

Analiza skuteczności polityki ograniczania pandemii COVID-19 w Polsce i Malezji do połowy 2021 r

Falba, Aleksandra

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Falba, A. (2022). Analiza skuteczności polityki ograniczania pandemii COVID-19 w Polsce i Malezji do połowy 2021 r. *Studia z Polityki Publicznej / Public Policy Studies*, 9(2), 83-100. <https://doi.org/10.33119/KSzPP/2022.2.5>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

*Aleksandra Falba*¹

Analiza skuteczności polityki ograniczania pandemii COVID-19 w Polsce i Malezji do połowy 2021 r.

Streszczenie

Statystyki jednoznacznie wskazują, że państwa Azji Wschodniej znacznie lepiej radzą sobie w walce z pandemią COVID-19. Należy zadać sobie jednak pytanie, jakie są tego przyczyny. W artykule przeanalizowano działania podejmowane w celu zwalczania COVID-19 w Polsce oraz Malezji – statystyki, czas wprowadzania restrykcji, rodzaje i zakres obostrzeń, a także sposoby ich egzekwowania. Wybór krajów podyktowany jest zbliżoną liczbą mieszkańców oraz liczbą wykonanych testów. Malezja jest uznawana za jedno z państw najlepiej radzących sobie z pandemią. Polska natomiast znajduje się w światowej czołówce krajów o największej liczbie potwierdzonych przypadków zakażeń. Analiza opisowa i porównawcza umożliwiła wyciągnięcie wniosków dotyczących czynników, które determinują sukces w walce z COVID-19. Z przeprowadzonych badań wynika, że szczególne znaczenie mają: wcześniejsze doświadczenia poszczególnych państw, opracowane plany działania na wypadek wystąpienia chorób zakaźnych oraz czynniki kulturowo-społeczne.

Słowa kluczowe: COVID-19, sytuacja epidemiczna, zwalczanie chorób zakaźnych, zarządzanie w ochronie zdrowia, kultura azjatycka

Kody klasyfikacji JEL: H12, I19, Z18

¹ Badacz niezależny, e-mail: aleksandra.falba@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9362-4338>

Analysis of the effectiveness of the policy to reduce the COVID-19 pandemic in Poland and Malaysia by mid-2021

Abstract

As shown by the statistics, East Asian countries control COVID-19 better than other countries. Due to that fact, one should pose the following question: what is it caused by? The article analyzes the actions taken to control COVID-19 in Poland and Malaysia – statistics, the time of introducing restrictions, their types and scope, as well as methods of their enforcement. The choice of countries is dictated by a similar number of inhabitants and the number of tests performed. Malaysia is recognized worldwide as one of the top countries managing the pandemic very well. On the other hand, Poland is one of the world's leading countries with the highest number of confirmed cases of COVID-19. The descriptive and comparative analysis allowed the author to draw conclusions on the factors that determine success in controlling COVID-19. On the basis of the conducted research, previous experiences and developed action plans for contagious diseases as well as cultural and social factors are of the greatest importance.

Keywords: COVID-19, epidemic situation, counteracting contagious diseases, health service management, Asian culture

JEL Classification Codes: H12, I19, Z18

Wirus SARS-CoV-2, który powoduje chorobę COVID-19 (formę ciężkiego zapalenia płuc), pojawił się pod koniec 2019 r. w Chinach i w ciągu kilku miesięcy rozprzestrzenił się na cały świat. Wszystkie państwa rozpoczęły działania mające na celu ograniczenie jego transmisji na szczeblu zarówno międzynarodowym, regionalnym, jak i lokalnym, a także zminimalizowanie liczby chorych, a co za tym idzie występujących u nich powikłań, liczby zgonów, a także kosztów gospodarczych oraz społecznych związanych z próbami zapobiegania jego rozprzestrzenianiu. Do czynników wpływających na lepszą kontrolę nad szerzeniem się wirusa SARS-CoV-2 można zaliczyć m.in.: działania podejmowane przez rządzących, prowadzoną przez nich politykę, wysoki poziom służby zdrowia i związane z tym nakłady na nią, czynniki społeczno-kulturowe, a także egzekwowanie przestrzegania obostrzeń, zaufanie do władzy i posłuszeństwo obywateli.

Według statystyk państwa Azji Południowo-Wschodniej takie jak Japonia, Korea Południowa, Tajlandia, Singapur, Wietnam, Malezja radzą sobie znacznie lepiej z kontrolowaniem sytuacji pandemicznej. Warto więc przeanalizować możliwe przyczyny takiego stanu, kraje te są bowiem na różnym poziomie rozwoju, często nie mając takich możliwości finansowych jak państwa Europy Zachodniej czy Stany

Zjednoczone (Landoni et al., 2021; Sachs, 2020). W latach 2020–2021 pojawiło się wiele artykułów dotyczących tzw. wschodnioazjatyckiego paradoksu COVID-19, których autorzy szukali przyczyn lepszych rezultatów tych państwa w walce z epidemią wirusa SARS-CoV-2 (Sachs, 2020; Landoni et al., 2021; Navarro, 2021; Penn, 2020). Większość z nich skupia się na ogólnych czynnikach łączących państwa z tego regionu oraz ich politykę w tym zakresie, niewielu autorów analizowało zaś funkcjonowanie poszczególnych gospodarek oraz działania konkretnych władz.

Aby lepiej zobrazować problem, w artykule tym nie tylko omówiono działania państw Azji Wschodniej ogółem, ale porównano dwa kraje – Polskę oraz Malezję. Zestawienie gospodarki europejskiej i gospodarki azjatyckiej o podobnych rozmiarach i poziomie rozwoju pozwoli dokładniej zbadać ich działania prowadzone w ramach zwalczania COVID-19, a następnie ustalić dobre praktyki w tym zakresie.

W artykule krótko opisano Polskę i Malezję pod względem geograficznym, gospodarczym i społecznym, następnie scharakteryzowano sytuację epidemiczną w obu państwach oraz przedstawiono działania podejmowane w celu zwalczania COVID-19. Czynniki mające wpływ na ograniczenie liczby chorych oraz zgonów związanych z wirusem SARS-CoV-2, a także wnioski zostały przedstawione na końcu artykułu.

W analizie danych dotyczących COVID-19 w obu państwach wzięto pod uwagę okres od początku marca 2020 r. do końca czerwca 2021 r. Do analizy porównawczej oraz opisowej wykorzystano liczne artykuły naukowe oraz publicystyczne w języku polskim i angielskim, a także informacje publikowane przez instytucje państwowe oraz międzynarodowe.

