

JANUSZ T. OPOLSKI

Nic nie będzie takie samo? Systemowe implikacje pandemii COVID-19 w wymiarze globalnym. Kilka uwag. W lutym'21

Region świata pokryty kiedyś jednym z najbardziej bioróżnorodnych lasów, niezagospodarowanych, praktycznie niedostępnych dla ludzi, gdzie dzikie zwierzęta sobie a ludzie sobie – Afryka Zachodnia. Wybuchła wojna, jedna z wielu zdarzających się na kontynencie – Gwinea, Liberia, Sierra Leone. Tysiące ofiar, gwałty, śmierć. Uchodźcy wycinają drzewa, by mieć środki do życia, a wojska – by sprzedawać cenne drzewo, a potem diamenty, tytan, kauczuk. Trzeba przecież mieć środki na kupno broni i zaopatrzenia.

W 2000 r. z całego arealu tych nieprzeniknionych do niedawna deszczowych lasów tropikalnych pozostało piętnaście procent. Piętnaście procent. Spotkanie żyjących sobie dotąd osobno gatunków stało się nieuniknione. I zakażenie się ludzi wirusem gorączki krwotocznej Ebola.

Gorączka krwotoczna Ebola, która zaczęła się zachorowaniem małego dziecka w gwinejskiej wiosce Meliandou 6 grudnia 2013 r., dotknęła wiele krajów na wszystkich kontynentach, powodując straty społeczne i gospodarcze. Jednak dzięki olbrzymiemu wysiłkowi ludzi z różnych stron, różnych organizacji i różnych krajów można było w styczniu 2016 r. ogłosić koniec pandemii.

Podstawowe wnioski, jakie wyciągnięto z przebiegu pandemii EVD, były następujące: nadal nie można przewidzieć czasu, miejsca i zasięgu nowych zachorowań, także na dużą skalę, niepokój winno budzić „wieloletnie doświadczenie spóźnionych reakcji”; dopóki nie opracuje się szczepionki, szczególny nacisk powinien być położony na profilaktykę i gotowość odpornych systemów zdrowia do przeciwdziałania i ochrony ludności, kraje o niskim poziomie dochodu narodowego powinny uzyskać pomoc techniczną i finansową od krajów o wysokim poziomie dochodu narodowego i organizacji międzynarodowych dla stworzenia i/lub wzmocnienia systemów zdrowia.

A co z grypą? Przykłady wyrażanego niepokoju, pierwsze z brzegu. W 2018 r. Bill Gates w wywiadzie prasowym powiedział, że nadchodząca choroba – na przykład taka jak grypa z 1918 r. – może zabić 30 milionów ludzi w ciągu sześciu miesięcy i kraje powinny się przygotować na nią jak na wojnę. Na jesieni 2019 r. w Raporcie niezależnej rady Global Preparedness Monitoring Board, kierowanej przez byłego szefa ONZ i byłą szefową WHO, mówiono o realnym zagrożeniu i wzywano państwa do podjęcia sto-

sownych przygotowań. W grudniu 2019 r. Dyrektor Generalny Światowej Organizacji Zdrowia przy okazji prezentacji trzynastu najważniejszych globalnych wyzwań zdrowotnych na nową dekadę stwierdził, że pandemia nowego, wysoce zakaźnego, przenoszonego drogą powietrzną, najprawdopodobniej szczepu grypy – na który większość ludzi nie jest odporna – jest nieunikniona. To tylko przykłady pierwsze z brzegu. Nie od dziś bowiem epidemiolodzy i specjaliści zdrowia publicznego zwracali uwagę – a może nawet bili na alarm, że groźna pandemia to nie kwestia „czy”, ale „kiedy”. Mylono się tylko w jednym: tym razem wirus grypy będzie dla ludzkości „łaskawy”.

Jednak SARS-CoV-2 nie. Przeszedł do nas z naturalnego rezerwuaru, prawdopodobnie przez zwierzęcego nosiciela pośredniego. I ma zamiar zostać na dłużej.

W ciągu kilku tygodni początku 2020 r. pandemia COVID-19 zmieniła świat, dotykając wszystkich i wszędzie. To fakt, ale rodzą się także pytania.

