze są zróżnicowane pod względem właścicielskim i usytuowane na różnych poziomach odpowiedzialności administracyjnej;
- dialog społeczny respektujący organizacje pracownicze i specjalności medyczne zarówno w formułowaniu strategii, jak i podejmowaniu decyzji bieżących.

Największe wyzwanie obecnej fazy reformowania spraw publicznych z perspektywy ochrony zdrowia stanowi pogodzenie dwóch nurtów: potrzeby integracji, wymagającej ciągłości i wielowymiarowości działań (problemy zdrowotne, socjalne i edukacyjne), oraz procesu decentralizacji polityk publicznych na różnych szczeblach samorządu publicznego. Niska jakość rządzenia w ochronie zdrowia jest wyrazem niedostatku koordynacji. Specyficznie w Polsce ukształtowane szczeble władzy samorządów terytorialnych oraz odrębność subsektorów w ochronie zdrowia (POZ, specjalistyka, szpitalnictwo, rehabilitacja, opieka długoterminowa) wymagają szczególnej troski o zbudowanie instytucji koordynacji przekraczającej granice tzw. silosowego i szczeblowego zarządzania. Postulowanie procesu koordynacji nie jest wyraźne, ponieważ wiąże się z nim obawa zastosowania drogi „leninowskiej”, czyli hierarchicznego administrowania, szczególnie gdy procesy zarządzania profesjonalnego są przez „ludowych” polityków redukowane. Nie ma jednak innej drogi niż przygotowanie skoordynowanego projektu zarządzania. We Francji, znanej z bardzo zróżnicowanego systemu funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych (pod względem zakresu przedmiotowego i podmiotowego, własności, usytuowania

terytorialnego), przez wiele lat dopracowywano się modeli koegzystencji i koordynacji. Mimo osiąganego postępu sytuacja obecnego kryzysu zdrowotnego wskazuje, że prezentowane w literaturze opisy, stosowane w czasach spokoju, są w obecnej rzeczywistości często nieadekwatne lub nieskuteczne. To tworzy podstawę do zmian, dokonywanych z trudem i w biegu, jednak bez sugerowania podejścia wojennego.

Wymiar polityczny

W okresie pandemii potrzebne są szybkie i niestandardowe decyzje polityczne. Pandemia wymaga koncentracji środków na jej zwalczanie, a także decyzji ograniczających swobodę zachowań ludzi, niekiedy w sposób drastyczny. W krajach z silną instytucjonalizacją wartości i procedur demokratycznych ekstraordynaryjny proces decyzyjny przebiega przy podniesionej kurtynie, z dostępem do informacji, z konsultowaniem i wyjaśnianiem. Władzy się ufa, a i władza może polegać na społeczeństwie, bez nadmiernych restrykcji i kar. Ponadto ludzie kontrolują się nawzajem. Gdy natomiast demokracja nie jest jeszcze ugruntowana, a społeczeństwa są niedostatecznie zintegrowane i nie szanują dostatecznie przestrzeni oraz dóbr publicznych, władza może mieć pokusę wprowadzania ograniczeń, aby przedłużyć swój mandat i jednocześnie zwiększyć zakres oraz instrumenty oddziaływania na społeczeństwo. Pandemia może być okazją do wprowadzania instrumentów przymusu, jakoby na chwilę, a *de facto* – na trwałe.

Pandemia, będąc ogromnym zagrożeniem zdrowia populacji, jest także zagrożeniem dla demokracji. Sprzyja temu akceptacja rozwoju tzw. demokracji ludowej. Niektórzy politycy deklarują powrót do tej idei ludowładztwa, która polega na wysłuchiwanie głosu ludu i podejmowaniu decyzji w jego imieniu. Suweren – to dla nich większość wyborców pozwalająca na samodzielną władzę, a nie zagregowana większość innych grup społeczeństwa. Lekceważy się opozycję, nie uwzględnia praw mniejszości. Nie akceptuje się różnorodności i odmienności. Ta tendencja występuje w czasach współczesnych, kiedy społeczeństwa są wielokulturowe, a rządzenie państwem jest znacznie bardziej złożone niż kiedyś, i kiedy państwa narodowe funkcjonują jednocześnie w różnych strukturach globalnych, bardziej lub mniej zintegrowanych.

