

Dr hab. Jakub Pawlikowski, prof. UML
Zakład Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
jpawlikowski@wp.pl

Zdrowie jako kategoria podstawowa w koncepcji Wielkiego Resetu

Tekst przygotowany został jako rozwinięcie wystąpienia ustnego wygłoszonego na III Seminarium eksperckim na Politechnice Warszawskiej w dniu 19 maja 2023 roku w ramach realizacji projektu „Architektura i infrastruktura Wielkiego Resetu – studium transformacji ku cywilizacji informacyjnej” finansowanego z budżetu państwa w ramach programu Ministra Edukacji i Nauki pod nazwą: „Nauka dla społeczeństwa”

Wprowadzenie

Idea troski o zdrowie odgrywa istotną, a być może nawet fundamentalną rolę w koncepcji Wielkiego Resetu. Zauważalne jest to zarówno na poziomie teorii głoszonej przez protagonistów tej koncepcji, jak i na poziomie praktyki służącej jej wdrożeniu. Odwołania do zdrowia jako jednej z fundamentalnych elementów planowanej zmiany społecznej pojawiają się wyraźnie już w pierwszych publikacjach dotyczących czwartej rewolucji przemysłowej K. Schwaba¹. W późniejszych publikacjach, szczególnie z okresu pandemii Covid-19, jeszcze wyraźniej zauważalna jest tendencja odwoływania się do idei troski o zdrowie jako uzasadnienia dla wprowadzania nowych rozwiązań gospodarczo-społecznych, nowych technologii, skuteczniejszego zarządzania społeczeństwem i promowania zrównoważonego rozwoju społecznego i indywidualnego². Pojęcie zdrowia nie jest ściśle definiowane przez autorów związanych z koncepcją Wielkiego Resetu. Raczej jest ono przez nich rozumiane bardzo szeroko, zarówno jako synonim dobrostanu psychofizycznego, jak i brak chorób. Jednocześnie troska o zdrowie jest w tym nurcie bardzo wyraźnie osadzona w kontekście nowych rozwiązań technologicznych i technokratycznego ujęcia rzeczywistości.

Wyraźne powiązanie pomiędzy zdrowiem a koncepcją Wielkiego Resetu można znaleźć w agendzie 50-go Światowego Forum Ekonomicznego (dalej: WEF) z 2020 roku, w której koncepcja ta stała się propozycją odbudowy społeczeństw i gospodarek po kryzysie zdrowotnym związanym z pandemią COVID-19³. Troska o zdrowie staje się tutaj

¹ Schwab K., *Czwarta rewolucja przemysłowa*, Wydawnictwo Studio Emka, 2018 (Publikacja oryginalna w języku angielskim w roku 2016).

² Schwab K., Malleret T., *COVID-19: The Great Reset*, Forum Publishing, Geneva 2020.

³ Schwab K., *Now is the time for a 'great reset'*, The World Economic Forum, 3.06.2020, <https://www.weforum.org/agenda/2020/06/now-is-the-time-for-a-great-reset/>.

najważniejszym uzasadnieniem do promowania i wprowadzania głębokich zmian gospodarczych i społecznych. Wyraźne odwołania do zdrowia zawarte są również od wielu lat w oficjalnych agendach ONZ, wskazujących najważniejsze kierunki przemian społeczno-politycznych na poziomie międzynarodowym, np. w Agendzie 21, Agendzie 2030 z 2015 roku oraz implementującej ją Agendzie rządu polskiego, ogłoszonej w roku 2016. W tych agendach kwestiom zdrowotnym poświęcone są pełne rozdziały. Zawierają one przede wszystkim opisy wysiłków zmierzających do poprawy jakości oraz dostępności do systemu ochrony zdrowia, ograniczenia przenoszenia chorób zakaźnych, w tym chorób przenoszonych drogą płciową, zapewniania opieki osobom z grup wrażliwych, np. dzieciom i kobietom w ciąży. Można jednak również znaleźć w tych dokumentach podstawy do ingerencji w życie społeczne i gospodarcze w oparciu o zasadę ochrony zdrowia albo inne powiązane z nią zasady, np. ochrony środowiska. Przykładowo, Agenda 21 jest dokumentem programowym, który przedstawia sposób opracowania i wdrażania programów zrównoważonego rozwoju w życie lokalne, przyjętym na konferencji ONZ „Środowisko i Rozwój” w 1992 roku w Rio de Janeiro (polska wersja ukazała się w roku 1993 w opracowaniu „Dokumenty końcowe Konferencji Narodów Zjednoczonych „Środowisko i Rozwój”). Program ratowania planety zawarty został w Agendzie 21 na kilkuset stronach w 40 rozdziałach, z czego rozdział 6 poświęcony został ochronie i promocji ludzkiego zdrowia, ujętej w ramach zagadnień społeczno-ekonomicznych⁴. Zawarte w nim są wyraźne odwołania do zdrowia w powiązaniu z ochroną środowiska (np. w zasadzie 7 określono, że „Państwa powinny współpracować w duchu ogólnoswiatowego partnerstwa w celu zachowania i ochrony ekosystemu Ziemi oraz przywracania jego zdrowia i integralności”), ale również podstawy do wyeliminowania niektórych modeli produkcji lub usług, które w ocenie autorów deklaracji mogą zakłócać zrównoważony rozwój i obniżać jakość życia, np. zasada 8: „Aby osiągnąć trwałe i zrównoważony rozwój oraz poprawę jakości życia wszystkich ludzi, państwa powinny ograniczyć bądź wyeliminować modele produkcji lub konsumpcji zakłócające ten rozwój oraz promować odpowiednią politykę demograficzną.”⁵