Czy wyciągnięto wnioski z ostatniej pandemii gorączki krwotocznej Ebola? Czy Dyrektor Generalny Światowej Organizacji Zdrowia wystarczająco szybko ogłosił stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym? Czy brano pod uwagę opinie epidemiologów wieszczących nieuchronność pandemii? Czy współpraca międzynarodowa była lepsza niż kiedyś? Czy Światowa Organizacja Zdrowia wygeklowała zapisy Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych? To są dobre pytania. Proszę o następne.

A może powinniśmy przyjąć sformułowanie zawarte w jednym z artykułów opublikowanych w styczniowym numerze kwartalnika o zasięgu globalnym, że świat już przegrał z pandemią? To też jest dobre pytanie. Jednak odpowiedź musi być natychmiastowa: nie ma zgody.

Nie ulega wątpliwości, że „rokowanie” dziś jest lepsze niż w niespokojnych pierwszych miesiącach ubiegłego roku.

Pandemia zmieniła jednak wiele w funkcjonowaniu społeczeństw i krajów, pojawiły się kwestie wymagające pogłębionej oceny i wyciągnięcia wniosków. Spróbujmy je opisać.

Uważa się, że pewne cechy pandemii COVID-19 są inne niż podobne zjawiska w przeszłości. Oczywiście inny jest czynnik etiologiczny: wirus. Ale także, a może przede wszystkim pod wieloma cechami inne jest miejsce, gdzie się wszystko zaczęło. Tym razem nie w kraju biednym, niemającym ani rozbudowanej infrastruktury zdrowotnej, ani środków. Otoczonym nadto takimi samymi biednymi sąsiadami. Początek miał miejsce na terenie globalnego mocarstwa, które walczy o prymat na świecie.

Być może dlatego dwie sprawy miały znaczący wpływ na pierwsze reakcje i podejmowane działania: upolitycznienie i sekurytyzację. Nie zmieniło się jedno: bezprzykładne zaangażowanie ochrony zdrowia, której pracownicy często musieli pracować – i ginąć – w warunkach bezprzykładnie zaniedbanych przez innych.

W listopadzie 2020 r. w najważniejszym czasopiśmie światowym zajmującym się chorobami zakaźnymi ukazał się artykuł o zgonach wśród „białego personelu” w 37 krajach po pierwszej fali pandemii. Najwięcej lekarzy zmarło w Meksyku – 205, dalej we Włoszech – 178, Indiach – 105 i Iranie – 91. Pielęgniarki – to Meksyk 274, a potem USA. Pod koniec 2020 r. polskie Ministerstwo Zdrowia opublikowało dane dotyczące naszego kraju. Do 28 grudnia zmarło na COVID-19 137 osób personelu polskiej ochrony zdrowia. W tym 66 lekarzy, 48 pielęgniarek, 10 dentystów, 4 farmaceutów, 5 ratowników medycznych i 4 położne.

Uważa się, że wspólne wyzwania, także w wymiarze międzynarodowym, powinny jednoczyć; zwiększać stopień solidarności. Było jednak inaczej – ujawniły się wady struktur i sposobów zarządzania zdrowiem globalnym.

Podczas poprzednich, różnych pandemii pochodzenie choroby i oceny podejmowanych działań były postrzegane raczej jako kwestia naukowa lub organizatorska – a nie polityczna. Teraz? To „chiński wirus”, twierdził ówczesny prezydent wielkiego mocarstwa, a w niektórych krajach słychać było pomruki o szukaniu winnych i odpowiedzialności.

Napięcia na linii Chiny – USA, a także dezawuowanie Światowej Organizacji Zdrowia miały zapewne wpływ na szybkość reakcji Avenue Appia. Chociażby na termin ogłoszenia stanu zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym.

Opinie co do tego, czy Chińczycy zbyt późno poinformowali o kłopotach w Wuhan, są podzielone. Oczywiście oni sami twierdzą, że wszystko było na czas, a rząd CHRL oficjalnie poinformował, że zostały prawidłowo wdrożone przepisy IHR. Kraje zachodnie z kolei, zwłaszcza USA, twierdzą, że zbyt późno. Jeżeli wszystko było jak trzeba, to dlaczego dokonano drastycznych zmian personalnych we władzach miasta Wuhan, a także wydalono z Chin dziennikarzy The Washington Post, The New York Times i The Wall Street Journal. Mogli coś wykryć?

