



ZDROWIE PUBLICZNE 3.0

WNIOSKI PO PANDEMII COVID-19
perspektywa globalna

Włodzimierz Cezary Włodarczyk
Grzegorz Juszczyk



NARODOWY
INSTYTUT
ZDROWIA
PUBLICZNEGO
PAŃSTWOWY INSTYTUT
BADAWCZY

Komitet Zdrowia Publicznego
Polskiej Akademii Nauk
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH –
Państwowy Instytut Badawczy

ZDROWIE PUBLICZNE 3.0

WNIOSKI PO PANDEMII COVID-19
perspektywa globalna

POLICY PAPER

autorzy:

Włodzimierz Cezary Włodarczyk,
Grzegorz Juszczuk

zespół konsultacyjny:

Wojciech Hanke, Bolesław Samoliński,
Bogdan Wojtyniak, Tomasz Zdrojewski,

Warszawa 2022



NARODOWY
INSTYTUT
ZDROWIA
PUBLICZNEGO
PAŃSTWOWY INSTYTUT
BADAWCZY

© Copyright by Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022

Przedruk materiałów w całości lub części możliwy jest wyłącznie za zgodą Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego

Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła

ISBN 978-83-65870-45-2

doi 10.32394/niph.002

Redakcja techniczna:
Grzegorz Święckowski

Korekta:
Justyna Partyka

Opracowanie graficzne i skład:
Kamil Potęga, Studio *grafpa*, www.grafpa.pl

Wydawca

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel. +48 22 54 21 400, +48 22 54 21 200

e-mail: wydawnictwo@pzh.gov.pl

Spis treści

■ WSTĘP	8
■ EWOLUCJA PARADYGMATU	11
— Kryzys przedpandemiczny	11
— Nierówności / niesprawiedliwości w zdrowiu	17
■ ZDROWIE PUBLICZNE OPARTE NA DOWODACH (Evidence based public health – EBPH)	26
— Aktywna rola ekspertów	36
— Infodemia	39
■ ZINTEGROWANY SYSTEM ZDROWOTNY	48
— Spójność systemu zdrowotnego	48
— System w pandemii	59

UKŁAD ZDROWIA, SPOŁECZEŃSTWA I GOSPODARKI.....	65
— Kalkulacje	65
— Inne sektory	71
WARUNKI POLITYCZNE I ICH ASPEKTY.....	73
— Rekomendacje systemowe.....	74
— Nonkonformizm polityczny.....	82
— Obowiązek szczepień	85
ZAKOŃCZENIE	104

Przebieg pandemii Covid-19 ujawnił wiele słabości w funkcjonowaniu polskiego zdrowia publicznego. Nie była to sytuacja wyjątkowa, bo w wielu innych krajach obserwowano skutki podobne, a niekiedy bardziej tragiczne. Wskazanie przyczyn po stronie przygotowania procedur, niedostatków organizacyjnych, niedofinansowania, czy braków kadrowych jest stosunkowo proste. W tym wypadku sposoby naprawy byłyby oczywiste: więcej ludzi, więcej pieniędzy, lepsza organizacja. Plus świadomość, że niespodziewane ataki nowego wirusa są zagrożeniem realnym i jakaś forma gotowości do obrony jest niezbędnym składnikiem racjonalnej polityki zdrowotnej państwa.

Bardziej pogłębiona analiza czynników powodujących rozczarującą formę reagowania tak wielu systemów zdrowia publicznego na pandemię każe wyjść poza wskazane wyżej, łatwe do dostrzeżenia sprawy. Wiele wskazuje na to, że to zasadniczy zestaw pojęć i teorii tworzących podstawy rozumienia zdrowia publicznego jako nauki i praktyki okazał się niewystarczający do takiego przygotowania systemów zdrowotnych, aby były w stanie właściwie zareagować na atak pandemii. Diagnoza ta odnosi się także do sytuacji w Polsce i jeśli stawia tezę o konieczności zreformowania naszego zdrowia publicznego, to wszelkie decyzje o zmianach powinny być poprzedzone osiągnięciem dostatecznie szerokiej zgody co do tego, jak ma wyglądać paradygmat, który w działaniach zespołów projektujących zmiany miałby być zastosowany.

Jeśli przyjąć, że stary paradygmat jest niezadowolający, to odpowiedź ze strony badaczy zajmujących się tą problematyką może być dwojaka. Po pierwsze, można uznać, że stary paradygmat powinien być odrzucony i zastąpiony nowym. Po drugie, możliwe jest włączenie się w trwającą naturalną ewolucję starego paradygmatu, który już od dłuższego czasu podlega znaczącej ewolucji. Naszym zdaniem proponowana, niezbędna zmiana powinna polegać na wzmocnieniu procesów już zachodzących i ewentualnym ich uzupełnieniu tam wszędzie, gdzie Covid-19 ujawnił braki szczególnie dotkliwe.

Proponowany przez nas *policy paper* zawiera teoretyczne wnioski z doświadczeń uzyskanych przy przyjęciu globalnego oglądu sytuacji. Przy zastosowaniu takiej perspektywy zminimalizowana jest ilość informacji poświęconych Polsce, choć sytuacja tutaj panująca stanowi stały punkt odniesienia, tak dla autorów, jak i dla czytelników. Przedstawiamy zarys zmodyfikowanego, czy wzbogaczonego paradygmatu zdrowia publicznego w przekonaniu, że będzie pełnić rolę inspirującą w wielu pracach koncepcyjnych służących teorii i praktyce. Proponujemy następujące główne punkty: ewolucja paradygmatu i kryzys przedpandemiczny, zdrowie publiczne oparte na dowodach, zdrowie publiczne jako część

zintegrowanego systemu zdrowotnego, układ zdrowia, społeczeństwa i gospodarki, warunki polityczne i ich aspekty. Zasady odtwarzanego paradygmatu będą wykorzystane w syntetycznych rekomendacjach wskazujących kształt reformowania polskiego systemu zdrowia publicznego. Jej punktem wyjścia ma być wieloaspektowa diagnoza sytuacji zdrowotnej, instytucjonalnej i prawnej, w której są wykorzystane, [m.in.](#) informacje pochodzące z Krajowego Planu Transformacji (Dz.Urz.M.Z. z 2021 poz. 89). Rekomendacje mają odnosić się bezpośrednio do realiów krajowych, ale mają mieć uzasadnienie w treści paradygmatu przedstawionego w *policy paper*. Poszukiwania nowych rozwiązań, jakie mogą być wprowadzane do polskiego zdrowia publicznego już się rozpoczęły. Przed jednym z zespołów odpowiednie zadanie zostało już postawione i mamy nadzieję, że nasze opracowanie będzie w tych poszukiwaniach przydatne.

Niniejszy *policy paper* jest adresowany do profesjonalistów zdrowia publicznego i wszystkich badaczy zainteresowanych problemami zdrowia publicznego jako elementami realizowanych przez państwo polityk publicznych. Zawiera wybrane informacje dostępne do 15 listopada 2021 roku (dostęp do źródeł internetowych był realizowany od 15 kwietnia do tej daty). *Policy paper* będzie podstawą przygotowania koncentrującego się na Polsce dokumentu *policy brief*, który będzie rozpowszechniony wśród polityków, także samorządowych, oraz zainteresowanych decydentów różnych szczebli. Ufamy, że zespoły formalnie zobowiązane do zajmowania się tym problemem także z niego skorzystają.

zamiast motta...

Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health:
Last Updated 17.12.2021
Total Cases 273 019 599
Total Deaths 5 338 972
Total Vaccine Doses Administered 8 595 323 191

WSTĘP¹

Już na długo przed wybuchem pandemii Covid-19 w wielu środowiskach podejmowano wielokrotnie kwestie dotyczące potrzeby wypracowania nowej, a przynajmniej uzupełnienia starej koncepcji zdrowia publicznego. Ewolucja paradygmatu zdrowia publicznego, postępowała nieustannie już od chwili jego pierwotnej koncentracji na zagadnieniach chorób zakaźnych. Osiągnęła ona przełomowy punkt, kiedy zaczęła dojrzewać myśl, że potrzebny jest jakościowy skok zmieniający istotnie rozłożenie poszczególnych akcentów. Naturalnie zachodzące zmiany były oczywistym i nieuchronnym następstwem zmieniających się profili potrzeb zdrowotnych, oczekiwań i preferencji ludzi, a także przeobrażeń społecznych i bezprecedensowych innowacji technologicznych. Uległy one gwałtownemu przyspieszeniu w wyniku ataku wirusa SARS-CoV-2, który ujawnił, że przededefiniowanie koncepcji zdrowia publicznego stało się dojmującym nakazem chwili. Świat był całkowicie zaskoczony, gdy okazało się, że w globalnej skali pojawiła się groźba załamania nie tylko aktywności gospodarczej², ale nawet zaspokajania elementarnych potrzeb, w tym dostaw żywności³. Właściwie we wszystkich krajach zdrowie publiczne i systemy zdrowotne były nieprzygotowane do radzenia sobie w nowych okolicznościach, kiedy pojawił się nowy wirus o nierozpoznanych właściwościach przenoszenia się i nieznanym skutkach dla zdrowia. Historycznie znane doświadczenia walki z epidemiami, polegające na izolacji, w pierwszej fazie pandemii okazały się jedynymi dostępnymi, co potwierdziło, że problemy zagrożeń ze strony chorób zakaźnych nie mogą być potraktowane jako problem przewyższony raz

¹ Niektóre wątki omawiane w tym opracowaniu były przedstawione na kilku konferencjach: Zdrowie publiczne 3.0. zmiana paradygmatu po pandemii. Wprowadzenie, XXVIII Welconomy Forum, Toruń, 21 czerwca, 2021, „Public health community” i polityczny nonkoformizm, polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Forum Myśli Strategicznej 23 czerwca, 2021, O pewnej antynomii, V Kongres WIZJA ZDROWIA – Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny, Warszawa. 13.10.2021, Zdrowie Publiczne 3.0. Zmiana paradygmatu po pandemii, 3 Kongres ZDROWIE POLAKOW, Panel ekspertów PE-08: Wyzwania dla zdrowia publicznego w czasie pandemii COVID-19, Warszawa 25.10.2021

² WB Global Economic Prospects, JUNE 2020, International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2020, <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33748/9781464815539.pdf?sequence=21&isAllowed=y>

³ UN Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Food Security and Nutrition, JUNE 2020, https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_covid_impact_on_food_security.pdf

na zawsze. Jednocześnie okazało się, że współczesny świat nie ma do dyspozycji żadnych skutecznych narzędzi obronienia się przed zagrożeniem będącym następstwem zakażenia się wirusem. W raporcie Niezależnego Panelu Ekspertów ogłoszonym na początku 2021 roku napisano, że żniwo tej epidemii jest *prima facie* dowodem na to, że świat, pomimo licznych ostrzeżeń, że takie zdarzenie było prawdopodobne, nie był przygotowany na wybuch choroby zakaźnej o zasięgu globalnej pandemii⁴. Skrytykowano nie tylko reakcje państw i rządów. Szczególnie znaczące⁵ było stwierdzenie w raporcie istnienia ograniczeń możliwości WHO w zakresie oceniania prawdziwości i znaczenia meldunków o ogniskach choroby z punktu widzenia zagrożenia pandemicznego i jak bardzo niewielkie były zasoby, które mogły być przekazane celem wsparcia najbardziej potrzebującym. Również repertuar bodźców mających zachęcić państwa do rzetelnej, szczerzej, terminowej i odpowiedzialnej współpracy oceniono jako niewystarczający. Błędy ujawnione przez pandemię miały posłużyć jako nauka na przyszłość. W rozwiniętej wersji Raportu przedstawiono także pozytywne zdarzenia, które mogły być wykorzystane w przyszłych działaniach⁶. Znalazły się tam punkty przedstawione w ramce:

Pracownicy służby zdrowia byli nieustrudzeni w swoich wysiłkach. Lekarze, pielęgniarki, położne, opiekunowie, pracownicy służby zdrowia i inni pracownicy pierwszej linii, w tym pracujący na granicach, nadal pracują z pełnym oddaniem, aby chronić ludzi i ratować życie

Skuteczne reakcje poszczególnych krajów opierały się na wnioskach wyciągniętych z poprzednich epidemii i często miały plany reagowania, które mogły być dostosowane do nowych okoliczności

Bogactwo kraju nie było predyktorem sukcesu. Wiele krajów o niskim i średnim dochodzie z powodzeniem wdrożyło środki zdrowia publicznego, które utrzymywały liczbę zachorowań i zgonów na minimalnym poziomie

Szczepionki zostały opracowane w bezprecedensowym tempie

Otwarty dostęp do danych i współpraca w zakresie otwartej nauki miały kluczowe znaczenie dla ostrzegania i właściwego reagowania

Źródło: WHO 2021

⁴ WHO The second report on progress, prepared by the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response for the WHO Executive Board, January 2021, https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/01/Independent-Panel_Second-Report-on-Progress_Final-15-Jan-2021.pdf

⁵ Należy pamiętać, że raport był przygotowany na zamówienie WHO

⁶ COVID-19: Make it the Last Pandemic by the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, to be presented to the Seventy-fourth World Health Assembly in May 2021. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf

Z pewnością należy odnotować pozytywy w walce z pandemią, a także wziąć pod uwagę niepowodzenia strategii przyjętych przez rządy. Nie ma jednak wątpliwości, że systemy zdrowotne funkcjonujące w różnych krajach okazały się nieprzygotowane do stawienia czoła pandemii. Jest również bezsporne, że część odpowiedzialności za doprowadzenie do takiej sytuacji należy przypisać poglądom, czy paradygmatowi zdrowia publicznego, który pozwalał lub nakazywał podejmowanie różnych działań, jednocześnie skłaniając do zaniechania innych. Jeśli tak, to zasadne jest przyjęcie tezy, że wydarzenia związane z pandemią Covid-19 powodują konieczność przyjęcia zmodyfikowanego / przeformułowanego / przedefiniowanego / rozszerzonego paradygmatu zdrowia publicznego.

EWOLUCJA PARADYGMATU

Rozpoczynając omówienie zmieniających się cech zastanego paradygmatu podkreślamy, że celem prezentowanego przedsięwzięcia ma być rozwinięcie tego, co przez dziesięciolecia w zdrowiu publicznym zostało ewolucyjnie osiągnięte, a nie zdefiniowanie całkowicie nowej koncepcji. Z pełnym szacunku i przekonaniem chcemy budować na fundamencie tego, co stworzyły pokolenia badaczy oraz ludzie podejmujący działania służące zdrowiu ogółu, którzy przez dekady angażowali się w sprawy zdrowia publicznego.

Kryzys przedpandemiczny

W dominującej w okresie przedpandemicznym koncepcji zdrowia publicznego, która ukształtowała się w krajach rozwiniętych, widoczna była próba odpowiadania na postrzegane zmiany problemów zdrowotnych. Opanowanie wielu chorób zakaźnych, także dzięki stosowaniu szczepień jako interwencji zdrowia publicznego, prowadziło do zwiększającego się znaczenia chorób przewlekłych jako zagrożenia zdrowotnego. Zmiany profilu epidemiologicznego – przyczyn zachorowań i zgonów od chorób zakaźnych i urazów do chorób przewlekłych wraz z wydłużaniem się oczekiwanego trwania życia, także zmiany stylu życia i związane z tym modyfikacje struktury czynników ryzyka – już od kilku dekad są określane jako „epidemiologiczne przejście” (epidemiological transition – ET). Stawały się one rzeczywistością i przedmiotem uwagi badaczy w wielu krajach⁷. O ile u swoich początków ET było rozumiane jako prowadząca do określonych konsekwencji zamknięta w czasie zmiana, to współcześnie jest rozumiana jako stale obecna cecha przeobrażającego się obrazu sytuacji zdrowotnej⁸. Procesy zmian występowały we wszystkich krajach, zatem ET miało charakter globalny,

⁷ Santosa A. et al. The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review, *Global Health Action*, vol.7, 15 May 2014, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038769/pdf/GHA-7-23574.pdf>

⁸ Wahdan, M.H. (1996). The epidemiological transition. *EMHJ – Eastern Mediterranean Health Journal*, 2 (1), 8-20, 1996, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/118829/emhj_1996_2_1_8_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ale ich związek z rozwojem gospodarczym i społecznym był dostrzegalny i znacząco szybszy w krajach rozwiniętych⁹.

Jednak to nie tylko konieczność konfrontowania się z rzeczywistością była siłą napędową zmian. Innym, niezwykle istotnym, czynnikiem był stale obecny w zdrowiu publicznym, naturalny krytycyzm wobec siebie jako nauki i wobec sytuacji, w jakiej przyszło funkcjonować. Jednym z bardzo ważnych wątków obecnych w ewoluującym paradygmacie były wątpliwości odnoszące się do wyznaczania granic między publiczną i indywidualną, czy prywatną odpowiedzialnością. Pozornie, już sama nazwa zdrowia publicznego wydaje się wskazywać jednoznacznie przeważający udział odpowiedzialności publicznej, ale wpływy dominujące przed kilkoma dekadami doktryny neoliberalnej pewność tę osłabiły¹⁰. Koncepcje, zgodnie z którymi rynek jest najlepszym regulatorem działań społecznych, w dużym stopniu niezależnie od rodzaju i nasilenia potrzeb ludzi miały istotny wpływ na dostępność i możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych¹¹. Choć można było mieć wrażenie, że kryzys finansowy z roku 2008 przywrócił przekonanie o całkowitej zawodności rynku w sferze ochrony zdrowia, to wpływy neoliberalnych idei okazały się bardzo trwałe¹². Podejmowanie indywidualnej odpowiedzialności za sprawy dotyczące zdrowia miały być dowodem emocjonalnej dojrzałości i formą korzystania z przynależnej obywatelom wolności, co miało zwalniać władze publiczne z ich odpowiedzialności¹³. Przekonanie, że w zdrowiu publicznym rola rządu zawsze pozostaje kluczowa było przedstawiane w różnych krajach i w różnych środowiskach¹⁴. Jednak wątpliwości zostały zasiane i w wielu sytuacjach opinia publiczna mogła nie mieć

⁹ Murray, C.J.L. et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition, *The Lancet*, Volume 386, issue 10009, P2145–2191, November 28, 2015, [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)61340-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)61340-X.pdf)

¹⁰ Harvey D. *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford University Press, 2005

¹¹ Sakellariou D., Rotarou E.S. The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities, *International Journal for Equity in Health* volume 16, 15 November 2017, <https://equityhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-017-0699-3.pdf>

¹² Garnham L.M. Public health implications of 4 decades of neoliberal policy: a qualitative case study from post-industrial west central Scotland, *Journal of Public Health*, Volume 39, Issue 4, December 2017, Pages 668–677, <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/39/4/668/3058978>

¹³ Eliason M.J. Neoliberalism and health, *ANS. Advances in nursing science* 38(1), January 2015:2–4, file:///C:/Users/user/Downloads/ANSEliasonNEoliberalism%20(2).pdf

¹⁴ Zimmermann J. Government's Role in Public Health, *American Society for Public Administration*, February 24, 2017, <https://patimes.org/governments-role-public-health/>

pewności co do zakresu publicznej odpowiedzialności¹⁵. Elementem dyskusji na temat prywatnej i publicznej odpowiedzialności za zdrowie publiczne były rozważania na temat ekonomicznej opłacalności podejmowanych w jego ramach interwencji¹⁶. Trudności w szukaniu odpowiedzi o długość czasowego horyzontu, w ramach którego ewentualna korzyść ma być poszukiwana, a ponadto kwestia przeliczania różnych wartości na pieniężny ekwiwalent nie ułatwiały rozwiania istniejących wątpliwości. W tym miejscu warto podkreślić, że w WHO nigdy takie zastrzeżenia nie powstały i w idei „stewardship” – odpowiedzialnego zarządzania – głoszonej konsekwentnie od 2000 roku zasada odpowiedzialności rządu za sprawy zdrowia pozostawała zawsze elementem kluczowym¹⁷.

W USA krytyczne opinie na temat własnej pozycji zdrowia publicznego były przedstawiane przez dziesięciolecia. Jednak jako szczególnie znaczące można uznać opracowanie Instytutu Medycznego (Institute of Medicine – IOM) z 1988 roku, w którym pojawiło się zdanie, że „zdrowie publiczne jest w stanie rozkładu” (disarray)¹⁸. Wtedy też zainicjowane zostały prace nad definiowaniem i precyzowaniem treści działań zdrowia publicznego, które prowadzono stosując pojęcie funkcji, a następnie świadczeń zdrowia publicznego. Podjęcie tego zagadnienia okazało się bardzo inspirujące dla badaczy na całym świecie, a w USA jeszcze ponad 30 lat później poważnie zajmowano się tymi zagadnieniami¹⁹.

Problem niedoceniańa pozycji i roli zdrowia publicznego był dostrzegany także w organizacjach międzynarodowych. W tym nurcie aktywności należy wskazać podjęcie pod koniec lat dziewięćdziesiątych kwestii funkcji zdrowia publicznego, a potem promowanie dotyczących jej analiz²⁰. Kraje Europejskiego

¹⁵ Marleen P M Bekker, Scott L Greer, Natasha Azzopardi-Muscat, Martin McKee Public health and politics: how political science can help us move forward, *European Journal of Public Health*, November 2018, 1 artykuły publikowane w tym suplemencie

¹⁶ McDaid D. et al. Supporting effective and efficient policies: the role of economic analysis, w: *Promoting Health, Preventing Disease. The Economic Case*, Edited by David McDaid, Franco Sassi and Sherry Merkur, 2015: 19-32, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1619974949&id=id&accname=guest&checksum=FCF5C1218DF8E5E51A0542C11C89EC67>

¹⁷ WHO The world health report 2000 – Health systems: improving performance, World Health Organization 2000, https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

¹⁸ IOM The Future of Public Health, Committee for the Study of the Future of Public Health, 1988, http://depts.washington.edu/envh473/Readings/IOM_Report.pdf

¹⁹ Ten Essential Public Health Services. Futures Initiative Task Force. 10 Essential Public Health Services. September 9, 2020. <https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-English.pdf>

²⁰ Bettcher DW, Sapirie S. Goon EH Essential public health functions: results of the international Delphi study, *World Health Statistics Quarterly* No 51(1), 1998:44-54,

Regionu WHO także dostrzegały wyzwania stojące przed zdrowiem publicznym, zaliczając do nich kryzys ekonomiczny, zwiększające się nierówności, starzenie się populacji, wzrastające znacznie schorzeń przewlekłych, migracje ludzi i postępującą urbanizacja, zmiany klimatu i groźbę katastrofy klimatycznej. Wzmocnienie instytucji zdrowia publicznego zostało potraktowane jako pilne zadanie, o czym traktowały dokumenty przygotowane w 2012 roku²¹, potwierdzone jako przedstawiające ważne zadania konieczne do podejmowania w przyszłości w roku 2021²².

Dyrektor Zarządzająca Europejskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego (European Public Health Association – EUPHA) wśród wyzwań stojących przed zdrowiem publicznym – prócz konsekwencji zmian demograficznych i konieczności absorbowania technologicznych innowacji – wskazała problem politycznych nacisków na zdrowie publiczne, grę dewastujących partykularnych interesów oraz nowe dylematy etyczne i moralne²³. Naciski polityczne wywierane współcześnie przez siły populistyczne utrudniają komunikację ze społeczeństwem, kwestionując prawomocność naukowych ustaleń i racjonalnej argumentacji. Komunikaty i zalecenia przedstawiane przez przedstawicieli zdrowia publicznego mogą być bezskuteczne. Interesy potężnych firm międzynarodowych, których przykładem są firmy internetowe, mogą znacząco wpływać na treść i przebieg strumieni informacji przekazywanych społeczeństwu. Ich pozycja ekonomiczna, wynikająca często z uprzywilejowanych warunków podatkowych, utrudnia władzy i zdrowiu publicznemu ich skuteczną kontrolę. W wymiarze etycznym ujawnia się dylemat wzajemnych proporcji między bezpieczeństwem zdrowotnym, a wolnością oraz swobodą aktywności gospodarczej. Z późniejszej perspektywy jest jasne, że problem postawiony przed pandemią jako konieczny przedmiot namysłu, po jej wybuchu nabrał znaczenia szczególnego.

Długo przed pandemią praktycznie wszędzie medycyna interwencyjna zyskiwała na prestiżu, co następowało kosztem zdrowia publicznego. Przesądzała o tym

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55726/WHSQ_1998_51_1_p44-54_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²¹ WHO European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services, Regional Committee for Europe, Sixty-second session, Malta, 10–13 September 2012

²² WHO Public health services, 2021, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services>

²³ Zeegers Paget D. New challenges for public health in the 21st century, Asia Analysis, August 15, 2019, <https://www.openaccessgovernment.org/public-health-in-the-21st-century/66474/>

atrakcyjność nowych procedur, takich jak przeszczepy²⁴, a także nowe możliwości otwierane przez rozwój naukowy²⁵. W konsekwencji badacze, ale także osoby powiązane ze zdrowiem publicznym i medycyną naprawczą byli bardziej skłonni do podkreślania nie podobieństw, ale różnic między dwoma środowiskami²⁶. Nie sprzyjało to harmonijnej współpracy. Z konieczności prowadziło do obniżania jakości opieki sprawowanej nad pacjentami i środowiskiem, a w długofalowej perspektywie osłabiało szanse zdrowia publicznego na skuteczne reagowanie w warunkach nagłego zagrożenia, zwłaszcza w globalnej skali²⁷.

Jednym z istotnych wymiarów kryzysowej sytuacji, w jakiej znajdowało się zdrowie publiczne na długo przed pandemią były powtarzające się informacje o jego permanentnym niedofinansowaniu²⁸. Komentując sytuację jeden z amerykańskich autorów stwierdził, że Centrum Kontroli Chorób i Prewencji będące federalnym organem zobowiązanym do reagowania na epidemie oraz wspierające departamenty zdrowia publicznego różnych szczebli, miało ostatnio setki nieobsadzonych stanowisk, z których część została zlikwidowana na długo przed pandemią²⁹. Jednocześnie administracja Donalda Trumpa wprowadzała coroczne cięcia w budżetach stawianych do dyspozycji Centrum. Nie można też wykluczyć, że decyzja o zmniejszeniu składu Rady Bezpieczeństwa Narodowego (National Security Council) przyczyniła się do osłabienia stanu przygotowań kraju do stawienia czoła pandemii.

To niekorzystne zjawisko w żadnym razie nie ograniczało się do USA i występowało także w innych krajach³⁰. Na przykład w komentarzu dotyczącym sytu-

²⁴ Np. Fernández-Viña M. The history of heart transplants: Stanford innovation, Stanford Blood Center, August 13, 2020, <https://stanfordbloodcenter.org/the-history-of-heart-transplants-stanford-innovation/>

²⁵ Np. Smith J. Humble Beginnings: The Origin Story of Modern Biotechnology, Labiotech.eu, 23/12/2020, <https://www.labiotech.eu/in-depth/history-biotechnology-genentech/>

²⁶ Fineberg Harvey V. Public Health and Medicine, American Journal of Preventive Medicine Volume 41, Issue 4, Supplement 3, S149-S151, October 01, 2011, <https://www.ajpmonline.org/action/showPdf?pii=S0749-3797%2811%2900514-9>

²⁷ WHO Ten threats to global health in 2019, 21 March 2019, <https://www.who.int/vietnam/news/feature-stories/detail/ten-threats-to-global-health-in-2019>

²⁸ Kolejne raporty o charakterystycznych tytułach: The Impact of Chronic Underfunding on America's Public Health System: Trends, Risks, and Recommendations, Trust for America's Health (TFAH), 2020, <https://www.tfah.org/wp-content/uploads/2020/04/TFAH2020PublicHealthFunding.pdf>

²⁹ Bias T. Public Health is Always Political, ThinkGlobalHealth, May 5, 2020, <https://www.thinkglobalhealth.org/article/public-health-always-political>

³⁰ Fund our NHS, NHS Support Federation, 2020, <https://nhsfunding.info/symptoms/10-effects-of-underfunding/cuts-to-frontline-services/>; Agere H. Underfunding in

acji w Wielkiej Brytanii napisano, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia zdrowie publiczne na wszystkich szczeblach było rażąco (grossly) zaniedbane z punktu widzenia dostępnych zasobów³¹. Dotyczyło to licznych instytucji kształcących w różnych dziedzinach zdrowia publicznego, a także jednostek operacyjnych. Pozycja przedstawicieli zdrowia publicznego i możliwość wpływania przez nich na otoczenie w kierunku obrony zdrowia populacji były spychane na margines. Przyczyniło się to do ograniczenia możliwości bardziej skutecznego reagowania w pierwszej fazie pandemii.

Analizując sytuację, w której włoski system zdrowotny wiosną 2020 roku znalazł się na skraju załamania, autorzy napisali, że było to rezultatem trwających latami procesów jego fragmentacji i dziesięcioleci cięć finansowych oraz prywatyzowania i pozbawiania systemu zasobów ludzkich i technicznych³².

Istotnym elementem zmieniającej się sytuacji zdrowotnej było powszechnie dostrzegane w krajach rozwiniętych starzenie się społeczeństw będące także pozytywnym efektem skutecznych działań opieki zdrowotnej³³. Prowadziło to jednak jednocześnie do ujawniania się wielu współwystępujących chorób. Przy zanikaniu gwarantujących opiekę rodzin wielopokoleniowych wymagało rozwinięcia instytucji służących nie tylko medycznemu podtrzymywaniu zdrowia, ale także codziennej opiece³⁴. Doświadczenie życia z trwającą i niedającą się wyleczyć chorobą stało się powszechnym zjawiskiem, mimo intensywnych wysiłków podejmowanych w ramach programów określanых jako „zdrowe starzenie się” (healthy ageing)³⁵.

the public health sector, (Zimbabwe) The Sunday Mail Jul 3, 2016, <https://www.zimbabwesituation.com/news/zimsit-m-underfunding-in-the-public-health-sector/>

³¹ Scally G. A new public health body for the UK. “Local first” approach dropped in favour of industrial and security oriented agency, *BMJ* 2021;373:n875, <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n875>

³² Armocida B. et al. The Italian health system and the COVID-19 challenge, *The Lancet. Public Health*, Vol 5 May 2020, <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2820%2930074-8>

³³ Garza A. The Aging Population: The Increasing Effects on Health Care, *Pharmacy Times*, January 2016 The Aging Population, Volume 82, Issue 1, <https://www.pharmacytimes.com/view/the-aging-population-the-increasing-effects-on-health-care>

³⁴ UN World Population Ageing 2019. Highlights, Department of Economic and Social Affairs, United Nations New York, 2019, <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>

³⁵ UN Decade of Healthy Ageing 2021-2030, What is the UN Decade of Healthy Ageing? 2021, <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Nierówności / niesprawiedliwości w zdrowiu

Nierówności w zdrowiu, a zwłaszcza niejednokrotnie dziedziczny z pokolenia na pokolenie zły stan zdrowia ludzi biednych były zagadnieniami rozpoznanymi od dawna. W dziewiętnastym wieku jego dostrzeżenie stanowiło dowód wrażliwości społecznej. Badacze związani ze zdrowiem publicznym i medycyną społeczną – Rudolf Virchow, Louis-René Villermé, Edwin Chadwick, – nie mieli wątpliwości co do udziału czynników społecznych w kształtowaniu różnic w stanie zdrowia. Książka Chadwicka na temat warunków zdrowotnych, w jakich żyli angielscy robotnicy z pewnością przyczyniła się nie tylko do ujawnienia problemu, ale do nadania mu społecznego znaczenia³⁶. Z drugiej strony troska o zdrowie robotników i ich rodzin była traktowana jako elementarny punkt programów partii lewicowych. Nacisk polityczny organizującego się ruchu robotniczego odegrał znaczącą rolę w podejmowaniu przedsięwzięć zdrowia publicznego³⁷. Ustawodawstwo uchwalane w Wielkiej Brytanii, w Niemczech i w innych krajach zbudowało fundamenty racjonalnych działań w tej sferze³⁸. Z czasem jednak, pod wpływem wielu czynników, także przez dominację modelu biomedycznego, podejmowane przez zdrowie publiczne problemy nierówności i świadomość wagi czynników społecznych w ich kształtowaniu schodziły na plan dalszy. Wydawało się, a pogląd ten cieszył się aprobatą naukowych autorytetów, że działania medyczne są w stanie samodzielnie doprowadzić do poprawy stanu zdrowia przedstawicieli wszystkich grup społecznych, a w konsekwencji problem nierówności będzie zanikać. W konsekwencji powszechny dostęp do opieki medycznej zaczęto traktować jako najbardziej skuteczną metodę troszczenia się o zdrowie, a postulat osiągnięcia tego stanu oceniono jako priorytetowy.

Szeroko prowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że systematycznie występujące różnice w stanie zdrowia i oczekiwanym trwaniu życia, wyraźnie powiązane z pozycją ludzi – jednostek i grup – są zjawiskiem występującym powszechnie i żaden kraj nie jest od niego wolny. Fakt ten został uznany za niemożliwy do akceptowania przy przyjmowaniu moralnych standardów obowiązujących

³⁶ Chadwick E. The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain, 1842, <https://victorianweb.org/history/chadwick2.html>

³⁷ Wikipedia Historia ruchu socjalistycznego, 2021, https://pl.wikipedia.org/wiki/Historia_ruchu_socjalistycznego

³⁸ Hamlin C. The history and development of public health in developed countries, w: Oxford Textbook of Global Public Health, Edited by: Roger Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim and Chorh Chuan Tan, 2015: 19-36

we współczesnych cywilizacjach³⁹. Dwa wymiary społecznego położenia, pośród wielu innych, okazały się być szczególnie ściśle powiązane ze stanem zdrowia: zamożność i wykształcenie. W wiedzy potocznej prawda o tym, że bogatsi mają lepiej – także pod względem zdrowia – była obecna od dawna. Doświadczenia XIX wieku wyraźnie to potwierdziły, ale prawdopodobnie przygotowany w Wielkiej Brytanii *The Black Report* z końca lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku dostarczył pierwszych, mocnych danych potwierdzających tę tezę⁴⁰. Dzieje Raportu, zamówionego przez rząd laburzystowski i próby uniemożliwienia publikacji podjęte przez rząd konserwatywny ujawniły polityczne znaczenie problemu⁴¹.