Proponowane przez promotorów koncepcji Wielkiego Resetu działania związane ze zdrowiem wpisują się do pewnego stopnia w idee, zakres i cele zdrowia publicznego rozumianego jako zorganizowany wysiłek społeczeństwa w celu poprawy zdrowia poszczególnych osób i całych populacji. Szczególnie dotyczy to obszaru działań mających na celu poprawę warunków społeczno-ekonomicznych i dostępu do nowych technologii medycznych determinujących w pewnym zakresie zdrowie. O ile jednak w zdrowiu publicznym to jedna z wielu determinant zdrowia, o tyle wśród autorów koncepcji Wielkiego Resetu to dominująca (a może nawet jedyna) determinanta. Dodatkowo, rozumienie zdrowia powiązane jest silnie z determinizmem technologiczno-informacyjnym i ograniczeniem innych wymiarów warunkujących zdrowie na poziomie indywidualnym i społecznym. W

⁴ Agenda 21, United Nations Conference on Environment & Development in Rio de Janeiro, 3 to 14 June 1992. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/Agenda21.pdf>

⁵ <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/inne/1992.html>

przekonaniu propagatorów Wielkiego Resetu nowe rozwiązania technologiczne, takie jak: druk 3D, bioprinting, sztuczna inteligencja, robotyzacja, edycja genomu czy neurotechnologie, zrewolucjonizują nasze życie indywidualne i społeczne do tego stopnia, że będą najistotniejszym czynnikiem wpływającym na wydłużanie życia ludzkiego i poprawę jego jakości⁶. Należy poddać krytycznej analizie proponowane w koncepcji Wielkiego Resetu ideologiczne założenia związane z rozumieniem zdrowia oraz związane z nim działania na rzecz zdrowia publicznego z perspektywy realizmu ontologicznego i teoriopoznawczego.

Społeczny wymiar troski o zdrowie a ideologie polityczne

Uwzględnianie czynników społecznych i związanych ze stylem życia (warunki bytowe, dieta, ruch, higiena) oraz środowiskowych (warunki klimatyczne, stan wód, poziom życia) było od wieków elementem praktyki medycznej, choć w różnym stopniu uświadamianym i upowszechnianym. Społeczny wymiar troski o zdrowie przejawiał się w rozwoju systemów wodociągów, kanalizacji, dostępu do wody pitnej, żywności i podnoszeniu warunków życia ludności. W XVIII a szczególnie w XIX wieku, w kontekście ówczesnej rewolucji przemysłowej, wyłoniła się subdyscyplina zwana medycyną społeczną. Za jej fundatorów uważa się Rudolfa Virchova (patomorfologa) w Niemczech i Julesa Guerina (ortopedę) we Francji^{7,8}. Inne ważne dla rozwoju tego obszaru osoby to: Salvador Allende, Henry E. Sigerist, Thomas McKeown, Victor W. Sidel, Howard Waitzkin.⁹ Medycyna społeczna stała się ważnym fundamentem dla współczesnego zdrowia publicznego (np. niektóre jednostki organizacyjne, towarzystwa naukowe, czy czasopisma dedykowane medycynie społecznej zmieniały lub rozszerzały swoje nazwy na zdrowie publiczne).

