
ALERT ZDROWOTNY

2

gap.



open
eyes
economy
summit

prof. dr hab. Stanisława Golinowska
prof. UJ dr hab. Iwona Kowalska-Bobko
prof. UJ dr hab. Christoph Sowada
prof. dr hab. Włodzimierz Cezary Włodarczyk
prof. dr hab. med. Barbara Woynarowska
dr Michał Zabdyr-Jamróż

Epidemia Covid 19 ujawniła wieloletnie zaniedbania prowadzące do narastania sytuacji kryzysowej w systemie zdrowotnym zarówno w części dotyczącej zdrowia publicznego, jak i w części medycyny interwencyjnej. Pamiętając o trudnej sytuacji medycyny naprawczej i o niewątpliwych zasługach, jakie należy przypisać jej pełnym poświęcenia pracownikom, w tym opracowaniu zamierzamy skoncentrować się na sprawach zdrowia publicznego. Jego pierwszą część stanowi diagnoza, która z godnie z koncepcją Alertów identyfikuje najważniejsze – naszym zdaniem – **problemy**. ujawnione w czasie pierwszych tygodni epidemii, których źródłem była zarówno bardzo słaba kondycja sektora zdrowotnego w Polsce, jak i nieprzygotowanie do podjęcia odpowiednich działań, co *nota bene* było zjawiskiem powszechnym także w innych krajach. W części drugiej zapisaliśmy rekomendacje. Traktujemy je jako lekcje płynące z doświadczeń pozyskiwanych w trakcie zmagania się z epidemią Covid-19, ale także przedstawiamy je z przekonaniem, że będą stanowić kierunek działań na rzecz unikania podobnych zaniechań i błędów w przyszłości.

OPIS SYTUACJI

1. **Zmiana paradygmatu zdrowia publicznego.** Epidemia nastąpiła w czasie, kiedy w krajach rozwiniętych doszło do zmiany paradygmatu zdrowia publicznego – od higieny i zapobiegania chorobom zakaźnym do promocji zdrowia służącej wydłużaniu przeciętnego trwania życia w zdrowiu poprzez zdrowy styl życia i poprawę warunków bytu jako głównych czynników zapobiegania niezakaźnym chorobom przewlekłym (*noncommunicable diseases* NCDs). Wydawało się, że wyposażenie we współczesną wiedzę, umiejętności organizacyjne, nowe technologie medyczne, rosnący dobrobyt i świadomość zdrowotna będą dostatecznie skutecznie sprzyjać zabezpieczeniu się przed epidemicznymi chorobami zakaźnymi. Optymizm był posunięty tak daleko, że sprawy chorób zakaźnych spadały na dalszy plan i wydatki na tradycyjne zdrowie publiczne ustępowały spektakularnie działającej medycynie naprawczej. Konsekwencją było także zmniejszające się finansowanie zdrowia publicznego. Było to tym łatwiejsze, że wybuchy epidemii pojawiały się w odległych miejscach na świecie. Zainteresowanie globalnym zdrowiem publicznym i epidemiami było kontynuowane przede wszystkim przez organizacje międzynarodowe oraz instytucje tzw. medycyny tropikalnej.
2. **Zdrowie publiczne w Polsce** po II wojnie światowej straciło na znaczeniu z powodów ideologicznych, mimo powojennych sukcesów w zwalczaniu dominujących wówczas chorób zakaźnych (głównie gruźlicy). Jednym z następstw było niepodjęcie dostatecznego wysiłku w prewencji chorób przewlekłych (szczególnie nowotworowych). Po przełomie 1989 r. idea zdrowia publicznego powróciła, ale ustawa o zdrowiu publicznym została uchwalona dopiero w 2015 r. Mimo rozszerzenia zakresu spraw należących do zdrowia publicznego i wskazania odpowiedzialności państwa za podejmowanie działalności na rzecz zdrowia populacji, nie zostały zdefiniowane metody i środki, co odnosiło się także do nieuregulowania sprawy finansowania jego aktywności, i to osłabiło zdolność sprawczą ustawy.
3. **Brak instytucjonalnego zaplecza zdrowia publicznego** w jego pełnym, współcześnie postulowanym i wymaganym zakresie, stanowi poważne ograniczenie działalności całego systemu ochrony zdrowia. Tylko podejście kompleksowe; czyli zarówno przeciwdziałanie zachorowaniom, jak i leczenie chorób daje szansę skutecznego działania na rzecz zdrowia. Zdrowie publiczne w Polsce nie dysponuje