Wiele przedsięwzięć podejmowano w krajach skandynawskich⁴² i innych⁴³. Problem został podjęty przez Światową Organizację Zdrowia, której inicjatywy przydały dużego znaczenia tej problematyce, wzbogacając też teoretyczną świadomość problemu i empiryczną wiedzę. Należy podkreślić, że zajmując się tą problematyką, autorzy związani z WHO konsekwentnie używali pojęcia „sprawiedliwość i niesprawiedliwość w zdrowiu (health equity, health inequity)”, podczas gdy w wielu tekstach badawczych częściej występowało pojęcie nierówności (inequality)⁴⁴. W latach osiemdziesiątych WHO sformułowała cel dotyczący redukcji różnic w stanie zdrowia mieszkańców różnych krajów i różnych grup ludności⁴⁵.

Bardzo duża część koncepcji i badań różnych społecznych czynników wpływających na zdrowie była gromadzona w związku z programami nastawionymi na rozwiązywanie problemu, szczególnie tymi inspirowanymi przez

³⁹ „nierówności odzwierciedlają niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia, które uznawane są za niesprawiedliwe” Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, WHO 2012, s.5

⁴⁰ The Working Group on Inequalities in Health, *The Black Report*, 1980, <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/black-report-foreword/>

⁴¹ Exworthy M., Blane D., Marmot M. Tackling Health Inequalities in the United Kingdom: The Progress and Pitfalls of Policy, *Health services research*, 38(6 Pt 2), 1905–1921, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360979/pdf/hesr_208.pdf

⁴² Hogstedt C., Lundgren H., Moberg H., Pettersson B., Agren G. (eds) *The Swedish Public Health Policy*, *Scandinavian Journal Of Public Health*, December 2004, Supplement 64

⁴³ Mackenbach J.P., Stronks K.A. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands, *British Medical Journal* 325, 2002:1029-1032 <https://www.bmj.com/content/325/7371/1029.1>

⁴⁴ Margaret Whitehead, Göran Dahlgren *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*, WHO Regional Office for Europe, 2006, http://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf

⁴⁵ *Targets for health for all. The health policy for Europe*, WHO Copenhagen 1991

WHO. W raporcie postulującym działania zmierzające do redukcji nierówności zdrowotnych w skali globu zespół czynników warunkujących został przedstawiony w ramach złożonej konstrukcji, w której ujęte były najważniejsze uwarunkowania⁴⁶. Pierwsza grupa czynników związana z warunkami codziennego życia obejmowała:

- a. szanse równego startu, odnoszące się przede wszystkim do kształcenia,
- b. otoczenie przestrzenne, w tym własność ziemi i administrowanie miastami, także jakość środowiska,
- c. zatrudnienie, jego pewność i warunki pracy,
- d. efektywność zabezpieczenia społecznego, w tym przeciwdziałanie wykluczeniu,
- e. możliwość korzystania z opieki zdrowotnej.

Druga grupa czynników dotycząca władzy i pieniędzy obejmowała:

- a. możliwość włączania problemu zdrowia do wszystkich szczegółowych polityk społecznych,
- b. dystrybucja obciążeń finansowych, w tym podatków i szanse redukcji długów,
- c. obecność problemu zdrowia w działaniu rynku, w tym odpowiedzialność biznesu, także prywatnego,
- d. sposób uregulowania wpływu czynnika płci (gender) na zdrowie, w tym prawa kobiet i zdrowie reprodukcyjne,
- e. pozycja obywateli i pacjentów w procesie politycznym dotyczącym zdrowia,
- f. uwarunkowania międzynarodowe.

Niezależnie jednak od złożoności stosowanego modelu, który miał dawać podstawę przyszłych interwencji podejmowanych przez rządy i instytucje społeczne, autorzy nie mieli wątpliwości, że ubóstwo jest głównym czynnikiem wpływającym negatywnie na zdrowie.

Podkreślić należy, że nierówności mogą występować i ujawniają się na kilku płaszczyznach: pomiędzy jednostkami, pomiędzy grupami społecznymi

⁴⁶ World Health Organisation, Commission on Social Determinants of Health Closing the Gap in a Generation, Health equity through action on the social determinants of health, Final Report, 2008 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

identyfikowanymi na podstawie różnych kryteriów, w układzie terytorialnym i geograficznym, między państwami i kontynentami. Jest oczywiste, że dążąc do realizacji postulatu redukcji nierówności wielość i zróżnicowanie tych płaszczyzn musi być brane pod uwagę. Stosowane muszą być bardzo odmienne strategie – od poziomu mikro, do przedsięwzięć podejmowanych w globalnej skali. W czasie przedpandemicznym uznano powszechnie, że postulat redukcji nierówności w zdrowiu powinien być traktowany jako jeden z najważniejszych celów polityki zdrowotnej⁴⁷. Istotne, że nierówności w zdrowiu traktowane są jako przejaw niesprawiedliwości, a ich istnienie, a niekiedy narastanie jest pochodną nierówności społecznych i ekonomicznych, nierównego udziału w ogólnym wzroście dobrobytu, a także nierównego wpływu na ważne decyzje dotyczące wszystkich, a szczególnie grup upośledzonych⁴⁸.

Kiedy pojawiła się pandemia Covid-19 od początku było bezsporne, że problem społecznie warunkowanych nierówności będzie jednym z najtrudniejszych do rozwiązywania⁴⁹. Odnosiło się to także do nierówności dochodowych⁵⁰, rasowych⁵¹ i gender⁵², bo osoby pochodzące z grup upośledzonych pod tymi względami ponosiły większe straty. Stąd opublikowanie w czerwcu 2020 tekstu Johana Mackenbacha, jednego z prominentnych badaczy problemów nierówności, zostało przyjęte z bardzo dużym zainteresowaniem⁵³. Termin publikacji, zbieżny

⁴⁷ WHO Reducing inequities in health across the life-course. Early years, childhood and adolescence, Editors: Anna Pearce, Kate Mason, Kate Fleming, David Taylor-Robinson & Margaret Whitehead, World Health Organization 2020, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/457289/Reducing-inequities-in-health-across-the-life-course.pdf

⁴⁸ Justin V. Remais and Richard J. Jackson Determinants of health: overview, Ronald Labonté, Frances Baum, and David Sanders Poverty, justice, and health, Oxford Textbook of Global Public Health, 2015

⁴⁹ Cox C. Older Adults and Covid-19: Social Justice, Disparities, and Social Work Practice, Journal of Gerontological Social Work, Volume 63, Issue 6-7, 2020, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01634372.2020.1808141?needAccess=true>

⁵⁰ Garg S. et al. Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory-Confirmed Coronavirus Disease 2019 — COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020, CDC, April 17, 2020, https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e3.htm?s_cid=mm6915e3_w

⁵¹ CDC COVID-19 Racial and Ethnic Health Disparities, Updated Dec. 10, 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/racial-ethnic-disparities/index.html>

⁵² Sitou S. Impact of COVID-19 widens gender equity gap: panel, The University of Sydney, 23 October 2020, <https://www.sydney.edu.au/news-opinion/news/2020/10/23/impact-of-covid-19-widens-gender-equity-gap.html>

⁵³ Mackenbach J.P. Re-thinking health inequalities (Editorial), The European Journal of Public Health, Vol. 30, No. 4, 19 June 2020: 615, <https://academic.oup.com/>

z pandemią, pozwalał sądzić, że istniał związek między obydwoma zdarzeniami. Autor przedstawił trzy punkty wymagające, jego zdaniem, przemyślenia, jeśli zadanie polegające na redukowaniu nierówności ma być traktowane poważnie. Po pierwsze, sprawa kierunku przyczynowych zależności między cechami upośledzenia społecznego a istnieniem, czy nawet pogłębianiem się nierówności zdrowotnych. W standardowym myśleniu przyczyną są zjawiska związane ze złym położeniem społecznym, jak bieda, czy brak wykształcenia, doprowadzające ludzi do gorszego stanu zdrowia. Autor zauważył, że bardzo trudno znaleźć potwierdzające to empiryczne wyniki. Natomiast obfite są dowody uzasadniające odwrotny kierunek zależności – to zły stan zdrowia prowadzi do degradacji społecznej pozycji. Po drugie, porównania międzynarodowe wskazują, że w krajach prowadzących bardziej egalitarną politykę społeczną, a więc tam gdzie dąży się do wyrównywania szans, poziom nierówności zdrowotnych wcale nie jest mniejszy, niż w krajach niepodjmujących wysiłków w tym kierunku. Doświadczenie krajów skandynawskich, mających najbardziej proegalitarne mechanizmy dystrybucji dochodów jest ważnym argumentem potwierdzającym wątpliwości autora. Po trzecie, koncepcja odróżniania nierówności względnych i bezwzględnych może prowadzić do mylących opinii na temat osiągniętych rezultatów. Może być bowiem tak – i takie było doświadczenie wielu krajów europejskich – że poprawa stanu zdrowia ogółu populacji i towarzyszące jej zmniejszanie się różnic bezwzględnych, prowadziło jednocześnie do narastania nierówności względnych. W tych warunkach przyjmowanie miar względnych za kryterium sukcesu musiało prowadzić do frustracji polityków podejmujących nieskuteczne, przy tej ocenie, decyzje. Chociaż tezy Mackenbacha zostały uznane za interesujące, to w dyskusji, która została podjęta po publikacji kwestia ich wykorzystania w analizie zjawiska ujawnianych w przebiegu pandemii nie zostały podjęte. Co więcej, obserwacje skutków pandemii w jej wczesnych fazach pozwalały dostrzec nikłą przydatność uwag Macenbacha w interpretowaniu przebiegu zdarzeń. Co więcej, wydarzenia pozwalały twierdzić, że sytuacja społecznie niekorzystna tworzyła warunki wyraźnie sprzyjające rozprzestrzenianiu się epidemii. Dotyczyło to wielu

eurpub/article/30/4/615/5859897; Mackenbach już w 1995 roku był współautorem przygotowanej dla WHO koncepcji pomiaru nierówności w zdrowiu, która dwa lata później została opublikowana, por.: J.P. Mackenbach, A.E. Kunst Measuring the Magnitude of Socio-Economic Inequalities in Health: An Overview of Available Measures Illustrated with Two Examples from Europe, *Social Science & Medicine* 44(6), April 1997 :757-71, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953696000731>

aspektów życia, jak poziom dochodów w krajach bogatych⁵⁴, ale przede wszystkim warunków zamieszkania⁵⁵ i zagęszczenia ludności w krajach biednych⁵⁶. Zamożność kraju mogła przesądzać o dostępności szczepionek⁵⁷.

Tymczasem informacji o dysproporcjach zachorowań, ciężkości przebiegu infekcji i liczby zgonów wśród przedstawicieli różnych grup społecznych było dużo.

Od początku pandemii nie było wątpliwości, że czynnikiem drastycznie różnicującym sytuację ludzi wobec koronawirusa był wiek. Położenie ludzi starszych było dramatyczne, bo ulegali zakażeniu najczęściej, chorowali najciężej i umierali w największej liczbie. Działo się to zarówno w skali globalnej⁵⁸, jak i w poszczególnych krajach.⁵⁹ Na podstawie pochodzących z USA danych dotyczących sytuacji mieszkańców tamtejszych domów opieki, grupa stanowiąca około 2% populacji wśród zmarłych na Covid-19 była reprezentowana w około 40% (średnia wieku wynosiła 82,7 lat)⁶⁰.

Odmienność struktur społecznych w różnych krajach sprawiała, że w niektórych sytuacjach ujawniały się aspekty specyficzne, niewystępujące w innych miejscach. Według amerykańskich danych opublikowanych w marcu 2021 roku czynnik rasowy wyraźnie różnicował częstotliwość zgonów z powodu Covid-19⁶¹.

⁵⁴ Finch W.H., Hernández Finch M.E. Poverty and Covid-19: Rates of Incidence and Deaths in the United States During the First 10 Weeks of the Pandemic, *Front. Sociol.*, 15 June 2020, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2020.00047/full>

⁵⁵ Mukerji R., Rodrigues P., Schrader K. Covid-19 & Community Resilience, *The Alliance 2015*, February 2021, https://www.helvetas.org/Publications-PDFs/Switzerland/COVID/researchCovid-19_Alliance2015_A4_FINAL.pdf

⁵⁶ Ware A. Coronavirus and Overpopulation: Making the Connection, *World Population Balance*, 2021, <https://www.worldpopulationbalance.org/articles/coronavirus-and-overpopulation-making-connection>

⁵⁷ De Jesus Maria 99% of people in poor countries are still unvaccinated – here’s why we need to take action now, *World Economic Forum Platform*, 24 Jun 2021, <https://www.weforum.org/agenda/2021/06/99-percent-of-people-in-poorer-countries-are-still-unvaccinated-here-s-why-we-need-to-take-action-now/>

⁵⁸ UN Policy Brief. The Impact of COVID-19 on older persons, MAY 2020, <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>

⁵⁹ CDC Older Adults At greater risk of requiring hospitalization or dying if diagnosed with COVID-19, Updated Apr. 2, 2021, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>

⁶⁰ Mehta H.B. et al. Risk Factors Associated With SARS-CoV-2 Infections, Hospitalization, and Mortality Among US Nursing Home Residents, *JAMA Network* March 31, 2021, <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2777972>

⁶¹ The COVID Tracking Project COVID-19 is affecting Black, Indigenous, Latinx, and other people of color the most. The COVID Racial Data Tracker, March 7, 2021, <https://covidtracking.com/race>

Wskaźnik zgonów na 100 000 mieszkańców wśród obywateli pochodzenia azjatyckiego wyniósł 95, wśród ludności białej miał wartość 124, dla Latynosów wynosił 154, a dla ludności czarnoskórej sięgał 178. Zgodnie z jedną z hipotez pomagającej wyjaśnić większą podatność ludności kolorowej w USA na Covid-19 była większa częstotliwość występowania w tej grupie czynników ryzyka wpływających na ciężki przebieg infekcji. Porównanie grup białych i czarnoskórych zainfekowanych pacjentów hospitalizowanych w szpitalach stanu New Jersey i Michigan pozwoliła stwierdzić, że odsetek otyłych w grupie pacjentów czarnoskórych wynosił odpowiednio 41,8% i 55,5%, w porównaniu z 29,3% i 36,1% w grupie pacjentów białych⁶². Drugim czynnikiem ryzyka było współwystępowanie cukrzycy stwierdzonej wśród 40,6% pacjentów czarnoskórych i 30,0% pacjentów białych. Także częstotliwość palenia papierosów była większa wśród pacjentów czarnoskórych (7,5%), niż wśród pacjentów białych (3,6%). Ponieważ częstotliwość występowania wszystkich tych czynników ryzyka była większa wśród ludności czarnoskórej niż białej, fakt ten mógł wyjaśniać większą podatność tej grupy na Covid-19. Jednocześnie jednak należy odnotować, że fakt ten nie wpływał na efekty leczenia tak, by prowadzić do upośledzenia pacjentów kolorowych. Przeciwnie, w grupie pacjentów czarnoskórych było 65 zgonów na 335 leczonych (19,4%), a w grupie białych 142 zgony na 406 pacjentów (34,9%). Znaczenie czynników rasowych w rozprzestrzenianiu się epidemii potwierdziły badania mieszkańców stanu Massachusetts⁶³, powtórzone następnie dla populacji całego kraju⁶⁴. W tym ostatnim stwierdzono, że przyrost liczebności ludności czarnoskórej o 10% powoduje przyrost liczby zachorowań o 324,7 przypadków oraz 14,5 zgonów na 100 tysięcy, podczas gdy taki sam przyrost ludności latynoskiej wiąże się ze zwiększeniem liczby zachorowań o 293,5, a liczby zgonów o 7,6. Poza czynnikiem rasowym brano także pod uwagę zmienne takie, jak wielkość mieszkania, poziom wykształcenia (poniżej średniego) oraz odsetek pracowników korzystających z publicznego wsparcia. Wszystkie te czynniki korelowały z częstotliwością zachorowań i zgonów. Ich uwzględnienie w analizach osłabiało

⁶² Krishnamoorthy G. et al. Racial disparities in COVID-19 hospitalizations do not lead to disparities in outcomes, *Public Health*, Volume 190, January 2021, Pages 93-98, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350620305096>

⁶³ Figueroa J.F. et al. Community-Level Factors Associated With Racial And Ethnic Disparities In COVID-19 Rates In Massachusetts, *Health Affairs* 39, No. 11 (2020): 1984-1992

⁶⁴ Figueroa J.F. et al. Association of race, ethnicity, and community-level factors with COVID-19 cases and deaths across U.S. counties, *Healthcare*, Volume 9, Issue 1, March 2021, 100495, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213076420300944>

związek podatności na zachorowania z przynależnością do grupy latynoskiej, ale nie miało znaczenia dla ludności czarnoskórej.

Szwedzcy badacze ustalili, że w pierwszej fazie pandemii w dzielnicach Sztokholmu zamieszkiwanych przez grupy ludności o niższym statusie społeczno-ekonomicznym umieralność z powodu Covid-19 była 3 – 4 razy wyższą, niż przeciętna dla kraju⁶⁵. Ciężki przebieg infekcji był negatywnie skorelowany z pozycją społeczną chorych. Jednocześnie stwierdzili, że pracownicy wykonujący czynności związane z częstymi i fizycznie bliskimi kontaktami z dużą liczbą osób ponoszą zwiększone ryzyko zarażenia koronawirusem. Ponieważ pracownicy ci byli często zatrudniani na umowach tymczasowych mogli nie korzystać z różnych osłon finansowych dostępnych pracownikom zatrudnionym na stałe.

Grupą znajdującą się w szczególnie złym położeniu byli nielegalni emigranci. Ich sytuację zbadano częściowo w Lombardii, włoskim regionie szczególnie ciężko doświadczonym w pierwszej fazie pandemii⁶⁶. Mimo prawnych gwarancji dostępu do świadczeń POZ, organizowanego przez jeden z lokalnych NGO, możliwości bezpośredniego korzystania z opieki dramatycznie się zmniejszyły, a otrzymanie teleporady, przy ograniczonych kompetencjach językowych, było faktycznie niemożliwe. Szczególnie uderzające jest to, że mimo stosunkowo dużego odsetka osób zgłaszających się do pomocy doraźnej i sygnalizujących objawy mogące być objawami Covid-19 (16%), żadna z nich nie została skierowana na test, zatem ewentualna diagnoza nie mogła być potwierdzona i decyzja o izolacji także nie mogła być podjęta.

Niekorzystne, uboczne skutki pandemii przejawiały się w zmniejszonym korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych mimo niemających potrzeb. Występowanie tego zjawiska odnotowano się między innymi w Grecji, a więc w kraju, gdzie intensywność zachorowań była stosunkowo mała. Okazało się, że w czasie pandemii, kiedy stosowane były różne ograniczenia zmniejszające mobilność, pacjenci z problemami krążeniowymi znacznie rzadziej zgłaszali się ze swoimi problemami szukając pomocy szpitalnej, niż w okresie poprzedzającym pandemię. Formalnie i faktycznie nie było żadnych dodatkowych barier, które mogłyby utrudniać korzystanie, a przyczyny

⁶⁵ Burstrom B., Tao W. Social determinants of health and inequalities in COVID-19, *The European Journal of Public Health*, Vol. 30, No. 4, 8 July 2020: 617–618, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454505/>

⁶⁶ Devillanova C. et al. Health care for undocumented immigrants during the early phase of the Covid-19 pandemic in Lombardy, Italy, *The European Journal of Public Health*, Vol. 30, No. 6, 29 October 2020: 1186–1188, <https://academic.oup.com/eurpub/article/30/6/1186/5942976>

pozostawały wyłącznie po stronie pacjentów, którzy obawiali się kontaktu ze służbą zdrowia. Zaobserwowano także, że kliniczny stan pacjentów zgłaszających się w czasie trwania pandemii był przeciętnie gorszy, niż w okresie poprzednim.

W czterech prowincjach regionu Lombardii w pierwszej, dramatycznie trudnej fazie pandemii liczba mających miejsce poza szpitalem incydentów zatrzymania akcji serca, z różnymi konsekwencjami, zwiększyła się o 58% w porównaniu z analogicznym okresem roku poprzedniego⁶⁷. Wprawdzie na poziomie mikrobiologicznym nie było potwierdzenia związku między Covidem 19 a chorobami serca, to jednak statystycznie wzrost liczby incydentów kardiologicznych współwystępował ze zwiększaniem się liczby zachorowań na Covid-19. Jednocześnie pogarszały się wskaźniki funkcjonowania służby zdrowia. Mediana czasu przybycia ambulansu wydłużyła się o trzy minuty, a częstotliwość udzielania pomocy przez przypadkowych świadków o 156%, natomiast śmiertelność wzrosła o 14,9%.

Jako swego rodzaju podsumowanie wniosków dotyczących problemu nierówności w pandemii potraktować można listę czynników różnicujących sytuację zdrowotną ludzi, przedstawioną w oficjalnym angielskim dokumencie. Zwrócono tam uwagę na następujące czynniki: wiek, płeć, położenie geograficzne, parametry upośledzenia społecznego, przynależność do grupy etnicznej, treść pracy i rodzaj zatrudnienia, wielochorobowość⁶⁸. Mimo że świadomość zagrożeń dla tak niekorzystnie wyróżnianych grup ludności była powszechna, to realia wielu krajów wskazywały, że niezmnieszona była potrzeba przypominania praw, z jakich powinni korzystać ich przedstawiciele, a dotyczyło to także krajów zamożnych i wysoko rozwiniętych⁶⁹.

⁶⁷ Baldi E. et al. Out-of-Hospital Cardiac Arrest during the Covid-19 Outbreak in Italy The New England Journal of Medicine, 383, April 29, 2020: 496-498, <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2010418>

⁶⁸ Public Health England Disparities in the risk and outcomes of COVID-19, August 2020, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/908434/Disparities_in_the_risk_and_outcomes_of_COVID_August_2020_update.pdf

⁶⁹ European Union Agency Respect older people's rights when exiting the COVID-19 pandemic, 30 June 2020, <https://fra.europa.eu/en/news/2020/respect-older-peoples-rights-when-exiting-covid-19-pandemic>

ZDROWIE PUBLICZNE OPARTE NA DOWODACH (Evidence based public health – EBPH)

Obecność słowa „nauka” (science) w klasycznej definicji zdrowia publicznego wydaje się zawierać wykorzystywanie ustaleń naukowych w jego aktywnościach jako coś oczywistego. Ponieważ pierwsze sformułowania tej definicji są bardzo odległe w czasie, to otwarta, naukowa postawa może być wiązana ze zdrowiem publicznym od jego początków. Jednak rzeczywista praktyka była odmienna, co tworzy analogię z sytuacją w medycynie. Aktywność medyczna, jak zdrowie publiczne, mogłaby być uznana za naturalnie powiązaną z wykorzystywaniem ustaleń naukowych, co jednak nie miało miejsca i termin „medycyna oparta na dowodach” (evidence-based medicine – EBM) pojawił się dopiero w roku 1990, kiedy dr Gordon Guyatt, koordynator rezydentów Uniwersytetu McMaster, wprowadził do piśmiennictwa nową koncepcję⁷⁰. Zastrzec jednak należy, że w piśmiennictwie przedstawiane są poglądy o znacznie starszej, bo sięgającej działalności Florence Nightingale, historii EMB⁷¹.

Postulaty racjonalnego postępowania z dużym trudem znajdowały zastosowanie w praktyce zdrowia publicznego, co pod koniec lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku, a więc tuż przed wyartykułowaniem zasad EBPH zauważyli krytycznie amerykańscy badacze⁷². We wpływowym opracowaniu o przyszłości zdrowia publicznego podkreślili, że podejmowanie decyzji w zdrowiu publicznym, podobnie zresztą jak w wielu innych dziedzinach, znajduje się pod wpływem nagłych kryzysów, bieżących i nagłych problemów oraz obaw żywionych

⁷⁰ Sur, R. L., Dahm, P. (2011). History of evidence-based medicine. *Indian journal of urology : IJU : journal of the Urological Society of India*, 27(4), 487–489, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263217/>

⁷¹ McMenamin, A. et al. The evolution of evidence-based practice, *Nursing Management (Springhouse): September 2019 – Volume 50 – Issue 9* – p 14-19, https://journals.lww.com/nursingmanagement/fulltext/2019/09000/the_evolution_of_evidence_based_practice.5.aspx

⁷² IOM The Future of Public Health, Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services, Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Washington, D.C. 1988, p.4 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218218/>

przez zorganizowane grupy interesu. W tych warunkach decyzje są podejmowane w dużej mierze w efekcie konkurencji, negocjacji i nieformalnych wpływów, a nie kompleksowej, merytorycznej analizy.

Do idei EBM nawiązał Milos Jenicek pisząc w 1997 roku, że EBPH polega na „rzetelnym, jednoznacznym i rozsądnym wykorzystaniu najlepszych aktualnie dostępnych dowodów w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nad społecznościami i populacjami w dziedzinie ochrony zdrowia, zapobiegania chorobom, utrzymania i poprawy zdrowia (promocja zdrowia)⁷³”. Z czasem pojawiały się dalsze propozycje definicyjne. W innym sformułowaniu Jenicka, EBPH zostało określone jako systematycznie realizowany proces poszukiwania, ocenia i wykorzystywania współczesnych ustaleń badawczych i stosowaniu ich jako podstawy decyzji zdrowia publicznego. W niektórych tekstach, jak w opracowaniu, wspierającym koncepcyjnie amerykańską strategię „Healthy People 2020”, wprowadzony został termin „oparta na dowodach praktyka zdrowia publicznego (evidence-based public health practice). Polegała ona na takim rozwijaniu, wdrażaniu i ocenianiu skutecznych programów zdrowia publicznego, w którym wykorzystane zostały reguły naukowego rozumowania, z zastosowaniem w uporządkowany sposób systemów informacyjnych i rzetelnych danych, a także właściwe odwoływanie się do teorii nauk o zachowaniu i modeli planistyczne. Sądzić należy, że, wymieniona w charakterystyce „skuteczność” programu jest podstawą do uznania go za wzór dobrej praktyki i na tej podstawie prezentowany jako dowód właściwego i zalecanego postępowania.

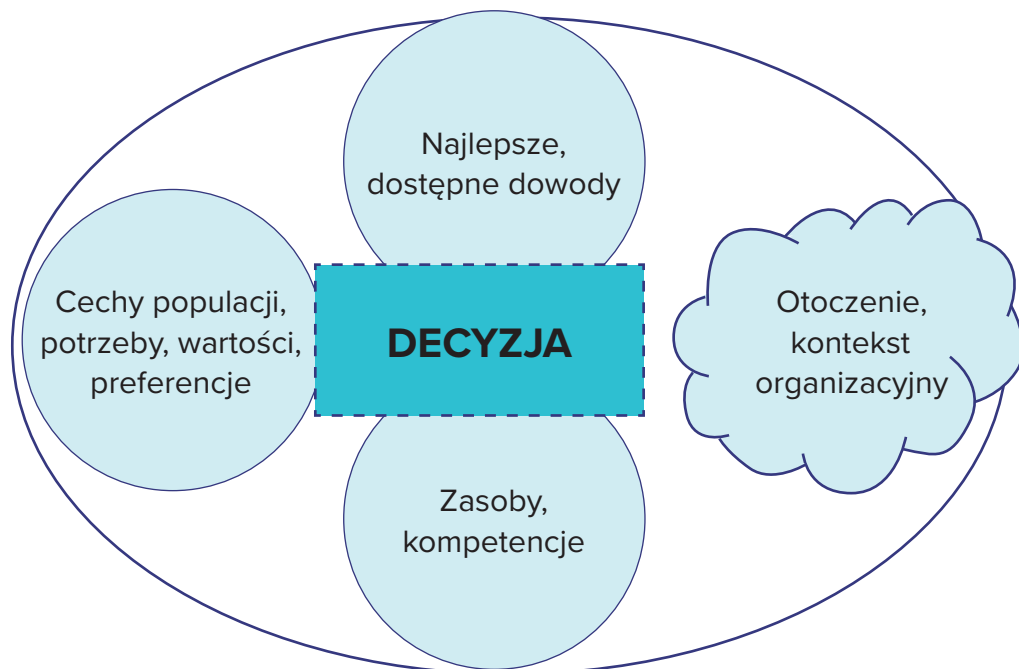
Ross Brownson, wybitny badacz tych zagadnień, definiował EBPH jako „proces łączenia interwencji opartych na naukowych dowodach z preferencjami społeczności w celu poprawy zdrowia populacji⁷⁴”. Autor ten brał udział w przygotowaniu zestawu narzędzi mogących znaleźć zastosowanie we wdrażaniu idei EBPH do praktyki zdrowia publicznego⁷⁵. W opracowaniu tym zostało wykorzystane graficzne zobrazowanie koncepcji EBPH, co jest niżej przedstawione.

⁷³ Jenicek M. 1997. Epidemiology, evidence-based medicine, and evidence-based public health. *J. Epidemiol. Commun. Health* 7:187–97, https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea1991/7/4/7_4_187/_pdf/-char/en

⁷⁴ Brownson R., Fielding J.F., Maylahn C.M. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice, *Annual Review of Public Health*. Vol. 30, 2009:175–201, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19296775/>

⁷⁵ CDC Tools for Implementing an Evidence-Based Approach in Public Health Practice, authors: Julie A. Jacobs, Ellen Jones, Barbara A. Gabella, Bonnie Spring, Ross C. Brownson, Centers for Disease Control and Prevention, *Preventing Chronic Disease* 2012, https://www.cdc.gov/pcd/issues/2012/11_0324.htm#1

Koncepcja zdrowia publicznego opartego na dowodach



Źródło: Brownson, Fielding, Maylahn 2009

W opracowaniu przygotowanym przez CDC przedstawiony schemat został opisany jako pokazujący relacje między pięcioma pojęciami. Trzy obszary pośrodku grafiki: 1) „Najlepsze dostępne dowody naukowe”, 2) „Zasoby, w tym kompetencje praktyków” oraz 3) „Cechy populacji, jej potrzeby, wartości i preferencje” zachodzą wzajem na siebie, a pośrodku znajduje się pole „Podjęcie decyzji”. Te cztery grupy otacza „Kontekst środowiskowy i organizacyjny”. Jest oczywiste, że znajdujące się w samym centrum „podjęcie decyzji” znajduje się pod wpływem wszystkich pozostałych.

W zdrowiu publicznym wykorzystywany może być dorobek bardzo szerokiego zakresu dyscyplin. Z jednej strony są to wszystkie dziedziny nauk podstawowych i przyrodniczych współpracujące przy tworzeniu teoretycznych podstaw postępowania medycznego, co w pełni występuje we wspomnianej wcześniej koncepcji EBM, ale jest obecne także w pojęciu „medycyny naukowej”⁷⁶ i stamtąd jest przenoszone

⁷⁶ Science Museum What is scientific medicine? Science and technology in medicine, 23 July 2019, <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/what-scientific-medicine>

do zdrowia publicznego. Z drugiej strony są to elementy całego zestawu nauk społecznych, bez których opisanie i zinterpretowanie ludzkich zachowań nie byłoby możliwe. Ich związki z medycyną są na tyle bliskie, że prowadzą niektórych badaczy do postawienia pytania o to, czy medycyna jest nauką społeczną⁷⁷. Oczywiście, niektóre dyscypliny są traktowane jako mające szczególne znaczenie dla zdrowia publicznego – w tej roli często jest przedstawiana epidemiologia⁷⁸, a jej znaczenie jest doceniane tak bardzo, że prowadzi do jej utożsamienia z „nauką zdrowia publicznego” (public health science)⁷⁹. Autorzy niechętni posługiwaniu się językiem nadmiernie emfaticznym poprzestają na stwierdzeniu, że ustalenia epidemiologii mają dla praktyki zdrowia publicznego „podstawowe znaczenie⁸⁰”. Wydaje się jednak, że przyznanie uprzywilejowanego miejsca tylko jednej dyscyplinie naukowej nie ma uzasadnienia, jeśli bierze się pod uwagę dynamiczny rozwój samego zdrowia publicznego, a także tempo zmian w nauce i życiu społecznym. Z dużym prawdopodobieństwem spodziewać się można, że postęp naukowy sprawi, że w pozycji uprzywilejowanej znajdą się także inne dziedziny wiedzy. Do takiego wniosku badacze doszli już przed laty, kiedy pisali w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych o zmieniającym się paradygmacie zdrowia publicznego i konieczności jego uzupełnienia o takie dyscypliny, jak biostatystyka i nauki o zachowaniach zdrowotnych⁸¹. W przedstawianym to postulacie wykorzystywania naukowo potwierdzonych dowodów, które należy wykorzystywać w planowaniu i uzasadnianiu interwencji zdrowia publicznego, to wszystkie nauki służące wsparciem praktyce zdrowia mogą być z pożytkiem wykorzystywane.

Elementarnym warunkiem wykorzystywania naukowych dowodów w decyzjach zdrowia publicznego jest ich istnienie w światowym dorobku naukowym. Mogą one pochodzić z bardzo różnych źródeł, co jest przedstawione w tabeli.

⁷⁷ Martin M. Is Medicine a Social Science? *Journal of Medicine and Philosophy*, Volume 6 Issue 4 January 1981, Pages 345–360, <https://academic.oup.com/jmp/article-abstract/6/4/345/898306?redirectedFrom=fulltext>

⁷⁸ Editorial Epidemiology is a science of high importance, *Nature Communications*, 9:1703, 07 May 2018, <https://www.nature.com/articles/s41467-018-04243-3.pdf>

⁷⁹ Science Museum Epidemiology: the public health science, *Public Health*, 30 July 2019, <https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/medicine/epidemiology-public-health-science>

⁸⁰ “Epidemiology is often considered the key scientific underpinning of public health practice”. Por.: Haveman-Nies A. et al. Epidemiology in Public Health Practice, *American Journal of Epidemiology*. Volume 174 Issue 7 1 October 2011, <https://academic.oup.com/aje/article/174/7/871/116502>

⁸¹ Afifi A.A., Breslow L. The maturing paradigm of public health, *Annual Reviews of Public Health* 1994. 15:223–35, <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.15.050194.001255>

Źródła informacji

Biegun danych obiektywnych
Literatura naukowa w przeglądach systematycznych
Literatura naukowa w recenzowanych czasopismach
Dane z nadzoru zdrowia publicznego
Dane ewaluacyjne programu
Dane z badań jakościowych
Informacje przekazywane przez członków społeczności
Informacje przekazywane przez interesariuszy
Profesjonalny osąd
Dane medialne/marketingowe
Ustnie przekazywane informacje
Osobiste doświadczenie
Biegun danych subiektywnych

Źródło: Brownson 2021

Autor tabeli, będący jednym z najważniejszych autorów piszących o EBPH nie ukrywał wielości źródeł, z których mogą pochodzić dane wykorzystywane w przygotowywaniu dowodów mających zastosowanie w zdrowiu publicznym⁸². Nie miał jednak wątpliwości, że im bardziej są one obiektywne, tym większa jest z tego korzyść. Stąd najcenniejsza jest literatura naukowa, ale i ta powinna być poddawana weryfikacji. Służą jej przeglądy systematyczne, a od tekstów dostępnych w bardzo licznych czasopismach naukowych oczekuje się, że procedury recenzyjne tam stosowane gwarantują naukową jakość udostępnianych materiałów. Przyznawana czasopismom punktacja może być postrzegana jako pośrednia miara rzetelności informacji przedstawianych w poszczególnych tekstach. Oczekiwania te nie zawsze są jednak spełniane. Skandal z publikacją w czasopiśmie „The Lancet”

⁸² Brownson R. New opportunities for evidence based public health, CINDI workshop “Opportunities for the Evidence-Based Public Health in the Aftermath of the Pandemic” 8 September 2021

artykułu Andrew Wakefielda, dotyczącego szczepień, a więc ważnego problemu zdrowia publicznego, był tego spektakularnym i bolesnym przykładem⁸³.