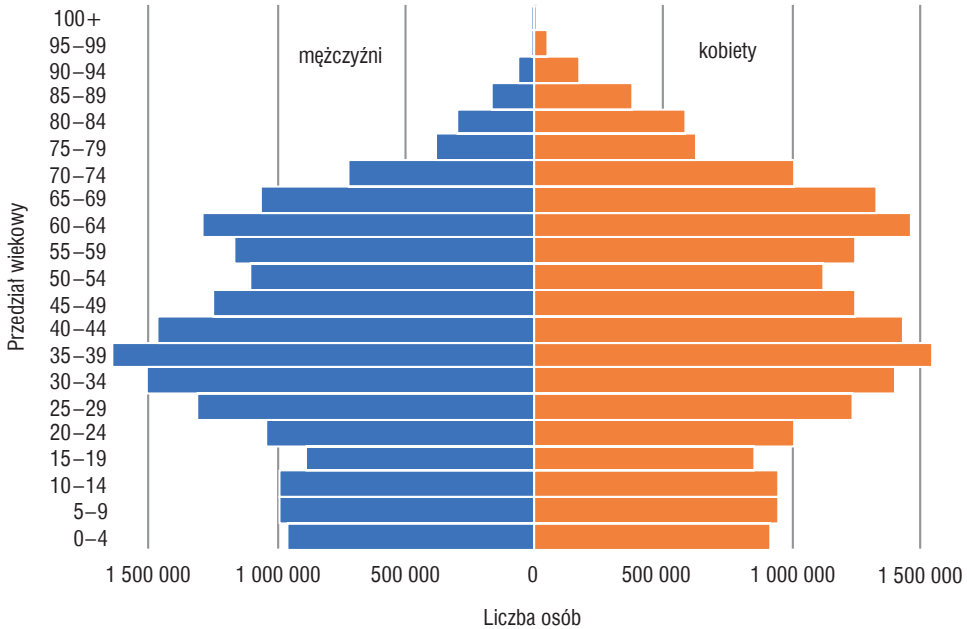
Charakterystyka społeczno-gospodarcza Malezji i Polski

Polska to republika parlamentarna położona w centralnej Europie, zaliczana do krajów rozwiniętych, o klimacie umiarkowanym ciepłym przejściowym. W kraju mieszka ponad 38 mln mieszkańców, a średnie zagęszczenie to 122 os./km² (CIA, 2021a). Polskie społeczeństwo jest jednolite etnicznie – 96,9% stanowią Polacy. Państwo należy do grupy krajów starzejących się – warto zwrócić uwagę na wysoką liczbę osób po 60 roku życia, zwłaszcza kobiet (rysunek 1).

Produkt krajowy brutto (PKB) *per capita*, czyli w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, w 2020 r. wyniósł 32 200 USD (CIA, 2021a). Nie jest on jednak idealnym wskaźnikiem poziomu życia obywateli, dlatego zostaną przeanalizowane także inne wskaźniki. W połowie 2021 r. brytyjski tygodnik *The Economist*, opracowując wskaźnik jakości życia (ang. *where-to-be-born index*), przyznał Polsce 127,79 pkt, co sytuowało ją na 43. miejscu (tzn. wśród krajów o średniej jakości życia) (Numbeo, 2021).

Według wskaźnika rozwoju społecznego Human Development Index (HDI), w którym bierze się pod uwagę nie tylko PKB *per capita* (według parytetu siły nabywczej), lecz także średnią długość życia oraz liczbę lat edukacji (Hozer-Koćmiel, 2018), Polska zajęła 35. miejsce z wynikiem 0,88 (UNDP, 2020: 241).

Rysunek 1. Piramida wieku i płci dla Polski w 2019 r.



Uwaga: Piramida wieku i płci ukazuje strukturę wiekową danego państwa w podziale ze względu na płeć. Im szersza jest podstawa, tym młodsze jest społeczeństwo.

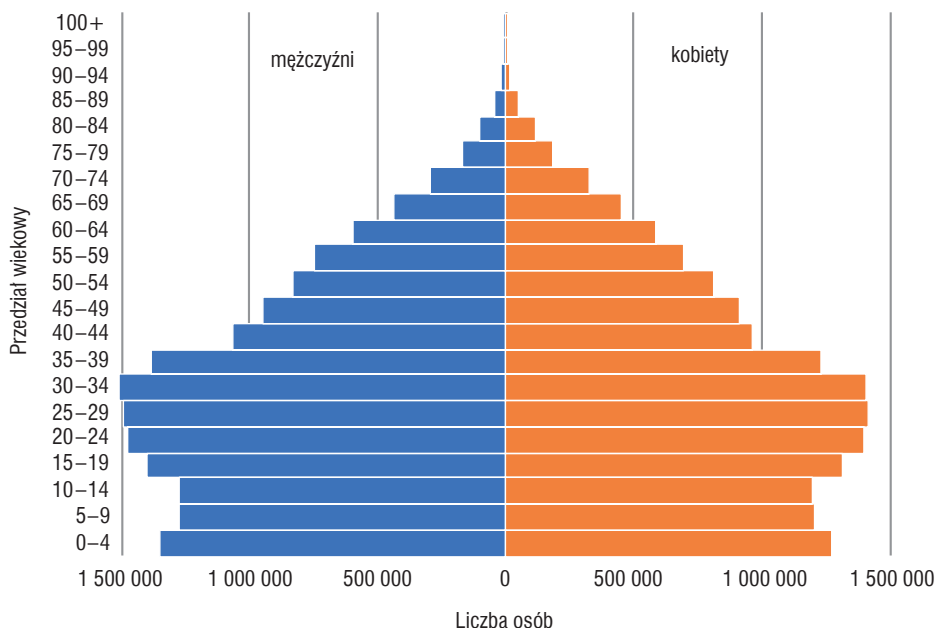
Źródło: opracowanie własne na podstawie: PopulationPyramid.net (2019).

Malezja to federalna monarchia konstytucyjna, w której podobnie jak w Polsce władzę wykonawczą sprawuje rząd oraz premier, a ustawodawczą – parlament. Znajduje się w południowo-wschodniej Azji, gdzie występuje klimat tropikalny monsunowy (CIA, 2021b). Na terenie Malezji mieszka ponad 33,5 mln osób, a gęstość zaludnienia wynosi ok. 83 os./km². Jest to państwo zróżnicowane etnicznie – rdzenni mieszkańcy stanowią ok. 62,5% całej ludności, ponad 20% to Chińczycy, 6% Hindusi, a obcokrajowcy stanowią ok. 10% populacji (CIA, 2021b). Malezyjskie społeczeństwo jest stosunkowo młode (mało jest osób w wieku 60 lat i więcej). Rozkład płci jest stosunkowo równy (rysunek 2).