Zdrowie publiczne we współczesnym ujęciu zostało zaanonsowane w piśmiennictwie i dokumentach programowych Światowej Organizacji Zdrowia (dalej: WHO) w 1986 r. wraz z proklamowaniem Karty Ottawskiej dotyczącej promocji zdrowia. W tych dokumentach zdefiniowano je jako profesjonalną i społeczną troskę o skutki, jakie dla zdrowia przynosi całe otoczenie człowieka. W ten sposób podkreślono, że w celu poprawy zdrowia konieczny jest udział całego społeczeństwa oraz zmiany w społeczno-ekonomicznych uwarunkowaniach zdrowia. W Regionie Europejskim WHO w 2012 r. przyjęto Europejski Plan Rozwoju Potencjału i Świadczeń Zdrowia Publicznego, w którym promocja zdrowia, wraz z ochroną zdrowia i profilaktyką chorób, została zaliczona do podstawowych świadczeń zdrowia

⁶ Schwab K., *Czwarta rewolucja przemysłowa*, Wydawnictwo Studio Emka, 2018, s. 195-201.

⁷ Waitzkin H., *Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America*, “American Journal of Public Health” **91** (10): 1592–1601.

Waitzkin H., Iriart C., Estrada A., Lamadrid S. (2001-10-01). *Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America*, “American Journal of Public Health”, **91** (10): 1592–1601.

⁸ Vieira da Silva LM., *Jules Guérin and social medicine in 1848.*, “Journal of Medical Biography”, 2022 May 18:9677720221100211. doi: 10.1177/09677720221100211.

⁹ Henderson GE, King NM, Strauss RP, Estroff SE, Churchill LR, *The social medicine reader*, Durham: Duke University Press, 1997.

publicznego¹⁰. W Polsce, podobnie jak w całym Regionie Europejskim WHO, przyjęto definicję zdrowia publicznego opartą na propozycji Donalda Achesona sformułowanej w 1988 roku, według której jest ono „nauką i sztuką zapobiegania chorobie, wydłużania życia oraz promowania zdrowia za pomocą zorganizowanych wysiłków społeczeństwa”¹¹. W Polsce termin „zdrowie publiczne” przyjął się zasadniczo od okresu przedakcesyjnego do Unii Europejskiej, co wynikało z konieczności wprowadzenia terminologii wspólnotowej do krajowego systemu prawnego (wcześniej używano zazwyczaj innych określeń, takich jak higiena, działania sanitarno-epidemiologiczne, medycyna społeczna, choć nie miały one dokładnie tego samego zakresu znaczeniowego). W Regionie Europejskim WHO przyjęto, że podstawowe funkcje zdrowia publicznego (*essential public health operations*, EPHOs) obejmują 10 obszarów. Polska jest sygnatariuszem rezolucji WHO dotyczącej przyjęcia EPHOs, choć analizy wskazują, że w wielu obszarach nasz system jest bardzo niewydolny¹². Pomimo sporów o definicje, zakres, cele i sposoby ich realizacji, społeczny wymiar troski o zdrowie jest do dzisiaj istotnym ważnym elementem każdego systemu ochrony zdrowia, a im większe zaangażowanie państwa w politykę zdrowotną, tym większą rolę odgrywają w niej idee zdrowia publicznego.

Społeczna troska o zdrowie, w tym medycyna społeczna, stawała się jednak niekiedy również istotną składową niektórych ideologii politycznych, np. marksizmu i komunizmu. Fryderyk Engels, znany przede wszystkim jako ideolog rewolucji społeczno-politycznej, uznawany jest również przez niektórych autorów za jednego z prekursorów nowożytnej medycyny społecznej ze względu na analizy cech miejsca pracy i środowiska, które powodowały niepełnosprawność i przedwczesną śmierć brytyjskiej klasy robotniczej¹³. Rudolf Virchow był aktywny politycznie w ruchach reformatorskich, których kulminacją były rewolucje 1848 r. i zainicjował serię badań dotyczących wpływu warunków społecznych na choroby i śmiertelność. Przedstawiając obserwacje patologiczne i dane statystyczne, przekonywał, że rozwiązanie tych problemów wymaga fundamentalnej zmiany społecznej¹⁴. Liczne odwołania do medycyny społecznej i społecznych determinant zdrowia można było zauważyć w XIX i XX-wiecznych ideologiach politycznych, głoszących konieczność wprowadzania rewolucyjnych zmian społecznych. W Chile znanym politykiem związanym z medycyną społeczną był Salvador Allende, lekarz-patolog, późniejszy minister zdrowia i prezydent Chile z ramienia lewicowej koalicji „Jedność Ludowa” (*Unidad Popular*). Od 1935

¹⁰ Cianciara D., *Zdrowie Publiczne*, <https://profibaza.pzh.gov.pl/publikacje/podstawy-zdrowia-publicznego/03-zdrowie-publiczne> [dostęp: 30.03.2023]

¹¹ Acheson D., *Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*, H.M. Stationery Office, London 1988.