Dalej Ross Brownson przypomniał, że zdrowie publiczne ma do dyspozycji swoje własne źródła informacji, jakimi są dane pochodzące ze statystyk gromadzonych poprzez sprawowany przez zdrowie publiczne nadzór. Nie chodzi przy tym jednak o proste liczby, ale o wskaźniki wywodzone z koncepcji ugruntowanych w epidemiologii opisowej. Przy dysponowaniu takimi wielkościami ocena różnic w częstości występowania jednostek chorobowych pozwala na uzyskanie kilku korzyści:

- a. Identyfikację grup wysokiego ryzyka,
- b. ustalanie priorytetów dotyczących zapotrzebowania na zasoby zdrowia publicznego,
- c. formułowanie hipotez dotyczących związku przyczynowego prowadzącego do powstawania choroby.

Nie ma wątpliwości, że wskazane korzyści są bardzo cenne, a ich atrakcyjność jest tym większa, że mogą być pozyskane bez dodatkowych nakładów na zbieranie informacji. Pod warunkiem, naturalnie, że nadzór sprawowany przez zdrowie publiczne funkcjonuje należycie.

Pamiętać jednak należy, że zasadniczo informacja przekazana w naukowej publikacji nie może być bezpośrednio wykorzystana w decyzjach podejmowanych w praktycznym działaniu zdrowia publicznego. Specyfika naukowego języka, a często ograniczone z powodu zastosowanych metod zbieranie danych i analizy tworzą z reguły trudne do przezwyciężenia bariery. Stąd powszechnie akceptowany jest postulat, a także praktyka wykorzystywania pośredników. Kiedy więc w przedstawionym wyżej schemacie podejmowania decyzji wpisana jest kategoria „najlepsze, dostępne dowody naukowe” to mniej chodzi o ogólną możliwość znalezienia dowodu w naukowej literaturze, a bardziej o jej udostępnienie przez naukowych pośredników. Odnosi się to zarówno do aktywności EBM, jak i EBPH⁸⁴. Wydaje się zasadną tezę przyjmowaną w literaturze, że wykorzystywanie naukowego pośrednictwa w docieraniu do potwierdzonych empirycznych dowodów jest w praktyce

⁸³ Eggertson Laura Lancet retracts 12-year-old article linking autism to MMR vaccines, Canadian Medical Association Journal, 2010 Mar 9; 182(4): E199–E200. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2831678/pdf/182e199.pdf>

⁸⁴ Newhouse R.P., Spring B. Interdisciplinary Evidence-based Practice: Moving from Silos to Synergy, Nursing Outlook, volume 58, issue 6, p 309-317, November 01, 2010, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2998190/pdf/nihms-236875.pdf>

zdrowia publicznego co najmniej równie ważne, jeśli nie ważniejsze, niż w EBM⁸⁵. W praktyce EBPH niewątpliwą barierą jest brak wystarczającej liczby badań, w których dostatecznie kompleksowo definiowany jest problem. Obejmują one perspektywy: medyczną, środowiskową, społeczną, ekonomiczną, prawną i inne, które syntetycznie pozwalałyby na empiryczną weryfikację hipotez o przyczynowych zależnościach między branymi pod uwagę zjawiskami⁸⁶. Badacz dążąc do stosowania reguł EBPH jest skazany z konieczności na wykorzystywanie potwierdzonych ustaleń bardziej szczegółowych, ale bez możliwości korzystania z potwierdzonych przez badaczy ustaleń syntetyzujących. Te ostatnie muszą być w takich sytuacjach dokonywane przez kogoś innego, co musi odbywać się bez wystarczającej podstawy znajdującej oparcie w naukowych dowodach. Zwiększa to ryzyko błędu, a zarazem rolę i odpowiedzialność pośrednika. Naturalnie, możliwe są sytuacje, w których to sami decydenci podejmują się zadania dokonywania umożliwiającej podjęcie decyzji syntezy, ale jest to jeszcze bardziej ryzykowne i na ogół dopełnienie warunków rzetelnego postępowania zgodnego z naukowymi regułami, nie jest możliwe. Zatem zasady i możliwości wykorzystywania dowodów są w EBPH specyficzne i bardziej ograniczone, niż w innych aktywnościach sektora zdrowotnego⁸⁷.

W opublikowanym kilka lat temu europejskim opracowaniu na temat brokeringu w sektorze zdrowotnym⁸⁸ pośredniczenie w przekazywaniu wiedzy (brokering wiedzy) zostało zdefiniowane jako wykorzystanie mechanizmu przekazywania pakietów informacyjnych w celu łączenia kontekstów decydentów i interesariuszy z kontekstami, w jakich operują naukowcy i badacze. Jest oczywiste, że treści tych dwóch kontekstów są bardzo różne. Warunki, w jakich funkcjonują wraz z aparatem pojęciowym i koncepcyjnym decydenci z jednej strony, a badacze z drugiej, są na tyle odmienne, że porozumienie jest często niemożliwe, Racją tego działania łączącego

⁸⁵ Brownson R.C., Fielding J.E., Green L.W. Building capacity for evidence-based public health: Reconciling the pulls of practice and the push of research, *Annual Review of Public Health*, Volume 39, 2018, pp 27-53, https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-040617-014746?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed

⁸⁶ E. Waters, J. Doyle Evidence-based public health: Cochrane update, *Journal of Public Health Medicine* Vol. 25, No. 1, 2003, pp. 72-75, <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/25/1/72/1564128>

⁸⁷ Ajay K Parsaik, Balwinder Singh Evidence Based Public Health, IntechOpen, May 15th 2013, <https://www.intechopen.com/chapters/44010>

⁸⁸ Lavis, John N, Catallo, Cristina & BRIDGE Study Team. (2013). Łączenie światów badań i polityki w europejskich systemach opieki zdrowotnej. Światowa Organizacja Zdrowia. Biuro Regionalne dla Europy, Europejskie Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/270796/Bridge-Ch-2.pdf

ma być zatem dążenie do przewyższania lub przynajmniej niwelowania rozdźwięku między tymi środowiskami, które może ujawniać się w czterech płaszczyznach.

- I. informacja o systemach zdrowotnych nie jest skutecznie przekazywana;
- II. informacja o systemach zdrowotnych nie jest dostępna wtedy, gdy decydemtom interesariuszom jest potrzebna w formie, zakresie i treściach umożliwiających efektywne wykorzystanie;
- III. decydemtom politycznym i zainteresowanym stronom brakuje umiejętności do skutecznego znajdowania i wykorzystywania informacji o systemach zdrowotnych oraz (w niektórych krajach brak mechanizmów zachęcających do korzystania z informacji o systemach zdrowotnych w decyzjach kształtujących politykę zdrowotną);
- IV. decydenci polityczni i interesariusze nie mają możliwości omawiania z naukowcami problemów wynikających z wyzwań systemowych.

„Skuteczne” przekazanie informacji oznacza zrozumienie jej treści przez odbiorcę – w tym przypadku przez decydenta – zgodnie z intencjami nadawcy, czyli badacza. Jednak zastrzec należy, że percepcja w procesie komunikowania realizowanego w aktywnościach zdrowia publicznego dotyczy także właściwej interpretacji pytań zadawanych badaczom przez decydentów. Jeśli badacz ma dostarczać wiedzy przydatnej decydentowi, to musi on rozumieć, na czym polega wymagający rozwiązania problem.

Pakiet informacyjny został określony jako posługujący się różnymi mediami (środkami) przekaz informacyjny, który koncentruje się (przynajmniej częściowo) na informacjach o systemach zdrowotnych i który z zamierzenia ma służyć wspieraniu procesu kształtowania polityki. Przekaz taki może mieć między innymi formę policy brief, notatek problemowych, przeglądów i podsumowań badań, sprawozdań z dyskusji na temat rozważanych rozwiązań merytorycznych, sprawozdań z badań, prezentacji, podcastów audio i wideo, filmów, blogów, podsumowań wpływu, biuletynów, sprawozdań rocznych oraz kreskówek i innych mediów wizualnych. Zawartość pakietu wyraźnie wskazuje, że zgodnie z założeniami, nie przekazuje on bezpośrednio oryginalnych wyników i ustaleń naukowych dociekań, ale ich postać zinterpretowaną – zwykle w kierunku uproszczenia i syntezy – mającą umożliwić i ułatwić wykorzystanie w procesach decyzyjnych.

Trudności komunikacyjne między badaczami i decydentami rozstrzygających o praktyce zdrowia publicznego są niekiedy nazywane „dystansem semantycznym” (semantic distance). Im jest on większy, tym trudniejsze porozumienie

i tym większa potrzeba włączenia w proces komunikacji pozwalających go zmniejszyć pośredników⁸⁹. Pośrednicy-brokerzy mogą w swojej pracy posługiwać się wieloma metodami, ale wiele wskazuje na to, że sytuacją najbardziej sprzyjającą wyjaśnianiu nieporozumień i prowadzącą do wzajemnego rozumienia stanowisk jest bezpośrednie spotkanie twarzą w twarz.

Takie spotkania są jednak bardzo czasochłonne i nie zawsze możliwe jest ich zwoływanie, więc posługiwanie się także innymi metodami jest niezbędne. W tym zacytowanym wcześniej opracowaniu Lavis'a i innych publikacjach autorzy przypomnieli, że naukowe pośrednictwo może być realizowane odmiennie w różnych fazach postępowania decyzyjnego. Aspekt ten jest zilustrowany w przedstawionej niżej tabeli.

Brokering w decyzjach zdrowia publicznego opartego na dowodach

Fazy postępowania w procesie decyzyjnym	Przykłady rodzajów pytań dotyczących polityki, które można zadać	Przykłady rodzajów informacji o systemach opieki zdrowotnej potrzebnych do udzielenia odpowiedzi na pytanie dotyczące polityki
Wyjaśnianie problemów	<p>Cechy problemu z perspektywy systemów</p> <p>Wskaźniki służące ustaleniu wielkości problemu i miar postępu w rozwiązywaniu tego problemu</p> <p>Porównania w celu ustalenia wielkości problemu i miar postępu w rozwiązywaniu tego problemu</p> <p>Alternatywne sposoby opisu problemu, umożliwiającego motywowanie i angażowanie różnych grup</p>	<p>Dane (z kontekstu kształtowania polityki)</p> <p>Dowody badawcze opracowane przy użyciu danych administracyjnych lub metod badań ankietowych (pozyskanych zarówno z wnętrza kontekstu kształtowania polityki, jak i spoza niego)</p> <p>Dowody badawcze opracowane przy użyciu jakościowych metod badawczych (pozyskanych zarówno z wnętrza kontekstu kształtowania polityki, jak i spoza niego)</p>

⁸⁹ Dagenais Ch. Et al. Knowledge brokering in public health: A critical analysis of the results of a qualitative evaluation, *Evaluation and Program Planning*, Volume 53, December 2015, Pages 10-17, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718915000701>

Fazy postępowania w procesie decyzyjnym	Przykłady rodzajów pytań dotyczących polityki, które można zadać	Przykłady rodzajów informacji o systemach opieki zdrowotnej potrzebnych do udzielenia odpowiedzi na pytanie dotyczące polityki
Określanie wariantów polityki i programów	<p>Opcje poddane dyskusji lub opcje, które zostały sprawdzone w innej przestrzeni</p> <p>Korzyści, które mogą zostać osiągnięte dzięki każdej opcji</p> <p>Szkody, które mogą pojawić się przy każdej z opcji</p> <p>Koszty i efektywność kosztowa każdej z opcji</p> <p>Dostosowanie do opcji, które może zmienić osiągnięte dzięki niej korzyści, ponoszone szkody i wydatkowane koszty</p> <p>Opinie i doświadczenia interesariuszy, które mogą mieć wpływ na akceptowalność opcji oraz wiążące się z nią korzyści, szkody i koszty</p>	<p>Dowody badawcze opracowane przy użyciu metody eksperymentalnej (lub quasi-eksperymentalnej)</p> <p>Dowody badawcze opracowane przy użyciu metody eksperymentalnej (lub quasi-eksperymentalnej) i metody obserwacyjnej</p> <p>Dane o kosztach (z poziomu kontekstu kształtowania polityki). Dowody badawcze opracowane przy użyciu metod oceny ekonomicznej (z wewnątrz i spoza kontekstu kształtowaniem polityki)</p> <p>Dowody badawcze opracowane przy użyciu jakościowej metody badawczej (z wewnątrz i spoza kontekstu kształtowania polityki)</p> <p>Dowody badawcze opracowane przy użyciu jakościowej metody badawczej (z wewnątrz kontekstu kształtowania polityki)</p>
Wdrażanie polityki lub programu	<p>Potencjalne bariery w pomyślnym wdrożeniu polityki na poziomie pacjenta/obywatela, pracownika służby zdrowia, poszczególnych instytucji i systemu</p> <p>Korzyści, szkody i koszty strategii mających na celu rozwiązanie zidentyfikowanych problemów</p>	<p>Dowody badawcze opracowane przy użyciu jakościowej metody badawczej (z wewnątrz kontekstu kształtowania polityki). Zobacz wiersze 2–4 w części „Zasady określania wariantów polityki i programów „ powyżej w tabeli</p>

Źródło: Lavis et al. 2013, s.9

Zawartość tabeli ujawnia w pełni bogactwo i zróżnicowanie dowodów, które mogą być wykorzystywane w rozstrzygnięciach problemów stojących przed decydentami starającymi się stosować postulatory EBPH. Pamiętać przy tym należy, że próby stosowania racjonalnych argumentów są w realiach decyzyjnych zawsze poddane presji doraźnych korzyści politycznych i interesów grup nacisku. Zdrowie i efekty zdrowotne, zarówno korzystne, jak i szkodliwe, są zawsze uwikłane w grę polityki rozumianej jako politics.

O znaczeniu naukowych dowodów dla decyzji podejmowanych w zdrowiu publicznym mogą świadczyć okoliczności ogłoszenia przez WHO we wrześniu 2021 roku nowych, norm jakości powietrza⁹⁰. Zmiana polegała nie tylko na obniżeniu wielkości akceptowanych stężeń niebezpiecznych substancji w powietrzu, ale także na położeniu nacisku na niebezpieczeństwo wywoływane ekspozycją na małe cząsteczki o parametrach PM_{2,5}. Komentując nowe rekomendacje Tarik Benmarhnia – epidemiolog zatrudniony w Scripps Institution of Oceanography – stwierdził, że powodem zmian było pozyskanie nowych naukowych dowodów, które wykazały znacznie większą szkodliwość ekspozycji na złą jakość powietrza, niż pierwotnie sądzono i fakt ten musiał wpłynąć na podjęcie decyzji⁹¹.

Aktywna rola ekspertów

W wyidealizowanym obrazie współczesnego społeczeństwa oczekiwania wobec ekspertów, zwłaszcza wobec ekspertów akademickich, są jasne: powinni dostarczać wiedzy prawdziwej, czyli takich twierdzeń o rzeczywistości, które zostały sformułowane zgodnie z metodologicznymi wymogami akceptowanymi w paradygmacie obowiązującym w określonej dyscyplinie naukowej. Twierdzenia te powinny mieć taką postać i dotyczyć takich zagadnień, aby było możliwe ich praktyczne wykorzystywanie. W tradycyjnie pojmowanej społecznej roli eksperta nie ma miejsca na poglądy polityczne. Od badacza nie oczekuje się zatem podej-

⁹⁰ WHO Global air quality guidelines, Ambient (outdoor) air pollution, 22 September 2021, [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)

⁹¹ “There are a lot of evidence that’s been produced in the last few years showing that even at the lowest levels of air pollution, including PM 2.5 and nitrogen dioxide, there is still a huge impact at the population level,” por.: Ramirez Rachel Millions of deaths could be avoided under new air quality guidelines, WHO says, CNN September 22, 2021, <https://edition.cnn.com/2021/09/22/world/air-pollution-climate-change-health/index.html>

mowania decyzji, które wymagają politycznej czy aksjologicznej deklaracji: mają być one podejmowane przez polityków. Różnica między zadaniami eksperta i polityka polega na odmiennym udziale w rozstrzygnięciach: badacz przygotowuje informacje, które mogą być wykorzystane w wyborze możliwie najlepszego wariantu decyzyjnego, a polityk postępuje zgodnie z procedurami obowiązującymi w kraju. Dobra informacja jest finalnie niezbędna dla podjęcia skutecznych działań, prowadzenia racjonalnej polityki, ale ma także fundamentalne znaczenie dla dobrego komunikowania się ze społeczeństwem.

U progu pandemii wydawało się, że w zaistniałej sytuacji, kiedy nieznaną wirus zagroził bezpieczeństwu społeczeństw, politycy będą chcieli korzystać z fachowej wiedzy. U progu pandemii nie wiedziano niczego nie tylko o samym wirusie, ale także o konsekwencjach społecznych, ekonomicznych i psychologicznych, co dla polityków miało znaczenie fundamentalne. W większości krajów sądzono wtedy, że możliwe będzie przynajmniej częściowe wykorzystanie rutynowej wiedzy o chorobach zakaźnych, będącej w dyspozycji pracowników służby zdrowia. Oprócz świadczeniodawców usług medycznych, dla których aktywność w zdrowiu publicznym była szczytkowym marginesem zainteresowań, wszędzie funkcjonowały różnie organizowane i traktowane jako kompetentne systemy nadzoru sanitarnego. Systemy te stanowiły potencjalnie najważniejsze narzędzie wykorzystywane przez państwo w radzeniu sobie z epidemią. Jednak będąca w ich i polityków dyspozycji wiedza wywodzona z dawnych doświadczeń była mało przydatna. Można było zatem oczekiwać, że decydenci chętnie będą korzystać ze wsparcia dostarczanego przez badaczy, aby było możliwe wyważenie racji branych pod uwagę w decyzjach. Jednak zagrożenie wynikające z pojawienia się wirusa SARS-CoV-2 było na tyle nowe, że nie mogło być opanowane bez wykorzystania wiedzy innowacyjnej. Stąd wynika obiektywna konieczność wykorzystywania ekspertów⁹².

Identyfikowanie osób zaliczanych do grupy ekspertów może przebiegać kilkoma metodami. Może to się odbywać na podstawie przynależności do instytucji, tradycyjnie i z racji merytorycznych kompetencji uznawanych za eksperckie, jak Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC) w USA⁹³ lub w UE,⁹⁴

⁹² Lavazza A., Farina M. The Role of Experts in the Covid-19 Pandemic and the Limits of Their Epistemic Authority in Democracy, *Front. Public Health*, 14 July 2020, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00356/full>

⁹³ Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health & Human Services, <https://www.cdc.gov/>

⁹⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. An agency of the European Union, <https://www.ecdc.europa.eu/en/coronavirus>

którym przyznawano szczególne miejsce w ramach systemu zdrowia publicznego. Innym sposobem było odwołanie się do osób pełniących stanowiska ekspertów lub doradców, formalnie za takie uznane. W naturalny sposób osobom związanym z tymi instytucjami można było przypisywać rolę ekspertów. Niekiedy, w różnych krajach w trakcie epidemii pojawiały się osoby, które z racji merytorycznego przygotowania zabierały publicznie głos w sprawach dotyczących pojawienia się nowego wirusa. Wypowiadały się one o zagrożeniach wywoływanych tym faktem oraz wskazywały na działania uznane przez nich jako konieczne, czy zalecane, celem minimalizowania ryzyka. Osobom tym opinia publiczna skłonna była przyznawać pozycję ekspertów⁹⁵. Ekspersi mogli przedstawiać swoje opinie, ale decyzje były prezentowane przez polityków, którzy stawali się twarzami walki z pandemią. Wyjątkiem była Szwecja, gdzie dr Anders Tegnell, naczelny epidemiolog kraju, który nie sprawował żadnej funkcji politycznej przedstawiał decyzje we własnym imieniu⁹⁶. Między politykami i ekspertami dochodziło niejednokrotnie do konfliktów, czego znany przykładem było napięcie między Prezydentem Trumpem i dr Fauci⁹⁷, a eksperci bliscy rządowi byli nakłaniani do interweniowania w opinie ekspertów krytycznych wobec rządu⁹⁸. W takich okolicznościach konflikt między dwiema grupami ekspertów był trudny do uniknięcia.

Ważnym elementem charakteryzującym pracę ekspercką jest forma i stopień jej instytucjonalizacji⁹⁹. Wspomniano wcześniej o wyspecjalizowanych instytucjach zajmujących się zdrowiem publicznym, ale należy także pamiętać o znaczeniu ośrodków akademickich, które stanowią najszerszy krąg placówek grupujących ludzi dysponujących merytorycznymi kompetencjami. Oxford University

⁹⁵ Staudenmaier R. World's top coronavirus experts face fame, scorn amid pandemic, DW 30.04.2020, <https://www.dw.com/en/worlds-top-coronavirus-experts-face-fame-scorn-amid-pandemic/a-53294500>

⁹⁶ Ahlander J. Second wave, same strategy: Swedish COVID-19 czar defiant despite surge, WORLD NEWS NOVEMBER 14, 2020, <https://www.reuters.com/article/health-coronavirus-sweden-tegnell/second-wave-same-strategy-swedish-covid-19-czar-defiant-despite-surge-idINKBN27U03Y>

⁹⁷ Forgey Q. Trump signals unity with Fauci amid talk of tension, Politico 03/24/2020, <https://www.politico.com/news/2020/03/24/donald-trump-anthony-fauci-coronavirus-tension-146035>

⁹⁸ Diamond D. Trump officials interfered with CDC reports on Covid-19, Politico 09/11/2020, <https://www.politico.com/news/2020/09/11/exclusive-trump-officials-interfered-with-cdc-reports-on-covid-19-412809>

⁹⁹ Lidskog R., Standring A. The institutional machinery of expertise: Producing facts, figures and futures in COVID-19, Acta Sociologica, October 6, 2020, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0001699320961807>

miał swój twórczy udział w opracowaniu szczepionki przeciw SARS-CoV-2 – ale uczestniczyły w tym także ośrodki prowadzone i finansowane przez przemysł farmaceutyczny. Ich wielość i różnorodność należy potraktować jako zaletę pozwalającą na jednoczesne zadawanie różnych pytań i udzielanie na nie kompetentnych odpowiedzi. Jednocześnie stwarza to jednak problemy związane z koordynacją i zarządzaniem. Odpowiedzią na to mogą być struktury sieciowe pozwalające na ich elastyczne przystosowywanie do stawianych zadań. Funkcjonujące w takich układach sieci są zachęcającym przykładem¹⁰⁰. Najlepsza nawet struktura nie zapewni efektywnego funkcjonowania, jeśli jednocześnie poszczególne instytucje nie mają zapewnionego wystarczającego finansowania. Firmy farmaceutyczne są często dostatecznie zasobne, aby inicjować i prowadzić samodzielne badania, ale wybór ich przedmiotu może być podporządkowany raczej względom komercyjnym, niż interesowi publicznemu. Dlatego publiczne pieniądze, pochodzące z dobrze celowanych grantów mają zwykle kluczowe znaczenie w podejmowaniu najważniejszych społecznie zagadnień. Dobrym przykładem może być pozytywny rezultat, do jakiego doprowadził zbiorowy wysiłek wielu międzynarodowych organizacji z Unią Europejską włącznie, który walczy przyczynił się do przyspieszenia i intensyfikacji prac nad szczepionką zapobiegającą Covid-19¹⁰¹.

Infodemia

Rozważając rolę ekspertów należy przypomnieć, że przekazywanie informacji od zawsze było traktowane jako elementarna funkcja realizowana przez zdrowie publiczne, przy czym jako naturalne przyjmowano, że ma to być informacja rzetelna¹⁰². Mogły one zawierać elementy wiedzy o problemach zdrowotnych, o zalecanych zachowaniach mających służyć zdrowiu, a także nakazy i zakazy narzu-

¹⁰⁰ The Societal Experts Action Network (SEAN) grupujący instytucje specjalizujące się w wielu naukowych dyscyplinach, podporządkowane National Academy of Sciences. (nauki przyrodnicze, medyczne i inżynieryjne), por.: SOCIETAL EXPERTS ACTION NETWORK, <https://www.nap.edu/resource/25826/interactive/>

¹⁰¹ European Commission confirms contribution to COVID-19 vaccine facility, Health Europa, 21st September 2020, <https://www.healtheuropa.eu/european-commission-confirms-contribution-to-covid-19-vaccine-facility/102882/>

¹⁰² Merchant R.M., South Eugenia C., Lurie Nicole Public Health Messaging in an Era of Social Media, JAMA Published online January 4, 2021, <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2774732>

cane przez upoważnione władze. W czasie pandemii aktywność taka musiała być prowadzona ze znacznie większą intensywnością.

Rzeczywistość okazała się być znacznie bardziej skomplikowana. W przestrzeni publicznej równoległe z oficjalnymi przekazami na temat rozwoju pandemii nadal powtarzano, pojawiające się już wcześniej, niepotwierdzone naukowo i bałamutne tezy dotyczące problematyki zdrowia publicznego. To co wcześniej dotyczyło kwestii bardziej ogólnych – jak szkodliwość szczepień ochronnych – zostało skonkretyzowane zmyślonymi koncepcjami na temat pochodzenia wirusa SARS-CoV-2 w ramach konstrukcji określanej jako zakorzenione w tych teoriach „ramy komunikacyjne” (frames in communication). Intensywność tego przekazu określono jak rozkwit teorii spiskowych¹⁰³. W ich obrębie problemem była nie tylko mutacja wirusa od nietoperzy do ludzi, ale także intencjonalne działania w chińskich laboratoriach, z których wirus mógł się wydostać przypadkiem lub w wyniku zamierzonego działania. Przykładem zaskakującej dezinformacji było twierdzenie przedstawione przez jednego z polityków o zapobiegawczym działaniach doustnie przyjmowanych środków czystości¹⁰⁴. Obiektem prowadzonych w mediach społecznościowych ataków stała się szczepionka przeciw Covid-19¹⁰⁵, która była przedstawiana jako narzędzie wpływu na wymuszane przez manipulatorów zachowania nieświadomych ofiar poddanych szczepieniom¹⁰⁶. Prawdopodobnie najbardziej szkodliwa była idea uogólnionej opinii na temat pandemii jako nieistniejącego w rzeczywistości, kłamliwego obrazu świata. Miał on być stworzony przez tajemnicze siły – choć w niektórych wersjach związanej ze Światowym Forum Ekonomicznym (World Economic Forum) – zmierzające do przejęcia władzy nad światem¹⁰⁷.

¹⁰³ “Conspiracy theories have flourished about the origins of a novel coronavirus (SARS-CoV-2)”, por.: Bolsen, T., Palm, R., & Kingsland, J. T. (2020). Framing the Origins of COVID-19. *Science Communication*, 1075547020953603. <https://doi.org/10.1177/1075547020953603>

¹⁰⁴ Clark D. Trump suggests ‘injection’ of disinfectant to beat coronavirus and ‘clean’ the lungs, NBC News, April 24, 2020, <https://www.nbcnews.com/politics/donald-trump/trump-suggests-injection-disinfectant-beat-coronavirus-clean-lungs-n1191216>

¹⁰⁵ Susaria Anjana Big tech has a vaccine misinformation problem – here’s what a social media expert recommends, *The Conversation* July 29, 2021, <https://theconversation.com/big-tech-has-a-vaccine-misinformation-problem-heres-what-a-social-media-expert-recommends-164987>

¹⁰⁶ FactCheckNI COVID-19 vaccines and microchip devices, 10 December 2020, <https://factcheckni.org/articles/covid-19-vaccines-and-microchip-devices/>

¹⁰⁷ Goodman J., Carmichae Flora The coronavirus pandemic ‘Great Reset’ theory and a false vaccine claim debunked, *BBC News Reality Check*, Published 22 November 2020, <https://www.bbc.com/news/55017002>

Niektóre ciała polityczne, jak Komisja Europejska we współpracy z UNESCO, dostrzegły szkodliwość tego rodzaju przekazów. Zwrócono uwagę przede wszystkim na przyczynianie się do pogłębiania polaryzacji społeczeństw poprzez twierdzenie, że za wszystkimi niekorzystnymi zjawiskami stoją celowe działania różnie definiowanych „obcych i złych”¹⁰⁸. Charakterystyka konspiracyjnych teorii jest uzupełniona przez rekomendacje umożliwiające ich przewyciężanie, w tym przygotowaną w kilku językach ikonografię.

Niebezpieczeństwa będące następstwem propagowania tych absurdalnych pomysłów, zyskujących niekiedy szerokie wsparcie w mediach społecznościowych, było tym większe, że mogły łatwo wprowadzać w błąd nie tylko opinię publiczną, ale także decydentów. Wtedy konsekwencje decyzji opartych na fałszywych przesłankach mogły być spotęgowane zasięgiem poniesionych strat. W tych warunkach skuteczność racjonalnie uzasadnianej formy służących ochronie zdrowia zaleceń okazywała się niekiedy ograniczona, a nawołująca do ich przestrzegania władza traciła wiarygodność. Ujawniona została brutalna prawda, że zasada „evidence-based public health policy”¹⁰⁹, która powinna być postrzegana jako reguła postępowania władz publicznych nie jest tylko atrakcyjnie brzmiącym hasłem, ale przynoszącą wymierne efekty pragmatyczną regułą. W powołanym artykule autorzy słusznie zauważyli, że znane zestawienia największych osiągnięć zdrowia publicznego dają efekty, które mogły być uzyskane jedynie dzięki racjonalnym decyzjom władz publicznych. Dotyczy to zarówno realizowania kampanii masowych szczepień, stosowania pasów bezpieczeństwa, zwalczania chorób zakaźnych czy poprawiania bezpieczeństwa pracy¹¹⁰. Niezbędnym warunkiem podjęcia decyzji we wszystkich tych sprawach było operowanie rzetelną informacją – popartą naukowymi dowodami.

Natężenie procesu generowania i rozpowszechniania fałszywych informacji było w czasie pandemii tak duże, że nadano mu specyficzną nazwę – infodemii (infodemics), przez oczywiste połączenie sylaby ze słowa informacja, z sylabą ze słowa epidemia, co łącznie oznaczało epidemię fałszywych informacji¹¹¹. „Wal-

¹⁰⁸ European Commission What are conspiracy theories? Why do they flourish? (bez daty), https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/fighting-disinformation/identifying-conspiracy-theories_en

¹⁰⁹ Brownson, R. C., Chiqui, J. F., & Stamatakis, K. A. (2009). Understanding evidence-based public health policy. *American journal of public health*, | September 2009, Vol 99, No. 9, 1576–1583. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724448/pdf/1576.pdf>

¹¹⁰ Berkeley Library What is Public Health?: Public Health Achievements, Oct 5, 2021, <https://guides.lib.berkeley.edu/publichealth/whatisph/achievements>

¹¹¹ Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation, Joint statement by WHO, UN, UNICEF,

czymy nie tylko z pandemią, walczymy także z infodemią” – powiedział Dyrektor Generalny WHO Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus¹¹². Warto odnotować, że powołane stanowisko w sprawie infodemii zostało wspólnie przyjęte przez kilka ważnych organizacji międzynarodowych, także tych związanych z Organizacją Narodów Zjednoczonych, a jego podstawą była rezolucja przyjęta na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 2020 r. przez państwa członkowskie WHO. W rezolucji uznano infodemię za jedno z najważniejszych i najbardziej niebezpiecznych zjawisk, które należy kontrolować podczas pandemii COVID-19. Wezwano państwa członkowskie do publikowania rzetelnych informacji dotyczących koronawirusa i podejmowania radykalnych środków w celu przeciwdziałania szerzonej dezinformacji. Zwrócono uwagę na właściwy nadzór nad technologiami cyfrowymi, także z uwagi na ich szkodzące świadomości wykorzystywanie przez autorów fałszywych wiadomości. Rozwijając ten wątek wezwano organizacje międzynarodowe do aktywnego przeciwstawiania się błędom i zafałszowaniom rozpowszechnianą w sferze cyfrowej, do zapobiegania szkodliwym działaniom cybernetycznym osłabiającym racjonalne reagowanie na zagrożenia dla zdrowia w czasie pandemii oraz do zapewnienia społeczeństwu stałego i łatwego dostępu do danych naukowych.

Na stronie WHO poświęconej temu zagadnieniu sprecyzowano, że infodemia to sytuacja, do której powstania dochodzi podczas epidemii, polegająca na wypełnieniu środowiska cyfrowego i fizycznego wieloma informacjami, w tym fałszywymi lub wprowadzającymi w błąd¹¹³. Efektem jest zamieszanie w postrzeganiu przyczyn i skutków infekcji oraz ryzykowne zachowania mogące szkodzić zdrowiu. Elementem tej sytuacji jest także nieufność do organów zarządzających opieką zdrowotną i osłabianie reakcji zdrowia publicznego. Infodemia może zintensyfikować lub wydłużyć epidemie, bowiem ludzie nie mają jednoznacznych wskazówek, jak należy postępować, aby chronić zdrowie własne i innych. Podczas pandemii Covid-19 szybszemu rozchodzeniu się informacji, także fałszywych, sprzyjała rosnąca cyfryzacja i ekspansja mediów społecznościowych w Internecie. Internet sprzyjał udostępnianiu informacji rzetelnych, ale także fałszywych i szkodliwych.