Zwraca się także uwagę, że można było także oczekiwać bardziej zdecydowanej reakcji Rady Bezpieczeństwa w kontekście szybszego „uruchamiania” agend Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Upolitycznienie pandemii ma także inne oblicze. Zdrowie znalazło mocne i obiektywnie niezbędne miejsce w agendzie politycznej. Co zresztą nie było nigdy kwestionowane. Jako takie. Najczęściej przy okazji wyborów, czasu składania obietnic, ale *novum* dziś to odbiór i percepcja przez społeczność relacji pomiędzy zdrowiem a polityką. Co zostało ostatecznie zrozumiane? Wystarczająco dużo, żeby ludzie nie dawali się już omamić „dobrym słowem” albo zapewnieniom „że damy radę”.

Kolejną sprawą było traktowanie kryzysu związanego z pandemią za ważne zagadnienie bezpieczeństwa narodowego, nawet za zagrożenie egzystencjalne.

Sekurytyzacja spowodowała kilka zjawisk. Na przykład wprowadzanie w niektórych krajach, okresowo bądź nie – drastycznych środków ograniczających prawa obywatelskie. Można było odnieść także wrażenie, że niektóre kraje „zwołniły się” z moralnego obowiązku pomagania innym, słabszym.

Międzynarodowa współpraca w dziedzinie zdrowia została poddana często oglądowi wąsko pojętego interesu narodowego. Niektóre państwa wprowadziły zakaz eksportu kluczowych materiałów medycznych, a inne ostro krytykowały posunięcia Komisji Europejskiej zmierzające do sprawiedliwego podziału ograniczonych dostaw, szczególnie szczepionek. „Taplając się” *notabene* we własnym populizmie. Nawet jeżeli niektóre założenia unijnej strategii szczepień były zbyt optymistyczne.

Pandemia zmienia widzenie zdrowia i funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej na świecie. Z jednej strony wpłynie pozytywnie na działania na rzecz zdrowia społeczeństw i jego otoczenia. Z drugiej – wręcz przeciwnie.

Dziś wszyscy rozumieją, że zdrowie, a nawet życie może zależeć od sytuacji po drugiej stronie świata. Że „nikt nie może być bezpieczny, jeżeli bezpieczni nie są wszyscy”, a „trzepot skrzydeł motyla w Ohio, w sprzyjających warunkach, może spowodować burzę piaskową w Teksasie”.

Nikt nie ma już wątpliwości, że pandemia może kosztować biliony i zniszczyć gospodarki. Miejmy nadzieję, że pozostający jeszcze w uwielbieniu dla neoliberalizmu zgodzą się, że środki przeznaczane na zdrowie i dobrze funkcjonujące systemy zdrowia to determinanty dobrej gospodarki. To nie koszt. To inwestycja, a oszczędności na zdrowiu to cios we wszystkie przesłanki rozwoju krajów i społeczeństw.

Potwierdziło się niestety ponownie, że większość ludzi na świecie nie ma dostępu do dobrej opieki zdrowotnej. Czasami do żadnej – z czego wynika zauważalne, coraz większe poparcie dla idei *universal health coverage*. Nawet w krajach, gdzie zdrowie jest uważane za sprawę osobistą i bronione tak samo jak prawo do posiadania broni, a ludzie nieubezpieczeni, dla których choroba może stać zagrożeniem egzystencjalnym – jest tam kilkadziesiąt milionów.

Pandemia wyraźnie pokazała, jak zasadnicze znaczenie ma dla ludzi system opieki zdrowotnej. Szczególnie posiadający cechy, które pozwalają kwalifikować go jako „odporny”. Czyli taki, który jest w stanie adekwatnie reagować na niespodziewane zagrożenia, ale jednocześnie rozwiązywać bieżące problemy zdrowotne ludzi. A zdarzało się tak: dziś czas na COVID-19, reszta musi poczekać. *Ad Kalendas Graecas?*

Kolejnym czynnikiem, którego znaczenie krytycznie potwierdziła pandemia, jest posiadanie dobrej, solidnej i cieszącej się zaufaniem społecznym służby zdrowia publicznego. Ludzi i infrastruktury, ale nie do „ganiań” restauratorów, a do monitorowania, oceny i wdrażania środków oraz narzędzi zdrowia publicznego. I znowu nie chodzi tutaj o zwalnianie szefów służb nadzoru epidemiologicznego, co jest relatywnie proste, a zapewnienie materialnych i kadrowych uwarunkowań kompetentnego i sprawnego działania.