¹² Cianciara D., *Zdrowie Publiczne w Polsce – problemy i wyzwania*, „Studia BAS”, nr 4(56) 2018, s. 77–102. <https://doi.10.31268/StudiaBAS.2018.25>

¹³ Waitzkin H., *The social origins of illness: a neglected history*, “International Journal of Health Services”, 1981; 11(1): 77-103.

¹⁴ Waitzkin H.; Iriart C, Estrada A., Lamadrid S. (2001-10-01), *Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America*, “American Journal of Public Health” 91 (10): 1592–1601.

roku Allende był redaktorem Biuletynu Medycznego Chile i założycielem *Revista de Medicina Social* - pisma poświęconego medycynie społecznej¹⁵.

Swoistą kulminacją wykorzystania idei troski o zdrowie w celu realizacji ideologii politycznych i wprowadzania przemian społecznych może być przemówienie Ernesto Che Guevary wygłoszone na Kubie 19 sierpnia 1960 roku, znane jako przemówienie o „Medycynie Rewolucyjnej”. Jego fragmenty dobrze ilustrują powiązanie idei społeczno-medycznych z polityczno-rewolucyjnymi: „Izolowane indywidualne wysiłki, przy całej swej czystości ideałów, są bezużyteczne, a pragnienie poświęcenia całego życia dla najszlachetniejszego z ideałów nie ma sensu, jeśli pracuje się samotnie, w jakimś zakątku Ameryki, walcząc przeciwko wrogim rządów i warunkom społecznym, które uniemożliwiają postęp. Aby wywołać rewolucję, trzeba mieć to, co jest na Kubie – mobilizację całego narodu, który poprzez użycie broni i wojowniczą jedność nauczy się rozumieć wartość broni i wartość jedności. A teraz doszliśmy do sedna problemu, który mamy przed sobą w tej chwili. Dziś wreszcie ma się prawo, a nawet obowiązek być przede wszystkim lekarzem rewolucyjnym, to znaczy człowiekiem, który wykorzystuje wiedzę techniczną swojego zawodu w służbie rewolucji i ludu. Ale teraz powracają stare pytania: Jak właściwie wykonywać pracę pomocy społecznej? Jak połączyć indywidualne starania z potrzebami społeczeństwa? Musimy ponownie przeanalizować życie każdego z nas, to, co robiliśmy i myśleliśmy jako lekarze lub pełniąc jakąkolwiek funkcję zdrowia publicznego przed rewolucją. Musimy to zrobić z głęboką krytyczną gorliwością i ostatecznie dojść do wniosku, że prawie wszystko, co myśleliśmy i czuliśmy w minionym okresie, powinno zostać złożone w archiwum i powinien zostać stworzony nowy typ istoty ludzkiej. Jeśli każdy z nas dołoży wszelkich starań, aby udoskonalić ten nowy typ człowieka, ludziom będzie znacznie łatwiej go stworzyć i pozwolić mu być wzorem dla nowej Kuby.”¹⁶

Wielki Reset jako propozycja przemian społecznych po COVID-19

Od pewnego czasu zauważalne jest powiązanie idei przemian społeczno-ekonomicznych, bezpieczeństwa klimatycznego, nowoczesnego zarządzania społeczeństwem z troską o zdrowie, co szczególnie wyraźne stało się w okresie postpandemicznym. Ochrona zdrowia, wydłużenie życia i poprawa jakości życia wskazywane są często jako cel proponowanych zmian społecznych i wprowadzania nowych technologii cyfrowych w ramach

¹⁵ Ramón, Armando de, *Biografías de Chilenos Tomo I*, Ediciones Universidad Católica de Chile, 1999, s. 60–61. Salvador Allende już na studiach stał się zdeklarowanym marksistą, choć odżegnywał się od komunizmu rewolucyjnego (m. in. potępił radziecką inwazję na Węgry i Czechosłowację), natomiast według archiwum Mitrochina miał być płatnym agentem KGB. Jego prezydentura została przerwana przez zamach stanu zorganizowany przez armię pod dowództwem Augusto Pinocheta. Jego najbardziej znanym przodkiem był polityk Ramón Allende Padín, deputowany z ramienia liberalnej Partii Radykalnej i wolnomularz. Także syn Padína (i ojciec Salvadora), Salvador Allende Castro został działaczem Partii Radykalnej i wolnomularzem. Pracował jako urzędnik i notariusz w porcie Valparaíso (zob. Virgilio F, *Diccionario histórico y biográfico de Chile*, Santiago, imprenta de la Ilustración, 1897, s. 450–451).