UNDP, UNESCO, UNAIDS, ITU, UN Global Pulse, and IFRC, 23 September 2020, <https://www.who.int/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>

¹¹² Zarocostas J. How to fight an infodemic, *The Lancet* Volume 395, issue 10225, P676, February 29, 2020, <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930461-X>

¹¹³ WHO Infodemic bzd, https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1

Dostrzegana od początku szkodliwość infodemii skłoniła autorów do wprowadzenia pojęcia „zarządzania infodemią” (infodemic management). Pojęcie to rozumiano, jako systematyczne stosowanie analizy ryzyka i naukowym poszukiwaniu empirycznych ustaleń zależności między zjawiskami związanymi z pandemią. Oddziaływanie na treści przekazywanych informacji, także demaskowanie fałszu komunikatów pochodzących z różnych źródeł ma prowadzić do zmniejszenia ich wpływu na zachowania zdrowotne ludzi. Promowanie dobrych praktyk zdrowotnych miało prowadzić nie tylko do doraźnego wsłuchiwanie się w obawy i udzielania odpowiedzi na pytania społeczności, ale do długofalowego budowania i konsekwentnego wzmacniania odporności na dezinformację.

Wykonując swoją służebną wobec krajów członkowskich funkcję WHO podjęło inicjatywę utworzenia Informacyjnej Sieci na temat Epidemii (WHO Information Network for Epidemics – EPI-WIN), której celem było zapewnienie wszystkim zainteresowanym dostępu do aktualnych, dokładnych i łatwych do zrozumienia informacji i zaleceń pochodzących z zaufanych źródeł na temat zdarzeń i epidemii w dziedzinie zdrowia publicznego. Obecnie wiodącym tematem był stan zagrożenia zdrowia publicznego wynikający z pandemii Covid-19¹¹⁴. Integralnym modułem Sieci zapewniającym komunikację z odbiorcami była strona aktualizowania przedstawianych informacji. Do końca października 2021 na stronie umieszczono 68 aktualizacji¹¹⁵. Ostatnia aktualizacja była poświęcona personelowi sektora zdrowotnego i opiekuńczego w czasie pandemii¹¹⁶.

Nie tylko sygnatariusze wskazanego wyżej stanowiska traktowali infodemię jako poważne zagrożenie. Na stronach OECD umieszczono całą serię tekstów poświęconych zwalczaniu pandemii i w tytule jednego z nich napisano, że zarządzanie infodemią jest krytycznym warunkiem dla skutecznej reakcji (odpowiedzi) na Covid-19 w globalnej skali¹¹⁷. Utożsamiono infodemię z nadmiarem informacji, co zostało określone jako „informacyjne tsunami”. Wprawdzie w przeszłości

¹¹⁴ WHO Information Network for Epidemics, bzd. <https://www.who.int/teams/risk-communication>

¹¹⁵ WHO EPI-WIN updates, bzd. <https://www.who.int/teams/risk-communication/epi-win-updates>

¹¹⁶ Z pewnym rozczarowaniem można stwierdzić ogólnikowość przedstawionych tam treści. Por.: WHO Update 68 – Health and care workers during COVID-19, 22 October 2021, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/epi-win/update68_health-and-care-workers-during-covid-19.pdf?sfvrsn=1e51b1c9_5

¹¹⁷ Briand S. Managing the Infodemic: A critical condition for an effective global response to the COVID-19 pandemic, The OECD Forum Network, Apr 23, 2020, <https://www.oecd->

dezinformacja pojawiała się wielokrotnie przy okazji różnych zagrożeń zdrowotnych, to jednak szybkość i zasięg zakłóceń informacyjnych ujawniających się przy okazji COVID-19 mogą być uznane za bezprecedensowe. Nie ma wątpliwości, że stanowi to poważny problem dla zdrowia publicznego, ponieważ rzetelna informacja jest ludziom niezbędna, jeśli ich prozdrowotne wybory mają być racjonalne. Ich treść może być przypisana do następujących kategorii: /a/ przyczyny i pochodzenie choroby; /b/ objawy i schematy przenoszenia choroby; /c/ dostępne leczenie i leki, /d/ uzasadnienie, skuteczność i wpływ interwencji podejmowanych przez instytucje i organy służby zdrowia lub inne instytucje.

Niezależnie jednak od szkodliwości teorii spiskowych epidemie czy pandemie świetnie nadają się jako ucieleśnienie wrogiego czynnika, na który ludzie mogą mieć bardzo ograniczony tylko wpływ. Przynajmniej po części, była to atawistyczna emocja, płynąca z dawnych doświadczeń, kiedy to „czarna śmierć”, czy hiszpańska grypa dziesiątkowała całe regiony, ale sam wirus SARS-CoV-2 był z pewnością wystarczającym powodem lęku. Już pierwsze obserwacje dostarczyły dowodów, że sprawa jest poważna i sfera psychiczna ludzi jest zagrożona w równej mierze, jak ich stan fizyczny¹¹⁸. Niektórzy badacze pisali wręcz o koronafobii, jako swoistej jednostce chorobowej¹¹⁹. Przygotowując systemy zdrowotne, a także indywidualnych świadczeniodawców do właściwego reagowania na narastającą liczbę osób odczuwających lęk w związku z Covid-19 WHO już w marcu 2020 roku przygotowała specjalny materiał, w którym zwracano uwagę na konieczność bardzo poważnego traktowania tych problemów¹²⁰. Dyrektor europejskiego Biura WHO powiedział, że zagrożenia zdrowia psychicznego ludzi są chorobą stale współtowarzyszącą zakażeniu Covid-19, a niebezpieczeństwo tej specyficznej infekcji może dotyczyć ludzi,

forum.org/posts/66752-managing-the-infodemic-a-critical-condition-for-an-effective-global-response-to-the-covid-19-pandemic

¹¹⁸ Fiorillo, A., and Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, Volume 63, Issue 1, 2020, e32, 01 April 2020, <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/consequences-of-the-covid19-pandemic-on-mental-health-and-implications-for-clinical-practice/E2826D643255F9D51896673F205ABF28>

¹¹⁹ Arora Alisha, Amrit Kumar, Priya Alat, Sitanshu Sekhar Understanding coronaphobia, *Asian Journal of Psychiatry*, 54 (2020) 102384, 6 September 2020, (Elsevier a COVID-19 resource centre) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7474809/pdf/main.pdf>

¹²⁰ WHO Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020

którzy nigdy wcześniej nie mieli żadnych problemów tego rodzaju¹²¹, Autorzy wskazywali, że niebezpieczeństwo stygmatyzacji jest jednym z największych zagrożeń dla równowagi emocjonalnej ludzi i odradzali nazywanie osób zainfekowanych „ofiarami” lub „przypadkami Covid-19”. Problem ten był przedmiotem troski rządów wielu krajów. W amerykańskich badaniach przeprowadzonych w pierwszej połowie kwietnia 2020 roku, a więc na samym początku pandemii ujawniono, że wśród dorosłych powyżej 18 roku życia częstotliwość odczuwania objawów depresji zwiększała się więcej, niż trzykrotnie, w porównaniu z sytuacją o dwa lata wcześniejszą¹²². Dotyczyło to wszystkich wyróżnionych poziomów ich natężenia: łagodne objawy od 16,2% do 24,6%, objawy umiarkowane od 5,7% do 14,8%, objawy nasilone od 2,1% do 7,9%, bardzo silne od 0,7% do 5,1%. Nie dziwi zatem fakt, że aby ostrzec i wspomóc ludzi żyjących w lęku na stronach CDC zamieszczono zakładkę poświęconą wyłącznie tym zagadnieniom¹²³.

Badania przeprowadzone w jednym ze stanów Brazylii wykazały, że wraz z pandemią i związanymi z nią restrykcjami odczuwanie zaostrzonych objawów lękowych (Aggravated anxiety symptoms) zwiększyło się 7,4 razy (od 4,5% do 37,8%)¹²⁴. Występowanie umiarkowanych do poważnych objawów depresji (Moderate-to-severe depressive symptoms) wzrosło 6,6 razy (od 3,9% do 29,1%). Stawiając problem inaczej badacze stwierdzili, że 51,3% respondentów deklaroowało pogorszenie (intensyfikację) symptomów lękowych, a 35% objawów depresyjnych. Nie była to jednak nieuzasadniona reakcja emocjonalna, bo pandemia, poza skutkami zdrowotnymi i ograniczeniami wynikającymi z lockdownów wywierała bezpośredni wpływ na sytuację rodzin: ponad 45% odpowiadających deklaroowało pogorszenie sytuacji materialnej. Jednocześnie stwierdzono, że utrzymywanie aktywności fizycznej, najlepiej na zewnątrz, byłoby dobrą odpowiedzią

¹²¹ WHO Supporting the mental health and well-being of the health and care workforce, Webinar Report: World Health Organization 2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340220/WHO-EURO-2021-2150-41905-57496-eng.pdf>

¹²² Ettman C.K. et al. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic, JAMA Network Open 2020;3(9):e2019686 <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770146>

¹²³ CDC Coping with Stress (Content source: National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Dec. 11, 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>

¹²⁴ Feter N. et al. Sharp increase in depression and anxiety among Brazilian adults during the COVID-19 pandemic: findings from the PAMPA cohort, Public Health, Volume 190, January 2021, Pages 101-107, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350620305011>

osłabiającą negatywne następstwa epidemii, co jednak w warunkach pandemicznych restrykcji nie było możliwe.

Badania przeprowadzone w Austrii wśród osób starszych (65+) pozwalały częściowo łagodzić te obawy, kiedy okazało się, że zniesienie ograniczeń pozwala pozbyć się tych emocji w stosunkowo krótkim czasie¹²⁵. Ten optymistyczny przekaz był jednak osłabiony, gdyż analizowano sytuację w czasie i po pierwszym zamrożeniu kontaktów społecznych, dlatego nie zgromadzono wiedzy o skutkach kolejnych lockdownów, do których nieuchronnie dochodziło praktycznie wszędzie w obliczu nawracających fali pandemii.

Nie ma wątpliwości, że wraz z rozprzestrzenianiem się pandemii ludzie bali się o zdrowie swoje i swoich bliskich. Brak stuprocentowo pewnych środków profilaktycznych sprawiał, że możliwość zakażenia wirusem była zagrożeniem realnym, a wiedza o tym, że medycyna nie dysponuje skutecznymi metodami leczenia potęgował poczucie lęku. Dodatkowym elementem pandemicznej sytuacji, szczególnie w lockdownie, była groźba niezaspokojenia potrzeb społecznych. Przy czym chodziło nie tylko o bardziej wysublimowane formy tych potrzeb, ale o pogłębione kontakty, oraz o kwestie elementarne, jak jedzenie, pomieszczenie mieszkalne i pieniądze umożliwiające przeżycie¹²⁶. Zagrożenia w tych dziedzinach mogły dotyczyć wielu grup społecznych, ale szczególnie narażeni byli przedstawiciele warstw społecznie upośledzonych. W strukturach opieki zdrowotnej USA były to osoby korzystające z programu Medicaid. Dla najważniejszych publicznych świadczeniodawców sprawujących opiekę nad tą grupą pacjentów oznaczało to konieczność zaspokojenia potrzeb nie tylko zdrowotnych, ale także społecznych.

W warunkach pandemii było zatem wiele realnych przyczyn wywołujących lęk. Jak wykazały badania były to obawy o zdrowie własne bliskich, co było całkowicie uzasadnione. Natężenie tych obaw było skorelowane z częstym korzystaniem z mediów i z mediów społecznościowych¹²⁷. Mogło to pośrednio świadczyć o tym, że media dostarczały informacji przyczyniających się do intensyfikacji lęku. Jednym z takich przekazów mogły być opinie o szkodliwości szczepionek

¹²⁵ Stolz E. et al. The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria, *The European Journal of Public Health*, Vol. 31, No. 1, 19 December 2020: 44–49, <https://academic.oup.com/eurpub/article/31/1/44/6041770>

¹²⁶ Clapp J. et al. The COVID-19 Shadow Pandemic: Meeting Social Needs For A City In Lockdown, *Health Affairs* 39, No. 9 (2020): 1592–1596, <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2020.00928>

¹²⁷ Mertens G. et al. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020, *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 74, August 2020, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618520300724>

Było to elementem niektórych wspomnianych już wcześniej teorii spiskowych, w których występowały także wątki antysemickie¹²⁸. Pojawiały się także systematyczne informacje na temat zakresu dezinformacji. W jednym z nielicznych badań porównywano rozpowszechnianie treści o niskiej wiarygodności na temat pandemii na dwóch platformach społecznościowych: Twitterze i Facebooku¹²⁹. Stwierdzono, że w pierwszych miesiącach pandemii można było zaobserwować podobne wzrosty obecności treści o niskiej wiarygodności na obu platformach. Jest prawdopodobne, że było to powodowane bardziej przez wzrastającą uwagę opinii publicznej, a nie przez samoistną intensyfikację produkowania fałszywych treści. Wnioski z porównania nie były jednoznaczne. Z jednej strony, stosunek informacji o niskiej do wysokiej wiarygodności na Facebooku był niższy niż na Twitterze. Może to wskazywać, że system kontroli rzetelności informacji stosowany przez Facebook był bardziej skuteczny. Z drugiej strony, na tym samym portalu zweryfikowane konta (takie, które powinny cieszyć się zaufaniem) odgrywały większą rolę w rozpowszechnianiu mało wiarygodnych treści, niż miało to miejsce na kontach Twittera. Mogło to świadczyć o tym, że system kontroli Facebooka nie był szczelny, ze szkodą dla rzetelności udostępnianych informacji..

¹²⁸ In Germany, vaccine fears spark conspiracy theories, DW 12.05.2020, <https://www.dw.com/en/in-germany-vaccine-fears-spark-conspiracy-theories/a-53419073>

¹²⁹ Yang K-C. The COVID-19 Infodemic: Twitter versus Facebook, COVID-19 research community page, December 2020, <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20539517211013861>

ZINTEGROWANY SYSTEM ZDROWOTNY

W odległej przeszłości medycyna naprawcza i zdrowie publiczne działały wspólnie służąc zdrowiu ludzi. O Hipokratesie można twierdzić, że był twórcą obu tych dziedzin. Kiedy medycyna naprawcza długo pozostawała bezradna w niesieniu realnej pomocy, to w zdrowiu publicznym upatrywano szans uchronienia ludzi przed płynącym z choroby nieszczęściem. Kiedy jednak medycyna naprawcza uzyskała nowe możliwości skutecznych interwencji, jej prestiż wzrósł niewspółmiernie. Między nią i zdrowiem publicznym pojawiła się konkurencja. Wówczas zdrowie publiczne przestało być doceniane jako liczący się partner na scenie ochrony zdrowia. Doprowadziło to do kryzysu, o którym wspomniano na początku tego tekstu.

Spójność systemu zdrowotnego

Kiedy pojawiła się pandemia, w następstwie wprowadzanych restrykcji i ograniczenia aktywności gospodarczej pojawiła się groźba gwałtownego wzrostu bezrobocia. W krajach, jak USA, w których uprawnienia do świadczeń zdrowotnych mogły wynikać z ubezpieczenia powiązanego bezpośrednio z faktem zatrudnienia – a nie na przykład z obywatelstwem – utrata pracy była jednocześnie utratą ubezpieczenia. Oznaczało to brak możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych¹³⁰. W warunkach pandemicznych było to wysoce niekomfortowe. Dlatego liczba osób aplikujących do programu Medicaid była opcją w pełni naturalną, nawet jeśli nie znaleziono statystycznych związków potwierdzających tę zależność.

Wybuch pandemii z nieoczekiwanym wysokim wzrostem zachorowań na Covid-19 (z dużym odsetkiem stanów ciężkich, wymagających opieki szpitalnej, z reguły z użyciem nowoczesnej aparatury wspomagającej funkcje życiowe) doprowadził do stanu, kiedy systemy zdrowotne znalazły się na skraju wydolności. Informacje na temat sytuacji w prowincji Wuhan były początkowo skąpe, ale w regionie

¹³⁰ Frenier C. COVID-19 Has Increased Medicaid Enrollment, But Short-Term Enrollment Changes Are Unrelated To Job Losses, *Health Affairs* 39, No. 10 (2020): 1822–1831, <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2020.00900>

północnych Włoch, gdzie koncentracja przypadków, a także nieprzygotowanie systemów tak po stronie zdrowia publicznego, jak i zarządzania szpitalami doprowadziło do braku możliwości zaspokajania potrzeb ludzi doprowadziło do sytuacji alarmowej¹³¹. Niemający dostępu do wystarczającej ilości sprzętu ochrony osobistej, co było następstwem całkowitego nieprzygotowania, personel medyczny ponosił dramatyczne straty¹³². Dla wielu ludzi perspektywa umierania w samotności, wśród anonimowych postaci oddzielonych od chorych ochronnymi ubraniami, stawała się rzeczywistością i sytuacja ta trwała wiele miesięcy¹³³. Problem zwiększonego zapotrzebowania na opiekę dotyczył właściwie wszystkich systemów zdrowotnych¹³⁴. W podobnej sytuacji znalazły się systemy w amerykańskich stanach dotkniętych pandemią, gdzie przeciążone szpitale wykorzystywały ciężarówkę chłodnie jako prowizoryczne kostnice. W kwietniu 2020 roku nowojorska lekarka napisała w diariuszu o tym co zobaczyła – to „jak pandemia zablokowała funkcjonowanie szpitali”¹³⁵. O ile trudności, na jakie napotykały szpitale w początkowym okresie pandemii mogły być częściowo usprawiedliwiane zaskoczeniem i skalą zapotrzebowania, o tyle zagrożenia pojawiające się jesienią i początkiem zimy, kiedy czasowe obniżenie liczby nowych zachorowań dawało czas na poczynienie przygotowań, były już mniej zrozumiałe. Jednak nowa fala zachorowań doprowadziła do powtórzenia się sytuacji sprzed miesięcy. Doszło do tego zarówno w USA¹³⁶

¹³¹ Pecoraro F., Clemente F., Luzzi Daniela The efficiency in the ordinary hospital bed management in Italy: An in-depth analysis of intensive care unit in the areas affected by COVID-19 before the outbreak, PLoS ONE 15(9): e0239249. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239249>,

¹³² Nava S., Tonelli R., M. Clini E.M. An Italian sacrifice to the COVID-19 epidemic, European Respiratory Journal 2020 55: 2001445; DOI: 10.1183/13993003.01445-2020, <https://erj.ersjournals.com/content/erj/55/6/2001445.full.pdf>

¹³³ Lisa K. Anderson-Shaw Lisa K., Zar F.A. COVID-19, Moral Conflict, Distress, and Dying Alone, Bioethical Inquiry 17, 777–782 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11673-020-10040-9>

¹³⁴ Merkur Sherry, Maresso Anna, Cylus J., van Ginneken E., Lessof S. Lessons from the first wave: the covid-19. Health system response monitor (HSPM). An evidence resource and a source of analysis, Eurohealth — Vol.26 | No.2, 2020, 5-12, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336263/Eurohealth-26-2-2020-eng.pdf>

¹³⁵ “A Covid diary: This is what I saw as the pandemic engulfed our hospitals” por.: Ouyang Helen I’m an E.R. Doctor in New York. None of Us Will Ever Be the Same, The New York Times Magazine May 27, 2020, <https://www.nytimes.com/2020/04/14/magazine/coronavirus-er-doctor-diary-new-york-city.html>

¹³⁶ Stone W. COVID-19 Hospitalizations Hit Record Highs. Where Are Hospitals Reaching Capacity? Shots. Health news from NPR, November 10, 2020, <https://www.npr.org/sections/health-shots/2020/11/10/933253317/covid-19-hospitalizations-are-surg-ing-where-are-hospitals-reaching-capacity>

(ze szczególnym nasileniem w Kalifornii¹³⁷) jak i w Europie¹³⁸. Pojawienie się nowych wariantów wirusa, najpierw w UK (H69/V70), a potem także w innych krajach i regionach, tylko częściowo można było uznać za wystarczające wyjaśnienie powstałych trudności. Zwłaszcza, że w początkowym okresie wariant brytyjski nie miał wpływu na zachorowania poza terytorium UK¹³⁹. W Brazylii, przeszło rok po wybuchu pandemii szpitale stanęły na granicy załamania się ich zdolności przyjmowania pacjentów¹⁴⁰. We Francji sytuacja dramatycznego wzrostu liczby hospitalizowanych pacjentów, która wystąpiła w marcu 2020 roku, powtórzyła się w także w październiku, doprowadzając system do skrajy wydolności¹⁴¹.

Nie ma wątpliwości, że problem przeciążonych systemów zdrowotnych niemogących udzielać pomocy chorym na inne schorzenia miał zasięg globalny. Badacze mieli podstawy, by pisać o dwóch synergicznie działających epidemiach – epidemii Covid-19 i epidemii chorób przewlekłych¹⁴². WHO na podstawie badania przeprowadzonego w 155 krajach oceniała, że ograniczenia dotknęły 53% pacjentów cierpiących na nadciśnienie, 49% chorych na cukrzycę i jej powikłania, 42% pacjentów onkologicznych i 31% przypadków kardiologicznych¹⁴³. Tak więc opieka nad osobami cierpiącymi na Covid-19 była tylko częścią problemów, z jakim miały do czynienia systemy zdrowotne w czasie pandemii. Drugim, niemniej ważnym wyzwaniem, był fakt nieprzerwanego trwania wszystkich innych chorób przewlekłych i współwystępowania niektórych z nich z Covid-19. Także inne choroby ujawniały się samoistnie. Zjawisko to było dobrze rozpoznane przez klinicystów i nie było wątpliwości, że zmniejszało

¹³⁷ Smith H. Beds filling halls. Agonizing ER waits. Burned-out staff. Inside overloaded California hospitals, Los Angeles Times DEC. 16, 2020, <https://www.latimes.com/california/story/2020-12-16/southern-california-hospitals-struggle-covid-19-surge>

¹³⁸ BBC Covid-19: Hospital pressure and five things to help this winter, BBC News 28 December 2020, <https://www.bbc.com/news/uk-55463892>

¹³⁹ Cox T. The_Soup_Dragon, NIHR National Biosample Centre and the Milton Keynes "Lighthouse" Coronavirus Testing Mega-Lab, 19 December 2020, https://twitter.com/The_Soup_Dragon/status/1340349639946629120?s=20

¹⁴⁰ Mundasad S. Covid-19: Brazil experts issue warning as hospitals 'close to collapse', BBC News, 10 March 2021, <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-56342303>

¹⁴¹ Bergo I. Covid-19: Is the situation in France's hospitals as bad as in March? The Local 13 October 2020, <https://www.thelocal.fr/20201013/covid-19-is-the-situation-in-frances-hospitals-as-bad-as-in-march/>

¹⁴² Sheldon T.A., Wright J. Twin epidemics of covid-19 and non-communicable disease, *BMJ* 2020;369:m2618, <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m2618.full.pdf>

¹⁴³ WHO COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases, 1 June 2020, <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>

to szanse przeżycia¹⁴⁴. Niejednokrotnie okazywało się, że rygory sanitarne prowadzące do ścisłego odseparowania łóżek „covidowych” znacznie utrudniały rozpoznanie i leczenie innych chorób. Innym aspektem istnienia innych, poza Covid-19 schorzeń, byli pacjenci z już zdiagnozowanymi chorobami, oczekujący na kontynuację leczenia, lub mający pierwsze objawy i czekający na zdiagnozowanie. Postępowanie wobec tych pacjentów było dramatycznie utrudnione lub całkowicie zaniechane, niezależnie od tego, czy wymagało pobytu w szpitalu, czy mogło być realizowane ambulatoryjnie.

Bardzo trudna sytuacja wynikająca z koncentrowania uwagi na problemach Covid-19 panowała także w opiece ambulatoryjnej wielu krajów. Ograniczenia aktywności tej formy opieki były tym groźniejsze dla sytuacji zdrowotnej, że w wielu krajach POZ powinna odgrywać fundamentalną rolę we wczesnym identyfikowaniu pacjentów podejrzanych o zakażenie koronawirusem¹⁴⁵. Są podstawy by sądzić, że aktywność POZ w wielu krajach osłabła. Na przykład w USA największe załamanie liczby wizyt nastąpiło w początkowym okresie pandemii, kiedy sięgało przejściowo 60%¹⁴⁶. Z czasem sytuacja zaczęła się poprawiać, ale skumulowany spadek korzystania w ciągu roku szacowano na 5-6% w porównaniu z wieloletnią przeciętną. Najbardziej pokrzywdzeni byli mali pacjenci w wieku 3-5 lat (ok.50%), także pacjenci starsi w wieku około 74 lat (ok.21%). Biorąc pod uwagę specjalności największy skumulowany spadek liczby wizyt odnotowano w pediatrii i pulmonologii – po 27% oraz otolaryngologii i rehabilitacji – po 25%. Z drugiej strony jednak aktywizowały się porady zdalne i świadczenia telemedycyny zaczęły być traktowane jako wysoko ceniona alternatywa opieki tradycyjnej¹⁴⁷.

¹⁴⁴ Sanyaolu, Adekunle et al. “Comorbidity and its Impact on Patients with COVID-19.” *SN comprehensive clinical medicine*, 1-8. 25 Jun. 2020, doi:10.1007/s42399-020-00363-4, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7314621/pdf/42399_2020_Article_363.pdf; Guan W-j, Liang W-h, Zhao Y, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. *European Respiratory Journal* 2020; 55: 2000547, <https://erj.ersjournals.com/content/erj/55/5/2000547.full.pdf>

¹⁴⁵ WHO Role of primary care in the COVID-19 response. Interim guidance, 26 March 2020, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁴⁶ Ateev Mehrotra et al., The Impact of COVID-19 on Outpatient Visits in 2020: Visits Remained Stable, Despite a Late Surge in Cases, The Commonwealth Fund, February 22, 2021, <https://www.commonwealthfund.org/publications/2021/feb/impact-covid-19-outpatient-visits-2020-visits-stable-despite-late-surge>

¹⁴⁷ Patel S.V. et al. Variation In Telemedicine Use And Outpatient Care During The COVID-19 Pandemic In The United States, *Health Affairs* vol. 40, no. 2, February 2021,

W wielu krajach w efekcie pandemii zaniechano wykonywania dużej części zaplanowanych wcześniej zabiegów, nie rozpoznawano nowych przypadków, co następowało zarówno z braku wiary lekarzy, że możliwe będzie rozpoczęcie leczenia, jak i z obaw pacjentów o zakażenia i unikających w związku z tym jakiegokolwiek dodatkowego kontaktu ze służbą zdrowia¹⁴⁸. Skrajnym przypadkiem bezrefleksyjnego koncentrowania się na Covid-19 była zmiana przeznaczenia oddziałów szpitalnych zajmujących się różnymi schorzeniami (łącznie z onkologią i kardiologią) na oddziały zajmujące się wyłącznie chorymi na Covid-19. Na stronach kancelarii prawnych można znaleźć tytuły z rodzaju „Młody ojciec stracił życie z powodu opóźnienia onkologicznej diagnozy” albo opowieść o tym, że nawet były szef NHS miał kłopoty z terminowym leczeniem¹⁴⁹. W literaturze są dostępne badania, z których wynika, że w niektórych systemach zdrowotnych zgłaszalność z powodu problemów kardiologicznych zmniejszyła się okresie pandemii o więcej niż 50%¹⁵⁰. Przykładów tego rodzaju problemów było znacznie więcej i generalny wniosek pozostaje taki, że w warunkach pandemii systemy zdrowotne w bardzo ograniczonym stopniu były w stanie zachować zdolność działania w odniesieniu do „zwykłych” przypadków chorobowych, czyli tych przypadków, które w decydującym stopniu przesądzają o wielkości ogólnej umieralności. W konsekwencji wirus SARS-CoV-2 powodował zgony nie tylko z powodu Covid-19, ale przyczyniał się też do wzrostu wskaźników umieralności ogólnej. Było to równoznaczne z większą liczbą zgonów, w porównaniu z czasami przed pandemią. Na podstawie danych z Anglii i Walii pochodzących tylko z początku pandemii obliczono, że oczekiwana długość życia skróciła się o 0,9 roku dla kobiet i o 1,2 roku dla mężczyzn¹⁵¹.

¹⁴⁸ Prof. Jadwiga Nessler: KONS wyprzedził COVID-19, Puls medycyny Źródło: Puls Medycyny, 02-06-2020, <https://pulsmedycyny.pl/prof-jadwiga-nessler-kons-wyprzedzil-covid-19-992849>

¹⁴⁹ “Young Father Lost His Life Following Delayed Cancer Scan Due To Covid-19”, “Former NHS Chief Executive Suffers Delays In Cancer Treatment” por.: Novum Law Medical Negligence Case Studies Due To Covid-19, (bez daty), <https://www.novumlaw.com/services/medical-negligence/delayed-cancelled-treatment-covid-19/medical-negligence-case-studies-due-to-covid-19/>

¹⁵⁰ Fersia O., Sue Bryant, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cardiology services, *BMJ Open Heart* 2020;7:e001359. doi:10.1136/openhrt-2020-001359, <https://openheart.bmj.com/content/openhrt/7/2/e001359.full.pdf>

¹⁵¹ Menassa et al. Healthy longevity in the time of COVID-19: a conceptual framework, *Lancet* Vol 2 May 2021, <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2666-7568%2821%2900026-X>

Perspektywa załamania się systemu zdrowotnego przypominała o napięciach, czy wręcz konfliktach, o których była mowa w wielu przedstawianych przed pandemią rozważaniach o ochronie zdrowia. Ujawniały się one na kilku płaszczyznach wypełnionych konkurencją i konfliktem: we wzajemnych relacji między zdrowiem publicznym i medycyną naprawczą, między instytucjami o różnym statusie własnościowym, zwłaszcza między sektorem publicznym i prywatnym, między różnymi szczeblami lub formami własności publicznej, jak struktury rządowe i samorządowe. W sprawie pierwszej stwierdzić można, że historia przypomina, że działania na rzecz zdrowia i dobrostanu ludzi podejmowane w ostatnim stuleciu jednoznacznie wskazywały, że aktywności zdrowia publicznego i medycyny naprawczej były wobec siebie komplementarne i wzajem się uzupełniające. System zdrowotny nie zbliżył się do realizacji swojego celu polegającego na zaspokajaniu zdrowotnych potrzeb ludzi i nie spełnił swojej misji zdrowie publiczne, jeśli jego aktywności nie będą uzupełniane skuteczną interwencją medyczną, o czym ostatnia pandemia dowodnie przekonała.

W przebiegu pandemii w niektórych krajach ujawnił się konflikt między instytucjami należącymi do różnych właścicieli, zwłaszcza właścicieli publicznych i prywatnych. Był o tyle niespodziewany, że koncepcyjnie, już od roku 2000, w WHO jednoznacznie uznano, że do systemów zdrowotnych należą struktury obydwu tych właścicieli, a współpraca między nimi została powszechnie uznana za oczywisty wymóg efektywnego funkcjonowania całej ochrony zdrowia¹⁵². Rzeczywistość pandemiczna i braki zasobów przez nią ujawnione sprawiły, że pojawiły się tendencje do odmiennego postrzegania i traktowania obydwu sektorów, co dotyczyło zarówno procesów świadczenia usług zdrowotnych, jak i sfery zaopatrzenia w medykamenty i sprzęt. Ujawnione wcześniej amerykańskie doświadczenie dotyczące tej drugiej kwestii pozwala twierdzić, że w sytuacji, w której tam, gdzie zapotrzebowanie na różne rodzaje sprzętu ochronnego wyraźnie przewyższa zdolności produkcyjne prywatnych wytwórców, możliwości władzy chcącej ich nakłonić do zwiększenia produkcji są znacznie ograniczone¹⁵³. Okazywało się, że

¹⁵² WHO The world health report 2000 – Health systems: improving performance, World Health Organization 2000, https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

¹⁵³ Watney C., Stapp A. Masks for All: Using Purchase Guarantees and Targeted Deregulation to Boost Production of Essential Medical Equipment, Mercatus Center at George Mason University, Policy brief April 8, 2020, https://www.mercatus.org/system/files/watney_and_stapp_-_policy_brief_-_covid_series_-_masks_for_all_-_v1.pdf

niekiedy konieczne jest wykorzystywanie nadzwyczajnych środków prawnych – jak w sytuacji wojennej – aby zagwarantować potrzebny profil produkcji¹⁵⁴.

Nawiązując do koncepcji systemu zdrowotnego z 2000 roku WHO już w styczniu 2020 roku przedstawiła apel wzywający do włączania prywatnego sektora do walki z pandemią¹⁵⁵. Wkrótce potem przygotowała dokument, w którym wezwano władze do otwartego i skoordynowanego wykorzystywania zasobów materialnych i ludzkich tak publicznych, jak i prywatnych sektorów¹⁵⁶. Przypomniano przy okazji o znaczącym udziale sektora prywatnego w realizacji celów całego systemu. Są regiony, w których dostarcza on 40% świadczeń, ale są również takie, jak wschodni region Morza Śródziemnego, gdzie sięga 62%. Przewidując pojawienie się krytycznych opinii o działaniu prywatnego komponentu sektora zdrowotnego w zakresie udzielania świadczeń WHO, w ramach inicjatywy dotyczącej uniwersalnego dostępu do świadczeń (Universal health coverage), przygotowało listę przykładów jego pozytywnego reagowania na nową sytuację¹⁵⁷. Są one przedstawione w poniższej tabeli.

¹⁵⁴ Insight The Defense Production Act (DPA) and COVID-19: Key Authorities and Policy Considerations, Congressional Research Service, Updated March 18, 2020, <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IN/IN11231>

¹⁵⁵ WHO Engaging the private health sector for Universal Health Coverage, 18 January 2020, <https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation-on-the-draft-who-roadmap-engaging-the-private-health-sector-through-integrated-service-delivery-governance-in-mixed-health-systems>

¹⁵⁶ WHO An action plan to engage the private health service delivery sector in the response to COVID-19, bxd. https://hsgovcollab.org/system/files/2020-05/PSE_Covid_actionplan.2.0_0.pdf

¹⁵⁷ WHO All hands on deck: mobilising the private sector for the COVID-19 response, By David Clarke., Mark Hellowell, Barbara O'Hanlon, Cynthia Eldridge, Universal health coverage, 7 April 2020, <https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-blog/all-hands-on-deck-mobilising-the-private-sector-for-the-covid-19-response-555347/>

Inicjatywy prywatnego sektora opieki zdrowotnej

W Zjednoczonym Królestwie NHS przejęła zarządzanie wszystkimi prywatnymi placówkami udzielającymi świadczenia dla pacjentów z COVID-19 i inne metody leczenia. W efekcie pula dostępnych zasobów zwiększyła się o dodatkowe 8000 łóżek szpitalnych, 1 200 dodatkowych respiratorów, 10 000 pielęgniarek, 700 lekarzy i ponad 8 000 innych pracowników klinicznych.