nowoczesną strukturą organizacyjną. Nie ma zatem instytucji, które mogłyby być wykorzystywana do reagowania w trudnych sytuacjach – tak na poziomie praktycznych działań, jak i w dziedzinie analizowania sytuacji oraz projektowania i budowania scenariuszy koniecznych działań. Istnieją wprawdzie dwie centralne instytucje publiczne zdrowia publicznego: Państwowa Inspekcja Sanitarna (z siecią stacji sanitarno-epidemiologicznych) oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, ale mają problem niedopowiedzianych kompetencji o współdziałaniu. Niejasny jest ponadto poziom autonomii tych instytucji oraz zobowiązanie do współdziałania z władzami administracji rządowej i samorządowej.

4. **Kształcenie w zakresie zdrowia publicznego nie ma zdefiniowanej ścieżki.** Po wahaniach co do jego wielodyscyplinarności (połączenie spraw biologicznych i społecznych), zdrowie publiczne zniknęło z wykazu samodzielnych dyscyplin i zostało zastąpione „naukami o zdrowiu”. Szanse ustanowienia samodzielnej tożsamości zdrowia publicznego zostały zaprzepaszczone, o czym świadczy załącznik nr 6 do Rozporządzenia Ministra NiSW z 2011 r. u oraz Rozporządzenie z 2016 r. o efektach kształcenia w naukach o zdrowiu. Dodać należy, że w większości uczelni zajęcia ze zdrowia publicznego były prowadzone przez osoby związane z naukami medycznymi i tylko w nielicznych sytuacjach uczelniane instytuty zdrowia publicznego zdobywały minimum potrzebnej im autonomii do ukierunkowywania badań i prowadzenia odpowiednich kierunków studiów. Szczególnie niekorzystne są skutki braku uregulowania sprawy zatrudniania absolwentów zdrowia publicznego, brak wskazania listy stanowisk, gdzie kompetencje takie są niezbędne oraz – szerzej – rezygnacja z traktowania zdrowia publicznego jako odrębnego zawodu, na równi z innymi uznanymi zawodami sektora zdrowotnego.
5. **Niedofinansowanie zdrowia publicznego.** jest oczywistym skutkiem dramatycznego niedofinansowania całego sektora ochrony zdrowia, ale także błędnej koncepcji, że wydatki zdrowia publicznego są częścią wydatków na leczenie. Tymczasem jest to zobowiązanie publiczne i tak powinno być traktowane.
6. **Brak przygotowania na kryzys** zdrowotny wywołany pandemią Covid-19 okazał się zjawiskiem powszechnym. O ile jednak, w ramach systemu medycyny naprawczej, brak zgromadzonych zasobów, zwłaszcza aparatury medycznej, sprzętu ochrony osobistej i miejsc na oddziałach intensywnej opieki może być bardziej zrozumiany (skutek dążenia do efektywnego zarządzania zasobami), to – w ramach zdrowia publicznego, które powinno przygotowywać reakcje na sytuacje kryzysowe – brak

opracowanych wcześniej reguł postępowania i rezerw na tzw. gotowość działania, broni się znacznie słabiej. Dotyczy to zarówno sposobów reagowania całego systemu, z największym trudem mobilizującego niezbędne zasoby, procedur działania dużych instytucji sektora zdrowotnego, reguł współpracy z administracją samorządową, jak i wytycznych postępowania w jednostkowych przypadkach zachorowań i podejrzeń o zakażenie .