PKB *per capita* Malezji szacowany w 2020 r. wyniósł 26 400 USD (CIA, 2021b). W połowie 2021 r. wskaźnik jakości życia był na poziomie 115 pkt, co sytuowało kraj na 54. miejscu (wśród państw o średniej jakości życia). Warto podkreślić, że

Malezja w porównaniu z Polską zdobyła więcej punktów w takich kategoriach, jak: siła nabywcza, opieka zdrowotna, dojazd do pracy czy walka z zanieczyszczeniami. Gorsze wyniki uzyskiwała w kategoriach: bezpieczeństwo, koszty życia, stosunek wartości nieruchomości do przychodów czy ochrona klimatu (Numbeo, 2021). Wskaźnik rozwoju społecznego HDI dla Malezji wynosi 0,81, co plasuje ją na 62. miejscu w rankingu. Warto podkreślić, że wskaźnik ten znacznie zaniża społeczno-ekonomiczna stabilność, zwłaszcza odsetek wykwalifikowanej siły roboczej oraz nieskonsumowane zasoby – oszczędności lub inwestycje (UNDP, 2020: 258, 390).

Rysunek 2. Piramida wieku i płci dla Malezji w 2019 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: PopulationPyramid.net (2019).

Sytuacja epidemiczna w Malezji i Polsce do czerwca 2021 r.

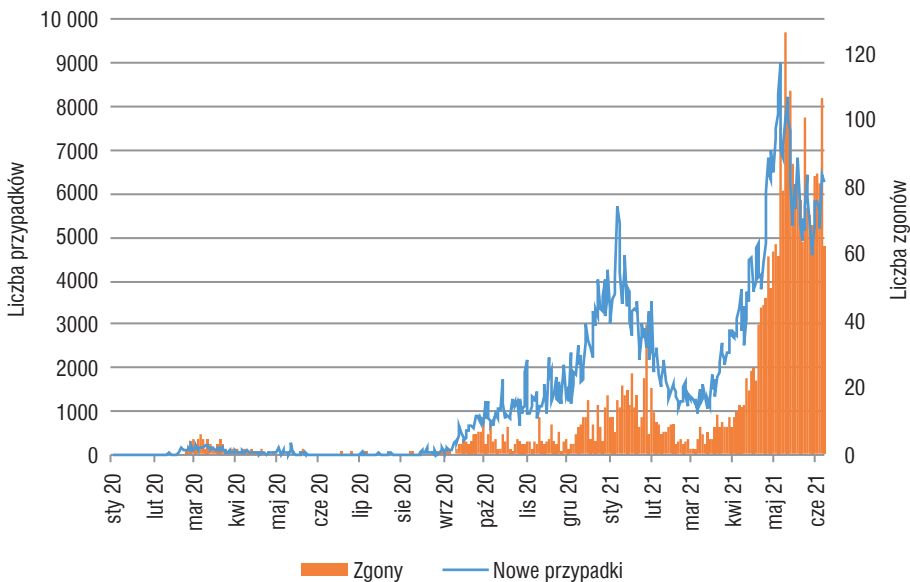
Pierwszy przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Malezji odnotowano 25 stycznia 2020 r., ogółem w pierwszym tygodniu potwierdzono osiem nowych przypadków. Wszystkie osoby były obywatelami Chin. 3 lutego 2020 r. odnotowano pierwszy wynik pozytywny testu na COVID-19 obywatela Malezji, który jednak podróżował do Państwa Środką. Pierwsza fala COVID-19, trwająca do 27 lutego 2020 r., w Malezji jest nazywana „zaimportowaną z Chin”, ponieważ na 22 nowe

przypadki tylko 2 nie dotyczyły osób będących obywatelami tego kraju bądź podróżujących tam (Shah et al., 2020: 110).

Znaczące pogorszenie sytuacji nastąpiło po zgromadzeniu religijnym w meczecie Seri Petaling – od 27 lutego do 1 marca 2020 r. wzięło w nim udział ponad 10 tys. osób. W ciągu kolejnych tygodni odnotowywano dziennie ok. 100 nowych przypadków, a mniej więcej połowa była związana z tym właśnie wydarzeniem. O pierwszych dwóch krytycznych przypadkach w Malezji poinformowano 9 marca 2020 r., a 17 marca ogłoszono pierwszy przypadek śmiertelny (Shah et al., 2020: 110). Zgromadzenie w Seri Petaling zapoczątkowało drugą falę pandemii, która zakończyła się 30 czerwca 2020 r.

Trzecia fala w Malezji rozpoczęła się 8 września 2020 r. i była spowodowana głównie przez dwa zgromadzenia – w Lahad Datu oraz Kedah Tembok. Wydarzenia te skutkowały dziesiątkami tysięcy nowych zakażeń (Rampal, 2021). Za początek czwartej fali COVID-19 uważa się pierwsze dni kwietnia 2021 r., kiedy to znacząco wzrosła liczba zakażeń. Od maja dzienna liczba nowych przypadków przekraczała 9 tys. Wówczas na oddziałach intensywnej terapii zaczęło brakować łóżek oraz personelu (Zainuddin, 2021). Rysunek 3 przedstawia liczbę nowych przypadków zakażeń COVID-19 w Malezji, a także zgonów spowodowanych wirusem do końca czerwca 2021 r.

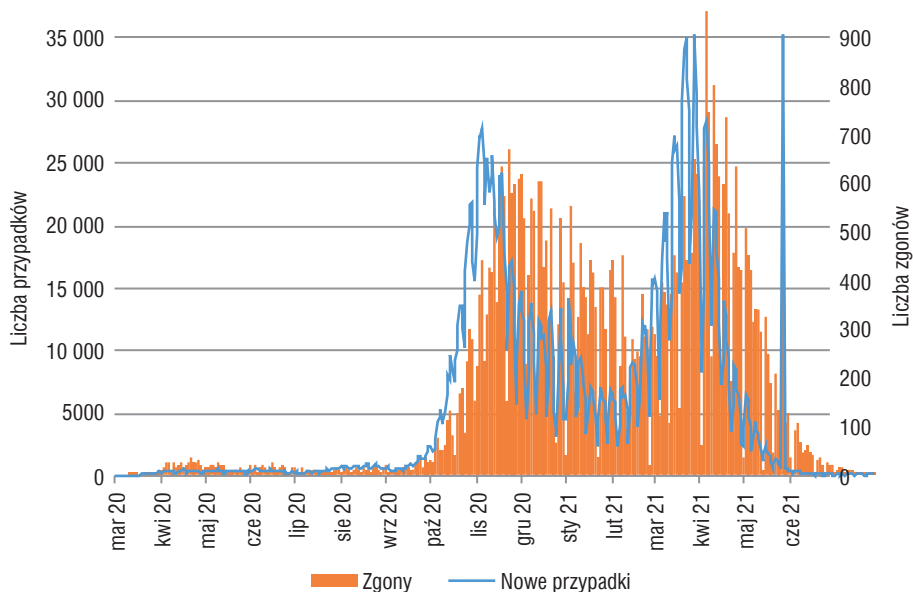
Rysunek 3. Liczba nowych przypadków zachorowań oraz zgonów spowodowanych COVID-19 w Malezji do 30 czerwca 2021 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Covidnow (2021).