Hiszpański rząd znacjonalizował (nationalized) wszystkie prywatne szpitale, aby zwalczyć rozprzestrzenianie się wirusa.

W regionie Lombardii we Włoszech podjęto inicjatywę angażowania prywatnych świadczeniodawców od początku gwałtownego wzrostu zapotrzebowania na opiekę. Działania te zapewniły możliwość wykorzystywania dodatkowych 407 łóżek intensywnej terapii i 4 570 łóżek szpitalnych.

We Francji podjęto współpracę międzysektorową w różnych formach: 1) prywatne szpitale anulowały wszystkie nienagłe interwencje w celu uwolnienia łóżek (100 000 interwencji tygodniowo); 2) przegrupowanie łóżek w celu rozwiązania problemu opieki dla pacjentów chorych na COVID-19; 3) transfer pacjentów pomiędzy placówkami sektora publicznego i prywatnego; 4) dostarczanie wykazów pracowników sektora prywatnego, którzy mają zostać udostępnione do oddelegowania do sektora publicznego.

W Niemczech możliwości diagnostyczne sektora prywatnego były znaczne – 58 000 testów dziennie – i co zostało wykorzystane. W początkach pandemii spośród 54 laboratoriów oferujące bezpłatne testy PCR, 22 to laboratoria prywatne.

Partnerstwo rządu australijskiego z prywatnym sektorem opieki zdrowotnej pozwoliło uzyskać dodatkowo 30 000 łóżek szpitalnych i 105 000 pielęgniarek i innego personelu, aby wspomóc walkę z pandemią.

W Indiach władze stanowe i lokalne w regionach Chhattisgarh i Maharashtra przejęły prywatne szpitale zlokalizowane na swoich terytoriach w celu zwiększenia możliwości działania (capacity).

W Liberii Federacja Opieki Zdrowotnej i Ministerstwo Zdrowia współpracowały w celu uruchomienia i zintensyfikowania szkoleń dla dostawców z sektora prywatnego w całym regionie Montserrat w celu rozwiązania problemu COVID-19

Źródło: WHO *All hands on deck, 2020* oraz WHO *A call to action: mobilising the private sector for the COVID-19 response*, https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/Webinar-Private-Sector-COVID-19-WHO-mobilization-call-to-action_ENG.pdf

Kontynuując rolę stymulatora działań służących skoordynowanemu współdziałaniu prywatnego i publicznego sektora w WHO przygotowano opracowanie, w którym zidentyfikowano najważniejsze bariery utrudniające włączenie

sektora prywatnego do owocnego współdziałania¹⁵⁸. Wskazano sześć następujących barier;

1. Władze krajów nie są pewne, w jaki sposób najlepiej włączać sektor prywatny w planowanie i realizowanie wysiłków w zakresie walki z pandemią;
2. Planowanie wykorzystywania zasobów nie jest możliwe, ponieważ rząd nie posiada ważnych danych na temat zasobów i zdolności sektora prywatnego;
3. W prywatnym sektorze opieki zdrowotnej brakuje pewnych formalnych lub merytorycznych kompetencji niezbędnych do odegrania roli skutecznego partnera rządu w reagowaniu;
4. Doraźnie przyjmowane przepisy, wpisywane niespójnie w systemy regulacyjne, mogą ograniczać rolę sektora prywatnego;
5. Władze krajów nie są pewne, czy i w jaki sposób najlepiej zwracać sektorowi prywatnemu koszty usług zdrowotnych udzielonych w czasie pandemii;
6. Instytucje prywatnej opieki zdrowotnej są obecnie narażone na znaczne straty finansowe, ale rządy dysponują jasnymi kryteriami udzielania wsparcia.

Zainteresowanie wagą problemu trwało i WHO podjęła prowadzenie dyskusyjnego forum poświęconego tym zagadnieniom¹⁵⁹. Można wyrazić nadzieję, że wysiłki te pozwoliły na bardziej efektywne działania, niżby miało to miejsce bez podjętych inicjatyw.

Mimo starań i zachęcających przykładów przedstawianych przez zwolenników harmonijnej współpracy w publicznych przekazach nie brakowało uwag krytycznych. Wskazywano na przykład, że w Australii zaobserwowano problemy prywatnych szpitali, ale okazało się, że trudności były następstwem osiągniętej tam niższej efektywności i wyższych kosztów, w porównaniu ze szpitalami publicznymi¹⁶⁰.

¹⁵⁸ Barbara O'Hanlon and Mark Hellowell. Enabling the private health sector in the national response to COVID-19: Six Current Policy Challenges. Geneva. May 2020, https://hsgovcollab.org/system/files/2020-05/Enabling%20the%20private%20health%20sector%20in%20the%20national%20response%20to%20COVID-19-%20%20Six%20Current%20Policy%20Challenges_0.pdf

¹⁵⁹ WHO Private sector discussion note: COVID-19 treatment, bzd. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-system-governance/private-sector-discussion-note--covid-19-treatment_0-\(1\).pdf?sfvrsn=6b6e968b_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-system-governance/private-sector-discussion-note--covid-19-treatment_0-(1).pdf?sfvrsn=6b6e968b_3&download=true)

¹⁶⁰ Davey M. Australia's private health insurance industry in a 'death spiral', report says, The Guardian, Wed 19 May 2021, <https://www.theguardian.com/australia-news/2021/>

Kwestie związane z wydajnością i kontrolą wydatków należą do grupy strukturalnych cech każdego systemu i dotycząc szpitali mało mają wspólnego ze specyficznymi problemami zdrowia publicznego. Są natomiast dowody na to, że w wielu sytuacjach prywatna opieka zdrowotna w czasie pandemii nie zawsze dobrze sobie radziła, kiedy ogólny lockdown – przy braku powszechnego ubezpieczenia – pozbawiał jej pacjentów możliwości płacenia za usługi¹⁶¹. W krajach, gdzie istniały gwarancje dostępu do świadczeń niezależnie od własnościowego statusu świadczeniodawcy zagrożenie takie nie odgrywało roli. Natomiast tam, gdzie gwarancji takich nie było problem braku dostępu nabierał dramatycznego znaczenia. Sytuacja taka powstała w USA, gdzie – jak wiadomo – zasada uniwersalnego prawa do świadczeń nie jest realizowana. To z tego powodu w USA osoby nieposiadające ubezpieczenia zostały przez Covid-19 dotknięte szczególnie dotkliwie. Dotyczyło to zarówno dostępu do świadczeń¹⁶², jak i strat zdrowotnych¹⁶³. Znaczącym dokumentem przedstawiającym ten problem był Raport przygotowany przez NGO pt. „Public Citizen”, którego tytuł wzywał do uchwalenia ustawy o programie Medicare dla wszystkich¹⁶⁴. Pamiętać należy, że Medicare to najbardziej szczodry publiczny program dający obywatelom poczucie bezpieczeństwa umożliwiając korzystanie z szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych. Brak ogólnych gwarancji dostępu nie dawał osobom bez ubezpieczenia możliwości szybkiego kontaktowania się z kwalifikowaną pomocą medyczną. Zwiększało to ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa, ale także zmniejszało szanse chorego na szybką i skuteczną interwencję. Jednocześnie prywatne, nastawione na zysk szpitale, nie były zainteresowane przyjmowaniem masowo napływających pacjentów wymagających intensywnej, a zatem kosztownej terapii. W konsekwencji, dostrzeżenie niesprawności sprywatyzowanego

[may/20/australias-private-health-insurance-industry-in-a-death-spiral-report-says](https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/17441692.2021.1874470?needAccess=true)

¹⁶¹ Williams O.D. et al. The failure of private health services: COVID-19 induced crises in low – and middle-income country (LMIC) health systems, *Global Public Health An International Journal for Research, Policy and Practice*, Volume 16, 2021 – Issue 8-9: Politics and Pandemics, [Global Public Health https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/17441692.2021.1874470?needAccess=true](https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/17441692.2021.1874470?needAccess=true)

¹⁶² Gordon G. Uninsured Americans Are Half As Likely To Get The Covid-19 Vaccine Even Though It's Free, New Data Shows, *Forbes* Apr 16, 2021, <https://www.forbes.com/sites/debgordon/2021/04/16/uninsured-americans-are-half-as-likely-to-get-the-covid-19-vaccine-even-though-its-free-new-data-shows/?sh=f54f4f4766ff>

¹⁶³ Dawson M. COVID-19 Pandemic Exacerbated by America's Uninsured, *Impakter* May 23, 2021, <https://impakter.com/covid-19-pandemic-exacerbated-by-americas-uninsured/>

¹⁶⁴ Kemp E. Unprepared for COVID-19, How the Pandemic Makes the case for Medicare for All, *Public Citizen*, March 29 2021, <https://mkus3lurbh3lbztg254fzode-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2021-3-16-Case-for-Medicare-for-All-2.pdf>

w dużym stopniu sektora zdrowotnego, tak po stronie ubezpieczycieli, jak i świadczeniodawców, doprowadziło autorów raportu do postulatu jego „upublicznienia”. Zagrożenie covidowe doprowadziło do wniosków politycznej natury.

Zdarzało się także, że na treść decyzji związanych z walką z pandemią miała wpływ polityczna orientacja rządu. W raporcie oceniono, że postępowanie konserwatywnego rządu Wielkiej Brytanii w zakresie kontraktowania różnych intratnych przedsięwzięć wprawdzie merytorycznie służy rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, ale wyraźnie faworyzuje sektor prywatny¹⁶⁵. Stronnicze wspieranie tego sektora prowadziło to do utrwalenia stanu niedofinansowania, czy niedoinwestowania inwestycji publicznych, co odbijało się negatywnie na możliwościach zaspokajania potrzeb ludzi. Nie można jednak twierdzić, że napięcia między różnymi szczeblami władzy były często powiązane ze strukturą administracyjną poszczególnych krajów. Pojawiały się informacje o tym, jak federalna struktura Niemiec utrudniała koordynację działań między rządem i landami, które cieszą się szeroką autonomią w sprawach zdrowia, a także możliwości wprowadzania restrykcji¹⁶⁶. Podobne ograniczenia wynikające z niejasnego podziału kompetencji między rządem w Waszyngtonie i rządami stanowymi zostały ujawnione w USA. Przynajmniej część niepowodzeń w działaniach związanych z pandemią mogą być im przypisane¹⁶⁷. Niekonsekwentne postępowanie rządu w New Delhi i rządów stanowych w Indiach doprowadziło do dramatycznego braku tlenu stosowanego w oddziałach intensywnej terapii, kiedy kraj stanął w obliczu nasilonej fali zachorowań późną wiosną 2021 roku¹⁶⁸. Równie niekonsekwentne było postępowanie wobec wytwórców szczepionki przeciw Covid-19. W efekcie kraj mający znakomicie rozwinięty przemysł farmaceutyczny znalazł się w sytuacji drastycznego niedoboru szczepionek.

Wszystkie wskazane konflikty, potwierdzone, a niekiedy wzmocnione przez pandemię, nie sprzyjały sprawnemu organizowaniu działań służących ochronie zdrowia.

¹⁶⁵ Scally G. A new public health body for the UK. “Local first” approach dropped in favour of industrial and security oriented agency, *BMJ* 2021;373:n875, <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n875>

¹⁶⁶ Hallam M. COVID: How Germany’s federal system hampers the fight against the pandemic, *DW* 29.03.2021, <https://www.dw.com/en/covid-how-germanys-federal-system-hampers-the-fight-against-the-pandemic/a-55241135>

¹⁶⁷ Haffajee R.L., Mello M.M. Thinking Globally, Acting Locally — The U.S. Response to Covid-19, *New England Journal of Medicine* 2020; 382:e75, May 28, 2020, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2006740>

¹⁶⁸ Bhuyan A. Experts criticise India’s complacency over COVID-19, *World Report, Lancet* Vol 397 May 1, 2021, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00993-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00993-4/fulltext)

W warunkach zagrożenia bardzo wielu ludzi z ufnością oczekiwało od systemów zdrowotnych wskazówek, jak skutecznie bronić się przed zachorowaniem, równie wielu z nich oczekiwało ratunku, kiedy dojdzie do zakażenia i ciężkiego przebiegu infekcji. W wielu sytuacjach oczekiwania te były zawiedzione. Okazało się, że największą nadzieję wiązać można ze stosowaniem szczepionki, a więc wykorzystaniem najbardziej skutecznej procedury znajdującej się w dyspozycji zdrowia publicznego. Jednak szczepionka nie może powstać bez intelektualnego wkładu przedstawicieli medycyny naprawczej oraz pieniędzy umożliwiających naukowe badania. Jak się okazało, są one dostarczane głównie przez rządy, a nie prywatny biznes.

System w pandemii

Jednym z kluczowych czynników, od których zależy zdolność systemu zdrowotnego do efektywnego działania, jest stan psychiczny i emocjonalny jego pracowników. W warunkach pandemii pracownicy ochrony zdrowia znaleźli się w ekstremalnie trudnej sytuacji. Zdawali sobie sprawę, że od ich działania zależy szansa uchronienia ludzi przed zarażeniem. Jest to jednak zależne także od losu i zachowań samych zainteresowanych, które dają możliwość ich uratowania w razie infekcji. Sytuacja ta została dostrzeżona i potwierdzona przez Dyrektora Generalnego WHO, kiedy mówił o najbardziej narażonym, pracującym na pierwszej linii frontu personelem zdrowotnym i opiekuńczym (*Frontline health and care workers*). Opinia ta została przytoczona w dokumencie poświęconym tym zagadnieniom¹⁶⁹. O poważnym traktowaniu zagrożenia, w jakim znajdowali się pracownicy świadczący usługi zdrowotne i opiekuńcze, może świadczyć priorytetowe przyznawanie im, w różnych rekomendacjach określających zasady, przeprowadzanie testów. W przygotowanej przez Europejskie Centrum Prewencji i Kontroli grupa tych pracowników została umieszczona na miejscu pierwszym¹⁷⁰, a w dokumencie amerykańskiego CDC na miejscu drugim¹⁷¹. Można to uza-

¹⁶⁹ WHO Protecting the health workers who protect us all, 17 September 2020, <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/protecting-the-health-workers-who-protect-us-all>

¹⁷⁰ European Centre for Disease Prevention and Control Testing strategies, 2020, <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/testing-strategies>

¹⁷¹ CDC CDC guidance for COVID-19. Evaluating and Testing Persons for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Revisions on May 3, 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/clinical-criteria.html>

sadniać dwoma argumentami. Po pierwsze, troską o zdrowie pacjentów, którzy mogliby być zainfekowani, gdyby świadczeniodawca był zakażony bezobjawowo. Po drugie, troską o zdrowie świadczeniodawców, których choroba prowadzi nieuchronnie do zmniejszenia się możliwości działania systemu. Podobnie, przynajmniej w deklaracjach pracownicy służby zdrowia byli traktowani, kiedy pojawiła się możliwość zastosowania skutecznych środków chroniących przed infekcją i powstała możliwość zaszczepienia się. Światowa Organizacja Zdrowia połączyła problem traktowania pracowników służby zdrowia jako grupy traktowanej priorytetowo w korzystaniu ze szczepień z problemem równości i sprawiedliwości w zdrowiu¹⁷². Było to następstwem bardzo krytycznej oceny sytuacji, kiedy to w pierwszej fazie szczepień podjętej na początku 2021 roku, ze szczepionek korzystały niemal wyłącznie bogate kraje rozwinięte. Działo się to na skutek ograniczonych środków finansowych będących w dyspozycji krajów biedniejszych, ale także w efekcie egoistycznej postawy krajów bogatszych, dążących do zaspokojenia potrzeb przede wszystkim własnych obywateli. W przygotowanej deklaracji wskazano zatem, że możliwość stawienia czoła pandemii przez systemy zdrowotne krajów mniej zamożnych zależy od zdrowotnej kondycji pracowników służby zdrowia, którymi są – co podkreślono – przede wszystkim kobiety. Stąd hasło: „Musimy natychmiast przyspieszyć sprawiedliwość w dostępie do szczepień wszystkich pracowników służby zdrowia” uzupełnione hasłem: „Chrońmy najpierw tych, którzy chronią nas¹⁷³”.

W przygotowanym przez Komisję Europejską strategicznym dokumencie dotyczącym działań prewencyjnych związanych z pandemią pracownicy służby zdrowia znaleźli się na pierwszym miejscu wśród grup, którym powinien być przyznany dostęp do szczepionki¹⁷⁴. Wprawdzie w komentarzu zastrzeżono, że miejsce na liście nie jest jednoznaczne z deklaracją najwyższego poparcia, to jednak nie ulegało wątpliwości, że ochronę tej grupy potraktowano z najwyższą powagą. Brytyjski komitet doradzający rządowi w sprawach pandemii już w czerwcu 2020 roku przyjął zalecenie, że znajdującym się na pierwszej linii frontu walki z pandemią pracownikom opieki zdrowotnej i społecznej powinien być przyznany najwyższy priorytet w dostępie do szczepionek, natychmiast

¹⁷² WHO Call to action: Vaccine Equity, January 2021,

¹⁷³ “We must accelerate vaccine equity for all health workers – now”, oraz: “Let’s first protect those who protect us”

¹⁷⁴ EU Vaccines Strategy, European Commission, 17 June 2020, https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_en#possible-priority-groups

po tym, kiedy szczepionka stanie się dostępna¹⁷⁵. W rządowych rekomendacjach, przygotowanych w wielu językach w grudniu tego samego roku, pierwszeństwo przyznawane pracownikom służby zdrowia uzasadniono następująco: „Pracownicy NHS „z pierwszej linii frontu” są najbardziej narażeni na zakażenie COVID-19 w miejscu pracy. Pracownicy służby zdrowia oraz opieki społecznej (w szczególności pracujący w domach opieki) są znacznie bardziej narażeni na wielokrotny kontakt z wirusem¹⁷⁶”.

W pierwszej fazie pandemii, kiedy w wielu krajach środki ochrony osobistej nie były powszechnie dostępne, zakażenia wśród pracowników służby zdrowia zdarzały się proporcjonalnie częściej, niż w populacji generalnej. Jak podano w komunikacie WHO opublikowanym w październiku 2020¹⁷⁷ roku: w 83 krajach, gdzie pracownicy ci stanowili tylko około 3% populacji, to w grupie zainfekowanych stanowili około 14 %.. Pracownicy pierwszej linii systemów zdrowotnych ponosili rzeczywiste ofiary. Amnesty International podała, że do września 2020 roku na świecie zmarło ponad 7000 przedstawicieli tej grupy, co zostało określone jako „wielkość wstrząsająca” (staggering scale)¹⁷⁸. W danych opublikowanych w marcu następnego roku pojawiła się wielkość ponad 17 tysięcy, a straty te pojawiły się mimo dostępności szczepionek¹⁷⁹. Jednak możliwość korzystania ze szczepionek była bardzo zróżnicowana, w zależności od zamożności krajów, a także politycznych decyzji i ten czynnik wpływał na powstawanie drastycznych różnic. W Polsce na początku kwietnia 2020 roku koronawirusem zaraziło się 23 tys. 095 lekarzy, 1 tys. 994 diagnostów laboratoryjnych, 59 tys.

¹⁷⁵ Wise J. Covid-19: Health and care workers will be “highest priority” for vaccination, says JCVI, (JCVI – Joint Committee on Vaccination and Immunisation), BMJ 2020; 369, Published 19 June 2020, <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m2477>

¹⁷⁶ NHS Szczepienie przeciwko COVID-19. Ochrona dla pracowników służby zdrowia, Public Health England, Published:7 December 2020, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/953030/PHE_COVID-19_vaccination_guide_for_healthcare_workers_Polish.pdf

¹⁷⁷ WHO Covid-19 infections among health workers declining: WHO, Medical Xpress 2011 – 2021, OCTOBER 13, 2020, <https://medicalxpress.com/news/2020-10-covid-infections-health-workers-declining.html>

¹⁷⁸ AI Global: Amnesty analysis reveals over 7,000 health workers have died from COVID-19, Amnesty International, 3 September 2020, <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/09/amnesty-analysis-7000-health-workers-have-died-from-covid19/>

¹⁷⁹ AI COVID-19: Health worker death toll rises to at least 17000 as organizations call for rapid vaccine rollout, Amnesty International, 5 March 2021, <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2021/03/covid19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/>

012 pielęgniarek, 5 tys. 833 położnych, 4 tys. 213 ratowników medycznych¹⁸⁰. W tym samym czasie, od początku pandemii do 29 marca z powodu COVID-19 zmarło 138 lekarzy, 131 pielęgniarek, 19 położnych, 16 ratowników medycznych. Według danych opublikowanych przez WHO w okresie od początku pandemii do końca maja 2021 roku liczbę zmarłych pracowników opieki zdrowotnej i społecznej szacowano na 115 493 osoby, ale z uwagi na niepewność danych wskazywano też przedział od 80 tysięcy do 180 tysięcy możliwych zgonów spowodowanych infekcją Covid-19.¹⁸¹

Podsumowując, optymistyczny jest temat możliwości funkcjonowania opieki zdrowotnej w systemie zdalnym. Wprawdzie telemedycyna znajdowała zastosowania na długo przed pandemią¹⁸² – np. nadzór kardiologiczny, czy zdalne operacje – to jednak dopiero jej wybuch doprowadził do masowego wykorzystywania teleporad¹⁸³. Analizy przeprowadzone w USA w marcu 2020 roku wskazały na wzrost korzystania z tej formy porad o 154% w ciągu pierwszego kwartału¹⁸⁴. W pierwszej chwili była to reakcja na bezpośrednie zagrożenie infekcją, do jakiej mogło dochodzić w wyniku bezpośredniego kontaktu, ale z czasem okazywało się, że może to być dogodna forma zaspokajania różnych potrzeb związanych ze zdrowiem¹⁸⁵. Jednym z pozytywnych zastosowań telemedycyny było jej wykorzystywanie w opiece nad pacjentami nowotworowymi¹⁸⁶,

¹⁸⁰ Mikołajska M. Ilu pracowników służby zdrowia zmarło na COVID-19 od początku epidemii? Zatrważające dane, Medonet, 03.04.2021, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,covid-19-w-polsce--zgony-wsrod-pracownikow-sluzby-zdrowia--dane-mz,artykul,35235681.html>

¹⁸¹ WHO The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths, Working paper 1, September 2021, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf>

¹⁸² WHO Telemedicine. Opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth, Global Observatory for eHealth series – Volume 2, 2010, https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf

¹⁸³ Vidal-Alaball J. et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic, *Aten Primaria*. 2020 Jun-Jul; 52(6): 418–422, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164871/>

¹⁸⁴ Koonin L.M. et al. Trends in the Use of Telehealth During the Emergence of the COVID-19 Pandemic — United States, January–March 2020, *CDC, MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020;69:1595–1599, <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6943a3.htm>

¹⁸⁵ PAHO COVID-19 and telemedicine. Tool for assessing the maturity level of health institutions to implement telemedicine services, Version 3.0, July 2020, https://www.paho.org/ish/images/toolkit/COVID-19-Telemedicine_RATool-en.pdf?ua=1

¹⁸⁶ Royce T.J. et al. Telemedicine for Cancer Care in the Time of COVID-19, *JAMA Oncology* November 2020 Volume 6, Number 11, file:///C:/Users/user/Downloads/jamaoncology_royce_2020_vp_200022_1604947289.52615.pdf

co pozwalało w niektórych krajach nieco łagodzić stan zaniedbania, w leczeniu chorób onkologicznych. Względna łatwość realizowania teleporady zachęcała niektórych świadczeniodawców do jej nadużywania, co prowadziło do szkód zdrowotnych w postaci źle lub zbyt późno diagnozowanych pacjentów¹⁸⁷. Nie ma jednak wątpliwości, że niezależnie od możliwości ich nieodpowiedniego wykorzystywania zdalne porady otwierają szerokie możliwości łatwiejszych kontaktów z systemem zdrowotnym – nie tylko z lekarzami, ale także z innym pracownikami medycznymi.

Z pewnością wnioski formułowane na podstawie doświadczeń wyprowadzanych z pandemii będą prowadziły do zmian instytucjonalnych, co w niektórych krajach już zostało zapoczątkowane. W Anglii Public Health England (PHE) zastąpiono nową instytucją – Narodowym Instytutem Ochrony Zdrowia (National Institute for Health Protection – NIHP)¹⁸⁸. Nowa instytucja miała nie tylko przejąć wszystkie zadania swojego poprzednika, ale także podjąć nowe obowiązki związane z testowaniem i śledzeniem drogi rozprzestrzeniania się nowych zachorowań (Test and Trace). Służyć temu miało powołane w ramach nowej instytucji Centrum Biobezpieczeństwa (Joint Biosecurity Centre – JBC). Finalnie PHE został przeorganizowany w Urząd ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego (UK Health Security Agency – UKHSA) oraz Biuro ds. Poprawy Stanu Zdrowia i Nierówności (Office for Health Improvement and Disparities). UKHSA jest odpowiedzialny za ochronę przed chorobami zakaźnymi, czynnikami chemicznymi, biologicznymi, radiologicznymi i jądrowymi, także innymi nagłymi zagrożeniami zdrowotnymi. Natomiast Biuro ds. Poprawy Stanu Zdrowia i Nierówności, będące częścią Ministerstwa Zdrowia i Spraw Społecznych (Department of Health and Social Care) jest odpowiedzialne za szerszy zakres działań systemu zdrowia publicznego. Jego główne zadanie to poprawa zdrowia całej populacji – polega to na dążeniu do zagwarantowaniu każdemu dłuższego życia w dobrym zdrowiu oraz na wyrównywaniu dysproporcji zdrowotnych, tak aby przerwać związek między pochodzeniem, a szansami zdrowego życia.

¹⁸⁷ Nowosielska K. Zdalne leczenie pacjenta może lekarza słono kosztować, Prawo.pl, 28.09.2020, <https://www.prawo.pl/zdrowie/naduzywanie-teleporad-przez-lekarzy,503384.html>

¹⁸⁸ Department of Health & Social Care The future of public health: the National Institute for Health Protection and other public health functions, Policy paper, Published 15 September 2020, <https://www.gov.uk/government/publications/the-future-of-public-health-the-nihp-and-other-public-health-functions/the-future-of-public-health-the-national-institute-for-health-protection-and-other-public-health-functions>

W praktyce, prowadzi to na ukierunkowanie aktywności na prewencję chorób niezakaźnych.

Warto jednak odnotować, że zmiana ta nie przez wszystkich została przyjęta z aprobatą. Podstawowym zarzutem była obawa, że w nowych strukturach przedstawiciele zdrowia publicznego zostaną poddani naciskom, albo nawet kontroli, co uniemożliwi przedstawianie opinii niezależnych¹⁸⁹. W efekcie naukowa wartość zostanie obniżona, co odbije się negatywnie na możliwości ochrony zdrowia ludzi.

¹⁸⁹ Nagpaul C. Public health must have independence to advocate for the public's health, BMA (British Medical Association), 27 August 2020, <https://www.bma.org.uk/news-and-opinion/public-health-must-have-independence-to-advocate-for-the-public-s-health>

UKŁAD ZDROWIA, SPOŁECZEŃSTWA I GOSPODARKI

W naukach zajmujących się zdrowiem jego związki ze społecznym otoczeniem i gospodarką są traktowane jako oczywiste. Przebieg pandemii dostarczył nie tylko wielu dowodów potwierdzających tę tezę, ale także ilustracji obrazujących złożoność tych relacji. W obliczu nadchodzącego zagrożenia zdrowotnego, póki nie istniała szczepionka, rządy miały do dyspozycji ograniczony repertuar przeciwdziałań układających się w prostą sekwencję. Po pierwsze: kiedy i w jakim zakresie ograniczać kontakty społeczne będące drogą transmitowania wirusa, praktyka określana jako lockdowny. Po drugie: w jakich okolicznościach wycofywać się z wprowadzonych wcześniej ograniczeń tak, by minimalizować straty ekonomiczne i inne. Dla decydentów było oczywiste, że w sytuację tę wpisana jest kalkulacja zysków zdrowotnych uzyskiwanych dzięki lockdownowi i wynikających stąd strat w różnych dziedzinach – gospodarczych, powodowanych ograniczeniami produkcji i usług, społecznych i psychicznych powstających na skutek sparaliżowania aktywności systemów edukacyjnych, instytucji kulturalnych, a także emocjonalne następstwa izolacji i poczucia zagrożenia.

Kalkulacje

W kalkulacjach, które powinny być dokonywane przy podejmowaniu decyzji o sposobach reagowania na pandemiczne zagrożenia, powinna być uwzględniana bardzo duża liczba czynników. Prócz zmiennych dotyczących zdrowia, gospodarki, konsekwencji społecznych powinny być wzięte pod uwagę związane z nimi wartości i miary etyczne. Nie jest bowiem możliwe bezpośrednie porównanie strat ekonomicznych, emocjonalnych i zdrowotnych. Aby w miarę racjonalny wybór był możliwy niezbędne jest odniesienie do ich wartości¹⁹⁰.

¹⁹⁰ Bekker M et al. Early lessons from COVID-19 response and shifts in authority: public trust, policy legitimacy and political inclusion, *The European Journal of Public Health*, Vol. 30, No. 5, 2020: 854–855, <https://europepmc.org/article/PMC/PMC7967340>

Od początku pandemii nie było wątpliwości, że metoda lockdownu jest zawsze kosztowna. Ale po drugiej stronie rachunku zysków i strat są korzyści, które można osiągnąć i troską decydentów powinno być dążenie do tego, by bilans był możliwie korzystny. To z kolei zależało od sposobu wykorzystania czasu podczas zamrożenia gospodarki i życia społecznego. Jeśli wówczas władze były pasywne, kontemplantując biernie zmniejszając się liczbę nowych zachorowań, to prawdopodobieństwo konieczności powtórzenia lockdownu w wyniku nawrotu kolejnej fali epidemii było z reguły bardzo duże¹⁹¹. Jeśli jednak władze wykorzystają czas ograniczeń do opracowania strategii walki z pandemią, przygotowują realistyczne procedury postępowania, prowadzenia testów, czy śledzenia dróg zachorowań, to krótkotrwały lockdown może okazać się narzędziem bardzo skutecznym. Dotyczy to z pewnością sytuacji, w której kraj nie rozporządza wystarczającą ilością skutecznej szczepionki, a doświadczenia takich krajów, jak Japonia, Wietnam i Nowa Zelandia – kraje wskazane przez autorów – były zachęcającym przykładem.

Zgodnie z postulowanym podziałem kompetencji oczekiwano, że eksperci kompetentni w swoich dyscyplinach będą dostarczać informacji potrzebnych w decyzjach, ale to politycy będą wybierać możliwie optymalny punkt równowagi między wielkością korzyści i strat i w międzynarodowej społeczności istniała świadomość tego faktu¹⁹². Pamiętać przy tym należy, że kalkulacje te odbywały się przy braku pewności, a nawet dostatecznie dużego prawdopodobieństwa, co do rozwoju sytuacji zdrowotnej i jej oddziaływania na otoczenia. Badacze gromadzili wiedzę już w czasie trwania pandemii, próbując wyciągać wnioski z dobrych i złych doświadczeń różnych krajów¹⁹³. Nie mogąc zapobiec przedostawaniu się wirusa przez granice władze większości krajów były zdecydowane podejmować radykalne kroki, które mogłyby przyczynić się do ograniczenia zasięgu

¹⁹¹ Alwan N.A. et al. Scientific consensus on the COVID-19 pandemic: we need to act now, in name of the John Snow Memorandum, *Lancet* Vol 396 October 31, 2020, <file:///C:/Users/user/Downloads/PIIS014067362032153X.pdf>

¹⁹² UN Shared responsibility, global solidarity: Responding to the socio-economic impacts of COVID-19 March 2020, <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-03/SG-Report-Socio-Economic-Impact-of-Covid19.pdf>

¹⁹³ WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling, MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Abdul Latif Jameel Institute for Disease and Emergency Analytics, Imperial College London, UK, Report 12 – The global impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression, <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-03-26-COVID19-Report-12.pdf>;

WHO COVID-19 strategy update. Strategic document. Critical preparedness, readiness and response, 2020, April 14, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19&download=true

i szybkości rozprzestrzeniania się epidemii¹⁹⁴. Nie zwracając szczególnej uwagi na przestrzeganie praw obywatelskich narzucano społeczeństwu różne restrykcje prowadzące do ograniczania aktywności i izolacji ludzi¹⁹⁵. Jedną z list wprowadzanych ograniczeń zawierała: zamykanie szkół i miejsc pracy, anulowanie imprez, ograniczenia lub zakaz gromadzenia się, ograniczenia lub zakaz transportu publicznego, nakaz pozostawania w domu, ograniczenia lub zakaz podróży wewnątrz krajów, zamknięcie granic także masowe kampanie informacyjne¹⁹⁶. Bezpośrednią korzyścią uzyskiwaną dzięki restrykcjom było zmniejszenie liczby chorych zainfekowanych, znajdujących się w stanie bardzo ciężkim i wymagającym natychmiastowej hospitalizacji¹⁹⁷. Trwający bez prób interwencji napływ pacjentów groził sparaliżowaniem systemu opieki zdrowotnej.