Tak samo jak potrzebny jest silny system opieki medycznej, tak samo niezbędny jest system zdrowia publicznego. Dla holistycznego spojrzenia na zdrowie społeczeństw *conditio sine qua non* uwzględnienia przesłanek sprawnościowych.

Stąd dość powszechnie uważa się, że zdrowie publiczne jako nauka i działalność praktyczna „wróciło do łask”. Bądź, jak chce jeden z autorów – stała się „sexy”. I to w nowoczesnym ujęciu, kiedy zaczyna się rozumieć w skali globalnej, że chodzi o wpływanie „na przyczyny przyczyn”. To zjawisko jest tym bardziej ciekawe i „dobrze rokujące”, że zwykle wysiłki na rzecz zdrowia społeczeństwa są mało zauważalne, a sama dyscyplina nie cieszyła się nigdy popularnością.

Pandemia może oczywiście utrudniać działanie na rzecz zdrowia zarówno w odniesieniu do niektórych krajów, jak i globalnie. Szczególnie dotyczy to państw o niskim poziomie dochodu narodowego, gdzie nie rozwiązano problemów infrastrukturalnych, ale także *stricte* zdrowotnych, jak AIDS czy różne choroby tropikalne. Także zgonów dzieci z powodu biegunek czy zapaleń dolnych dróg oddechowych, co wydaje się Europejczykowi zgoła niepojęte.

Krajom biednym nie starcza środków. Paradoksalnie podobna przyczyna może mieć miejsce w krajach bogatych w odniesieniu do przewlekłych chorób niezakaźnych. Jeżeli nie zwiększy się nakładów na opiekę zdrowotną, to trzeba przesunąć środki na to, co bardziej pilne, do tego co bardziej *citowe*. Bardziej widoczne w oglądzie społecznym? Tu warto przypomnieć znaną w środowisku ludzi zdrowia publicznego opinię o finansowaniu działań na rzecz zdrowia publicznego: rządy przeznaczają na zdrowie nie tyle, ile mogą, a tyle, ile chcą. Wybitni znawcy dodają: w zasadzie tyle, na ile ich zmuszą okoliczności. Często pozazdrowotne.

Badania opinii publicznej z końca lutego wykazały, że wielu Europejczyków jest bardziej krytycznych wobec sposobu, w jakim rządy radzą sobie z kryzysem, i są skłonni wierzyć w teorie spiskowe. Ponad 36% respondentów we Francji, 32% we Włoszech i Niemczech oraz 31% w Wielkiej Brytanii zgodziło się z poglądem, że rządy współpracowały z firmami farmaceutycznymi, żeby ukryć ryzyko szczepień. Ankietowano prawie 8 tys. ludzi. W innym badaniu aprobata działań rządów spadła o kilkadziesiąt punktów procentowych.

Czas w końcu powiedzieć o wielkim sukcesie ludzkości – czymś w rodzaju cudu naukowego, czyli uzyskaniu wielu dobrych szczepionek. To, nad czym normalnie pracowano latami, dziś opracowano w kilkanaście miesięcy. Oczywiście pojawiły się w tej sytuacji inne, nowe pytania i wątpliwości. „Lepsze” i „gorsze” szczepionki, mutacje wirusa, długość okresu ochronnego. Może tak jak w przypadku grypy trzeba będzie się szczepić co roku i to obowiązkowo. Mimo wszystko to lepsza alternatywa niż drastyczne obrazy niewydolności systemu opieki zdrowotnej w niektórych krajach na prognozę 2020 r.