W Polsce pierwszy przypadek zakażenia SARS-CoV-2 ogłoszono 4 marca 2020 r. (była to osoba, która przebywała w Niemczech), a pierwszy przypadek śmiertelny odnotowano 12 marca. Pierwsza fala COVID-19 w Polsce w dużym stopniu była spowodowana masowymi przyjazdami Polaków z zagranicy, m.in. w ramach programu #LOTdoDOMU. Osoby te stanowiły prawie jedną trzecią wszystkich przypadków zachorowań w pierwszej połowie marca. Druga fala rozpoczęła się jesienią 2020 r., a trzecia w marcu 2021 r., kiedy gwałtownie zaczęła rosnąć dzienna liczba zarówno nowych przypadków, jak i zgonów (w kwietniu 2021 r. osiągnęły najwyższy poziom – 35 tys. pozytywnych wyników testu oraz 900 zgonów). Rysunek 4 przedstawia dzienny przyrost liczby nowych przypadków COVID-19 oraz zgonów do końca czerwca 2021 r. w Polsce.

Rysunek 4. Liczba nowych przypadków zachorowań oraz zgonów spowodowanych COVID-19 w Polsce do 30 czerwca 2021 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ministerstwo Zdrowia (2021).

Działania podejmowane w celu zwalczania COVID-19 w Malezji do czerwca 2021 r.

Początkowo rząd Malezji nie nakładał żadnych ograniczeń na osoby przyjeżdżające z Chin, motywując to faktem wprowadzenia kwarantanny na terenie Wuhan, a także kryzysem politycznym. Warto wziąć pod uwagę fakt, że od 25 stycznia do

8 lutego 2020 r. w wielu krajach Azji (m.in. Chinach, Malezji, Tajlandii, Wietnamie) świętowano początek księżycowego Nowego Roku. Jest to najważniejsze i najhuczniej obchodzone święto w Azji, kiedy głównie osoby chińskiego pochodzenia podróżują do wielu krajów, a na ulicach większości azjatyckich miast odbywają się obchody (PCHiG, 2020).

Wraz z drastycznym wzrostem liczby przypadków COVID-19, pierwszymi dwoma zgonami spowodowanymi wirusem SARS-CoV-2, a tym samym rosnącą paniką malezyjskie Ministerstwo Zdrowia 8 marca 2020 r. rozpoczęło działania mające zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa. Warto podkreślić, że Malezja była jednym z pierwszych państw, które wprowadziły restrykcje w związku z nową pandemią.

Początkowo skupiono się na obywatelach Wuhan, przeprowadzając badania przesiewowe, a także sprawdzając temperaturę ciała turystów oraz mieszkańców przybywających z zagranicy. Wszyscy Malezyjczycy, którzy wrócili z Wuhan, zostali przebadani oraz musieli odbyć kwarantannę. Działania te były możliwe dzięki współpracy Ministerstwa Zdrowia z personelem linii lotniczych, towarzystwami medycznymi, a także publicznymi oraz prywatnymi szpitalami (Shah et al., 2020: 110–111).

18 marca 2020 r. wprowadzono także ograniczenie ruchu międzynarodowego do oraz z Malezji, a także między regionami, co znacząco przyczyniło się do zmniejszenia napływu nowych przypadków z Chin oraz sąsiadujących państw (Shah et al., 2020: 111). Do końca czerwca 2021 r. granice Malezji były wciąż zamknięte, a zagraniczni podróżni musieli mieć specjalne pozwolenie na wjazd – wizy pobytowe lub zezwolenia na zatrudnienie (Ministerstwo Spraw Zagranicznych, 2021). Ponadto Ministerstwo Zdrowia starało się przekazywać publicznie najnowsze informacje. Oprócz zamieszczania komunikatów na różnych portalach organizowano codzienne briefingi i konferencje prasowe. Ponadto prowadzono szerokie działania informacyjne, mające uświadamiać obywateli na temat minimalizowania transmisji wirusa.

Aby pozyskać dodatkowe środki finansowe, powstał specjalny fundusz, wspierający osoby poszkodowane ze względu na odbywaną kwarantannę. Środki pochodziły nie tylko od rządu, ale także od instytucji prywatnych. Przekazywane pieniądze miały być przeznaczone na pokrycie kosztów leczenia. Urząd Skarbowy zaoferował też możliwość odliczania darowizn pieniężnych i rzeczowych. Ministerstwo Zdrowia razem ze spółką elektroenergetyczną Tenaga zbierało fundusze, które miały uzupełnić zapasy medyczne i artykuły niezbędne do kontrolowania sytuacji pandemicznej. Powstał także szpital tymczasowy w Agro Exposition Park Serdang. Przygotowano hale publiczne i kryte stadiony na wypadek występowania ponad 1000 nowych przypadków dziennie.

Wobec uczestników zgromadzeń religijnych, jak we wspomnianym Seri Petaling, rząd wykorzystywał policję do lokalizowania nosicieli i kierowania ich na badania

oraz kwarantannę. Malezyjskie Ministerstwo Finansów zostało wsparte także przez firmy ubezpieczeniowe, które umożliwiły ubezpieczonym osobom wykonanie testów w ramach ubezpieczenia, a także 3-miesięczne odroczenia płatności. Ministerstwo Zdrowia podniosło pensje pracowników służby zdrowia o jedną trzecią od kwietnia 2020 r. do końca pandemii.

Wiele organizacji pozarządowych było zaangażowanych w działania ograniczające rozprzestrzenianie się COVID-19. Bardzo popularne w mediach stało się hasło *#zostańwdomu* (*#stayhome*). Oprócz wcześniej wspomnianych zbiórek wiele instytucji wspierało medyków (m.in. stowarzyszenia projektantów), a np. więźniowie szyli dla nich stroje ochronne. Ponadto większość firm wprowadziła pracę zdalną, a szkoły zostały zamknięte. Na uczelniach wytwarzano sprzęty służące do ograniczania rozprzestrzeniania się wirusa, jak urządzenia do dezynfekcji czy przyłbice (Shah et al., 2020: 112).

Od połowy marca do czerwca 2020 r. zabronione były wszelkie spotkania towarzyskie czy przyjęcia. Przedsiębiorstwa z listy podstawowych usług sektora produkcyjnego mogły działać z 40-, 60- lub 90-procentowym obłożeniem. Dzieci pracowników tych sektorów mogły uczęszczać do przedszkoli i żłobków. W samochodach mogły podróżować nie więcej niż dwie osoby (FIT, 2021).

Wprowadzono także grzywny w wysokości do 10 000 ringgitów dla osób fizycznych oraz 50 000 ringgitów dla przedsiębiorstw, które naruszają ustanowione ograniczenia. W sierpniu 2020 r. pojawił się obowiązek noszenia maseczek ochronnych w miejscach publicznych (otwartych i zamkniętych), w których nie ma możliwości zachowania dystansu, a za niestosowanie się do tego przepisu nakładano kary w wysokości 1000 ringgitów (CNA, 2020).