W czasie trwania pandemii, a szczególnie w czasach zwiększającej się liczby zachorowań, kontynuowane były adresowane do społeczeństwa apele o rozsądne zachowania zwiększające bezpieczeństwo zdrowotne. Poważne instytucje, jak WHO¹⁹⁸ czy CDC,¹⁹⁹ przypominały też o konieczności częstszego niż zwykle podejmowania prostych aktywności, jak częste i staranne mycie rąk, kichanie i kaszel w sposób utrudniający ewentualną emisję wirusa, zachowywanie wystarczającej fizycznej odległości. W niektórych krajach próbowano stosować wyrafinowane i technologicznie zaawansowane metody nadzoru nad przemieszczaniem się ludzi, co miało ułatwić ustalanie prowadzących do zakażenia kontaktów²⁰⁰. Jednak odwołująca się do argumentów bezpieczeństwa zdrowotnego argumentacja,

¹⁹⁴ Haug, N., Geyrhofer, L., Londei, A. et al. Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. *Nature Human Behaviour* VOL 4 | December, 1303–1312 (2020), <https://www.nature.com/articles/s41562-020-01009-0>

¹⁹⁵ EUAFR Fundamental rights implications of COVID-19, European Union Agency for Fundamental Rights, November 2020, <https://fra.europa.eu/en/themes/covid-19>

¹⁹⁶ Ritchie Hannah i in. Policy Responses to the Coronavirus Pandemic. Government Stringency Index (daily updated), <https://ourworldindata.org/policy-responses-covid>

¹⁹⁷ Farsalinos K. et al. Improved strategies to counter the COVID-19 pandemic: Lockdowns vs. primary and community healthcare, *Toxicology Reports*, Volume 8, 2021, Pages 1-9, <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2214750020304431?token=EE317BD444DE2960CA57317A063DA1C2EB31D528E517BD6410CFBB99BDA4E0134A78A0A90828A6FFD72F91EE859A1F07>

¹⁹⁸ WHO Protective measures, Novel Coronavirus 2019, <https://www.who.int/southeastasia/outbreaks-and-emergencies/novel-coronavirus-2019/protective-measures>

¹⁹⁹ CDC How to Protect Yourself & Others, Dec. 31, 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>

²⁰⁰ Nazalya Sophia Asia emerges as world's surveillance hotspot, *Human Rights Outlook* 2020, 30 September 2020, <https://www.maplecroft.com/insights/analysis/hro-asia-emerges-as-worlds-surveillance-hotspot/>

raczej akceptowana w krajach azjatyckich, poza tym obszarem wzbudzała obawy związane z gromadzeniem zbyt wielu prywatnych informacji w rękach władzy²⁰¹.

Zdecydowana większość krajów wybrała drogę wprowadzania ostrych restrykcji jako skuteczną metodę ograniczania rozprzestrzeniania się pandemii. Wśród nielicznych krajów, które świadomie wybrały inną drogę była Szwecja, a także Taiwan²⁰². Decydenci doszli tam do wniosku, że wartość polegająca na możliwości zachowania swobodnego funkcjonowania społeczeństwa i gospodarki jest cenniejsza niż wartość zdrowotnego zagrożenia, co pozwala na rezygnację z przymusowych ograniczeń²⁰³. Elementem takiego rozumowania była przesłanka o zaufaniu, jakim obywatele obdarzali rząd oraz wysokiej samodyscyplinie w przestrzeganiu wzorów prozdrowotnych zachowań, przedstawianych wyłącznie jako zalecenia, a nie zakazy. Ocena szwedzkiej strategii nie była jednoznaczna. Z jednej strony wskazywano, że efekty zdrowotne nie były gorsze, choć i nie lepsze, niż krajów stosujących ostre restrykcje²⁰⁴. Twierdzono, że w szwedzkich warunkach lockdown nie przyniósłby lepszych efektów²⁰⁵, ale jednocześnie pojawiały się silne głosy krytyczne, których znaczącym wyrazicielem był głos króla i popierający go premier²⁰⁶. Mimo trudności z dokonaniem jednoznacznej i całościowej oceny szwedzkiego postępowania wobec pandemii można wyrazić wątpliwość, czy oddanie ekspertom pełnego prawa do podejmowania decyzji strategicznych było rozwiązaniem najlepszym. Od fachowców zdrowia publicznego nie można bowiem oczekiwać wagi różnorodnych racji pochodzących z różnych regionów świata, których to

²⁰¹ Keshet, Y. Fear of panoptic surveillance: using digital technology to control the COVID-19 epidemic. *Israel Journal of Health Policy Research* 9:67, 25 November 2020, <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-020-00429-7>

²⁰² Summers Jennifer et al. Potential lessons from the Taiwan and New Zealand health responses to the COVID-19 pandemic, *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 4 (2020) 10 0 044, <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2666-6065%2820%2930044-4>

²⁰³ Khorram-Manesh A. Management of COVID-19 Pandemic – The Swedish Perspective, *HealthManagement*, Volume 20 – Issue 7, 2020, <https://healthmanagement.org/c/healthmanagement/issuearticle/management-of-covid-19-pandemic-the-swedish-perspective>

²⁰⁴ Ludvigsson J.F. The first eight months of Sweden's COVID-19 strategy and the key actions and actors that were involved, *Acta Paediatrica* Volume109, Issue12, December 2020, 109:2459–2471, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apa.15582>

²⁰⁵ Benjamin Born B., Dietric A.M., Müller G.J. Do lockdowns work? A counterfactual for Sweden, *Centre for Economic Policy Research (CEPR), Covid Economics*, Issue 16, 11 May 2020, 1-22, <file:///C:/Users/user/Downloads/CovidEconomics16.pdf>

²⁰⁶ Coronavirus: Swedish King Carl XVI Gustaf says coronavirus approach 'has failed', *BBC News*, 17 December 2020, <https://www.bbc.com/news/world-europe-55347021>

znajomość wykracza poza ich merytoryczne kompetencje. Takich działań spodziewać się należy przede wszystkim od rzetelnie postępujących polityków.

Pisaliśmy wyżej o wielowymiarowych stratach ponoszonych przez społeczeństwa w wyniku wprowadzanych w życie restrykcji. Niektóre z nich, mimo bardzo dużego znaczenia (np. długofalowe skutki psychiczne) nie mogły być szacowane w wymiernych jednostkach i stąd ich uwzględnianie w porównaniach i kalkulacjach zysków i strat nie było bezpośrednio możliwe. Była jednak jedna kategoria strat będąca skutkiem ograniczania aktywności gospodarczej – mierzone w pieniądzu straty ekonomiczne. Zastrzec jednak należy, że liczbowo wyrażane oceny strat finansowych muszą być traktowane jedynie jako pewne przybliżenie, a fakt stosowania bardzo różnych metod szacunków nakazuje szczególną ostrożność w ich interpretacji. Szczególnie trudne mogą okazać się próby bezpośredniego porównywania wielkości pochodzących z różnych źródeł i dotyczących różnych kształtowanych przez pandemię aspektów sytuacji ludzi²⁰⁷. Nie ma wątpliwości, że atak pandemii ujawnił potrzebę wielu rutynowo stosowanych procedur badawczych²⁰⁸. Problem staje się szczególnie skomplikowany, kiedy w procesie oceny przesłanek decyzyjnych straty ekonomiczne współwystępują ze stratami innego rodzaju, jak koszt psychiczny, poczucie izolacji i temu podobne²⁰⁹.

Według szacunków Banku Światowego z połowy roku 2020 globalny GDP mógł zmniejszyć się o 5,2%²¹⁰. W szacunkach publikowanych wiosną 2021 roku na stronie Grupy Statista pojawiła się informacja, że w najlepszym scenariuszu w 2020 roku (który zdefiniowano jako dwumiesięczny okres obowiązywania zakazu podróży i gwałtowny spadek popytu krajowego) oczekiwano, że strata pieniężna globalnego produktu krajowego brutto (PKB) wyniesie około 76,7 mld USD z powodu epidemii koronawirusa (Covid-19). W najgorszym przypadku (zdefiniowanym jako sześciomiesięczny okres obowiązywania zakazu podróży) przewidywano, że globalny PKB straci około 346,98 miliarda dolarów

²⁰⁷ Berger L. et al. Uncertainty and decision-making during a crisis: How to make policy decisions in the COVID-19 context? Macro Finance Research Program, Working paper no. 2020-95, https://bfi.uchicago.edu/wp-content/uploads/BFI_WP_202095.pdf

²⁰⁸ por.: artykuły w czasopiśmie Covid Economics. Vetted and Real-Time Papers, Issue 20, 20 May 2020, <https://cepr.org/sites/default/files/news/CovidEconomics20.pdf>

²⁰⁹ Eldebo J. Tolerating Ambiguity: Humanitarian Decision-Making in Chaos and Covid-19, Global Policy, 02 September 2020, <https://www.globalpolicyjournal.com/blog/02/09/2020/tolerating-ambiguity-humanitarian-decision-making-chaos-and-covid-19>

²¹⁰ WB The Global Economic Outlook During the COVID-19 Pandemic: A Changed World, JUNE 8, 2020, <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/06/08/the-global-economic-outlook-during-the-covid-19-pandemic-a-changed-world>

amerykańskich²¹¹. Według danych publikowanych przez tę samą grupę we wrześniu podano, że jeśli zgodnie z wcześniejszymi szacunkami wirus stanie się globalną pandemią, to w 2020 roku większość dużych gospodarek straci co najmniej 2,9 procent swojego produktu krajowego brutto (PKB). Było to równoznaczne ze stratą PKB w wysokości 4,5 procent, co szacowano na około 87,55 biliona dolarów amerykańskich w 2019 roku. Stanowi to równowartość prawie 3,94 biliona dolarów utraconej produkcji gospodarczej²¹².

W opracowaniu z kręgu ONZ oceniono straty na 4,3% GDP, ale odnotowano też o wzrost o 130 milionów liczby osób żyjących w skrajnej nędzy²¹³. Ubóstwo z kolei prowadzi do problemu strat społecznych. Niektóre z nich, jak obciążenia psychiczne, lokują się na pograniczu zagadnień zdrowotnych. Inne, jak straty w wyniku nikłej aktywności edukacji albo znacznych ograniczeń życia kulturalnego realizowanego w tradycyjnych formach, też powinny być brane pod uwagę.

Wielowymiarowe straty będące następstwem cowiedowych ograniczeń, ale przede wszystkim straty finansowe, spowodowały protesty w wielu krajach: w USA²¹⁴, w UK²¹⁵, w Niemczech²¹⁶, także w Polsce²¹⁷. Niezależnie od miejsca i szczegółowych motywów, takich jak uleganie wpływom spiskowych teorii opisujących naturę pandemii, protesty świadczyły o braku dobrej komunikacji między decydentami wprowadzającymi restrykcje, a obywatelami, którzy postrzegali je jako bezzasadne ograniczanie ich swobód.

²¹¹ Grupa ta przedstawia się jako "Global No.1 Business Data Platform", por.: Szmigiera M. Forecasted monetary global GDP loss due to COVID-19, by scenario 2020, Statista Research Department, Mar 30, 2021, <https://www.statista.com/statistics/1102971/covid-19-monetary-global-gdp-loss-scenario/>

²¹² Szmigiera M. Impact of the coronavirus pandemic on the global economy – Statistics & Facts, Statista Research Department Sep 15, 2021, <https://www.statista.com/topics/6139/covid-19-impact-on-the-global-economy/#dossierKeyfigures>

²¹³ UN The Impact of the COVID-19 Pandemic on Trade and Development: Transitioning to a New Normal, United Nations Conference on Trade and Development (UNCTD), 2020, https://unctad.org/system/files/official-document/osg2020d1_en.pdf

²¹⁴ BBC Coronavirus: US protests against and for lockdown restrictions, Section BBC News, 19 April 2020, <https://www.bbc.com/news/av/world-us-canada-52344540>

²¹⁵ UK: Anti-COVID-19 restrictions protest to take place in London Dec. 31, GardaWorld, 28 Dec 2020, <https://www.garda.com/crisis24/news-alerts/422511/uk-anti-covid-19-restrictions-protest-to-take-place-in-london-dec-31>

²¹⁶ DW Germany: Thousands protest against COVID-19 rules in Berlin, Deutsche Welle, Oct 25, 2020, <https://www.dw.com/en/germany-thousands-protest-against-covid-19-rules-in-berlin/a-55392704>

²¹⁷ Poland: Police clash with protesters opposing COVID-19 restrictions in Warsaw October 24, GardaWorld, 24 Oct 2020, <https://www.garda.com/crisis24/news-alerts/392791/poland-police-clash-with-protesters-opposing-covid-19-restrictions-in-warsaw-october-24>

Inne sektory

Ważnym następstwem zmian społecznych zachodzących w pandemii była zmiana trybu funkcjonowania wielu sektorów społecznych, związanych z wykorzystywaniem technik zdalnej komunikacji. W niektórych dziedzinach była to tylko zmiana ilościowa, polegająca na przyspieszeniu i intensyfikacji występujących już wcześniej trendów. Tak było ze sprzedażą internetową, która w warunkach utrudnionych kontaktów bezpośrednich bardzo zyskiwała na atrakcyjności²¹⁸.

Inaczej rzecz się miała z pracą. Były dziedziny, w których ze względu na treść wykonywanych czynności, łatwość wykorzystywania tych technik była większa, co ułatwiało płynne przejścia na zdalną organizację rutynowo wykonywanej pracy zarobkowej, a inicjatywy jej wprowadzania były podejmowane jeszcze w czasach przedpandemicznych²¹⁹. Należały do nich działania polegające w przeważającej części na tworzeniu pisanych dokumentów i nawet fazy ich uzgodnień i zatwierdzania mogą być procedowane bez fizycznego kontaktu. Były jednak takie rodzaje pracy, jak działalność usługowa albo produkcyjna, które nierozdzielnie były powiązane z miejscem jej wykonywania, więc personel tam zatrudniony nie mógł korzystać z komfortu pracy zdalnej i w efekcie był narażony na większe ryzyko zakażenia niż inni. Mimo relatywnej łatwości stosowania pracy zdalnej – w niektórych typach zatrudnienia – dostępne cząstkowe informacje pozwalają sądzić, że bywa ona traktowana jako rozwiązanie przejściowe i na przykład w USA odsetek pracujących zdalnie zmniejszył się z 51% w kwietniu do 33% we wrześniu²²⁰. Fakt ten, a także rosnąca z wiekiem niechęć do wykonywania zdalnej pracy sprawia, że jej przyszłość, jako formy coraz bardziej rozpowszechnionej, pozostaje kwestią otwartą.

Prawdopodobnie to w aktywnościach edukacyjnych stosowanie technik zdalnych stwarza najwięcej problemów i budzi najwięcej wątpliwości. Zamykanie szkół skłoniło liczne kraje do podejmowania tego rodzaju aktywności, objęło w początkowej fazie pandemii około 1,2 miliarda dzieci²²¹. Było to jedno z najczę-

²¹⁸ Gavin R. et al. The B2B digital inflection point: How sales have changed during COVID-19, McKinsey Insights, April 30, 2020, <https://www.mckinsey.com/business-functions/marketing-and-sales/our-insights/the-b2b-digital-inflection-point-how-sales-have-changed-during-covid-19>

²¹⁹ Ganado M. et al. The COVID-19. Remote Working Experiment, PwC Malta,

²²⁰ Brenan M. COVID-19 and Remote Work: An Update, Gallup, Inc. October 13, 2020, <https://news.gallup.com/poll/321800/covid-remote-work-update.aspx>

²²¹ Li. C., Lalani F. The COVID-19 pandemic has changed education forever. This is how, 29 Apr 2020, <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/coronavirus-education-global->

ściej stosowanych rozwiązań restrykcyjnych, mimo stosowania w różnym zakresie w zależności od wieku i czasu trwania ograniczeń, także w formie hybrydowej²²². O ile organizowanie zdalnych zajęć dla studentów nie wywołuje zasadniczych sprzeciwów (prócz tych, którzy narzekają na brak „życia studenckiego”) to zdalne uczenie pozostałych grup, zwłaszcza najmłodszych jest bardzo problematyczne²²³. Zasadnicze zastrzeżenie dotyczące sytuacji dzieci dotyczy faktu uczenia się przez nich kompetencji społecznych związanych z przebywaniem w grupie. Jest sprawą bezsporną, że w tej kwestii żadne narzędzie umożliwiające komunikację audiowizualną nie może zastąpić bezpośredniej, fizycznej obecności. Odnotowano także, że w warunkach zdalnego nauczania potęgują się zróżnicowania sytuacji uczniów należących do różnych warstw społecznych, z pokrzywdzeniem warstw upośledzonych²²⁴. Z pewnością zmiany zachodzące w sferze edukacji będą dla zdrowia publicznego trudnym wyzwaniem.

[covid19-online-digital-learning/](#)

²²² UNESCO COVID-19 response – remote learning strategy. Remote learning strategy as a key element in ensuring continued learning, Version 2 as of July 2020, <https://en.unesco.org/sites/default/files/unesco-covid-19-response-toolkit-remote-learning-strategy.pdf>

²²³ UNESCO COVID-19. Trends, Promising Practices and Gaps in Remote Learning for Pre-Primary Education, Author(s): Dita Nugroho; Hsiao-Chen Lin; Ivelina Borisova; Ana Nieto; Maniza Ntekim, Innocenti Research Brief 2020-36, https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/COVID-19_Trends_Promising_Practices_and_Gaps_in_Remote_Learning_for_Pre-Primary_Education_brief.pdf

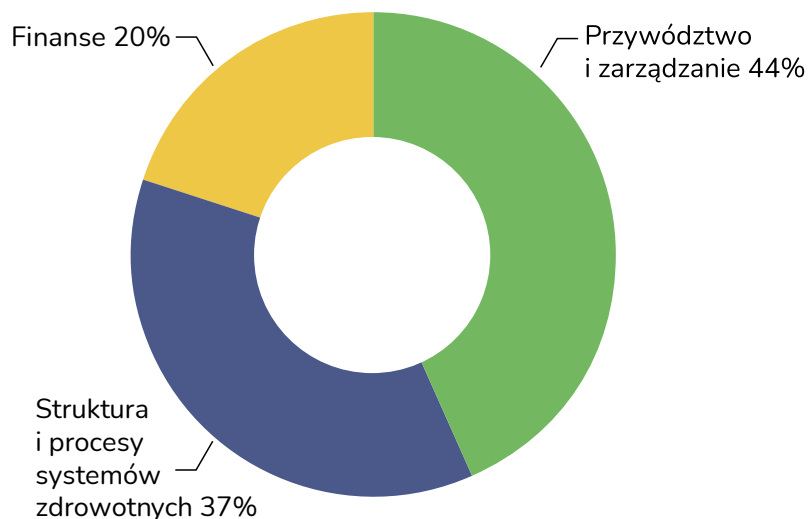
²²⁴ Carretero St. Et al. What did we learn from schooling practices during the COVID-19 lockdown? Insights from five EU countries, the European Commission's Joint Research Centre, Science for Policy report, European Union, 2021, file:///C:/Users/user/Downloads/jrc123654_final_1.pdf

WARUNKI POLITYCZNE I ICH ASPEKTY

Wielkość i zasięg negatywnych następstw pandemii Covid-19 zmobilizował liczne środowiska eksperckie do podjęcia prób racjonalnego reagowania na przyszłość. Zaowocowało to wieloma projektami zmian, które koncentrowały się na zagadnieniach uznanych z najważniejsze przyczyny zaistniałych błędów. Zagadnienia te były traktowane także jako obszar, gdzie interwencje dawały największe prawdopodobieństwo uzyskania poprawy. W przeglądzie części publikowanych projektów i rekomendacji wskazano trzy takie obszary: przywództwo i działania rządów, system zdrowotny oraz finansowanie²²⁵. Procentowy udział tych zagadnień jest przedstawiony na rysunku.

Rekomendacja według zakresu

- Finanse
- Przywództwo i zarządzanie
- Struktura i procesy systemów zdrowotnych



Źródło: Shao 2021

²²⁵ Shao R. The global challenges and new opportunities in the field of public health, CINDI workshop "Opportunities for the Evidence-Based Public Health in the Aftermath of the Pandemic" 8 September 2021

Z przedstawionych danych wynika jednoznacznie, że najważniejszym obszarem, gdzie lokują się zagadnienia będące kluczem do rozwiązania problemów są działania rządów i sprawowane przez nie przywództwo. Potwierdzają to też wnioski przedstawione przez innych autorów, także tych powoływanych w tym tekście. Na drugim miejscu znalazły się problemy systemów zdrowotnych, tak w znaczeniu strukturalnym, jak i stosowanych procedur. Pewnym zaskoczeniem pozostaje fakt, że pieniądze nie były traktowane jako kwestia najważniejsza.

Jest bezsporne, że realizacja wielu postulatów, o których była dotychczas mowa, pozostaje poza bezpośrednim wpływem systemów zdrowotnych i zdrowia publicznego. Kwestie odnoszące się do wielkości zasobów, relacji między społeczeństwem, gospodarką i zdrowiem, zwłaszcza procedur formułowania priorytetów muszą odbywać się z walnym udziałem i poparciem władz politycznych. Także twórczy udział cieszących się gwarantowaną niezależnością ekspertów w decyzjach może stawać się rzeczywistością tylko w dialogu z politykami.

Rekomendacje systemowe

Już w bardzo wczesnych analizach dotyczących początkowego przebiegu pandemii szybko dostrzeżono polityczne aspekty pandemicznych konsekwencji i jednym z pierwszych wniosków była teza o kluczowej roli, jaką w pandemii musi pełnić rząd²²⁶. Henry Kissinger w kwietniu 2020 roku pisał, że ważnym wnioskiem jest szczerze uznanie, że większość instytucji, także instytucji politycznych, z którymi wiązano nadzieje skutecznego działania całkowicie zawiodła²²⁷. W żaden sposób nie udało się zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa, który bez przeszkód przekraczał granice. Systemy zdrowotne znalazły się na granicy załamania, straty gospodarcze okazały się ogromne, ludzkie cierpienia porównywalne z tym, co działo się w średniowieczu, a znaczna część przywódców niezdolna do działania. Dostrzegając ten fakt autor zalecał wytrwałe działania broniące politycznego ładu liberalnej demokracji, przy jawnym nawiązaniu do wartości Oświecenia. Zgadzając się z taką opcją na gruncie politycznych wyborów – uważamy, że porządek liberalnej demokracji jest warto-

²²⁶ Paydos T. The Essential Role Of Government During COVID-19, Forbes Apr 13, 2020, <https://www.forbes.com/sites/ibm/2020/04/13/the-essential-role-of-government-during-covid-19/?sh=1af79a95114a>

²²⁷ Henry A. Kissinger The Coronavirus Pandemic Will Forever Alter the World Order, The Wall Street Journal, April 3, 2020, <https://www.henryakissinger.com/articles/the-coronavirus-pandemic-will-forever-alter-the-world-order/>

ścią i że w świecie opanowanym przez wiele przeciwstawnych ideologii postulat taki nie znajdzie powszechnej akceptacji²²⁸. Łatwiej natomiast można osiągnąć zgodę co do postulatu oszczędności. Politycy na całym świecie powinni zdać sobie sprawę, że w czasie prosperity konsumować należy oszczędnie, aby możliwe było gromadzenie zasobów, które mogą być wykorzystane w sytuacjach kryzysowych, takich jak pandemia. Gromadzone rezerwy powinny być kierowane w znacznym zakresie do systemów zdrowotnych, bo na nich spoczywa gros odpowiedzialności za zdrowie ludzi. Poszukiwanie sensownej lokalności dającej możliwość zachowania funkcjonowania gospodarki także niezależnie od zdrowotnych zagrożeń zrywających łańcuchy współpracy jest poważnym wyzwaniem w popandemicznej rzeczywistości. Nie może się to jednak odbywać za cenę odradzania się egoistycznych nurtów nacjonalistycznych.

O znaczeniu silnego państwa z silnymi instytucjami wspominał też Francis Fukuyama posługując się terminem „state capacity²²⁹”. W jego obrazie państwo takie musiało mieć wszystkie atrybuty ustroju demokratycznego, przepojonego społecznym zaufaniem tak między obywatelami, jak i między władzą i rządem. Przedstawiciele władzy nie mieli ograniczać się do organizowania procesów decyzyjnych, ale sprawować efektywne przywództwo. Wiele wskazuje na to, że rzetelne zarządzanie odegrało znaczącą rolę w działaniach przeciwstawiania się pandemii. Badacze w jednym z opracowań wskazali takie kraje, jak Niemcy, Nowa Zelandia, Norwegia, Szkocja i Południowa Korea, gdzie warunek ten miał być spełniony²³⁰. We wszystkich tych krajach przywódcami były kobiety, co interpretowano jako zależność nieprzypadkową. Brano pod uwagę większą zdolność empatii, bardzo potrzebnej w sytuacjach niejasnego zagrożenia i pomagającej w nawiązywaniu konstruktywnego dialogu z przedstawicielami wielu środowisk. Także w dokumentach Rady Europy wskazano, że odpowiedzialne przywództwo jest niezbędne w funkcjonowaniu rządów krajów demokratycznych. Warto jednak pamiętać o takich przymiotach, jak zdolności adaptacyjne i innowacyjność²³¹.

²²⁸ Cherkaoui M. Responding to Kissinger: The Risks of Remodeling Neoliberalism and Manipulating the Enlightenment values, Reports Al Jazeera Centre for Studies, April 26 2020, <https://studies.aljazeera.net/sites/default/files/articles/documents/2020-04/Responding%20to%20Kissinger.pdf>

²²⁹ Fukuyama F. The Pandemic and Political Order, Foreign Affairs ; Tom 99, (Jul/Aug 2020),

²³⁰ Han Emelin i in. Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe, Lancet September 24, 2020, 396: 1525–34 [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)32007-9/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)32007-9/fulltext)

²³¹ Council of Europe Report on Democratic Governance and Covid-19, December 2020, <https://rm.coe.int/cddg-2020-20e-final-reportdemocraticgovernancecovid19-for-publication-/1680a0beed>

Kluczowa rola rządu i przywództwa, istotna w każdych okolicznościach, zwiększała znaczenie w czasie globalnego zagrożenia, jakim było pojawienie się pandemii. Stawała się absolutnie dominująca, kiedy państwa przystępowały do akcji masowych szczepień. Temu zagadnieniu poświęcona była analiza i rekomendacje przedstawione w jednym z opracowań przygotowanych przez OECD²³². Już tytuł, w którym użyto terminów „zaufanie” i „rola rządu” oraz brzmienie motta: „najważniejszym składnikiem wszystkich szczepionek jest zaufanie” znakomicie przedstawiało intencje autorów. Najistotniejsze ustalenia przedstawione w tym dokumencie są zawarte w ramce.

Rozwój szczepionek przeciw COVID-19 okazał się niezwykle sukcesem, a szczepienie większości światowej populacji dostępną szczepionką jest ogromnym wyzwaniem. Uznać należy, że zdobycie i utrzymanie zaufania publicznego do szczepionek COVID-19 i szczepień będzie równie istotne, jak skuteczność samych szczepionek. Co więcej, jest prawdopodobne, że doświadczenia z COVID-19 ukształtują zaufanie do innych szczepionek, co sprawia, że budowanie w tym czasie zaufania będzie miało jeszcze większe znaczenie.

Zaufanie do szczepień oraz do zdolności rządów do komunikowania się i skutecznego realizowania programu szczepień zależy w decydującym stopniu od następujących czynników:

- zakresu, w jakim rząd może wzbudzić i utrzymać zaufanie publiczne do skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek;
- kompetencji i wiarygodności producentów i dystrybutorów szczepionek;
- zasad i procesów, które kierują decyzjami i działaniami rządu w zakresie zakupu szczepionek, dystrybucji, ustalania priorytetów i administrowania przedsięwzięciem;
- zdolności i skuteczności agencji regulacyjnych w zakresie rozwiązywania problemów i spójnego komunikowania się w miarę pojawiania się zdarzeń, przy jednoczesnym zachowaniu zaufania publicznego do przeprowadzanych przez nie działań kontrolnych;
- skuteczności towarzyszącego podjętym działaniom zaangażowania się w sprawy przez społeczeństwo oraz skuteczności procesów komunikacji.

²³² OECD Enhancing public trust in COVID-19 vaccination: The role of governments, 10 May 2021, https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1094_1094290-a0n03doefx&title=Enhancing-public-trust-in-COVID-19-vaccination-The-role-of-governments&_ga=2.91942938.1673250971.1635439559-576409063.1632067774

Biorąc pod uwagę tempo, w jakim nastąpił rozwój szczepionek COVID-19, ważne jest, aby rządy podkreślały, że w tym procesie nie pominięto żadnych wymaganych formalnie faz postępowania w rozwoju, kontrolowaniu czy rejestrowaniu szczepionek.

Ponadto pamiętać należy, że szybki rozwój ułatwiły szeroko zakrojone wcześniejsze badania, bezprecedensowy poziom międzynarodowej współpracy między naukowcami oraz ogromne inwestycje publiczne w badania i rozwój oraz zdolności produkcyjne. Ponadto, procesy zatwierdzenia zostały przyspieszone, częściowo dzięki procedurom umożliwiającym przyjęcie większej liczby wstępnych dowodów w sytuacjach nadzwyczajnych, a częściowo dzięki przyznaniu produktom związanym z COVID-19 najwyższego priorytetu od organów regulacyjnych.

Sukces kampanii szczepień zależy również od nawiązania przez rząd partnerskiej relacji z organizacjami społecznymi i ich wspierania w prowadzeniu szerokiego i dobrze prowadzonego zaangażowania społeczności. Potrzebne jest dogłębne zrozumienie konkretnych problemów różnych populacji, uwzględniania wcześniejszych doświadczeń zarówno ze szczepieniami, jak i systemem opieki zdrowotnej, także przynależności religijnej i / lub politycznej oraz statusu społeczno-ekonomicznego. Ważne jest również zapewnienie, aby działania rządu były otwarte na kontrolę publiczną oraz aby instytucje publiczne angażowały się we współdziałanie ze społeczeństwem w takich aktywnościach, jak:

- proaktywne publikowanie w odpowiednim czasie informacji na temat strategii, warunków i osiągnięć szczepień w zdezagregowanych, przyjaznych dla użytkownika i otwartych formatach;
- wzmacnianie przejrzystości i spójnej komunikacji w celu przeciwdziałania dezinformacji i „infodemii”;
- angażowanie społeczeństwa w opracowywanie strategii szczepień oraz w formie i treści kluczowych komunikatów.

Bardzo ważne jest podkreślanie, że, sprawiedliwość jest tą cechą charakterystyczną ludzkiego zachowania, która leży u podstaw spójności społecznej i zaufania. Rządy muszą zatem zarządzać oczekiwaniami społecznymi i wyjaśniać, dlaczego sprawiedliwe jest, aby poszczególne grupy ludności w kraju traktowały szczepienia jako priorytet.

Źródło: według OECD Enhancing public trust...2021

Aspekt polityczny został podniesiony w związku ze wspomnianym wcześniej problemem infodemii. Pozornie wydawało się, że fake newsy dotyczą głównie spraw odnoszących się do natury koronowirusa, jego genetyki i sił mogących wykorzystywać go do własnych celów. Na forum Unii Europejskiej podniosła je wiceprzewodnicząca Komisji Europejskiej odpowiedzialna za sprawy przejrzystości działania władz i praworządność. Vera Yourova stwierdziła na wstępie, że pandemia COVID-19 to więcej, niż przypomnienie o ogromnym problemie dezinformacji i cyfrowych mistyfikacji, bo pamiętać trzeba o oszustach

próbujących zarobić na strachu ludzi, a także o systemowych atakach na Europę i unijne państwa członkowskie²³³. Nie wahała się wskazać przykładu promowania przez prokremlowskie media opinii o tym, jak źle Unia radzi sobie z kryzysem, a nawet o tym, że wirus został rozprzestrzeniony przez NATO, a maszyny 5G pomagają rozprzestrzeniać wirusa, co było oczywistym nawiązaniem do związków dezinformacji z teoriami spiskowymi. Zaapelowała o intensyfikację współpracy państw członkowskich UE w walce z dezinformacją, ale traktując je jako składnik zagrożeń hybrydowych (hybrid threats) wezwała do bliższej współpracy z NATO. Warto w tym miejscu przypomnieć, że w UE już w 2018 roku przyjęty został dokument w sprawie zwalczania dezinformacji w Internecie, w którym wskazano, że rozpowszechnianie dezinformacji wpływa na procesy kształtowania polityki kraju przez wywieranie manipulatorskiego nacisku na opinię publiczną²³⁴.

W dyskusji na temat politycznych aspektów reakcji związanych z pandemią wielu autorów podkreślało, że obrona liberalnej demokracji jako konstytucyjnych ram działania rządów, nie może być utożsamiana z powrotem do neoliberalnych poglądów ekonomicznych, zgodnie z którymi wiele decyzji w zdrowiu publicznym było pozostawionych działaniom rynku. Jak słusznie napisał Richard Horton²³⁵ to nie tylko wywołane neoliberalizmem niedofinansowanie sektora zdrowotnego było w dużym stopniu odpowiedzialne za brak możliwości wystarczającego reagowania na zagrożenia pandemiczne, ale również sparaliżowane przez to podejście zdolności przygotowywania planów zrównoważonego rozwoju tego sektora. Stąd realizowane w warunkach demokratycznej debaty działania planistyczne muszą być integralnym elementem w nowym paradygmacie zdrowia publicznego.

Należy też podkreślić, że osadzanie zdrowia publicznego w demokratycznym otoczeniu politycznym jest odpowiedzią na sytuację, w której jedną z powszechnie akceptowanych metod zapobiegających rozprzestrzenianiu się wirusa są restrykcje mogące być postrzegane jako ograniczenia wolności obywatelskich. Budzi to

²³³ Speech of Vice President Věra Jourová on countering disinformation amid COVID-19 "From pandemic to infodemic" https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/speech_20_1000

²³⁴ UE Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów: Zwalczanie dezinformacji w Internecie: podejście europejskie, COM(2018) 236 final, Bruksela, dnia 26.4.2018r. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52018DC0236&from=EN>

²³⁵ Richard Horton (2020). *The Covid-19. Catastrophe: What's Gone Wrong and How to Stop it Happening Again*, Cambridge, UK and Medford, MA: Polity Press

obawy, że jest to dla rządów autokratycznych okazja do nadużywania władzy²³⁶. Chodziło także o przecięcie spekulacji na temat niepowodzeń ponoszonych przez systemy demokratyczne, w porównaniu z radzącymi sobie rzekomo lepiej reżimami autokratycznymi, czemu empiryczne dowody jednoznacznie przeczyły²³⁷.

Jednym z elementów oświeceniowego dziedzictwa jest przywiązanie do faktów i do prawdziwych twierdzeń na ich temat. Sytuacja, w której niektórzy politycy mogą tworzyć dla własnych korzyści alternatywne rzeczywistości i pożytkować dla tych wizji miliony zwolenników jest stanem absurdalnym i głęboko niemoralnym. Przywracanie naukowej wiedzy należnego jej miejsca, także w hierarchii społecznego szacunku, jest działaniem głęboko słusznym, a także niezbędnym ze względów praktycznych. Nie da się bowiem organizować skutecznych działań w sferze społecznego działania, jeśli oparciem są absurdalne teorie spiskowe. Dla zdrowia publicznego, w którego najstarszych definicjach występuje słowo „nauka” jest to kwestia fundamentalna. Elementem aktywności społecznej powinno być także uznanie złożoności zjawisk pandemicznych, a właściwie syndemicznych, w których negatywne czynniki wzajem się potęgują wzmacniając swoje szkodliwe oddziaływanie na ludzi²³⁸.