¹⁶ Guevara E., *On revolutionary Medicine* <https://www.marxists.org/archive/guevara/1960/08/19.htm>

Wielkiego Resetu. Bez wątplenia ogłoszenie pandemii COVID-19 stało się okolicznością sprzyjającą wypromowaniu idei Wielkiego Resetu. W globalnych inicjatywach w okresie postpandemicznym jest zauważalna wyraźna medycyzacja dyskursu społecznego, ale również echo postświeceniowych wysiłków przekształcania społeczeństwa w imię zmniejszania nierówności społecznych. W takim ujęciu troska o zdrowie będzie wymagała działań nie tyle medycznych, co ekonomicznych, prawnych i politycznych. Dyskusyjne jednak pozostaje, w jakim stopniu te oczekiwania oparte są na realistycznych założeniach oraz rzetelnej wiedzy na temat chorób i determinant zdrowotnych. Istnieje ryzyko, że troska o zdrowie może stać się uzasadnieniem wprowadzanych (lub narzucanych) przemian społecznych, a medycyna może stać się jednym z istotnych narzędzi realizacji tych zmian. Idea ochrony zdrowia może stać się wtedy nie tyle celem, co uzasadnieniem wprowadzania instrumentów wzmacniających kontrolę polityczno-społeczną.

Zdaniem R. Labonta postcovidowa ekonomia ma być wyraźnie ukierunkowana na równość i sprawiedliwość w kontekście zdrowotnym¹⁷. Opiera się to na założeniu, że nierówności społeczne są przyczyną nierówności w zdrowiu. W okresie pandemii COVID-19 i postpandemicznym wielokrotnie podkreślano zdrowotne konsekwencje nierówności dochodowych, rasowych i płciowych. WHO nawołuje do podjęcia walki z nierównościami w zdrowiu traktowanymi jako przejaw niesprawiedliwości społecznej, a ich istnienie traktuje się jako pochodną nierówności społecznych i ekonomicznych, nierównego udziału w ogólnym wzroście dobrobytu, a także nierównego wpływu na ważne społeczne decyzje. Od czasu ogłoszenia 11 marca 2020 roku przez WHO pandemii COVID-19, widoczny jest proces przenoszenia odpowiedzialności za decyzje związane z ochroną zdrowia publicznego z poziomu krajowego na poziom międzynarodowy. W listopadzie 2021 roku rozpoczęto prace nad dokumentem rangi międzynarodowej, który pozwoliłby wzmocnić globalne zdolności reagowania na pandemię pod przywództwem WHO, a państwa członkowskie (w tym Polska) jednomyślnie przyjęły decyzję o ustanowieniu międzyrządowego ciała negocjacyjnego (*Intergovernmental Negotiating Body – INB*), które przygotuje projekt i przeprowadzi negocjacje w tym zakresie¹⁸. Według wstępnego harmonogramu prac przyjęcie dokumentu jest zaplanowane na 77. sesję Światowego Zgromadzenia Zdrowia w maju 2024 roku¹⁹. Z kolei w rekomendacjach OECD dostrzega się znaczenie mocnego rządu i odpowiedzialnego przywództwa w kontekście zarządzania pandemią, a zwłaszcza prowadzeniem akcji masowych szczepień²⁰.

¹⁷ Labont R., *A post-covid economy for health: from the great reset to build back differently*, BMJ 2022; 376:e068126 doi:10.1136/bmj-2021-068126

¹⁸ World Health Organization, *The World Together: Establishment of an intergovernmental negotiating body to strengthen pandemic prevention, preparedness and response*, 01.12.2021, [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2\(5\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2(5)-en.pdf)

¹⁹ Janowski J., *Architektura i infrastruktura Wielkiego Resetu*, Tom I, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2023, s. 95.