Pandemia może być punktem wyjścia do wielkiego przyspieszenia tempa innowacji w medycynie i opiece zdrowotnej. Bardziej owocnej współpracy na tym polu, wykorzystującej środki budżetowe krajów w innowacyjnym sektorze prywatnym. Sektor publiczny może być katalizatorem innowacji w sektorze prywatnym. Także w odniesieniu do projektów, szczególnie w farmacji, gdzie z uwagi na niepewny sukces biznesowy nie podejmuje się działań. Te zmiany mogą stać się szansą oczywiście pod warunkiem, że skończy się z uspołecznianiem strat i jednostronnym nagradzaniem sukcesu.

Jednocześnie pojawiają się głosy o poddaniu chociażby pod dyskusję niektórych zagadnień prawa patentowego w odniesieniu do leków. Dziś obowiązuje umowa TRIPS obejmująca wszystkie kraje należące do Światowej Organizacji Handlu. Okres ochronny leków innowacyjnych to 20 lat. Koncerny farmaceutyczne nawet po tym okresie czynią różne sztuczki, by przedłużyć monopol rynkowy na swoje produkty i nie dopuszczać leków generycznych. Tak samo dobrych, ale znacznie tańszych.

Świat rozpoczął masowe szczepienia i jesteśmy zapewne na dobrej drodze do uzyskania odporności stadnej. Wraz ze zwiększającym się procentem „wyszczepionych” ludzi nastroje będą się poprawiać, a wprowadzone obostrzenia i ograniczenia praw – będą sukcesywnie znoszone.

Spotyka się także podejście, że nie ma co się radować. Po prostu przeszliśmy do nowej fazy pandemii i niepewność jest jak najbardziej uzasadniona. Co dalej – to zależy od ewolucji SARS-CoV-2, postępów nauki, postaw obywateli, decyzji rządów odnośnie do sposobów walki z wirusem i współdziałania.

Czyż nie ma prognoz, jak będzie się rozwijać sytuacja? Koncepcji, które mogą być podstawą do planowania funkcjonowania systemów społecznych? Wiąże się wielkie nadzieje z grupą wybitnych ekspertów światowych powołanych w lutym 2021 r. przez Międzynarodową Radę Nauki w porozumieniu z WHO i Biurem ONZ d/s redukcji ryzyk katastrof, która w ciągu kilku miesięcy ma przedstawić społeczności międzynarodowej scenariusze rozwoju pandemii.

Oczywiście jak zwykle podnoszą się głosy, że system zdrowia zużytkuje każde środki. I jeszcze trochę. Należy więc „coś uszczelnić”, „poprawić efektywność” i itp. Antynomia czy casus prokuratorowski?

Nie należy także robić zapasów. Nie trzymać bez sensu, zarówno na poziomie jednostek i krajów. W razie czego dowiozą. Czy na pewno dowiożą?

W normalnych czasach szpitale mają niewielkie rezerwy. W niektórych systemach wynika to z mizerności posiadanych środków, w innych z przyjętych form łańcucha dostaw np. leków. W normalnych czasach. Jednak zdarzają się sytuacje nienormalne. Każdy kraj powinien mieć system rezerw strategicznych ochrony zdrowia. Do wykorzystania w sytuacjach zagrożenia zdrowia publicznego. Z różnych powodów: pandemii czy awarii w fabryce, która dostarcza substancji dla połowy świata. Jeżeli takie instytucje istnieją, to często są niedofinansowane. Czasami wykorzystywane do zakupów „politycznych”, źle zarządzane. Perturbacje z rezerwami dla opieki zdrowotnej w jednym z dużych krajów Europy Środkowo-Wschodniej nie są wyjątkiem.

Ostatnio zwraca uwagę ponowne „postawienie na wokandzie” podejścia systemowego w ochronie zdrowia i opiece zdrowotnej. Tylko taki sposób badania rzeczywistości i rozwiązywania problemów zdrowotnych daje rękojmię sukcesu. Cała sztuka polega na dostrzeżeniu wszystkich czynników w ich wzajemnych uwarunkowaniach i sprzężeniach. Z jednym – o znaczeniu fundamentalnym i integrującym, zaufaniu społecznym na linii obywatel – państwo, przekonania, że chodzi o dobro wspólne, a nie o władzę, wpływy i pieniądze. Bądź o możliwość jeżdżenia na nartach w zimie *per fas et nefas*.