Wysłuchiwanie się w głos ludu w takim kraju, jak Polska, szybko i powierzchownie zmodernizowanym, ze zróżnicowanym społeczeństwem w przekroju wielu zmiennych (pochodzenia, wykonywanej pracy i wykształcenia, generacji), umożliwi oraz ułatwi wykorzystywanie podziałów na rzecz zdobywania i utrzymywania władzy. Rządzącym nie przyświeca misja integrowania i rozwoju, lecz misja dzielenia i antagonizowania. Swoje poparcie budują na wzmacnianiu czynników ludowych, dezawuuując nie tylko inteligencję generalnie, ale także środowiska ekspertów i nauki. Mamy więc zaprzeczanie faktom dotyczącym zmian klimatycznych i destrukcji przyrody, ograniczanie roli edukacji (późne posyłanie dzieci do szkoły i redukcja programów nauczania), przyzwalanie na szerzenie się „naturalnych” zachowań zdrowotnych (takich jak ruchy antyszczepionkowe czy naprotechnologia). Tymczasem globalny kryzys zdrowotny, jakiego obecnie doświadczamy, wymaga sięgnięcia do nauki, szanowania głosu ekspertów i organizowania społeczeństwa wokół działań sprawdzonych i opartych na wiedzy (*evidence based*).

Integracja europejska

Polska od szesnastu lat należy do Unii Europejskiej, co przyczyniło się do modernizacji w wielu wymiarach, powszechnie dostrzeganych w każdym bez mała zakątku kraju. Integracja europejska, zbudowana na czterech swobodach: przepływu kapitału, towarów, usług oraz osób, spowodowała włączenie polskiej gospodarki do europejskiego łańcucha dostaw, zwiększając eksport i stymulując

przedsiębiorczość. Wzrost gospodarczy przez piętnaście lat członkostwa był nieprzerwany mimo globalnego kryzysu finansowego w 2008 roku.

Unia Europejska jest też unią wartości. Dobrowolnie przystępując do UE, państwa zadeklarowały poszanowanie i przestrzeganie tych wartości, które zostały sformułowane u zarania i były poszerzane oraz konkretyzowane wraz z kolejnymi etapami integracji. Nie są to oczywiście wartości specyficzne. Większość ma charakter uniwersalny, wypracowany w historii działania instytucji międzynarodowych (ONZ i jej głównych agend) oraz pojedynczych państw. Obejmują one szeroki zakres swobód jednostki, mocne podstawy demokracji, w tym poszanowanie praw mniejszości, wdrażanie zasad państwa prawa, międzynarodową wspólnotowość i solidarność, poszanowanie różnorodności kulturowej i przyrodniczej, a zarazem dążenie do poprawy spójności terytorialnej i społecznej oraz ekonomiczną odpowiedzialność za gospodarowanie zasobami i dobrem wspólnym. Jednocześnie w katalogu wartości UE są takie, które można by uznać za szczególnie europejskie, jako że wyznaczają zasady współdziałania: subsydiarność (pomocniczość), solidarność, zasadę dialogu społecznego oraz respektowania równowagi finansów publicznych. Integracja europejska dokonuje się przy zachowaniu różnorodności narodowej i kulturowej, zgodnie z hasłem: „zjednoczeni w różnorodności”. UE szanuje tożsamość narodową i regionalną państw członkowskich.

Postępująca za wspólnymi deklaracjami, postanowieniami i regulacjami realna integracja jest procesem trudnym. Po kryzysie finansowym z 2008 roku przebiega drogą bardzo wyboistą: z wyłączeniem się Wielkiej Brytanii, krytyką i bojkotowaniem wartości europejskich przez niektóre państwa narodowe oraz rozgrywaniem interesów europejskich przez Rosję i USA.

Globalny kryzys zdrowotny wywołany koronawirusem spowodował zamknięcie granic i rywalizację o niezbędne zaopatrzenie ochrony osobistej personelu medycznego oraz inne produkty przydatne w czasach epidemii. Zatrzymał swobodę przepływu pracowników do firm ulokowanych w innych krajach. Słychać było głosy piętnujące UE jako wspólnotę nieudolną i zawodną.

Tymczasem Wspólnota Europejska jest ratunkiem na opanowanie zarówno kryzysu zdrowotnego, jak i jego skutków gospodarczych. Jej działania już są widoczne i wymagają wsparcia. Obserwowane obecnie dystansowanie się Polski od UE nie ma uzasadnienia i jest działaniem przeciwko społeczeństwu. Gdy działa się w ramach zintegrowanych struktur, można wesprzeć europejskie badania naukowe nad szczepionką przeciwko COVID-19. Warto zauważyć, że polskie wydatki na badania i rozwój (B+R) należą do najniższych w UE i polscy naukowcy zdobywają szlify przede wszystkim dzięki uczestnictwu w badaniach europejskich.