²⁰ 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

Ogłoszenie pandemii COVID-19 stało się okolicznością sprzyjającą wypromowaniu idei Wielkiego Resetu. Symptomatyczna jest w tym względzie wypowiedź księcia Walii Karola z okazji Dnia Ziemi w roku 2020, powtórzona również na otwarciu WEF w tym samym roku: „Podobieństwa między stanem człowieka i planety w koronawirusie są dość wyraźne. Jeśli spojrzymy na planetę jak na pacjenta, zobaczymy, że nasze działania niszczą jej układ odpornościowy, a ona walczy o oddychanie i rozwój z powodu obciążenia, jakie nałożyliśmy na jej ważne narządy. Aby ją leczyć, musimy przywrócić równowagę i ponownie umieścić Naturę w centrum koła. Aby to osiągnąć, musimy: działać na rzecz zdrowia i dobrostanu; zrozumieć wzorce i cykle Natury; uznać wartość różnorodności, jedności i współzależności wszystkich żywych istot; rozważyć znaczenie innowacji i adaptacji i inwestować w rozwiązania oparte na naturze, aby stymulować biogospodarkę o bardziej zamkniętym obiegu, która oddaje Naturze tyle samo, ile my jej bierzemy.”²¹. Księżę Walii używał nawet przez pewien czas hashtagu #ReimagineReset (od 22 kwietnia 2020 r.), jednak po raz pierwszy oficjalnie został z koncepcją Światowego Forum Ekonomicznego powiązany 22 maja 2020 r., kiedy *The Telegraph* poinformował, że księżę Karol ma uruchomić Projekt „Great Reset” mający na celu odbudowę planety po koronawirusie. Inicjatywa została podjęta podczas wirtualnego spotkania w dniu 03 czerwca 2020 r., kiedy księżę Walii oraz założyciel i prezes forum Klaus Schwab ogłosili Wielki Reset jako temat dorocznego spotkania w 2021 roku i wezwali do budowania bardziej ekologicznego, mądrzejszego i sprawiedliwszego świata po pandemii COVID-19. Dołączyli do nich m.in. sekretarz generalny ONZ António Guterres i dyrektor zarządzająca MFW Kristalina Georgieva²². Nie ma wątpliwości, że wielokrotnie wypowiedziana „wojna z SARS-CoV-2”, w tym również przez wielu światowych przywódców (np. Emmanuel Macron 16 marca 2020, Donald Trump 19 marca 2020 r.), dodatkowo sprzyjała formułowaniu propozycji przebudowy świata po pandemii w ramach „nowego powojennego ładu”.

W celu uzasadnienia ingerencji w życie gospodarcze i społeczne w okresie pandemii COVID-19 odwoływano się do zagrożenia związanego z koronawirusem SARS-COV-2. Zauważano, że śmiertelność z powodu COVID-19 była wyższa niż w przypadku sezonowej grypy (choć już rzadko dodawano, że była niższa niż w przypadku grypy „hiszpanki” z początku XX wieku, czy chorób takich jak MERS, gorączka krwotoczna wywołana wirusem Ebola, czy nawet ciężkie postacie malarii). Podkreślano odsetek hospitalizacji i zapotrzebowanie na wentylację mechaniczną. Na początku pandemii, według danych chińskich, hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii (OIT) wymagało 6,1% chorych na COVID-19, a z tej grupy wentylację mechaniczną stosowano u blisko 60% osób.²³ We

²¹ Za: Roth S., *The Great Reset. Restratification for lives, livelihoods, and the planet.*, “Technological Forecasting and Social Change”, 2021;166:120636; por.: Ioannidis J.P., *Coronavirus disease 2019: the harms of exaggerated information and non-evidence-based measures*, “European Journal of Clinical Investigation, 2020; 50(4): e13222.

²²Roth S., *The Great Reset. Restratification for lives, livelihoods, and the planet.*, “Technological Forecasting and Social Change”, 2021; 166:120636.

²³ Wei-jie G., Zheng-yi N., Yu H. i wsp., *Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China.*, “The New England Journal of Medicine”, 28.02.2020; doi: 10.1056/NEJM oa2 002 032.