7. Niedostatki zarządzania w sytuacji pandemii

- **Brak ujawniania informacji, uzasadniającej decyzje władzy.** W okresie epidemii władza, wykorzystując formalne uprawnienia i dysponując przymusem, narzuca różnorodne restrykcje i ograniczenia. W niejednej sytuacji są to ograniczenia naruszające prawa obywatelskie i poza czasem epidemii nie byłyby tolerowane. Jeśli zatem władza oczekuje nie tylko subordynacji, ale i wsparcia, to obywatele powinni wiedzieć, dlaczego podjęte działania mają sens. Brakowało wyjaśnień dotyczących istoty zakażeń i rozwoju choroby, wskazania ośrodków badawczych w kraju i zagranicą, które raportują rozwój sytuacji epidemicznej (np. raportów Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób – ECDC).
- **Brak jednoznacznego wsparcia osób bezpośrednio zaangażowanych w zwalczanie epidemii.** Nie ma wątpliwości, że główny ciężar zwalczania epidemii spoczywa na pracownikach ochrony zdrowia, opiekunach w domach opieki stacjonarnej, i nadzoru sanitarnego. Jako niedopuszczalną uznać zatem należy krytykę ze strony władzy, zwłaszcza bezpodstawną, płynącą pod ich adresem. Nie zapowiedziano także żadnej formy gratyfikowania osób ponadprzeciętnie zasłużonych.
- **Niedostateczna komunikacja ze społeczeństwem** powoduje, z jednej strony niepewność, a z drugiej lekceważenie właściwych zachowań i w konsekwencji – trudność w kontrolowaniu zakażeń. Główne problemy komunikacyjne dotyczyły:
 - Nie wskazano instytucji, do której należy się zwrócić z podejrzeniem wystąpienia zakażenia. Początkowo informowano, że adresatem takich zgłoszeń są lokalne stacje sanitarno-epidemiologiczne, ale w masowo udostępnianych komunikatach brak było informacji o danych kontaktowych instytucji właściwej ze względu na miejsce przebywania potencjalnego pacjenta. Zmuszało to osoby zainteresowane do samodzielnego ich poszukiwania, a próby nawiązania telefonicznego kontaktu wielokrotnie trwały długie godziny. Treść rozpowszechnianych

komunikatów przyczyniła się do sytuacji, w których osoby próbujące kontaktować się ze służbą zdrowia korzystały z tradycyjnych dróg, takich jak POZ lub SOR, prowadząc do niekontrolowanego rozprzestrzeniania się wirusa.

- Brakowało elementarnej informacji o stosowaniu maseczek różnego rodzaju, spełniających różne funkcje, wykorzystywanych do różnych celów (maski chroniące osobę ją noszącą, maski chroniące otoczenie) i różnej skuteczności, np. maski przygotowywane samodzielnie, maski chirurgiczne i maski określone jako N-95 respirators (według informacji amerykańskiego CDC (The Centers for Disease Control and Prevention)). Kiedy więc ujawnia się informacje o dostatecznej – albo niedostatecznej – liczbie dostępnych masek, to dobrze byłoby wiedzieć, jaki ich rodzaj mieli na myśli autorzy przekazu.
- Szczególny przypadek sprzeczności w komunikacji władzy stanowi sprawa potrzeby wykonywanych testów. Można zrozumieć, że nie dąży się do maksymalizowania ich liczby – testy kosztują, a moce przerobowe laboratoriów są ograniczone, ale informacja o ograniczeniach jest konieczna. To może sprzyjać pozytywnej reakcji społecznej (zbiórki środków, własna produkcja, pozwolenia dla nowych laboratoriów). Zabrakło wyjaśnienia dotyczącego zróżnicowania testów; o różnej wartości diagnostycznej, o różnej cenie, ale także o różnym zastosowaniu. W tym świetle niezrozumiała była decyzja o redukcji opłat ze środków publicznych za finansowanie testów. To zapewne powstrzymało placówki medyczne przed ich wykonywaniem.

Ponadto brakowało wyjaśnień uzasadniających ostrożność w wykorzystywaniu i interpretowaniu wiedzy, wynikającej z zastosowania testów, oceny skuteczności kwarantanny i odbytych terapii. Nowy patogen – koronawirus – nie jest do końca rozpoznany co do jego oddziaływania i utrzymywania się i fakt ten, wyjaśniający konieczność elastycznego reagowania na zmiany sytuacji w warunkach niepewności, – nie powinien być skrywany przed społeczeństwem.