24 lutego 2021 r. w Malezji rozpoczęto akcję szczepień na COVID-19 z wykorzystaniem szczepionek: Pfizer-BioNTech, AstraZeneca-Oxford, Sinovac, CanSino, Sinopharm oraz Johnson & Johnson. Malezyjczycy mogą zgłosić się do szczepienia, które jest bezpłatne. Od lutego do kwietnia 2021 r. (w pierwszej fazie) zaszczepiono 0,5 mln pracowników służby zdrowia, służb obronnych, a także przedstawiciele podstawowych usług. Do końca sierpnia zaplanowano zaszczepienie prawie 9,5 mln osób z grup wysokiego ryzyka, czyli osób starszych, chronicznie chorych oraz niepełnosprawnych. Ostatnia, trzecia faza rozpoczęła się w maju 2021 r. i ma zakończyć się w lutym 2022 r., planuje się zaszczepić wówczas prawie 14 mln osób powyżej 18 roku życia, a później osoby powyżej 12 lat (FIT, 2021). Według stanu na 30 czerwca 2021 r. zaszczepionych jedną dawką było prawie 6 mln obywateli, czyli 18,4%, a pełną dawką ponad 7% (Our World in Data, 2021a).

Działania podejmowane w celu zwalczania COVID-19 w Polsce

Na początku 2020 r. Główny Inspektor Sanitarny (GIS), a później także minister zdrowia zapewniali o znikomej szansie rozprzestrzeniania się wirusa w Polsce. Od połowy lutego na pokładach samolotów przylatujących do Polski zaczęto jednak rozdáwać kartę lokalizacyjną pasażera, która miała ułatwić kontakt z pasażerami, jeśli stwierdzono by COVID-19 u któregoś z nich.

5 marca 2020 r. w ramach wcześniej zainicjowanego programu ochrony rynku krajowego wprowadzono zakaz wywozu za granicę niektórych środków ochrony osobistej, które mogłyby być użyteczne w przypadku zagrożenia chorobą zakaźną (w połowie marca zakaz obrotu tymi towarami został zaostrożony). Trzy dni później wydano rekomendację GIS w celu ograniczenia imprez masowych (ponad 1000 osób) w pomieszczeniach zamkniętych.

Oficjalnie 13 marca 2020 r. podjęto decyzję o wprowadzeniu stanu zagrożenia epidemicznego, następnie 20 marca – stanu epidemii, a co za tym idzie – licznych ograniczeń sanitarnych, takich jak zamknięcie granic i obowiązkowa kwarantanna dla osób mających kontakt z osobą, która uzyskała pozytywny wynik testu. Zakazano organizowania imprez masowych, sportowych, ogólnie gromadzenia się, a także korzystania z „pełniących funkcje publiczne i pokrytych roślinnością terenów zieleni” (Włodarczyk, 2020: 135). Nie można było korzystać z większości usług wymagających kontaktu osobistego, wyjątkiem były nabożeństwa religijne, w których mogło uczestniczyć oprócz duchownego pięć osób. Zamknięto także galerie handlowe, zawieszono zajęcia w szkołach, które miały je prowadzić w trybie zdalnym, a osoby małoletnie nie mogły poruszać się bez opieki dorosłych. Wprowadzono zakaz wychodzenia z domu, z niektórymi wyjątkami, takimi jak dojazd do pracy lub załatwienie niezbędnych potrzeb, a także nakaz zachowania dystansu społecznego – minimum 1,5 m. Miejsca pracy musiały być dostosowane do zaleceń GIS, zwłaszcza pod względem zachowania dystansu między pracownikami, a także dezynfekcji.

Od połowy kwietnia 2020 r. stopniowo znoszono obostrzenia, ale wprowadzono nakaz noszenia maseczek w miejscach publicznych i pojazdach transportu zbiorowego (Włodarczyk, 2020: 136–137). W wyniku znacznego wzrostu zakażeń, do którego doszło w lipcu 2020 r., 8 sierpnia powiaty podzielono na strefy – zieloną, żółtą i czerwoną. W zależności od liczby zakażeń wprowadzano obostrzenia dotyczące noszenia maseczek, gromadzenia się, organizacji imprez okolicznościowych, zasad działania transportu publicznego czy gastronomii (Ministerstwo Rozwoju

i Technologii, 2020). Od 15 maja 2021 r. rozpoczęto stopniowe luzowanie restrykcji po trzeciej fali COVID-19.

W ramach wsparcia służb medycznych władze państwowe podwyższyły wynagrodzenie dla osób pracujących na tzw. oddziałach covidowych. Do pracy powołano także studentów i pracowników uczelni medycznych oraz rekrutowano nowych, także z zagranicy. W najbardziej krytycznym momencie, kiedy występowała największa liczba zakażeń, utworzono szpitale tymczasowe w największych halach sportowych i widowiskowych. Ponadto w ramach zbiorów pieniędzy organizowanych m.in. przez Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy oraz akcji Hot16Challenge uzupełniono braki sanitarne w szpitalach, a także dokupowano potrzebny sprzęt, zwłaszcza respiratory.

Nieprzestrzeżenie obostrzeń mogło skutkować nałożeniem przez sanepid na osoby fizyczne i przedsiębiorstwa pieniężnych kar administracyjnych nawet do 30 tys. PLN, a za brak maseczki karę grzywny w kwocie do 1000 PLN. Warto jednak podkreślić, że podstawy prawne – zwłaszcza nakładanych kar administracyjnych – zmieniały się w czasie i wiele z nich uchylili sądy (Krupa-Dąbrowska, 2021). Jednocześnie osoby, które przekazały darowiznę na rzecz walki z COVID-19, w niektórych okresach mogły liczyć na preferencyjne odliczenie ich od podatku dochodowego.

Szczepienia przeciwko COVID-19 w Polsce rozpoczęły się 27 grudnia 2020 r. i podobnie jak w Malezji są one dobrowolne oraz bezpłatne. Dopuszczono cztery rodzaje szczepionek: Pfizer, Moderna, AstraZeneca oraz Johnson & Johnson. Początkowo szczepiono tylko pracowników ochrony zdrowia oraz przedstawicieli powiązanych zawodów, a także pracowników domów pomocy społecznej. 25 stycznia 2021 r. rozpoczęto szczepienia osób powyżej 70 roku życia, a w marcu nauczycieli, służb mundurowych oraz osób z chorobami przewlekłymi. Od 6 kwietnia mogły się rejestrować na szczepienie osoby poniżej 60 roku życia (Ministerstwo Zdrowia, 2021). Do 30 czerwca 2021 r. w pełni zaszczepionych było 35% obywateli (jedną dawką – 44,5%) (Our World in Data, 2021b).