Włoszech leczenia na OIT wymagało 5–10% chorych, a spośród hospitalizowanych u 10–25% trzeba zastosować wentylację mechaniczną.²⁴ W Stanach Zjednoczonych na początku pandemii oceniano, że liczba pacjentów, którzy będą wymagać wentylacji mechanicznej, kilkukrotnie przekroczy liczbę dostępnych respiratorów.²⁵ Obawy o niedobór zasobów wywołały dyskusję wokół etycznych kryteriów alokacji ograniczonych zasobów medycznych, a nawet propozycje wprowadzania nieuzasadnionych klinicznie i etycznie kryteriów selekcji, takich jak kryterium wieku lub wartości społecznej²⁶.

Niezauważone były bardziej stosowane głosy, które już w kwietniu 2020 roku pojawiały się ze strony autorytetów epidemiologicznych. Epidemiolog z Uniwersytetu Stanforda, profesor John Ioannidis, już w kwietniu 2020 roku opublikował artykuł, w którym wskazywał, że informacje dotyczące zagrożenia koronawirusem są medialnie wyolbrzymiane, niektóre przywoływane wskaźniki zagrożenia epidemiologicznego są błędnie obliczane, a część wprowadzanych dolegliwych restrykcji społecznych (m. in. dystans społeczny, szerokie testowanie) nie ma podstaw w rzetelnych badaniach naukowych, natomiast silniejsze przesłanki naukowe wskazują na skuteczność zwykłych środków higienicznych, np. częste mycie rąk i przebywanie w domu oraz unikanie kontaktów w czasie choroby. Wskazywał, że impulsywne działanie oparte na błędnych danych i założeniach prowadzi do szkód społecznych oraz niewłaściwej alokacji ograniczonych środków medycznych²⁷. Analizy retrospektywne dotyczące zgonów w różnych krajach zrzeszonych w OECD pokazują, że COVID-19 był groźniejszy niż zwykła grypa, ale nie tak groźny jak „hiszpanka”, która jednak stała się podstawowym układem odniesienia dla działań i decyzji prawno-politycznych w okresie pandemii. Stanowiło to przykład globalnej modyfikacji zachowań zdrowotnych bardziej w oparciu o emocje i obawy społeczne, niż w oparciu o przesłanki epidemiologiczno-demograficzne. A regionalne przykłady modyfikacji postaw społecznych w oparciu o przesłanki psychospołeczne można już było zauważyć w Azji Wschodniej po epidemii SARS I w 2003 roku²⁸.

Decyzje polityczne, podejmowane w oparciu o te niepewne dane, prowadziły do daleko idących konsekwencji gospodarczych i społecznych. Kryzys związany z COVID-19

²⁴ Szczeklik W., Nowak Ł., *Rozpoczynanie i powstrzymywanie się od intensywnej terapii u chorych na COVID-19 w nadzwyczajnej sytuacji dysproporcji między zapotrzebowaniem a dostępnymi zasobami – omówienie zaleceń Societa Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva*. https://www.mp.pl/covid19/intensywnaterapia/intensywna_terapia/ 229 778, *rozpoczynanie-i-powstrzymywanie-sie-od-intensywnej-terapii-u-chorych-na-covid-19-w-nadzwyczajnej-sytuacji-dysproporcji-miedzy-zapotrzebowaniem-a-dostepnymi-zasobami-omowienie-zalecen-si aarti* (dostęp: 27.03.2023).

²⁵ Truog R.D., Mitchell C., Daley G.Q., *The toughest triage – allocating ventilators in a pandemic.*, “The New England Journal of Medicine”, 23.03.2020; doi: 10.1056/NEJMp2005689.

²⁶ Pawlikowski J., *Etyczny wymiar decyzji priorytetyzacyjnych i alokacyjnych dotyczących stosowania zaawansowanych technologii medycznych w kontekście pandemii COVID-19.*, „Medycyna Praktyczna, 2020, nr 4.

²⁷ Ioannidis J.P., *Coronavirus disease 2019: the harms of exaggerated information and non-evidence-based measures*, “European Journal of Clinical Investigation”, 2020, 50(4): e13222.