Ważne wnioski z pandemii sięgają spraw zasadniczych, ale wiele z nich musi koncentrować się na problemach systemów zdrowotnych i zdrowia publicznego. Wydaje się, że wnioski płynące z przyczyn pandemicznego kryzysu w USA, w których wskazano dramatyczne niedofinansowanie systemu zdrowia publicznego

²³⁶ V-Dem Institute An Update on Pandemic Backsliding: Democracy Four Months After the Beginning of the Covid-19 Pandemic, Policy brief No. #24, 30 June 2020. Amanda B. Edgell, Sandra Grahn, Jean Lachapelle, Anna Lührmann, and Seraphine F. Maerz. https://www.v-dem.net/media/filer_public/b9/2e/b92e59da-2a06-4d2e-82a1-b0a8dece4af7/v-dem_policybrief-24_update-pandemic-backsliding_200702.pdf, Pandemic Backsliding: Democracy Nine Months into the Covid-19 Pandemic, Policy brief No. #26, 14 December 2020. Palina Kolvani, Shreeya Pillai, Amanda B. Edgell, Sandra Grahn, Stefanie Kaiser, Jean Lachapelle and Anna Lührmann, https://www.v-dem.net/media/filer_public/13/1a/131a6ef5-4602-4746-a907-8f549a5518b2/v-dem_policybrief-26_201214_v31.pdf

²³⁷ Vadlamannati K.C., Cooray A., de Soysa I. Health-system equity, egalitarian democracy and COVID-19 outcomes: An empirical analysis, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2021; 49: 104–113, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494820982106>

²³⁸ Horton R. COVID-19 is not a pandemic, *The Lancet* Vol 396 September 26, 2020, 874, (Epidemia syndemiczna lub synergistyczna to agregacja dwóch lub więcej równoczesnych lub sekwencyjnych epidemii lub skupisk chorób w populacji z interakcjami biologicznymi, które pogarszają rokowanie i obciążenie chorobą. – za: Shiel W.C. Medical Definition of Syndemic, *Medterms medical dictionary*, <https://www.medicinenet.com/syndemic/definition.htm>

mają z wszelkim prawdopodobieństwem znaczenie uniwersalne²³⁹. Można przypuszczać, że w bardzo wielu krajach, podobnie jak w USA, systemy zdrowotne nie były w stanie szybko zidentyfikować i kontrolować rozprzestrzeniania się nowego koronawirusa i nie udostępniły dostatecznie szeroko testów, zwłaszcza na początku pandemii. W wielu krajach też systemy spóźniły się z wprowadzeniem zaleceń dotyczących dystansu fizycznego i nie wdrażały ich z wystarczającą konsekwencją. Również pochopne porzucanie rygorystycznych wytycznych dotyczących dystansu fizycznego lub noszenia maseczek, bez zwracania szczególnej uwagi na względy zdrowia publicznego, nie było zjawiskiem rzadkim. Stało się tak, ponieważ praktycznie wszędzie zlekceważono rolę, jaką zdrowie publiczne powinno odgrywać w rozpoznawaniu zdrowotnych zagrożeń, a także w szybkim reagowaniu na możliwość ich rozprzestrzeniania się. W Raporcie Banku Światowego dostrzeżono, że jednym z najważniejszych wniosków, jakie powinno wyciągać się z pandemicznych doświadczeń, jest postulat ścisłego zintegrowania podstawowej opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego pod nazwą „public-health-enabled PHC”. Mechanizm finansowania tej struktury potraktowano jako jeden z priorytetów przyszłej reformy²⁴⁰. Uzasadnieniem głębokiej reformy była bardzo krytyczna ocena działań systemów zdrowotnych w większości krajów. Pandemia COVID-19 ujawniła bowiem, że systemy zdrowotne nie były przygotowane na zagrożenie dla zdrowia o skali, jaką osiągnęło rozprzestrzenienie wirusa. Brak przygotowania był o tyle zaskakujący, że w kręgach profesjonalistów przedstawiane były informacje o wysokim prawdopodobieństwie pojawienia się wirusa. Można by zatem twierdzić, że już sam brak gotowości uzasadniałby daleko idące reformy. Powszechnie zatem, a przynajmniej w kręgach eksperckich, uznano, że w następstwie oszałamiającej (staggering) katastrofy zdrowia publicznego poprzednio stosowane sposoby organizowania, udzielania świadczeń, finansowania i płacenia za usługi zdrowotne muszą być głęboko zmienione.

Strategiczną racją całej postulowanej reformy miało być przejście systemu od stanu wrażliwości, czy kruchości, do stanu siły i odporności (from fragility

²³⁹ Blumenthal D. et al. Covid-19 — Implications for the Health Care System, *The new England journal of Medicine*, October 8, 2020; 383:1483-1488, <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMs2021088?articleTools=true>

²⁴⁰ World Bank. 2021. *Walking the Talk : Reimagining Primary Health Care After COVID-19*. World Bank, Washington, DC. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35842/Walking-the-Talk-Reimagining-Primary-Health-Care-After-COVID-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

to resilience). Uzasadniając potrzebę reformy stwierdzono, że w obliczu pandemii kraje muszą wyciągać wnioski ze złych doświadczeń i podejmować ambitne reformy chroniące przed ich powtórzeniem w przyszłości. Jednym z istotnych warunków powodzenia powinny być zapewnienia, że zespoły podstawowej opieki zdrowotnej podejmą realizację funkcji nadzoru w ramach zdrowia publicznego w szerszym zakresie, a także że zdolności pozyskiwania większych zasobów finansowych i ludzkich zostaną wbudowane w mechanizm planowania sektora zdrowotnego i alokacji zasobów na poziomie lokalnym.

Głosów o konieczności zmiany było wiele. W rekomendacjach przygotowanych jako wnioski płynące z pandemii przez panel europejskich ekspertów zwrócono uwagę na kwestię odporności systemów na zagrożenia takie, jak inwazja nieznanego czynnika chorobowego²⁴¹. Można się w tym dopatrzeć rozwinięcia wspomnianej wcześniej myśli Kissingera. W tym samym kierunku szły bardziej praktyczne rady, które można było znaleźć w dokumencie OECD, dotyczące sposobu organizowania zdecentralizowanych struktur decyzyjnych. Samodzielne ustalanie najbardziej właściwych metod postępowania mogłoby wówczas przysłużyć się większej odporności całego systemu²⁴². O ile bowiem duże krajowe systemy ugięły się pod naporem potrzeb, to istniała realna szansa, że wiele problemów mogło być skutecznie rozwiązywanych w skali lokalnej. Jednak w przyszłości dążeniu do budowania odpornych na zagrożenia względnie autonomicznych regionów musi towarzyszyć wzmacnianie mechanizmów koordynacji, bowiem w wielu sytuacjach zasoby posiadane przez jeden tylko region mogą okazać się niewystarczające do stawienia czoła zagrożeniu. W ten sposób postulowana elastyczność przepływu środków między zdrowiem publicznym i medycyną naprawczą mogłoby przebiegać znacznie sprawniej, a uzyskanie takiego efektu byłoby dobrym wynikiem doświadczeń wywodzących z pandemii.

²⁴¹ EU Expert Panel The organisation of resilient health and social care following the covid-19 pandemic. Opinion of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), European Union, 2020, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert_panel/docs/026_health_socialcare_covid19_en.pdf

²⁴² OECD The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government, Tackling coronavirus (COVID-19). Contributing to a global effort, 10 November 2020, https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=128_128287-5agkkojaaa&title=The-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government

Nonkonformizm polityczny

Postulat nonkonformizmu politycznego jest w tym tekście adresowany do przedstawicieli środowisk mających pełnić funkcje eksperckie, ale także do całej społeczności zdrowia publicznego. To oni mają postępować tak, aby nie ulegać presji ze strony władzy politycznej i być w stanie ujawniać błędy jej postępowania, jeśli wymaga tego najlepiej rozumiany zdrowotny interes społeczeństwa. Zasada taka ma zastosowanie uniwersalne, ale w warunkach pandemii nabrała znaczenia szczególnego. Jak już wcześniej wspomniano pandemia doprowadziła do sytuacji, w której tolerowane i akceptowane są te ograniczenia swobód ludzi, w tym praw obywatelskich wprowadzane decyzjami władzy. Niejednokrotnie są one arbitralne, i w każdym innym warunkach wzbudzałyby zdecydowany sprzeciw, z oskarżeniami o łamanie reguł demokracji włącznie. Ta bierna i w pewnym sensie potulna reakcja była udziałem większości społeczeństw, bowiem środowiska wyczulone na problemy praw obywatelskich zachowywały się odmiennie. Z tego punktu widzenia na uwagę zasługuje inicjatywa dwóch obywatelskich instytucji²⁴³ zajmujących się tą problematyką. Wystąpiły one z apelem w obronie demokracji i został on podpisany przez 73 stowarzyszone instytucje obywatelskie, 62 osoby pełniące wcześniej role prezydentów lub premierów oraz 13 laureatów Nagrody Nobla²⁴⁴. Zdaniem autorów listu doszło do sytuacji będącej następstwem pandemii, gdzie wszyscy, którym bliski jest ideał demokracji, powinni stanąć w jej obronie²⁴⁵. Dla nich wszystkich powinno być jasne, że stawką, o którą toczy się gra, jest niedopuszczenie do tego, by przywódcy o autorytarnych skłonnościach mogli wykorzystywać ten kryzys do wzmacniania swojej władzy i ograniczania praw obywateli.

Nie podejmując w tym miejscu spraw o zasięgu uniwersalnych i koncentrując się na kwestiach zdrowia publicznego wskazać należy, że w wielu koncepcjach uprawiania nauki, zwłaszcza w środowiskach uniwersyteckich zasada autonomii i politycznej niezależności, czy bezstronności, jest traktowana z pełną powagą²⁴⁶.

²⁴³ Institute for Democracy and Electoral Assistance (International IDEA) z siedzibą w Sztokholmie oraz National Endowment for Democracy z siedzibą w Waszyngtonie

²⁴⁴ Open letter: Covid-19 crisis threatens democracy, EUObserver 25 JUN 2020, <https://euobserver.com/opinion/148736>

²⁴⁵ A Call to Defend Democracy, IDEA, 25 June 2020, <https://www.idea.int/news-media/multimedia-reports/call-defend-democracy>

²⁴⁶ Neutrality and Impartiality. The University and Political Commitment, Editor: Alan Montefiore, Cambridge University Press, 1975

Najwybitniejsi badacze zajmowali się zagadnieniem krytycyzmu w postępowaniu naukowym²⁴⁷. W Polsce dorobek Stanisława Ossowskiego i jego rozważania o „osobliwościach nauk społecznych²⁴⁸” czy ogólnie o nauce²⁴⁹ nakazują uważne przyjrzenie się tym kwestiom. Ogólny wniosek wydaje się jednoznaczny: badacze powinni być krytyczni wobec politycznej władzy. Wprawdzie w czasach, kiedy rozwój badań w decydującym stopniu zależy od pieniędzy dostarczanych przez fundatorów mogących uzależniać je od spełnienia przez badaczy swoich oczekiwań realizacja moralnego postulatu nonkonformizmu może być w praktyce trudna, to w koncepcji dobrego paradygmatu jego potwierdzenie jest konieczne. Jest to z pewnością szczególnie ważne w zdrowiu publicznym, w którym krytyczne uwagi mogą uchronić przed nieszczęściem miliony ludzi. Podkreślić jednak należy, że w postulowanym przez nas rozumieniu cecha krytycyzmu i nonkonformizmu powinna dotyczyć nie tylko badaczy, ale wszystkich osób zaangażowanych w funkcjonowanie zdrowia publicznego oraz identyfikujących się z tym systemem. Nonkonformizm w stosunku do władzy powinien zatem polegać na przeciwstawianiu się jej różnym pokusom omijania współpracy z uznawanymi przez środowisko akademickie ekspertami i lekceważeniu ich zaleceń.

Wynikające z przekonania o pełnej intelektualnej samowystarczalności władzy – że nie potrzebuje ona dostarczanej przez ekspertów wiedzy naukowej – mogą odnosić się do kilku spraw i w każdej z nich społeczność zdrowia publicznego powinna ujawniać swój dystans lub sprzeciw.

Po pierwsze, występować może pokusa instrumentalizacji zagrożenia pandemicznego, co polega na wykorzystywaniu naturalnego poczucia zagrożenia jako argumentu uzasadniającego decyzje dotyczące czegoś zupełnie innego, niż sprawy związane ze zdrowiem. Covid-19 stanowił bezsporne zagrożenie dla bezpieczeństwa ludzi i tworzył dla rządów bardzo atrakcyjną pokusę powoływania się na to niebezpieczeństwo jako argument uzasadniający ich decyzje, o czym ostrzegała wysoka komisarz ONZ ds. praw człowieka Michelle Bachelet, mówiąc o niektórych rządach wykorzystujących nadzwyczajne uprawnienia przyznane im podczas

²⁴⁷ W powołanym tekście wymieniono nazwisko Newtona, Kartezjusza, Einsteina, Poppera, Kuhna, por.: Lakatos I. Criticism and the Methodology of Scientific Research Programmes, Proceedings of the Aristotelian Society, New Series, Vol. 69 (1968 – 1969), pp. 149-186, Published by: Blackwell Publishing on behalf of The Aristotelian Society, https://personal.lse.ac.uk/ROBERT49/teaching/ph201/Week05_xtra_Lakatos.pdf

²⁴⁸ Ossowski S. O osobliwościach nauk społecznych, PWN, Warszawa 2021

²⁴⁹ Ossowski S. O nauce, w Dzieła tom IV, PWN, Warszawa 1967

kryzysu²⁵⁰. Jeśli przyjąć, że dwa podstawowe wymiary reagowania na pandemię, zwłaszcza w jej wczesnej fazie, to ograniczanie swobód w poruszaniu się i kontaktach oraz dążenie do wzmacniania władzy wykonawczej, to badania pozwalają twierdzić, że dążenia takie bardziej były związane z utrwalonym przed pandemią szacunkiem dla demokracji, niż z nasileniem i przebiegiem epidemii²⁵¹.

Po drugie, groźna jest pokusa zamykania się na rzetelną informację, zwłaszcza taką, która mogłaby przedstawiać w niekorzystnym świetle przedsięwzięcia podejmowane przez władzę. Dobrym przykładem jest stanowisko Prezydenta D. Trumpa, który w czerwcu 2020 twierdził, że obserwowany w tym czasie wzrost liczby zachorowań wynikał ze zbyt dużej liczby testów i twierdził, że gdyby zaprzestać testowania, zachorowań mogłoby nie być²⁵². Można zauważyć, że postawa lekceważenia pandemii nie była zaskakująca, była demonstrowana w czasie całej kadencji i stała się emblematyczną niemal cechą tamtej prezydentury. Przyczyniło się to, w opinii komisji powołanej przez Lancet, do 40% dających się uniknąć zgonów²⁵³.

Po trzecie, pokusą jest przekonanie o samowystarczalności decyzyjnej, co pozostaje w związku z wyżej przytoczonymi przekonaniem. Przedstawiciele władzy, niezależnie od tego, z jakiego źródła czerpią informacje potrzebne do podjęcia decyzji, postępują tak, jakby byli przekonani, że wiedzą wszystko co jest potrzebne do dokonania właściwego wyboru. Jako przykład przywołać można doświadczenie Indii, gdzie władza zlekceważyła zalecenia ekspertów i dopuściła do zorganizowania masowych uroczystości religijnych²⁵⁴. Prawdopodobnie krańcowym przykładem przekonania władzy o decyzyjnej samowystarczalności są

²⁵⁰ :Perelman M. Some governments 'using' Covid-19 to stifle dissent, UN human rights chief warns, *The Interview* 15/05/2020, <https://www.france24.com/en/20200515-some-governments-using-covid-19-to-stifle-dissent-un-human-rights-chief-warns>

²⁵¹ Engler S. et al. Democracy in times of the pandemic: explaining the variation of COVID-19 policies across European democracies, *West European Politics*, Vol. 44, No 5-6, 2021: 1077-1102, <https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/01402382.2021.1900669?needAccess=true>

²⁵² Weixel N. Trump on coronavirus: 'If we stop testing right now, we'd have very few cases, if any', *TheHill* 06/15/20, <https://thehill.com/policy/healthcare/502819-trump-on-coronavirus-if-we-stop-testing-right-now-wed-have-very-few-cases>

²⁵³ Haltiwanger J., Aylin Woodward Damning analysis of Trump's pandemic response suggested 40% of US COVID-19 deaths could have been avoided, *Insider*, Feb 11, 2021, <https://www.businessinsider.com/analysis-trump-covid-19-response-40-percent-us-deaths-avoidable-2021-2?IR=T>

²⁵⁴ Editorial India's COVID-19 emergency, *Lancet*, Vol 397 May 8, 2021, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01052-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01052-7/fulltext)

pochodzące z tego samego kraju informacje o licznych aresztowaniach dziennikarzy publikujących wiadomości przedstawiające sytuację pandemiczną w świetle mało korzystnym dla władzy²⁵⁵.

Po czwarte, pokusą jest niechęć do ponoszenia odpowiedzialności za decyzje związane pandemią albo wręcz jej odrzucanie. Jak stwierdziliśmy wcześniej w perspektywie państwa zwolnienie władzy z odpowiedzialności za decyzje podejmowane w związku z pandemią nie jest możliwe, choć jednocześnie skłonność taką można zrozumieć. Nie jest wśród polityków zjawiskiem wyjątkowym chętnie przypisywanie sobie zasług, a zaprzeczanie swojego udziału w autorstwie niepowodzeń jest powszechne. Wydaje się, że w pandemii tylko w jednym przypadku – w Szwecji – odpowiedzialność została przypisana ekspertom, a więc stwierdzenie względnej niewinności rządu było możliwe. Dobrym przykładem ucieczki od odpowiedzialności jest działanie Prezydenta Brazylii J. Bolsonaro, od początku sceptycznie nastawionego wobec Covid-19, który twierdził, że sprawy zaopatrywania szpitali w tlen w żadnej mierze nie wchodzi w zakres odpowiedzialności jego urzędu²⁵⁶. Można zrozumieć dlaczego w tej sytuacji Senat kraju postanowił zbadać sprawę²⁵⁷.

Obowiązek szczepień

Obowiązek szczepień traktujemy jako aspekt problemów politycznych ponieważ podejmowana przez rządzących decyzja w wprowadzeniu takiego obowiązku okazuje się w czasie pandemii bardziej powiązana z czynnikami politycznym, aniżeli z sytuacją epidemiczną. Teza taka może wydawać się zaskakująca, bowiem przynajmniej od czasu zastosowania przez Edwarda Jennera szczepionki przeciwko ospie przedstawiciele zdrowia publicznego nie mają wątpliwości, że mają do dyspozycji bardzo skuteczne narzędzie skutecznej ochrony zdrowia ludzi. Kiedy przygotowana została lista największych światowych sukcesów zdrowia publicz-

²⁵⁵ India arrests dozens of journalists in clampdown on critics of Covid-19 response, The Guardian, Fri 31 Jul 2020, <https://www.theguardian.com/global-development/2020/jul/31/india-arrests-50-journalists-in-clampdown-on-critics-of-covid-19-response>

²⁵⁶ Walter J.D. Brazil's Jair Bolsonaro under pressure over coronavirus policy, DW 21.03.2021, <https://www.dw.com/en/brazils-jair-bolsonaro-under-pressure-over-coronavirus-policy/a-56941250>

²⁵⁷ Brazilian Senate To Probe Bolsonaro's Handling Of COVID-19 Pandemic, Channels Television, April 9, 2021, <https://www.channelstv.com/2021/04/09/brazilian-senate-to-probe-bolsonaros-handling-of-covid-19-pandemic/>

nego na pierwszym miejscu znalazły się szczepienia²⁵⁸. Chodziło o takie choroby zakaźne, jak ospa, odra, błonica czy krztusiec. Dzięki rozwojowi i promocji szczepień przeciwko tym chorobom, którym można było odtąd zapobiegać, doprowadzono do spektakularnego spadku zachorowalności i śmiertelności. Na liście największych osiągnięć w zakresie zdrowia publicznego w skali świata, uzyskanych w pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku szczepienia znalazły się na drugim miejscu, zaraz po zmniejszeniu umieralności dzieci, w którym to efekcie szczepienia odegrały znaczącą rolę²⁵⁹. Na analogicznej liście osiągnięć w USA szczepieniom przyznano miejsce pierwsze²⁶⁰. Atrakcyjność stosowania szczepionek została w pełni potwierdzona skuteczną kampanią szczepień przeciwko polio, inicjowanej najpierw przez WHO²⁶¹, a potem kontynuowanej przez inne instytucje i organizacje pozarządowe²⁶². Chociaż próby inicjowania kampanii masowych szczepień przeciwko innym chorobom, takim jak malaria, okazały się mniej udane²⁶³, to fakt ten nie wpłynął na obniżenie poziomu uznania znaczenia i roli szczepień. Ale doświadczenia płynące z przebiegu walki z Covid-19 ujawniły, że kryteria racjonalnej skuteczności nie muszą być bardziej znaczące dla podejmowanych decyzji, niż różne warianty politycznych interesów. Jeśli z kalkulacji politycznej wynika, że brak wprowadzenia obowiązku szczepień przyniesie polityczne korzyści, to argumenty zdrowotne zostaną potraktowane jako mniej ważące. Mamy na myśli przede wszystkim wewnątrz krajowy wymiar decyzji – kogo szczepić, w jakiej kolejności, jaki jest zakres wyborów dokonywanych przez

²⁵⁸ CDC 20th Century Public Health Achievements, A Brief History of Public Health, October 1, 2015. <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/ph/publichealthhistory/publichealthhistory9.html>

²⁵⁹ CDC Ten Great Public Health Achievements – – – Worldwide, 2001—2010, Centers for Disease Control and Prevention, June 24, 2011, https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6024a4.htm?s_cid=mm6024a4_w

²⁶⁰ CFD Ten Great Public Health Achievements – – – United States, 2001—2010, Centers for Disease Control and Prevention, May 20, 2011, https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6019a5.htm?s_cid=mm6019a5_w

²⁶¹ WHO POLIO. The beginning of the end, Geneva 1997, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/biologicals/vaccine-quality/polio-the-beginning-of-the-end85aa6ead-a400-45ed-bd21-9508be9d0b6f.pdf?sfvrsn=c3220f24_1&download=true

²⁶² Jedna z ważnych inicjatyw to Global Polio Eradication Initiative, grupująca rządy współpracujące z partnerami: WHO, Rotary International, the US CDC, UNICEF, Bill & Melinda Gates Foundation, Gav (the vaccine alliance), por.: Global Polio Eradication Initiative, bzd. <https://polioeradication.org/who-we-are/>

²⁶³ Te mniej udane przedsięwzięcia dotyczyły głównie malarii, por.: WHO Malaria: The malaria vaccine implementation programme (MVIP), 2 March 2020, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/malaria-vaccine-implementation-programme>

pacjenta – a nie kwestie międzynarodowe, jak nacjonalizm szczepionkowy²⁶⁴, albo dostawy szczepionek traktowane jako forma pozytywnej demonstracji²⁶⁵.

Potwierdzana przez badaczy skuteczność szczepień skłoniła wiele państw do prowadzenia akcji powszechnych szczepień, co było równoznaczne z nałożonym na obywateli obowiązkiem poddania się szczepieniom. Przed przedstawieniem bardziej dokładnych informacji niezbędne jest odróżnienie szczepień obowiązkowych (mandatory) i szczepień przymusowych (compulsory)²⁶⁶. Te pierwsze są przedmiotem prawnie sformułowanego obowiązku poddania się szczepieniom przez wskazane podmioty. Szczepienia takie są zwykle bezpłatne. Niepoddanie się szczepieniom pociąga możliwość nałożenia na osobę zobowiązaną albo na jego prawnych opiekunów, pewnej formy kary, zwykle jest to kara grzywny. Przykładem są obowiązujące w Polsce szczepienia dla dzieci. Przymus szczepienia może być wprowadzony w odniesieniu do choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej, stanowiącej bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób (cholera, dżuma, ospa prawdziwa,). Przy tych szczepieniach może być zastosowany środek przymusu bezpośredniego (przytrzymywanie, unieruchomienie) umożliwiające zaszczepienie lub przymusowe podanie szczepionki osobie, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia. W Polsce formuła ta została zastosowana przy szczepieniu przeciwko ospie prawdziwej, w czasie epidemii tej choroby we Wrocławiu w 1963 roku²⁶⁷.

W opublikowanych niedawno wynikach badań stwierdzono, że spośród 193 analizowanych krajów, w 105 (54%) istniał sformułowany obowiązek poddania się szczepieniu²⁶⁸. Wśród tych krajów, w 62 (59% stosujących obowiązek szczepienia) wymieniona była przynajmniej jednak kara (dolegliwość) stosowana wobec osób nie przestrzegających obowiązku. Sankcje grożące osobom, które nie

²⁶⁴ Kretchmer H. Vaccine nationalism – and how it could affect us all, World Economic Forum, 06 Jan 2021, <https://www.weforum.org/agenda/2021/01/what-is-vaccine-nationalism-coronavirus-its-affects-covid-19-pandemic/>

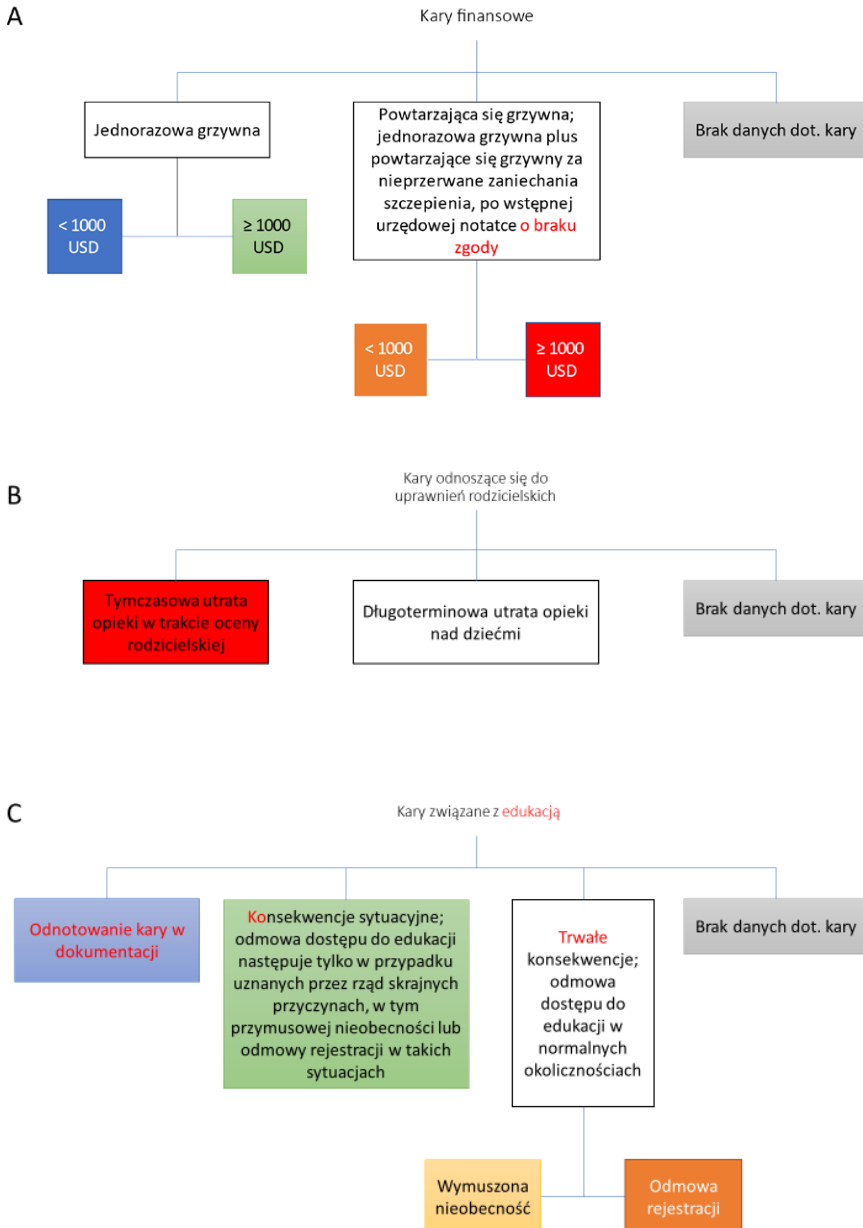
²⁶⁵ Np. inicjatywa COVAX (COVAX is co-led by CEPI, Gavi and WHO, alongside key delivery partner UNICEF), <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>

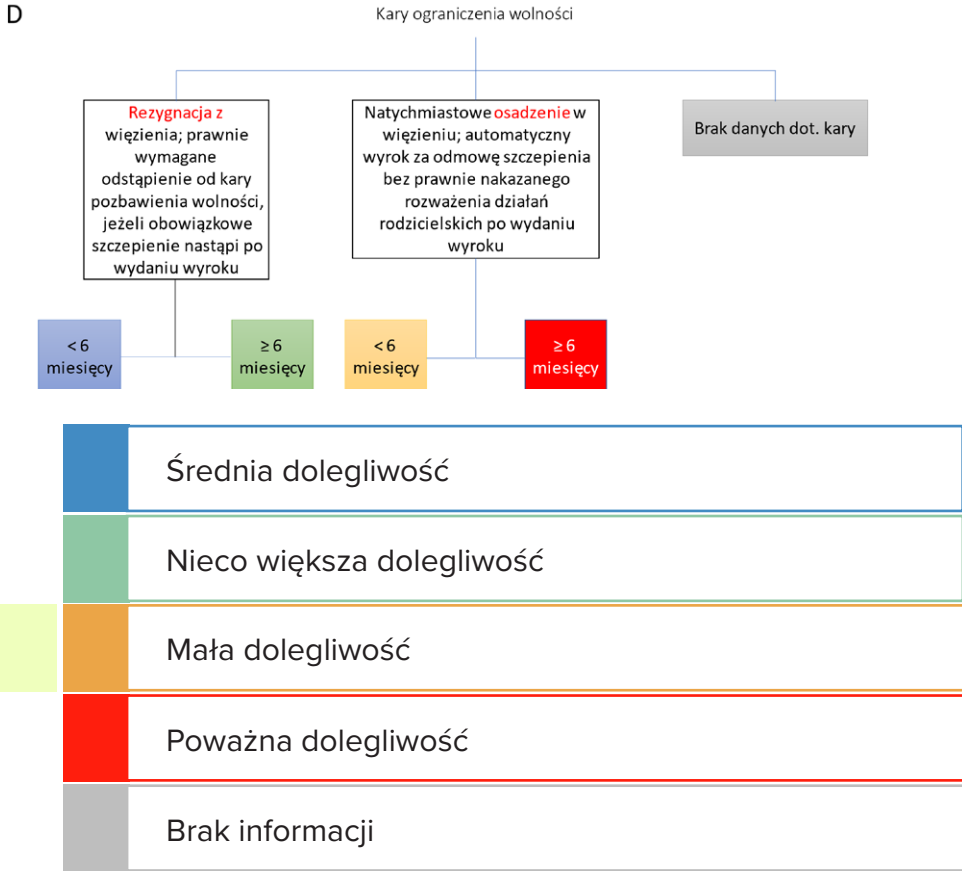
²⁶⁶ Dzehtsiarou K. Compulsory vaccination: what does human rights law say? The Conversation, September 14, 2021, <https://theconversation.com/compulsory-vaccination-what-does-human-rights-law-say-167735>

²⁶⁷ Ludwiczak P.B. Szczepienia na koronawirusa – przymusowe czy obowiązkowe? Infor 12 sierpnia 2021, https://samorzad.infor.pl/wiadomosci/5305349_Szczepienia-na-koronawirusa-przymusowe-czy-obowiazkowe.html

²⁶⁸ Gravagna K. et al. Global assessment of national mandatory vaccination policies and consequences of non-compliance, Vaccine, Volume 38, Issue 49, 17 November 2020, Pages 7865–7873, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X20312342?via%3Dihub>

podporządkowały się obowiązкови szczepień były podzielone na cztery kategorie: kary finansowe, kary odnoszące się do uprawnień rodzicielskich, kary związane z nauką oraz kary ograniczenia wolności. Niekiedy stosowano tylko niektóre spośród nich. Różniły się one znacznie co do stopnia surowości i procedur orzekania o ich zastosowaniu. Ich zestaw jest przedstawiony w poniższych schematach.





Podkreślić należy, że w przedstawionym obrazie odzwierciedlona jest sytuacja z czasu przed wybuchem pandemii Covid-19 i obowiązek szczepienia dotyczył klasycznego zestawu szczepień, obejmujący przede wszystkim dzieci.