Opis wyników analizy

Statystyki wskazują, że pomimo wykonania w Malezji podobnej liczby testów w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców co w Polsce, znacznie mniej osób miało wynik pozytywny. Ponadto w Polsce odnotowano prawie 15 razy więcej zgonów w związku z zarażeniem COVID-19. Stosunkowo nieduża odległość do Chin i duży odsetek obywateli tego państwa mieszkających w Malezji w początkowym okresie nie przyczyniły się do dużego przyrostu zachorowań czy śmierci. Maksymalne wartości dzienne

nowych przypadków i zgonów także są kilkudziesięciokrotnie wyższe w przypadku Polski. Dokładne dane statystyczne do dnia 30 czerwca 2021 r. zawiera tabela 1.

Tabela 1. Porównanie podstawowych wskaźników zakażenia COVID-19 w Polsce oraz Malezji – stan z 30 czerwca 2021 r.

Wyróżnienie	Polska	Malezja
Liczba przypadków	2 880 016	758 255
Liczba zgonów	75 037	5 232
Liczba ozdrowieńców	2 651 815	687 609
Liczba przypadków/1 mln mieszkańców	76 177	22 942
Liczba zgonów/1 mln mieszkańców	1 984	158
Liczba wykonanych testów	17 405 420	14 557 356
Liczba wykonanych testów/1 mln mieszkańców	460 395	444 135
Liczba przypadków/liczbę wykonanych testów	17%	5%
Maksymalna dzienna liczba nowych przypadków	35 251	9 020
Maksymalna dzienna liczba zgonów	954	126

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Worldometer (2021).

Pierwszą z przyczyn różnic między danymi dotyczącymi obu państw mogą być kwestie techniczne, a mianowicie różnice w testowaniu czy zliczaniu liczby zgonów. Zarówno w Polsce, jak i w Malezji za wiarygodne uznaje się dodatnie wyniki nie tylko testu RT-PCR, ale także testu antygenowego (GIS, 2020; Ong, 2021). Liczba zgonów może natomiast różnić się w zależności od tego, czy wliczane są osoby z chorobami współistniejącymi. Przy dużej liczbie zachorowań i śmierci może być trudne wskazanie tych spowodowanych przez COVID-19. Na rozbieżności dotyczące danych może wpływać także dostępność testów, ich odpłatność oraz konsekwencje związane z pozytywnym wynikiem. Biorąc pod uwagę ogólną liczbę wykonanych testów na 1 mln mieszkańców, która jest zbliżona w obu krajach, można jednak pominąć te aspekty.

Kolejnym zagadnieniem, które warto przeanalizować zwłaszcza w kontekście liczby zgonów spowodowanych wirusem SARS-CoV-2, jest odsetek osób w podszłym wieku. Wirus ten jest bowiem znacznie groźniejszy dla starszych osób, a zatem im młodsze jest społeczeństwo, tym mniej jest przypadków śmiertelnych, a także poważnych powikłań pochorobowych. Malezja jest społeczeństwem młodym, w którym osoby po 65 roku życia stanowią niecałe 7% (CIA, 2021b) – dla porównania w Polsce ta grupa stanowi prawie 19% (CIA, 2021a).

W kwestii poziomu życia mieszkańców Polski oraz Malezji warto odnieść się do takich wskaźników, jak HDI oraz wskaźnik jakości życia *The Economist*. Oba państwa należą do grupy krajów o średniej jakości życia, jednakże Polska osiąga lepsze wyniki w większości kategorii. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że *The Economist*

w kategorii opieki zdrowotnej, w której stosuje się skalę od 0 do 100 pkt, przyznał Malezji prawie 14 pkt więcej niż Polsce, a także zaliczył ją obok innych państw Azji Wschodniej takich jak Korea Południowa, Japonia, Tajlandia czy Singapur do 30 najlepiej ocenionych w tej kategorii (Numbeo, 2021).

W kontekście opieki zdrowotnej ważną kwestią są wydatki państw na ten cel. Według statystyk w Polsce w 2018 r. stanowiły one 6,3% PKB, a w Malezji 3,8% (CIA, 2021a; CIA, 2021b). Sam PKB *per capita* w 2020 r. był niższy w Malezji o 5,8 tys. USD. Jak twierdzi Vicente Navarro (2021: 262), pomimo znacznie wyższych wydatków na służbę zdrowia w krajach zachodnich Azja Wschodnia radzi sobie lepiej, ponieważ sektor publiczny jest tam lepiej zarządzany.

W kontekście przeanalizowanych wcześniej działań rządowych podejmowanych w celu ograniczenia transmisji wirusa można zauważyć, że nie ma większych różnic między Polską a Malezją. Władze obu państw od marca 2020 r. na bieżąco dostosowywały obostrzenia i zakres działań do sytuacji epidemicznej. Warto jednak podkreślić, że w okresach, gdy sytuacja się poprawiała, malezyjskie Ministerstwo Zdrowia nie luzowało obostrzeń tak bardzo jak polski rząd, a także od początku pandemii prowadzi bardzo restrykcyjną politykę wjazdu.

Znaczny wpływ na ograniczenie transmisji wirusa mają nie tylko wprowadzane przez władze obostrzenia, ale także stosowanie się do nich przez obywateli danego państwa. W tym aspekcie warto przeanalizować wskaźnik modelu kulturowego Hofstede, zwłaszcza kwestię dystansu do władzy, który w Azji jest bardzo niski (Hofstede Insights, 2021). Malezja ma najwyższy wynik w skali 1–120 pkt, tzn. 104 pkt, Polska natomiast otrzymała 68 pkt i jest zaliczana do państw o średnim dystansie do władzy. Oznacza to, że Malezyjczycy bardziej niż inne narodowości są podporządkowani autorytetom, akceptują nierówności i hierarchiczność, co wzmacnia autorytet władzy – w relacjach zarówno rodzinnych, służbowych, jak i państwo–obywatel (Chmielecki, 2020). Kraje azjatyckie mają także o wiele niższy wskaźnik indywidualizmu, czyli bardziej zwraca się w nich uwagę na dobro grupy niż na interes jednostki. Dla porównania Malezja według wskaźnika Hofstede uzyskała w tej kategorii 26 pkt, a Polska 60 pkt (Hofstede Insights, 2021).

Wpływ na przestrzeganie obostrzeń mają m.in. informacje przekazywane przez władze do publicznej wiadomości. Na podstawie analizy reakcji polskich władz w pierwszych miesiącach pandemii W. Włodarczyk (2020: 140) stwierdza niespójność komunikatów, a nawet działania manipulacyjne. Motywuje to faktem, że tak jak początkowe lekceważenie zagrożenia oraz przekonywanie o przygotowaniu na najgorsze scenariusze i sile władzy mogły wynikać z zarządzania informacją, późniejsze komunikaty o przezwyciężeniu wirusa miały wyraźny cel polityczny. Duża rozbieżność w przekazywanych informacjach, częste zmiany decyzji czy nawet działania

jawnie naruszające powszechne prawo wpłynęły demotywująco na przestrzeganie obowiązujących obostrzeń, zwłaszcza gdy sytuacja epidemiczna nie poprawiała się w długim okresie.