REKOMENDACJE

I. Rekomendacje związane bezpośrednio z pandemią

- **System informacji.** Konieczna jest koordynacja systemem informacji epidemiologicznej o zakażeniach koronawirusem (zakażenia, zgony i wyzdrowienia) z wyjaśnianiem ich znaczenia, źródeł, metod agregacji i wskazaniem instytucji będących finalnym dostarczycielem informacji. Znaczenie ma precyzowanie wskaźników celem umożliwiania ich porównywalności. Błędem jest porównywanie wielkości pochodzących z różnych krajów – np. relatywnej wielkości zachorowań lub zgonów – jeśli metoda liczenia poszczególnych wskaźników nie jest ujednolicona. Rola takich instytucji, wykorzystujących wiedzę ekspercką, jak Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), powinna być jednoznacznie zdefiniowana i doceniona.
- **Sposób komunikacji.** W procesie komunikowania się ze społeczeństwem nieodzowne jest przedstawianie informacji w sposób przekonujący o ich rzetelności. Temu sprzyja przekazywanie i wyjaśnianie informacji przez zespoły ekspertów, towarzyszących przedstawicielom rządu. Udział ekspertów zwiększa wiarygodność informacji, a monopol władzy politycznej budzi podejrzenia o ukrywanie lub manipulowanie, co z kolei nie sprzyja racjonalnym zachowaniom ludności. Jesteśmy też przekonani, że dostęp do rzetelnej informacji i odpowiedni sposób jej przekazywania mógłby skutecznie przeciwdziałać próbom lansowania fałszywych wiadomości upowszechnianych bez kontroli przez portale społecznościowe. Postulujemy utworzenie internetowej strony (wzorowanej np. stronie prowadzonej przez Johns Hopkins University), na której byłyby gromadzone w jednym miejscu informacje dotyczące zachorowań na Covid 19, łącznie z linkami do istniejących, profesjonalnie prowadzonych stron.
- **Motywowanie społeczeństwa do właściwych zachowań w czasie epidemii:** przestrzeganie reguł higienicznych, izolacji, trzymania dystansu, zakładania rękawiczek, stosowania środków dezynfekujących wymaga odpowiednio przygotowanych instrukcji i zapewnienie szerokiego dotarcia do nich. Sankcje finansowe powinny być stosowane na końcu. Na specjalnej stronie internetowej powinny być szczegółowo redagowane decyzje przedstawicieli polskich władz, prowadzące działania zwalczające epidemię..

- **Zapewnienie pełnej dostępności środków ochrony i wsparcia inicjatyw obywatelskich w ich produkcji i wytwarzaniu** (wraz z instrukcjami oraz elementami kontroli). W przypadku masek niezbędne są instrukcje oraz wyjaśnienia, jakiego rodzaju materiały na maski i fartuchy nadają się do zastosowania i dla jakich adresatów. Niektóre służą ochronie personelu medycznego w szpitalach jednoimiennych, a inne służą ochronie osób znajdujących się w otoczeniu. Jest oczywiste, że tylko te pierwsze powinny odpowiadać standardom, zbliżającym je do zapewniania 100% skuteczności, ale w związku z tym są znacznie bardziej kosztowne niż wszystkie pozostałe. Jest również oczywiste, że ich wykorzystywanie musi mieć bardzo ograniczony zakres, co powinno być publicznie zakomunikowane w sposób nie budzący wątpliwości. Niezbędne jest zwiększenie dostępu do środków dezynfekcyjnych dla konsumentów zbiorowych i indywidualnych poprzez odpowiednie systemy pomocy publicznej, uwzględniając przy tym zwalczanie nieuczciwych praktyk producentów o monopolistycznej pozycji na rynku.
- **Podjęcie działań umożliwiających zwiększenie liczby przeprowadzanych testów** z odpowiednim podejściem do ich różnych rodzajów, a przede wszystkim odróżnianie testów wykrywających obecność wirusa i testów wykrywające obecność przeciwciał. Te pierwsze są bardziej czasochłonne, droższe i dokładniejsze, drugie są szybsze, łatwiejsze w stosowaniu, ale o nieznanym lub niepotwierdzonej trafności. Absolutny priorytet powinien być przyznany odpowiednio częstemu stosowaniu testów wśród personelu medycznego i opiekuńczego (placówki ochrony zdrowia, opieki długoterminowej, żłobki), pod warunkiem jednak możliwości skorzystania z testów odpowiednich do tego celu. Testy powinny być wykonywane również w innych grupach wysokiego ryzyka – wynikającego z szczególnych warunków pracy (np. pracownicy dużych zakładów, gdzie nie ma możliwości realizacji pracy zdalnej – np. górnicy, obsługa zakładów pracujących w ruchu ciągłym), ekspedienci. Inną grupą wysokiego ryzyka zakażeniem są mieszkańcy domów stacjonarnej opieki długoterminowej (szczególnie DPS), punktów noclegowych, domów dziecka itp.
- **Powstrzymanie nieuzasadnionej krytyki** w przestrzeni publicznej pracowników zaangażowanych w opiekę nad chorymi i przeciwdziałanie