Funkcjonowanie ochrony zdrowia nie należy do kompetencji Wspólnoty i to brak nacisku ze strony UE na poprawę krajowych systemów ochrony zdrowia stanowi zapewne jedną z przyczyn ich niewydolności w niektórych państwach (także w Polsce). Wspólne regulacje przyczyniłyby się do eliminacji zaniedbań w rozwoju kadry medycznej, wprowadzenia ograniczeń w emigracji białego personelu, a przede wszystkim do poprawy warunków pracy i płacy w placówkach medycznych, co w sposób naturalny zmniejszyłoby motywację do wyjazdów zarobkowych.

Integracja europejska jest także warunkiem wsparcia gospodarek w wychodzeniu z blokady. Tarcza antykryzysowa, wprowadzana przez polski rząd w kwietniu 2020 roku, jest wysoce niewystarczająca, a pomieszczenie w niej interesów i roszczeń społecznych w klimacie ostrej walki politycznej nie tworzy podstaw dla efektywnych działań.

Unia Europejska jest także wspólnotą o dużym potencjale w ukierunkowywaniu procesów globalizacyjnych. Dzisiaj potrzebne są całkowicie odmienne działania: z jednej strony zatrzymanie wyścigu za wolnymi zasobami i możliwościami osiągnięcia nadzwyczajnych zysków, a z drugiej – ochrona planety i żyjących na niej populacji. Świadomość zagrożeń oraz doświadczanie katastrof i pandemii może zmienić dotychczasowy kierunek globalizacji i jej instytucji. Tylko międzynarodowa współpraca rządów i ekspertów może dać efekty w przeciwdziałaniu zagrożeniom oraz ratowaniu ludzi i przyrody.

Zamiast niszczącej konkurencji państw, ogradzających się murami i narodowymi ideologiami, potrzebne są wspólne wartości, na których można budować współdziałanie. Prawa człowieka, solidarność i równość stanowią fundament globalnej współpracy.

Unia Europejska może stać się wzorem w ukierunkowywaniu procesów globalizacyjnych. Badania naukowe, swobody gospodarcze, wspólne instytucje i polityka wyrównująca rozwój krajów europejskich (redystrybucja środków finansowych na rzecz państw biedniejszych) stanowią ten przykład globalnego rozwoju, który mógłby znaleźć szersze zastosowanie. Tymczasem narodowe ambicje krajów członkowskich, rozgrywane ponadto przez światowych graczy o przywództwo na świecie, niszczą misternie i z trudem tworzoną tkankę wspólnego organizmu. Obecna pandemia wydobywa zarówno niedostatki integracji, jak i narodowe egoizmy kreowane przez niektórych polityków z krajów członkowskich. Jednak kryzys zdrowotny, jakiego doświadczamy, może przyczynić się do wzrostu świadomości potrzeby wzmocnienia integracji. Tylko bowiem we współdziałaniu można znaleźć szczepionkę, produkować nowe leki i odbudować gospodarki.

Pawłowi Marczewskiemu, Marzenie Tambor, Aleksandrowi Smolarowi i Cezaremu Włodarczykowi dziękuję za uwagi. Tym bardziej że udzielone zostały natychmiast; w tempie, jakie dyktuje koronawirus.

Stanisława Golinowska – profesor nauk ekonomicznych, absolwentka ekonomii Uniwersytetu Warszawskiego. Stypendystka Fundacji im. Aleksandra von Humboldta. Specjalistka w dziedzinie polityki społecznej i rynku pracy. W latach 1991–1997 była dyrektorką Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie, a następnie przez dwie kadencje kierowała Instytutem Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Była członkinią Rady Strategii Społeczno-Gospodarczej przy Radzie Ministrów (1994–2005) oraz Komitetu ds. Polityki Rozwoju przy Sekretarzu Generalnym ONZ (2007–2009). Współzałożycielka i członkini rady Fundacji Naukowej Center for Social and Economic Research oraz członkini Komitetu Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN.

Fundacja im. Stefana Batorego

Sapieżyńska 10a
00-215 Warszawa
tel. (48-22) 536 02 00
fax (48-22) 536 02 20
batory@batory.org.pl
www.batory.org.pl

Teksty udostępniane na licencji Creative Commons. Uznanie autorstwa na tych samych warunkach

3.0 Polska (CC BY SA 3.0 PL)



Redakcja: Agnieszka Łodzińska

Warszawa 2020

ISBN 978-83-66543-16-4