Władze Malezji natomiast nauczone wcześniejszymi doświadczeniami (tylko w XXI w. walczyły z wirusem SARS w latach 2002–2003 oraz MERS-CoV z 2012 r.) od początku prowadziły jak najbardziej klarowną politykę informacyjną. Jest ona bowiem elementem wprowadzonej w 2012 r. *Strategii działania w razie pojawienia się chorób i zagrożeń dla zdrowia publicznego*, która została zrewidowana w 2017 r. Ponadto w 2019 r. Malezja poddała się przeprowadzanemu przez Światową Organizację Zdrowia procesowi wspólnej oceny zewnętrznej (ang. *Joint External Evaluation*), dotyczącej zdolności państw do zapobiegania zagrożeniom dla zdrowia publicznego, wykrywania ich i szybkiego reagowania na nie (WHO, 2020: 1–2). W czerwcu 2021 r. 113 państw znalazło się na liście tych, które otrzymały pozytywną ocenę. Warto wspomnieć, że Polska podobnie jak większość krajów europejskich nie poddała się tej ocenie (WHO, 2021).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2020: 6) bardzo dobrze oceniła działania informacyjne władz Malezji w pierwszych miesiącach epidemii, oparte na wcześniej zbudowanych strategiach radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, co budziło tym samym zaufanie społeczeństwa. Ważnymi elementami komunikacji były media nie tylko konwencjonalne, ale także społecznościowe oraz współpraca z duchownymi. Dobra polityka informacyjna w połączeniu z większą niż w zachodnich społeczeństwach świadomością potrzeby używania maseczek, zachowania dystansu społecznego i samoizolacji pozwala szybciej opanować rozprzestrzenianie się wirusów takich jak COVID-19 (Penn, 2020).

Wyniki analizy

Na podstawie przeprowadzonej analizy wybranych czynników determinujących niższą liczbę zachorowań oraz zgonów w wyniku zakażenia SARS-CoV-2 w Malezji niż w Polsce można stwierdzić, że do najważniejszych z nich należą:

- wcześniejsze doświadczenie w zwalczaniu chorób zakaźnych, a także opracowane strategie działania w przypadku wystąpienia nowego wirusa;
- dobre zarządzanie służbą zdrowia, nawet przy ograniczonym budżecie;
- czynniki kulturowo-społeczne, takie jak większy dystans władzy oraz wyższość dobra grupy nad dobrem jednostki, a także zaufanie do rządzących i przekazywanych informacji;
- stosunkowo młode społeczeństwa azjatyckie (z pewnymi wyjątkami, np. Japonia).

Wyniki badania są zbieżne z wcześniejszymi publikacjami, których autorzy zwracali uwagę na dotychczasowe doświadczenia państw azjatyckich dotyczące walki z chorobami zakaźnymi, uwarunkowania kulturowe, dobrą politykę zdrowotną (Shah et al., 2020), a także większą akceptację noszenia maseczek i zachowania dystansu oraz wiek obywateli (Londoni et al., 2020). W kontekście różnic między Polską a Malezją bardzo ważny jest także aspekt komunikacyjny, zwłaszcza spójność przekazywanych informacji.

Same działania mające na celu ograniczenie transmisji wirusa, najbardziej rygorystyczne obostrzenia czy zwiększenie wydatków na służbę zdrowia nie są w stanie zastąpić praktyki, opracowanych wcześniej planów działania, a także wsparcia społeczeństwa w ich realizacji. Przy tak dużej skali jak obecnie w przypadku COVID-19 przy nawet najbardziej wydolnym systemie zdrowotnym będzie trudno zachować odpowiedni poziom opieki, a jedyną formą walki z wirusem jest przeciwdziałanie jego dalszemu rozprzestrzenianiu, m.in. przez szczepienia. Ponadto państwa takie jak Polska powinny przeanalizować założenia wspólnej oceny zewnętrznej Światowej Organizacji Zdrowia oraz dokonać odpowiednich działań, aby szybko wykrywać zagrożenia dla zdrowia ludzi i zwierząt oraz im zapobiegać.

Niezaprzeczalnie państwa Azji Wschodniej lepiej radzą sobie z kontrolowaniem COVID-19. Nie jest to jednak zasługa wyłącznie prowadzonej polityki, można bowiem znaleźć jedynie niewielkie różnice w działaniach podejmowanych przez rządzących w Malezji oraz w Polsce. W obu państwach inny jest stopień przestrzegania wprowadzonych obostrzeń. W kulturze azjatyckiej społeczeństwo działa kolektywnie oraz szanuje autorytety, także władze państwowe. W państwach takich jak Polska podstawowym mechanizmem motywacyjnym jest nie dobro grupy, ale strach przed ukaraniem.

Pomimo znacznie niższych wydatków na służbę zdrowia malezyjski system działa wydolniej, głównie za sprawą wcześniej opracowanych strategii, także zabezpieczenia artykułów sanitarnych oraz współpracy między różnymi sektorami gospodarki. Zostało to wypracowane po licznych doświadczeniach epidemicznych. W Polsce fakt, że społeczeństwo jest znacznie starsze, ma odzwierciedlenie w znacznie wyższej liczbie zgonów.

Biorąc pod uwagę to, że wirus SARS-CoV-2 będzie mutować i że przy obecnym poziomie globalizacji nie można wykluczyć kolejnych pandemii, należy podjąć wszelkie działania, aby im zapobiec, a przynajmniej ograniczyć skalę podobnej sytuacji w przyszłości. Jednym ze sposobów jest opracowanie planów działania, a także poddanie się wspólnej ocenie zewnętrznej Światowej Organizacji Zdrowia.

Epidemia COVID-19 trwa, należy więc nadal monitorować sytuację zarówno w Azji, jak i na Zachodzie. Z każdą falą zachorowań w Malezji jest znacznie więcej nowych przypadków i zgonów, ale nie można wykluczyć, że wcześniejsze działania będą wciąż skuteczne. Jednocześnie w Polsce jest coraz mniej przypadków, więc sytuacja może się całkowicie odwrócić i będzie należało badać odwrotną zależność, zwłaszcza po zakończeniu programów szczepień.

Oświadczenie o wkładzie poszczególnych autorów

Autor potwierdza, że jest jedynym twórcą tego artykułu i zatwierdza go do publikacji.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autor deklaruje, że badanie zostało przeprowadzone przy braku jakichkolwiek powiązań komercyjnych lub finansowych, które można by zinterpretować jako potencjalny konflikt interesów.