Życie wykazuje także, że często nie wystarcza *evidence based public health*, ale głęboka, wynikająca z praktyki znajomość niuansów funkcjonowania skomplikowanych systemów społecznych.

Mimo szczytnych hasel o równouprawnieniu i równoprawnej współpracy międzynarodowej obserwatorzy globalnego zdrowia publicznego nadal mają przekonanie o poczuciu pewnej wyższości krajów o wysokim dochodzie narodowym. Nawet gdy udzielają rzetelnej i pełnej serca pomocy humanitarnej czy rozwojowej.

Dziś jednak widać wyraźnie, że wszystkie systemy opieki zdrowotnej są wrażliwe, a współpraca międzynarodowa winna je uczynić bardziej odpornymi na sytuacje i zjawiska tyleż niespodziewane, co potężne. I wcale nie jest pewne, że recepty leżą w krajach bogatej Północy. Przecież niektóre kraje Azji dają sobie wysmienicę radę. Może przewzięły antynomię: wskazania nauki i działanie polityki?

Należy rozważyć, czy nie skończył się – jak chcą niektórzy – okres centralistycznego modelu zdrowia globalnego z zasadniczą rolą USA? Dziś jest on bardziej zdecentralizowany, a rozwiązywanie globalnych problemów każe szukać aliansów. Takim charakterystycznym objawem emancypowania się różnych ośrodków i państw była odmowa dyrektora ACDC testowania w Afryce (właśnie!) nowej szczepionki przeciw TBC w kontekście ochrony przez SARS-CoV-2.

Ze zjawiskiem postępującej decentralizacji „geograficznego” wpływu na zdrowie globalne związane są także zmiany podmiotów i metod. Znaczącą siłą stają się podmioty prywatne, organizacje pozarządowe i „last but not least” – osoby filantropii, o czym świadczą miliardy Fundacji Billa i Melindy Gatesów dla walki z AIDS czy też GAVI z jego partnerstwem publiczno-prywatnym.

Postępujący proces decentralizacji, a także krytykowane zachowania kierownictwa organizacji zmuszają także do zastanowienia się nad funkcjonowaniem i rolą Światowej Organizacji Zdrowia. Ale nie znowu w stylu jednego z prezydentów wielkiego kraju.

Światowa Organizacja Zdrowia w zasadzie była krytykowana od zarania, w większym lub mniejszym stopniu, z reguły niesłusznie.

Postronny obserwator może tego nie zauważyć, ale organizacja od lat walczy o zwiększenie regularnego budżetu, by mieć możliwość ujawnienia całego swojego

potencjału i doświadczeń wyspecjalizowanej w zdrowiu, unikatowej instytucji. Głównym punktem nadzoru nad chorobami i odniesienia prawa do zdrowia jako prawa człowieka. Odczuwalne jest to także teraz. Ale przecież wszystko zależy od krajów członkowskich i dziś jest dobry czas, by się określić. Przypisywanie coraz większej liczby zadań, a jednocześnie ograniczanie *de facto* środków sprawia wrażenie, że celem jest upadek, a nie rozwój Światowej Organizacji Zdrowia.

Patrząc z perspektywy pandemii COVID-19, być może WHO ma mandat, który przekracza jej możliwości? Może zakres działania powinien być bardziej celowy? Coś w rodzaju „globalnej zdrowotnej straży pożarnej”? A może wręcz przeciwnie? Może powinien to być jeden kompetentny światowy ośrodek wiedzy i „namysłu” – „mózg” zdrowia globalnego – jak chcą jedni. Bądź agencja monitorująca ogniska chorób zakaźnych i przekazująca dane krytyczne – jak chcą inni.

Niektórzy twierdzą, że także *modus operandi* WHO jest przestarzały – a w każdym razie nieadekwatny do sytuacji nadzwyczajnych. Z kolei kierownictwa oparte na konsensusie działają o niebo gorzej niż sprawne podmioty prywatne. Sprawniejsze podmioty prywatne. *Nihil novi sub sole*. Przypominają się dyskusje o przewadze Świąt Bożego Narodzenia nad Świątami Wielkanocy.