skutkom epidemii. Następnym krokiem powinno być przygotowanie strategii ich gratyfikowania, która powinna być zapowiedziana bez zwłoki, obejmując wszystkie grupy medyczne i okołomedyczne tzw. pierwszej linii frontu. Dowody uznania powinny mieć postać materialną, znaczenie moralne i symboliczne. Na przykład w 1963 r., po epidemii ospy we Wrocławiu, przyznawane były odznaczenia i nagrody. Proces gratyfikowania powinien być wdrażany w całym okresie trwania epidemii, a jego kulminacja powinna nastąpić po jej zakończeniu. Jednocześnie przestrzegamy przed nagłymi i nieuzasadnionymi zmianami w wycenianiu procedur szczególnie ważnych w okresie epidemii, aczkolwiek problem wyceny postępowania medycznego wymaga weryfikacji odpowiednio do generalnej zmiany warunków i kosztów funkcjonowania opieki medycznej.

II. Rekomendacje na okres wygaszania epidemii i wychodzenia gospodarki z zamknięcia

- **Przedstawienie przez władze planu wychodzenia z izolacji** oraz ograniczania dystansu wraz z uzasadnieniem kolejności w stosunku do różnych grup ludności: według wieku, grup zawodowych, pracowników z różnych branż gospodarki oraz w odniesieniu do kontaktów międzynarodowych. W planie powinny być wskazane kryteria wykorzystywane w podejmowaniu decyzji.
- **Kontynuowanie przez władze państwowe współdziałania z samorządami terytorialnymi oraz organizacjami pozarządowymi w celu wspomagania procesu wychodzenia z kryzysu zdrowotnego.** Brak współdziałania w oparciu o wspólnie zaplanowaną ścieżkę grozi wystąpieniem kolejnej fali pandemii. Jednocześnie jednak samorzady powinny mieć dostęp do informacji dających podstawy do podjęcia określonych decyzji, a więc utrzymania lub łagodzenia zastosowanych restrykcji.
- **Przygotowanie placówek opiekuńczych i edukacyjnych na zmodyfikowany rodzaj działalności;** mniejsze grupy i klasy, kontynuacja w ograniczonym stopniu zdalnego nauczania, gdy jest to uzasadnione.
- **Wsparcie psychologiczne w sytuacji pandemii.** Izolacja, utrzymywanie dystansu oraz *lockdown* gospodarczy zwiększają lęki o utrzymanie zdrowia i

przyszły los, przyczyniając się z jednej strony – do depresji, a z drugiej – do zachowań agresywnych. Postulujemy pilne utworzenie rozwiązań organizacyjnych i finansowego wsparcia dla konsultacji psychologicznych i porad w zakresie dalszych terapii zdrowia psychicznego. Wymagane są formy dostępne; autoryzowane strony internetowe, telefony zaufania, konsultacje w centrach pomocy rodzinie. Niezależnie od działań adresowanych ogólnie – do całego społeczeństwa, potrzebne są akcje ukierunkowane – dla grup zawodowych, szczególnie zagrożonych zakażeniami w wyniku kontaktów poprzez wykonywaną pracę, a także dla osób największego ryzyka: starszych, samotnych i chorujących przewlekle.