Oświadczenie o dostępności danych badawczych

W tym badaniu przeanalizowano publicznie dostępne zbiory danych (m.in. Covidnow, PopulationPyramid.net, raporty zakażeń koronawirusem Ministerstwa Zdrowia, The CIA World Factbook, Our World in Data, Worldometer). Odnośniki do tych danych zostały uwzględnione w bibliografii.

Bibliografia

- Chmielecki, M. (2020). *Hofstede – wymiary kultury*, <https://www.projektprzywodztwo.com/komunikacja-miedzykulturowa/hofstede-wymiary-kultury> (dostęp: 1.10.2021).
- CIA (Central Intelligence Agency) (2021a). *Explore All Countries – Poland*, <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/poland/> (dostęp: 1.10.2021).
- CIA (Central Intelligence Agency) (2021b). *Explore All Countries – Malaysia*, <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/malaysia/> (dostęp: 1.10.2021).
- CNA (Channel NewsAsia) (2021). *COVID-19: Face masks compulsory only in crowded public areas, says Malaysian minister*, <https://www.channelnewsasia.com/asia/malaysia-face-masks-compulsory-crowded-public-areas-transport-607826> (dostęp: 1.10.2021).
- Covidnow (2021). *Covidnow in Malaysia*, <https://covidnow.moh.gov.my/> (dostęp: 1.10.2021).

- FIT (Flanders Investment and Trade) (2021). *Coronavirus – The situation in Malaysia*, <https://www.flandersinvestmentandtrade.com/export/nieuws/coronavirus-%E2%80%93-situation-malaysia> (dostęp: 1.10.2021).
- GIS (Główny Inspektorat Sanitarny) (2020). *Definicja przypadku covid-19 na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 (definicja z dnia 31.10.2020)*, <https://www.gov.pl/web/gis/definicja-przypadku-covid19-na-potrzeby-nadzoru-epidemiologicznego-nad-zakazeniami-wirusem-sars-cov-2-definicja-z-dnia-31102020-> (dostęp: 1.10.2021).
- Hofstede Insights (2021). *Compare Countries*, <https://www.hofstede-insights.com/product/compare-countries/> (dostęp: 1.10.2021).
- Hozer-Koćmiel, M., (2018). Ocena rozwoju społeczno-ekonomicznego województw za pomocą HDI, *Wiadomości Statystyczne*, 3(682): 40–49.
- Krupa-Dąbrowska, R. (2021). *Przedsiębiorcy wygrywają w sądzie z sanepidem. Lockdownowe kary administracyjne były nielegalne*, <https://www.prawo.pl/biznes/przedsiębiorcy-wygrywaja-w-sadzie-z-sanepidem-lockdownowe-kary,511233.html> (dostęp: 19.10.2021).
- Landoni, G., Maimeri, N., Fedrizzi, M., Fresilli, S., Kuzovlev, A., Likhvantsev, V., Nardelli, P., Zangrillo, A. (2021). Why are Asian countries outperforming the Western world in controlling COVID-19 pandemic?, *Pathogens and Global Health*, 115(1): 70–72. DOI: 10.1080/20477724.2020.1850982.
- Ministerstwo Rozwoju i Technologii (2020). *Od 8 sierpnia nowe obostrzenia w 19 powiatach z największym przyrostem zachorowań COVID-19*, <https://www.gov.pl/web/rozwoj-technologie/od-8-sierpnia-nowe-obostrzenia-w-19-powiatach-z-najwiekszym-przyrostem-zachorowan-covid-19> (dostęp: 1.10.2021).
- Ministerstwo Spraw Zagranicznych (2021). *Malezja. Ostrzeżenia dot. COVID-19?*, <https://www.gov.pl/web/dyplomacja/malezjahttps://bit.ly/3w3LOKR> (dostęp: 1.10.2021).
- Ministerstwo Zdrowia (2021). *Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2)*, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> (dostęp: 1.10.2021).
- Navarro, V. (2021). Why Asian Countries are Controlling the Pandemic Better Than the United States and Western Europe, *International Journal of Health Services*, 51(2): 261–264. DOI: 10.1177/0020731421999930.
- Numbeo (2021). *Quality of Life Index by Country 2021 Mid-Year*, https://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings_by_country.jsp (dostęp: 1.10.2021).
- Ong Eunis (2021). *A COVID-19 Swab Test Guide (And Where to Get Tested in Malaysia)*, <https://www.klook.com/en-MY/blog/malaysia-covid-swab-test-kl> (dostęp: 1.10.2021).
- Our World in Data (2021a). *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations: Malaysia*, <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=MYS> (dostęp: 1.10.2021).
- Our World in Data (2021b). *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations: Poland*, <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=POL> (dostęp: 1.10.2021).
- PCHiG (Polsko-Chińska Izba Gospodarcza) (2020). *Chiński Nowy Rok 2020*, <https://pchig.pl/blog/chinski-nowy-rok-2020/> (dostęp: 1.10.2021).
- Penn, M. (2020). *How Some Asian Countries Beat Back COVID-19*, <https://globalhealth.duke.edu/news/how-some-asian-countries-beat-back-covid-19> (dostęp: 1.10.2021).

- PopulationPyramid.net (2019). *Population Pyramids of the World from 1950 to 2100*, <https://www.populationpyramid.net> (dostęp: 1.10.2021).
- Rampal, L. (2021). Malaysia's third COVID-19 wave – a paradigm shift required, *The Medical Journal of Malaysia*, 76(1): 1–4.
- Shah, A., et al. (2020). COVID-19 outbreak in Malaysia: Actions taken by the Malaysian government, *International Journal of Infectious Diseases*, 97: 108–116. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.05.093.
- UNDP (United Nations Development Programme) (2020). *Human Development Report 2020*. New York, NY.
- WHO (World Health Organization) (2020). *Malaysia. Strong Preparedness and Leadership for a Successful COVID-19 Response*, <https://www.who.int/publications/m/item/malaysia-strong-preparedness-and-leadership-for-a-successful-COVID-19-response> (dostęp: 1.10.2021).
- WHO (World Health Organization) (2021). *Joint External Evaluation (JEE)*, <https://extranet.who.int/sph/jee> (dostęp: 1.10.2021).
- Włodarczyk, W.C. (2020). Uwagi o pandemii COVID-19 w Polsce. Perspektywa polityki zdrowotnej, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(2): 126–148. DOI: 10.4467/20842627OZ.20.013.12766.
- Worldometer (2021). *Reported Cases and Deaths by Country or Territory*, <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries> (dostęp: 1.10.2021).
- Zainuddin, A. (2021). *Malaysia's 'Total Lockdown' Failure Plunges Hospitals Into Crisis*, <https://thediplomat.com/2021/07/malysias-total-lockdown-failure-plunges-hospitals-into-crisis> (dostęp: 1.10.2021).