Już wtedy w wielu krajach podnosiły się głosy osób protestujących ogólnie przeciwko szczepieniom, a zwłaszcza przeciwko nakładaniu takiego obowiązku.. Trzeba pamiętać, że pierwsze manifestacje sprzeciwu ujawniły się już w czasie pierwszych szczepień przeciwko ospie²⁶⁹. Nie ma wątpliwości, że wspomniany już sfałszowany artykuł Andrew Wakefielda o szczepionkach powodujących autyzm, przyczynił się znacznie do wzmożenia siły ruchów antyszczepionkowych, dostarczając im także

²⁶⁹ History of Anti-vaccination Movements, The College of Physicians of Philadelphia, 10 January 2018, <https://www.historyofvaccines.org/content/articles/history-anti-vaccination-movements>

pseudonaukowej argumentacji²⁷⁰. Ewentualne wprowadzenie obowiązku podania się szczepieniom stoi w oczywistym konflikcie z aktualnymi w demokratycznych krajach gwarancjami swobody i wolności osobistej²⁷¹. Z tego powodu władza podejmująca rozważania na temat możliwości posłużenia się przymusem szczepienia powinna zadbać przynajmniej o dwie sprawy²⁷². Po pierwsze, posłużyć się odpowiednim środkiem prawnym tak, aby uniemożliwić ewentualne zakwestionowanie legalności podjętej decyzji na gruncie prawnym. Po drugie, wyważyć niezbędność i proporcjonalność stosowanej metody, w porównaniu z wielkością zagrożenia mogącego powstać, jeśli dostatecznie radykalne środki nie zostaną podjęte. O ile dwa warunki są spełnione, to władze nie powinny się wahać i podjąć decyzję o wprowadzeniu obowiązku szczepień (także wtedy, gdy opinia publiczna nie całkowicie temu sprzyja). Podjęcie decyzji przez władze jest uzasadnione nie tylko etycznie, ale znajduje prawną aprobatę międzynarodowego sądownictwa. 19 Europejski Trybunał Praw Człowieka (European Court of Human Rights – ECHR) wydał werdykt w sprawie wniesionej przez grupę czeskich rodziców protestujących przeciwko obowiązkowi szczepień ich dzieci²⁷³. Przedmiotem sporu była odmowa przyjęcia dzieci niezaszczepionych klasycznego zestawu szczepionek przeciwko dziewięciu chorobom. W argumentacji pozwu wniesionego przez rodziców niezaszczepionych dzieci wskazywano, że przymus jest pogwałceniem prawa do prywatności. Trybunał w składzie 17 sędziów – pełny skład Wielkiej Izby – orzekł, że władze w demokratycznym państwie są uprawnione do nakładania takich obowiązków i nie jest to naruszenie granic prywatności. Zauważmy, że obowiązek ten dotyczył wszystkich dzieci, a więc całej, bardzo dużej części

²⁷⁰ Hussain A. et al. The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine, *Cureus*. 2018 Jul; 10(7): e2919. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6122668/pdf/cureus-0010-00000002919.pdf>

²⁷¹ Art.8 pkt. 2. Niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności osób, por.: CoE Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950, https://echr.coe.int/Documents/Convention_POL.pdf

²⁷² Drew L. The case for mandatory vaccination, *Nature*, 575, S58-S60 (2019), <https://www.nature.com/articles/d41586-019-03642-w>

²⁷³ ECHR Court's first judgment on compulsory childhood vaccination: no violation of the Convention, The European Court of Human Rights, Press Release 08.04.2021, https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/tedh_caso-vavricka_2021-04-08.pdf

populacji. Sprawa została wniesiona przed wybuchem pandemii Covid-19, ale rozstrzygnięcie zapadło już w czasie jej trwania. Należy podkreślić, że jej wybuchowi towarzyszyła gwałtowna intensyfikacja ruchów antyszczepionkowych, które zyskały bardzo konkretny obiekt swojego ataku²⁷⁴.

Światowa społeczność zdrowia publicznego nie miała wątpliwości, że szczepionka skutecznie zapobiegająca zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 i jest jedyną efektywną metodą przeciwstawiania się pandemii²⁷⁵. WHO od początku traktowała szczepionki jako najlepsze narzędzie walki z wirusem. Już w grudniu 2020 roku, w czasie, kiedy dostęp do szczepionek stał się realny, WHO przygotowała i opublikowała ramowe zasady oceniania jakości szczepionek, niezbędne w procesach rejestrowania preparatów²⁷⁶. Późną wiosną 2021 roku na stronach WHO opublikowane zostały przeznaczone dla ogółu odbiorców informacje na temat korzyści wynikających ze stosowania szczepionek²⁷⁷. Wskazano tam, że najważniejszym, pozytywnym efektem jest ochrona osób zaszczepionych przed zachorowaniem albo ciężkim i groźnym dla życia przebiegiem infekcji. Przedstawiono listę dostępnych na rynku szczepionek, które zostały uznane za skuteczne i bezpieczne, a w konsekwencji aprobowane przez WHO. Były to następujące preparaty: AstraZeneca/Oxford vaccine, Johnson and Johnson, Moderna, Pfizer/BionTech, Sinopharm, Sinovac. Zastrzeżono jednak, że niezależnie od ogólnej aprobaty, warunkiem stosowania poszczególnych szczepionek w różnych krajach, jest ich oficjalne rejestracja przez uprawnione organy.

Skuteczność szczepionek (ich zdolność do zapobieżenia infekcji albo uchronienia osoby zaszczepionej przed ciężkim przebiegiem choroby mimo zakażenia, a przede wszystkim przed niebezpieczeństwem zgonu) była przedmiotem stałego i wnikliwego nadzoru w trakcie ich stosowania praktycznie we wszystkich krajach. Wdrożenie procedury kontrolnej było tym bardziej istotne, że wszystkie szczepionki były produktem nowym, stosowanym po raz pierwszy i to od razu na masową skalę.

²⁷⁴ Belluz Julia Research fraud catalyzed the anti-vaccination movement. Let's not repeat history. Vox, Mar 5, 2019, <https://www.vox.com/2018/2/27/17057990/andrew-wakefield-vaccines-autism-study>

²⁷⁵ WHO The vaccines success story gives us hope for the future, 14 July 2020, <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-vaccines-success-story-gives-us-hope-for-the-future>

²⁷⁶ WHO Evidence to recommendations for COVID-19 vaccines: Evidence framework, 10 December 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-SAGE-Framework-Evidence-2020-1>

²⁷⁷ WHO COVID-19 advice for the public: Getting vaccinated, 2021, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/advice>

Podkreślić należy, że wskazane wyżej pozytywne skutki szczepień były przedstawione tak, jakby efekty te dotyczyły jedynie wymiaru jednostkowego. Oczywiście jest, że osoba zaszczepiona jest pierwszym beneficjentem i to ona zyskuje odporność chroniącą przed skutkami zakażenia. Ale jednocześnie, dla zdrowia publicznego, niezwykle doniosłe znaczenie ma odporność zbiorowa stadna (herd immunity) czy populacyjna. Jest to sytuacja, w której wirus traci możliwości rozprzestrzeniania się w populacji, która uzyskała odporność w rezultacie przechorowania przez dostatecznie duży segment grupy, w efekcie zaszczepienia lub przez fakt zachorowania²⁷⁸. W innym sformułowaniu przyjmuje się, że odporność populacyjna (population Immunity) ma miejsce, gdy odpowiednio duża część zbiorowości jest odporna na chorobę zakaźną poprzez szczepienie lub wcześniejsze przechorowanie, tak że jej rozprzestrzenianie się z człowieka na człowieka staje się mało prawdopodobne²⁷⁹. Wielkość odsetka populacji niezbędna do osiągnięcia zbiorowej odporności jest różna z zależności od choroby i stopnia jej zaraźliwości. Z czasów przedcowidowych wiadomo, że na przykład odra rozprzestrzeniała się tak łatwo, że szacowano, że 95% populacji musi zostać zaszczepiona, aby osiągnąć odporność stadną²⁸⁰. Z kolei pozostałe 5% ma ochronę, ponieważ przy 95% zasięgu odra nie będzie się już rozprzestrzeniać. W przypadku polio próg wynosił około 80%.

Oczywiście w społecznej rzeczywistości możliwe jest sumowanie się skutków obydwu źródeł odporności, ale trudno aby rozwiązanie takie było zalecane jako opcja polityki zdrowotnej. Dyrektor Generalny WHO wypowiedział się zdecydowanie przeciwko traktowaniu odporności zbiorowej uzyskiwanej drogą masowych zachorowań jako zalecanej metody walki z pandemią²⁸¹. Powszechnie szczepienia pozostają więc jedyną metodą walki z pandemią. Dlatego jedyną akceptowaną metodą dochodzenia do odporności zbiorowej jest zwiększanie odsetka ludzi zaszczepionych.

²⁷⁸ WHO Coronavirus disease (COVID-19): Herd immunity, lockdowns and COVID-19, 31 December 2020, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19>

²⁷⁹ CDC Population Immunity, Key Things to Know About COVID-19 Vaccines, Aug. 19, 2021, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/keythingstoknow.html>

²⁸⁰ MacMillan Carry Herd Immunity: Will We Ever Get There? Yale Medicine, May 21, 2021, <https://www.yalemedicine.org/news/herd-immunity>

²⁸¹ WHO WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 12 October 2020, <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---12-october-2020>

Pozostaje sprawą sporną, jak duży powinien być odsetek zaszczepionej zbiorowości dający stan populacyjnej odporności. Eksperci z USA szacowali ten poziom początkowo w granicach 60-90%²⁸². Profesor Suzanne Judd ze Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Alabamy w Birmingham wskazywała przykład Izraela, w którym osiągnięto ten stan przy poziomie wyszczepienia równym 80%²⁸³. Na użytek Południowej Karoliny przyjęto poziom 70% jako dający ochronę²⁸⁴. W Polsce profesor Maciej Banach wskazał wielkość 60%²⁸⁵. Wielkości te, także bez rozstrzygnięcia co do szczegółów, wyznaczały pożądany kierunek działań w zwalczaniu pandemii. Należało dążyć do zaszczepienia możliwie największego odsetka chronionej społeczności.

Niektóre dostępne w literaturze wyniki oceniające skuteczność szczepionek są przedstawione w poniższych tabelach.

²⁸² Petri W. Herd immunity appears unlikely for COVID-19, but CDC says vaccinated people can ditch masks in most settings, *The Conversation*, Academic rigour, journalistic flair, May 14, 2021, <https://theconversation.com/herd-immunity-appears-unlikely-for-covid-19-but-cdc-says-vaccinated-people-can-ditch-masks-in-most-settings-160228>

²⁸³ Hoge B. Five benefits of getting a COVID-19 vaccine, *The University of Alabama at Birmingham News*, May 07, 2021, <https://www.uab.edu/news/youcanuse/item/12025-five-benefits-of-getting-a-covid-19-vaccine>

²⁸⁴ Herd Immunity (COVID-19), South Carolina Department of Health and Environmental, bzd. <https://scdhec.gov/covid19/covid-19-vaccine/herd-immunity-covid-19>

²⁸⁵ J.W. Kardiolog: jest szansa, że odporność populacyjna pojawi się w Polsce we wrześniu, *Rynek Zdrowia.pl* 30 maja 2021, <https://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Kardiolog-jest-szansa-ze-odpornosc-populacyjna-pojawi-sie-w-Polsce-we-wrzesniu,222064,8.html>

Tabela przedstawiona na stronach CDC²⁸⁶

populacja	Szczepionka	Data i kraj	skuteczność		objawy
			Po I dawce	Po II dawce	
Pracownicy opieki zdrowotnej	Pfizer-BioNTech, Moderna	May 21, 2021 US	82%	94%	pełne
Osoby, 65+	Pfizer-BioNTech, Moderna	May 7, 2021 US	64%	94%	Wymagające hospitalizacji
Pensjonariusze domu opieki	Pfizer-BioNTech,	March 19, 2021, US		63%*	infekcja

*w ciągu tygodnia od otrzymania drugiej dawki

Źródła: Pilishvili T. et al. Interim Estimates of Vaccine Effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna COVID-19 Vaccines Among Health Care Personnel — 33 U.S. Sites, January–March 2021, <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7020e2.htm>

Tenforde M.W. et al. Effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna Vaccines Against COVID-19 Among Hospitalized Adults Aged ≥65 Years — United States, January–March 2021, https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7018e1.htm?s_cid=mm7018e1_w

Britton A. et al. Effectiveness of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Among Residents of Two Skilled Nursing Facilities Experiencing COVID-19 Outbreaks — Connecticut, December 2020–February 2021, <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7011e3.htm>

Tabela przedstawiona na stronie Ministerstwa Zdrowia Nowej Zelandii²⁸⁷

Kraj	Populacja	Efektywność %
Stany Zjednoczone	Dorośli 18+	89
Stany Zjednoczone	Pracownicy opieki zdrowotnej i pierwszej linii 18+	90
Zjednoczone Królestwo	Pracownicy opieki zdrowotnej 18+	85
Izrael	Dorośli 16+	92
Dania	Rezydenci domów opieki 77 – 90	64
Dania	Pracownicy opieki zdrowotnej 36 – 57	90
Szwecja Płd	Dorośli 18 – 64	86

Informacje ze strony Mayo Clinic²⁸⁸:

²⁸⁶ CDC COVID-19 Vaccine Effectiveness Research, August 11, 2021, <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/effectiveness-research/protocols.html>

²⁸⁷ Ministry of Health COVID-19: Vaccine effectiveness and protection, NZ government, 16 September 2021, <https://www.health.govt.nz/our-work/diseases-and-conditions/covid-19-novel-coronavirus/covid-19-vaccines/covid-19-vaccine-effectiveness-and-protection>

²⁸⁸ Mayo Clinic Do COVID-19 vaccines protect against the variants? Mayo Foundation for Medical Education, 2021,

- Wyniki wczesnego badania z Wielkiej Brytanii sugerują, że po pełnym szczepieniu szczepionka Pfizer-BioNTech COVID-19 jest w 88% skuteczna w zapobieganiu objawowemu wirusowi COVID-19 wywołanemu przez wariant Delta. Szczepionka jest skuteczna w 96% w zapobieganiu ciężkiej chorobie COVID-19 wywołanym przez wariant Delta. Badania wykazały również, że szczepionka jest w 93% skuteczna w zapobieganiu objawowemu przebiegowi choroby wywoływanemu przez wariant Alfa.
- Wyniki wczesnego badania z Kanady sugerują, że po jednej dawce szczepionka Moderna COVID-19 jest w 72% skuteczna w zapobieganiu objawowemu przebiegowi infekcji wywołanemu przez wariant Delta. Jedna dawka szczepionki jest również skuteczna w 96% w zapobieganiu ciężkiej chorobie wywołanej przez wariant Delta.
- Według danych opublikowanych przez firmę Johnson & Johnson szczepionka Jansson/Johnson & Johnson COVID-19 jest w 85% skuteczna w zapobieganiu ciężkiej chorobie wywołanej przez wariant delta.

Zwiększająca się liczba szczepionek, a także mutacje wirusa, skłoniły badaczy podjęcia analiz porównawczych. W jednym z opracowań, w którym autorzy porównywali skuteczność różnych szczepionek uzyskano wyniki, które zostały przedstawione w poniższej tabeli²⁸⁹.

	Wariant Alfa	Wariant Delta	Wariant Beta / Gamma
Infekcja z objawami			
Pfizer	90	85	86
Oxford	80	70	<70
Moderna	91	70	78
J & J			52
Novavax	86	60	60
Sinovac			65.9

²⁸⁹ Cevik M et al. COVID-19 vaccines: Keeping pace with SARS-CoV-2 variants, Cell 184, September 30, 2021 ^a 2021, <https://www.cell.com/action/showPdf?pii=S0092-8674%2821%2901057-6>

	Wariant Alfa	Wariant Delta	Wariant Beta / Gamma
Ciężki przebieg infekcji			
Phizer	95	95	98
Oxford	95	95	-
Moderna	94	96	94
J & J		71	65-66 hospitalizacja 91-95 zgony
Sinovac			87.5
Infekcja			
Phizer	Zmienna	Zmienna	Zmienna
Oxford	55-80	50-87	

Źródło: Cevik et al. 2021

W tekście artykułu, w którym przedstawiono oceny skuteczności poszczególnych szczepionek, znalazł się komentarz wskazujący na ograniczenia możliwości jej porównywania. Przypomniano, że niemożliwe jest bezpośrednie porównanie szczepionek ze względu na różne kliniczne kryteria ich testowania, lokalizację badań, cechy badanych populacji i wielość pojawiających się w czasie trwania badania nowych wariantów SARS-CoV-2. Ponadto, z uwagi na to, że brak zachorowania w trakcie trwania badania nie przesądza, że zachorowanie może nastąpić później, bardzo trudna jest ocena skuteczności szczepionek w czasie rzeczywistym.

Na stronie organizacji Gavi (A Global Vaccine Alliance) zostało umieszczone zestawienie, przedstawione w poniższej tabeli²⁹⁰.

Szczepionka	Ochrona przed			
	Wszystkimi objawami		Ciężkim przebiegiem lub hospitalizacją	
	Po I dawce	Po II dawce	Po I dawce	Po 21 dniach po I dawce
AstraZeneca	73%	67%	90%	100%
Moderna	85%	95%	100%	100%
Pfizer-BioNTech	82%	94%	89%	83%
Sinopharm	n/a	78%	n/a	79%
Sinovac	n/a	51%	n/a	100%
Johnson & Johnson	66%	n/a	77 % po 14 dniach	85% po 28 dniach

Badania przeprowadzone w Niderlandach dotyczyły szczepionki BioNTech/Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Johnson & Johnson analizowały ich skuteczność łącznie, bez jej różnicowania na poszczególne typy²⁹¹. Wyniki uzyskane w tych badaniach pozwoliły stwierdzić, że przy pełnym zaszczepieniu ich skuteczność chroniąca przed hospitalizacją wynosiła 94% przy ekspozycji na wariant Alfa i 95% przy ekspozycji na wariant Delta. Przy pełnym zaszczepieniu skuteczność w ochronie przed koniecznością przyjęcia na oddział intensywnej terapii wynosiła 93% przy ekspozycji na wariant Alfa i 97% przy ekspozycji na wariant Delta. Skuteczność szczepionek była wysoka we wszystkich grupach wiekowych i nie zmniejszała się z upływem czasu po przyjęciu szczepienia do 20 tygodni po zaszczepieniu drugą dawką.

Dla problemu skuteczności szczepionek szczególne znaczenie miało niebezpieczeństwo zakażenia osób zaszczepionych (Breakthrough Cases), co stało się

²⁹⁰ Geddes Linda How effective are COVID-19 vaccines in the real-world? Gavi 23 July 2021, <https://www.gavi.org/vaccineswork/how-effective-are-covid-19-vaccines-real-world>

²⁹¹ de Gier B. et al. COVID-19 vaccine effectiveness against hospitalizations and ICU admissions in the Netherlands, April – August 2021, medRxiv preprint, September 17, 2021. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.15.21263613v1.full.pdf>

szczególnie groźne w obliczu mutacji wirusa. Światło na to zagadnienie zostało rzucone dzięki danym przedstawionym w opracowaniu przygotowanym przez Kaiser Family Foundation²⁹². Na podstawie danych opublikowanych pod koniec czerwca 2021 roku można było stwierdzić, że w połowie amerykańskich stanów (25) doszło do zachorowań osób zaszczepionych przeciw Covid-19. Odsetek takich przypadków wynosił poniżej 1% we wszystkich zgłaszanych stanach, od 0,01% w Connecticut do 0,54% w Arkansas. Odsetek hospitalizacji wśród w pełni zaszczepionych osób, które zapadły na COVID-19 wahał się od zera (0,00%) w Kalifornii, Delaware, Dystrykcie Columbia., Indianie, New Jersey, Nowym Meksyku, Vermont i Wirginii do 0,06% w Arkansas. Odnotować należy, że hospitalizacja mogła, ale nie musiała być spowodowana Covid-19. Wskaźniki zgonów wśród w pełni zaszczepionych osób z Covid-19 były jeszcze niższe, zerowe (0,00%) we wszystkich stanach – za wyjątkiem dwóch: Arkansas i Michigan, gdzie wynosiły 0,01%. Jak poprzednio, należało zastrzec, że zgony mogły, ale nie musiały być spowodowane Covid-19.

Podobne statystyki dotyczące sytuacji osób w pełni zaszczepionych publikowano na stronach CDC²⁹³. Dane zostały przedstawione poniżej.

Przypadki hospitalizowane i śmiertelne osób w pełni zaszczepionych zgłoszone do CDC do 20 września 2021 roku

	Ogół zaszczepionych	Zgony		Hospitalizowany, bez skutku śmiertelnego	
Ogółem	181 000 000+	N=4493		N=14643	
Kobiety		1977	44%	7935	48%
Osoby 65+		3.882	86%	10.136	69%
Bezobjawowe lub nie związane z COVID		839	19%	2912	20%

Źródło: CDC 2021

²⁹² Kates J. et al. COVID-19 Vaccine Breakthrough Cases: Data from the States, Jul 30, 2021, https://www.kff.org/policy-watch/covid-19-vaccine-breakthrough-cases-data-from-the-states/?utm_campaign=KFF-2021-Global-Health-Policy-GHP&utm_medium=email&_hsmi=145114702&_hsenc=p2ANqtz--TBF1PfqK7BYmWTJMf8NuCzZRnly7RH1A3-Ev7QKAs2ly77cBslpB-yVegsQzbYd_iC-9dPnsRERz-wWh0yW6mKSlg&utm_content=145114702&utm_source=hs_email

²⁹³ CDC COVID-19 Vaccine Breakthrough Case Investigation and Reporting, Page last reviewed: September 24, 2021, <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/health-departments/breakthrough-cases.html>

Według danych za okres od 17. stycznia 2021 roku do 11. września 2021 roku w stanie Waszyngton zidentyfikowano 36 919 przełomowych przypadków zachorowania osób w pełni zaszczepionych²⁹⁴. Spośród przypadków, dla których dostępne są dane: 88% zgłaszało objawy, 9% było hospitalizowanych, 331 osób zmarło z powodu choroby związanej z Covid-19. Na podstawie innych informacji można było stwierdzić, że według stanu na 20. września 495 429 mieszkańców stanu Waszyngton w wieku 12 lat i starszych było w pełni zaszczepionych i ta liczba była podstawą szacowania skuteczności szczepionek²⁹⁵.

Omawiając problem skuteczności szczepień warto wrócić do sprawy odporności zbiorowej. Początkowo żywiono nadzieje, że w miarę szybkiego osiągnięcia wysokiego odsetka osób zaszczepionych możliwe będzie stosunkowo szybkie uzyskanie zbiorowej odporności. Łudzono się wtedy, że Stany Zjednoczone, Kanada i wiele krajów europejskich prawdopodobnie osiągną odporność populacyjną, mając do czynienia tylko z wariantem Alfa wirusa, a wysoki odsetek osób uprawnionych do otrzymania szczepionki podejmie decyzję o jej przyjęciu²⁹⁶. Jednak gdy pojawił się bardziej zakaźny wariant Delta i on zdobył dominację jako źródło zakażeń, to wymagany, bezpieczny poziom wyszczepienia znacznie się podniósł, stawiając pod znakiem zapytania prawdopodobieństwo osiągnięcia odporności zbiorowej.

Przedstawione niżej dwa zestawienia ilustrują przewidywane w sierpniu 2021 skutki pojawienia się wariantu Delta na perspektywę uzyskania odporności zbiorowej.

²⁹⁴ SARS-CoV-2 Vaccine Breakthrough, Surveillance and Case Information Resource, Washington State Department of Health, September 22, 2021, <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/data-tables/420-339-VaccineBreakthroughReport.pdf>

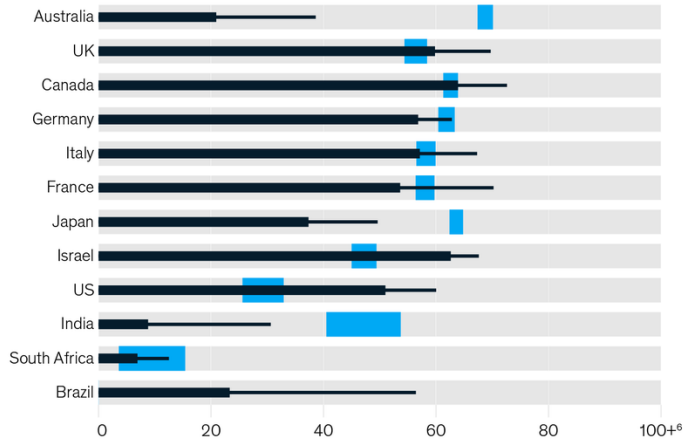
²⁹⁵ COVID-19 Data Dashboard, Washington State Department of Health, September 24, 2021, <https://www.doh.wa.gov/Emergencies/COVID19/DataDashboard>

²⁹⁶ Charumilind S. et al. When will the COVID-19 pandemic end? McKinsey & Company, August 23, 2021, <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/when-will-the-covid-19-pandemic-end>

Tylko wariant klasyczny Alfa

% zaszczepionych i poziom odporności populacyjnej

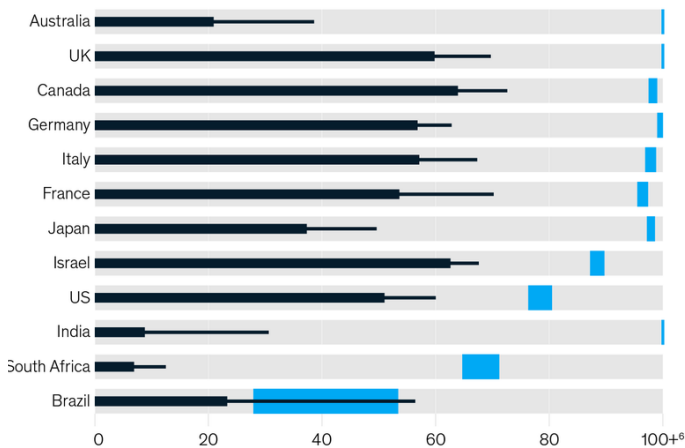
Vaccine coverage, % ■ Full — 1 dose ■ Potential coverage for herd immunity



Tylko wariant Delta

% zaszczepionych i poziom odporności populacyjnej

Vaccine coverage, % ■ Full — 1 dose ■ Potential coverage for herd immunity



Źródło: Charumilind et al. 2021

Porównanie dwóch sytuacji, (kiedy najpierw optymistycznie zakładano, że wirus nie będzie mutować w sposób zwiększający powodowane przezeń zagrożenia, a później zaczęto brać pod uwagę realia) prowadzi do wniosków drastycznych. Bez pojawienia się wariantu Delta kilka krajów miało szanse uzyskania dzięki szczepieniom odporności zbiorowej. Jednym z takich krajów była Wielka Brytania, która pierwsza przystąpiła do szczepień, a została uderzona kolejną falą pandemii. Generalnie, wariant Delta wywindował wymagany odsetek zaszczepienia do uzyskania odporności zbiorowej do bardzo wysokiego poziomu, w większości sytuacji sięgający 100%. W praktyce oznacza to cel nieosiągalny. Skłania to ekspertów do przekonania, że pojawienie się nowych wariantów wirusa, w tym szczególnie wariantu Delta, utrudniło znacznie możliwości opanowania pandemii²⁹⁷. Ze względu na wysoce zaraźliwy wariant Delta, uzyskanie odporności zbiorowej może zmuszać poszczególne kraje do osiągnięcia wyższych wskaźników szczepień przeciw Covid-19. Sir Andrew Pollard, badacz kierujący Oxford Vaccine Group, a zatem osoba wysoce kompetentna, stwierdził wręcz, że pojawienie się tego wariantu uniemożliwiło osiągnięcie odporności stadnej²⁹⁸.

Warto jednak uświadomić sobie, że relatywnie wolne tempo szczepień w krajach, w których była mała dostępność szczepionki, przyczyniło się do ułatwionej mutacji wirusa. Charakterystyczne jest to, że duża liczba nowych zakażeń wyraźnie sprzyjała powstawaniu nowych mutacji. Prawdopodobnie, gdyby liczba osób zaszczepionych wzrastała szybciej, to bardziej groźna wersja SARS-CoV-2 nie musiałaby powstać.

Nie ma wątpliwości, że osiągnięcie odporności zbiorowej to dla zdrowia publicznego prawdziwe wyzwanie. Jednak dla obywateli jako jednostek, jej własna ochrona przed skutkami zetknięcia się z wirusem jest co najmniej tak samo znacząca. Z tego względu, dla osób przygotowujących strategiczne rozstrzygnięcia, informacja o tym aspekcie skuteczności szczepionek pozostaje podstawą ocen i decyzji.

²⁹⁷ Citroner G. How Delta Variant Has Affected Our Ability to Reach Herd Immunity, Healthline, September 14, 2021, <https://www.healthline.com/health-news/yes-you-can-get-a-covid-19-shot-and-flu-shot-at-the-same-time#You-can-catch-flu-and-COVID-19-at-the-same-time>

²⁹⁸ "Herd immunity is "not a possibility" with the current spread of the Delta variant due to it still infecting vaccinated individuals, the head of the Oxford Vaccine Group Andrew Pollard said Tuesday" por.: Furlong A. Herd immunity 'not a possibility' with Delta variant, Politico, August 10, 2021, <https://www.politico.eu/article/herd-immunity-not-a-possibility-with-delta-variant/>

Potwierdzona praktycznie i w kręgach naukowych niekwestionowana skuteczność szczepionek, a także świadomość płynąca z odporności populacyjnej – gdyby udało się ją osiągnąć – skłaniały władze wielu krajów do rozważania możliwości wprowadzania bodźców skłaniających ludzi do korzystania ze szczepień, rozważając różne ich warianty²⁹⁹. Metody zachęt zostały zaproponowane w wielu krajach³⁰⁰. Na przykład, gubernator stanu Ohio w USA zaproponował wprowadzenia specjalnej loterii dla osób korzystających ze szczepień, której zwycięzca miał szansę wygrać kwotę miliona dolarów. Młodzi obywatele West Virginia byli zachęceni bonem wartości 100\$, a Uniwersytet Karoliny Północnej refundował szczepiącym się studentom koszty zakwaterowania. Repertuar korzyści oferowanych osobom zaszczepionym był bardzo szeroki i część z nich dotyczyła spraw banalnych, jak jedzenie: darmowe porcje pizzy, owoce morza, burgery i cheeseburgery, desery, pączki, bezalkoholowe piwo dla nieletnich i alkoholowe dla dorosłych³⁰¹. Przedstawiane były pomysły wprowadzenia „karty osoby zaszczepionej”, podobnej do kart turystycznych dostępnych w wielu atrakcyjnych miastach, które dawałyby uprawnienia do darmowego albo ulgowego wstępu do atrakcyjnych obiektów i z bezpłatnego korzystania z komunikacji miejskiej³⁰². Praktyka wielu krajów dostarczyła takie przykłady, jak samochody jako wygrane w loterii szczepionkowej, darmowe bilety na atrakcyjne mecze piłkarskie, także takie, jak grillowane kanapki w trakcie barbecue, a w filipińskim mieście burmistrz zorganizował loterię z krowami jako zachętę, podczas gdy inna społeczność losowała ogromne worki ryżu³⁰³.

Jednak zaskakująco duży odsetek osób wahających się co do konieczności poddania się szczepieniom, a także tych zdecydowanie odmawiających szczepienia, skłania do uważnego wyważania siły i zakresu nie tylko bodźców pozytywnych,

²⁹⁹ Klüver, H. et al. Incentives can spur COVID-19 vaccination uptake, Proceedings of the National Academy of Sciences of US, September 7, 2021 118 (36) e2109543118, <https://www.pnas.org/content/118/36/e2109543118>

³⁰⁰ Robertson C. Paying people to get vaccinated might work – but is it ethical? The Conversation, Academic rigour, journalistic flair, May 19, 2021, <https://theconversation.com/paying-people-to-get-vaccinated-might-work-but-is-it-ethical-160959>

³⁰¹ Dodd S. How to Get Promotions, Prizes and Freebies with your COVID-19 Vaccine, People May 18, 2021, <https://people.com/health/covid-19-vaccine-freebies-incentives-rewards/>

³⁰² Krstic Z.. All the COVID-19 Vaccine Card Free Treats and Discounts You Can Snag Now, Good Housekeeping, Apr 30, 2021, <https://www.goodhousekeeping.com/life/a36137436/covid-19-vaccine-card-free-deals-discounts/>

³⁰³ Elks Sonia Carrot or stick? How countries are tackling COVID-19 vaccine hesitancy, Thomson Reuters Foundation. Monday, 2 August 2021, <https://news.trust.org/item/20210601155421-gr1fs/>

ale także decyzji o ewentualnym wprowadzaniu obowiązku szczepienia³⁰⁴. Napoty­kając społeczny opór władze wielu krajów decydują się na wprowadzanie dzia­łań bardziej radykalnych. Sytuacja w krajach należących do UE i Europejskiego Obszaru Gospodarczego jest przedstawiona w poniższej tabeli³⁰⁵.

Obowiązkowe szczepienia w 26 krajach EU/EFA,

Wrzesień 2021	
TAK, dla wszystkich pracowników lub pracowników sektora zdrowotnego i opieki długoterminowej	Francja, Grecja, Węgry, Włochy
NIE	Bułgaria, Chorwacja, Dania, Estonia, Finlandia, Islandia, Irlandia, Niemcy, Liechtenstein, Litwa, Rumunia, Holandia, Norwegia, Portugalia, Słowenia, Słowacja, Hiszpania, Szwecja
W TRAKCIE DYSKUSJI, dla pracowników, j/w	Austria, Belgia, Czechy, Łotwa

Źródło: OECD 2021

Nie ma wątpliwości, że wprowadzenie obowiązku szczepień, przynajmniej dla niektórych grup pracowników, tych których rodzaj pracy tworzy sytuacje grożące rozprzestrzenianiu się wirusa, a także grup szczególnie narażonych, jak seniorzy, pozostaje ważnym mechanizmem, którego wprowadzenie powinno być z całą pewnością brane pod uwagę. Dotyczy to zwłaszcza krajów, gdzie odsetek zaszczepionej populacji pozostaje niewielki, a postawy społeczne nie sprzyjają jego zwiększeniu. Istnieje bardzo wysokie prawdopodobieństwo, że zaniechanie w tej dziedzinie może prowadzić do tragicznych skutków.

³⁰⁴ Savulescu J. et al. Balancing incentives and disincentives for vaccination in a pandemic, *Nature Medicine* volume 27, pages1500–1503 (2021), <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01466-8>

³⁰⁵ ECDC Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and deployment plans in the EU/EEA, European Centre for Disease Prevention and Control, 23 September 2021, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-the-implementation-of-COVID-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans-23-Sep-2021.pdf>

ZAKOŃCZENIE

Przedstawione wyżej informacje odnoszące się do konkretnych wydarzeń mają służyć przede wszystkim jako wskazanie kierunku rozważanych na przyszłość przekształceń polskiego systemu zdrowia publicznego. Uprzedzając szczegółową diagnozę, już teraz można jednoznacznie zadeklarować potrzebę jego istotnej transformacji. Jest bardzo prawdopodobne, że znaczna część przyszłych rekomendacji będzie konsekwencją szczegółowych ustaleń diagnostycznych, ale wszystkie one powinny być podporządkowane pewnej nadrzędnej idei, czy koncepcji. Przyjmujemy tezę, że właściwe ramy tej koncepcji są opisane w zaproponowanym przez nas kształcie zmodyfikowanego paradygmatu zdrowia publicznego. Potrzeba jego radykalnej redefinicji wydaje się być koniecznością o globalnym zakresie i wynika z poważnych błędów, jakie zostały popełnione prawie we wszystkich krajach świata. Jednak w niektórych krajach błędów popełniono mniej i stamtąd czerpać można wzory dobrej praktyki, które mogą być włączane do rozwinięcia paradygmatu.

Do takich praktycznych celów proponujemy wykorzystanie naszego *policy paper*. Szanujemy w pełni prawo polityków do podejmowania ważnych decyzji. Ale byłoby korzystne dla zdrowia i dobrostanu wielu obywateli, a także dla funkcjonowania różnych instytucji, aby zechciano skorzystać z oferowanej przez nas informacji.