A może antynomia tkwi w tym, że każdy kraj lub „znawca” widziałby inną agencję. I każdej nadawałby priorytet odpowiadający innym celom. Najczęściej swoim. Dla krajów bogatych naturalnym priorytetem są na przykład przewlekłe choroby niezakaźne, NTD to zainteresowanie krajów Sahelu, walka z TBC to znaczący problem krajów azjatyckich, „kraje upadłe” marzą o pomocy technicznej dla odtworzenia infrastruktury opieki zdrowotnej itd. Antynomia czy usprawiedliwiony eklektyzm?

W tej wydawałoby się trudnej sytuacji, parę rzeczy winno być bezdyskusyjnych dziś. Na przykład wzmocnienie egzekutywy Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. Zbyt często przepisy sobie, a rozwiązania krajowe sobie. Organizacja nie powinna być także forum walki politycznej.

Okres pandemii, mimo że trwa nadal, może być podzielony na dwa etapy: przed i po wprowadzeniu szczepionek. W pierwszym etapie stosowano różnego rodzaju restrykcje, które ogólnie rzecz biorąc miały ograniczyć transmisję koronawirusa. Nie umniejszając ich znaczenia i konieczności dalszego stosowania – głównym zagadnieniem drugiego etapu były dostęp i alokacja szczepionek. W kontekście sprawiedliwego podziału ograniczonych, w każdym razie na początku, dostaw i realizacji różnych mechanizmów zamówień.

Warto przytoczyć dwa przykłady: pierwszy to unijny mechanizm zamówień i podziału szczepionek, oceniany pozytywnie szczególnie w kontekście przykładowego „egoizmu” Wielkiej Brytanii. Oczywiście nie uniknięto popełnienia kilku błędów, co zresztą przyznała przewodnicząca Komisji Europejskiej. Zbyt optymistycznie patrzono na „bezawaryjność” masowej produkcji i dostaw. Mechanizm autoryzacji eksportu szczepionek poza Unię broni się sam, gwarantując równość i sprawiedliwość podziału.

I drugi przykład. Europa i inne kraje o wysokim, a nawet średnim poziomie dochodu narodowego w zasadzie nie mają problemów ze sfinansowaniem zakupów. Ale tak nie jest wszędzie – pomoc w tym zakresie jest udzielana w ramach ACT-A (The Access to COVID-19 Tools).

Jest to największa na świecie w okresie pokojowym koalicja: rządów, globalnych organizacji, ale także producentów, naukowców, członków społeczeństw obywatelskich

i w końcu filantropów, mająca na celu przyspieszenie rozwoju i sprawiedliwego dostępu do narzędzi COVID-19. Czyli czterech filarów: diagnostyki, leczenia, szczepionek i wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej jako *conditio sine qua non* realizacji całości.

Nie ulega wątpliwości, że stworzenie koalicji, a *de facto* platformy o tak szeroko zarysowanych celach, sposobie finansowania, a także systemie wartości jest ważnym przykładem solidarności oraz współpracy na rzecz zdrowia globalnego. Co nie oznacza znowu, że ta kolejna sprawa jest załatwiona do końca. COVAX, czyli filar ACT-A zajmujący się szczepionkami, w połowie lutego ma podpisane umowy z producentami na 2 mld dawek. Z czego 1,3 mld przeznaczona jest dla 92 krajów o niskich i średnim poziomie dochodu narodowego, co wystarczy, żeby zaszczepić około 20% ich populacji. Natomiast kraje bogate zarezerwowały ponad połowę dawek, mimo że stanowią zaledwie 14% światowej populacji.

Starszym generacjom nadzór i dochodzenie epidemiologiczne kojarzą się nadal z opracowaniem źródła i szukaniem kontaktów. I nadal jest to ważne. Jednak dziś chodzi o dostęp i zarządzanie ogromnymi zbiorami danych, ich generowanie i ostateczne wykorzystanie. Dylematy z tym związane nie tyle mają związek z zagadnieniami technologicznymi, ile etycznymi: chronieniem jednostek przed nadużyciami reżimów autorytarnych.