III. Rekomendacje ogólnosystemowe – podejmowane równolegle

- **Podjęcie działań prowadzących do utworzenie nowoczesnej struktury zdrowia publicznego**, przy możliwym wykorzystaniu bazy inspekcji sanitarnej, jako integralnej części systemu ochrony zdrowia, połączonego zasadami współpracy z innymi sektorami (edukacji, pracy, spraw socjalnych) oraz otoczeniem administracyjnym, szczególnie samorządowym, gospodarczym i społecznym. Wzmocnieniu powinna ulec pozycja Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego–PZH, po dopracowaniu jego roli w tej strukturze, wraz z zasadami współpracy z otoczeniem.
- **Przygotowanie ram prawnych, organizacyjnych i instytucjonalnych prowadzących** do przygotowania strategii, być może kilku alternatywnych strategii, przygotowujących społeczeństwo, system zdrowotny, wraz z systemem zdrowia publicznego oraz władze krajowe i samorządowe, na sytuację możliwego, przyszłego zagrożenia epidemicznego. Zadanie do powinno być powierzone wybranym instytucjom systemu zdrowia publicznego, o którym była mowa w poprzednim punkcie.
- **Utworzenie niezależnego ośrodka badawczo-konsultacyjnego**, który mógłby służyć niezależnym wsparciem eksperckim w podejmowaniu najważniejszych decyzji w zakresie zdrowia publicznego. Jego bazą i/lub partnerem powinien być Komitet Zdrowia Publicznego PAN.

- **Zainicjowanie dążenia do wzmocnienia pozycji zdrowia publicznego jako dyscypliny naukowej i zawodowej.** Postulować można działania w dwóch kierunkach. Po pierwsze, usamodzielnienie zdrowia publicznego jako autonomicznej dyscypliny naukowej, umożliwiającą karierę akademicką. Po drugie, zdefiniowanie czytelnej ścieżki kariery zawodowej dla absolwentów zdrowia publicznego. Celowe byłoby utworzenie korpusu pracowników zdrowia publicznego, którzy działaliby w oparciu zarówno o wiedzę, jak również o starannie zdefiniowany zakres doświadczenia. Elementem tego nurtu zmian powinno być prawne uregulowanie listy stanowisk (na bazie nowoczesnej klasyfikacji zawodów i specjalności MOP), na których wymagane są kompetencje z zakresu zdrowia publicznego.
- **Zwiększenie nakładów na badania naukowe dotyczące zagrożeń zdrowia populacji** (epidemiologiczne), we współpracy z innymi ośrodkami naukowymi w kraju i za granicą. Ponoszone obecnie w Polsce nakłady na badania i rozwój (B+R) w Polsce są bardzo niskie i bezwzględnie wymagają wzrostu. Jednocześnie jednak niezbędne jest uwzględnianie priorytetów w oparciu o strategiczne kierunki przewyższania rozpoznawanych problemów rozwoju w skali globalnej. Wskazane jest uruchomienie programu badań populacyjnych, pozwalających na analizy i modele powstawania epidemii w celu opracowania długofalowej strategii postępowania w sytuacji jej wystąpienia.
- **Podjęcie prac nad skutecznym wdrożeniem w szkołach wszystkich typów nowoczesnej edukacji zdrowotnej** realizowanej przez odpowiednio przygotowanych nauczycieli lub absolwentów zdrowia publicznego z potwierdzonymi uprawnieniami pedagogicznymi oraz zapewnienie im wsparcia metodycznego i naukowego. Upowszechnianie koncepcji przedszkola i szkoły promującej zdrowie oraz powiązanie elementów tej koncepcji z podstawowymi celami i zadaniami placówek systemu edukacji.
- **Unowocześnienie systemu ochrony zdrowia w miejscu pracy**, uwzględniając problemy pracy zdalnej oraz innych elementów wynikających ze zmiany charakteru pracy.
- **Przygotowanie nowej ustawy o zdrowiu publicznym**, stanowiącej podstawę prawną w realizacji wyżej wskazanych punktów. Postulujemy, aby zapisano w niej

działania z obszaru tzw. starego zdrowia publicznego (higieny, bhp,..) nowego (promocji zdrowia) oraz sytuacji pojawiających się zagrożeń (zagrożenia nieznanymi patogenami, antybiotykooporność, ruchy anty-szczepionkowe, globalne epidemie,...). Kwestia profesjonalizacji zdrowia publicznego powinna być jasno wyartykułowana. Ustawa powinna doprecyzować odpowiedzialność instytucjonalną, sposób koordynacji oraz finansowanie, które powinno jednoznacznie wskazywać źródło środków oraz jednoznacznie zdefiniować odpowiedzialność państwa (a nie instytucji ubezpieczenia zdrowotnego).

Autorzy dziękują Profesorowi Wojciechowi Hanke i Profesorowi Tomaszowi Zdrojewskiego za cenne uwagi przedstawione podczas pracy nad tekstem.