Z jednej strony rozwój gospodarczy i społeczny wielu krajów przyspieszał wraz ze zwiększaniem zdolności monitorowania obywateli, co dawało dokładniejsze prognozy różnych aspektów życia społecznego. Z drugiej totalna inwigilacja dla celów zdrowotnych może być także użyteczna dla innych – różne służby tajne, jawne i dwupłciowe? Mimo to demokracje liberalne nie powinny bać się rozszerzenia swych możliwości i uprawnień do nadzoru dla celów zdrowia publicznego. Zbiory takie powinny być jednak wyodrębnione i chronione. Jak twierdzą specjaliści, także bez możliwości rutynowego dodawania innych danych nie wiadomo skąd.

Przegląd niektórych zagadnień trwającej pandemii rozpoczęliśmy od wątpliwości, czy wyciągane są wnioski z przeszłości, a kończymy, w pewnym stopniu przypadkowo, na zagadnieniach zbierania i przetwarzania danych. Jeżeli przypadkowo, to nie znaczy niesłusznie. Posiadanie informacji to pierwszy krok do władzy. Władza a zdrowie publiczne? Tu nie ma antynomii. Zmiany zdrowia publicznego to nie *perpetuum mobile*. Chodzi tylko o to, by ci, co mają władzę, mieli też i wiedzę.

Bibliografia

- [1] Brackman S., Garretsen H., van Witteloostuijn A., *The turn from just-in-time to just-in-case globalization in and after times of COVID-19: an essay on the risk re-appraisal of borders and buffers*, Social Science and Humanities Open, 2020, vol. 2, art. 100034. doi:10.1016/j.ssaho.2020.100034
- [2] Brown K., Congjang Wang R., *Politics and science: the case of China and Coronavirus*, Asian Affairs, 2020, vol. 51, nr 2, s. 247-264. <https://doi.org/10.1080/03068374.2020.1752567>
- [3] Davies S. E., *Reporting disease outbreaks in a world with no digital borders*, [w:] *The Oxford Handbook of Global Health Politics*, ed. C. McInnes, K. Lee, J. Youde, Oxford 2020. doi:10.1093/oxfordhb/9780190456818.001.0001
- [4] van Dorn A., Coney R. E., Sabin M. L., *Covid-19 exacerbating inequalities in the US*, Lancet, 2020, vol 395, nr 10232, s. 1243-1244. doi:10.1016/S0140-6736(20)30893-X
- [5] *From risk to resilience: An equity approach to COVID-19. Report on the State of Public Health in Canada, 2020*, [dokument elektroniczny] <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19.html> [dostęp: 12.01.2021].
- [6] Huang Y., *Why the world lost to the pandemic. Politics and security fears crippled the collective response*, Foreign Affairs, 2021, January, <https://www.foreignaffairs.com/articles/united-states/2021-01-28/why-world-lost-pandemic>
- [7] Nuzzo J., *To stop a pandemic. A better approach to global health security*. Foreign Affairs, 2021, January/February <https://www.foreignaffairs.com/articles/china/2020-12-08/stop-pandemic>
- [8] Osterholm M. T., *Preparing for the next pandemic*, Foreign Affairs, 2005, July/August, s. 24-37. <https://www.foreignaffairs.com/articles/2005-07-01/preparing-next-pandemic>
- [9] Pilonis H., *Kruszenie dogmatu*, Służba Zdrowia, 2021, luty, s. 16-19.
- [10] Shadmi E., Chen Y., Dourado I., Faran-Perach I., Furler J., Hangoma P., Hanvoravongchai P., Obando C., Petrosyan V., Rao K. D., Ruano A. L., Shi L., de Souza L. E., Spitzer-Shohat S., Sturgiss E., Suphanchaimat R., Uribe M. V., Willems S., *Health equity and COVID-19: global perspectives*. International Journal for Equity in Health, 2020, vol. 19, nr 1, art. 104. doi:10.1186/s12939-020-01218-z
- [11] *A world at risk. Annual report on global preparedness for health emergencies*, Global Preparedness Monitoring Board, 2019 [dokument elektroniczny] <https://www.gpmb.org/annual-reports> [dostęp: 12.01.2021].
- [12] *A World in Disorder. GPMB 2020 Annual Report*, Global Preparedness Monitoring Board, 2020 [dokument elektroniczny] <https://www.gpmb.org/annual-reports> [dostęp: 12.01.2021].