²⁸ Gill B., Kehler T., Schneider M., *Is Covid-19 a dread risk? The death toll of the pandemic year 2020 in long-term and transnational perspective*, “Futures”, 2022, Sep; 142:103017, doi: 10.1016/j.futures.2022.103017. Epub 2022 Aug 10. PMID: 35967763.

przebudował ramy moralności społecznej, hierarchie wartości i stratyfikację społeczną w oparciu o postawy przyjęte wobec zagrożenia koronawirusem. Wolność słowa, zgromadzenia, prowadzenia działalności gospodarczej, stały się wartościami drugorzędnymi w stosunku do zasady ochrony zdrowia i priorytetu ratowania życia zagrożonego koronawirusem. Pandemia stała się również ważnym pretekstem do zwiększenia kontroli informacji w sferze publicznej przez rządy i organizacje sektora prywatnego uzasadnianej troską o ochronę zdrowia i życia obywateli. Taki pomysł pojawiał się już jednak wcześniej, np. wnioski z Event 201 (tzw. „ćwiczenie pandemiczne wysokiego szczebla” - “*a high-level pandemic exercise*”), współorganizowanego przez Uniwersytet Johns Hopkinsa, Fundację Billa i Melindy Gatesów oraz WEF w dniu 18 października 2019 r., zalecały, aby rządy angażowały się w partnerstwa publiczno-prywatne z organizacjami mediów tradycyjnych i społecznościowych, aby uzyskać „zdolność do zalewania mediów szybkimi, dokładnymi i spójnymi informacjami. (...) Ze swojej strony firmy medialne powinny zobowiązać się do zapewnienia priorytetu autorytatywnym przekazom i tłumienia fałszywych komunikatów, w tym korzystania z technologii”²⁹. Można jednak zadać pytanie, dlaczego politycy podejmując decyzje o istotnym znaczeniu społecznym i gospodarczym nie żądali bardziej wiarygodnych danych, nie analizowali krytycznie docierających informacji i nie dobierali doświadczonych w epidemiologii doradców?

Zauważalna była również wysoka aktywność WEF w okresie pandemii COVID-19, zmierzająca w kierunku promowania wybranych inicjatyw i przebudowy ekonomii społecznej po pandemii. Już wcześniej niektórzy wskazywali, że inicjatywy i programy WEF są regularnie kojarzone z technokratycznym elitaryzmem³⁰, promowaniem kontroli społecznej i pragnieniami stworzenia nowego porządku świata³¹. W odniesieniu do placówek służby zdrowia WEF promował korzystanie z inteligentnych urządzeń (np. opaski na rękę), które „pomagają stworzyć rejestr tego, kto był blisko kogo, gdzie i jak długo”³². W ramach WEF omawiano stosowanie technologii blockchain do przechowywania zaszyfrowanych danych z poszczególnych badań krwi w ramach paszportu covidowego, a nawet łączono ten dokument z możliwością kompensowania emisji dwutlenku węgla związanej z podróżami lotniczymi³³. Za udaną próbę kampanii na rzecz zdrowia publicznego na początku marca 2020 r. WEF uznał działania Ministerstwa Komunikacji Indii, które poprosiło operatorów telekomunikacyjnych o zastąpienie zwykłych dzwonekó telefonów komórkowych 30-

²⁹ Amer M., Daim T.U., Jetter A., *A review of scenario planning*, “Futures”, 2013, 46: 23–40.

³⁰ Morgan J., *Will we work in twenty-first century capitalism? A critique of the fourth industrial revolution literature*, “Economy and Society”, 2019; 48(3): 371–398; Trauth-Goik A., *Repudiating the fourth industrial revolution discourse: a new episteme of technological progress*, “World Futures” 2020:1–24.

³¹ Veltmeyer H., *Development and globalization as imperialism*, “Canadian Journal of Development Studies”/Revue canadienne d'études du développement”, 2005;26(1):89–106; Schiölin K., *Revolutionary dreams: Future essentialism and the sociotechnical imaginary of the fourth industrial revolution in Denmark*, “Social Studies of Science”, 2020;50(4):542–566.

³² Dave P., 2020. *This Wearable Tech is Being used by Care Homes to Stem Outbreaks of COVID-19*. <https://www.weforum.org/agenda/2020/05/elderly-home-wearables-contact-tracing-apple-google>

³³ Broom D., 2020. *Could this COVID-19 'health passport' be the Future of Travel and Events?* <https://www.weforum.org/agenda/2020/07/covid-19-passport-app-health-travel-covidpass-quarantine-event/>

sekundowymi komunikatami ostrzegawczymi COVID-19, które informowały o tym, jak powstrzymać rozprzestrzenianie się wirusa, a także podawały dane kontaktowe ośrodka zdrowia³⁴. Dostrzegano poparcie ze strony WEF dla wprowadzanych w różnych państwach obostrzeń prawnych, dlatego podejmowano nawet analizy związków pomiędzy liczbą młodych liderów związanych z WEF a państwowymi restrykcjami w okresie COVID-19. Istotne korelacje zauważono dla drugiej, ale nie dla pierwszej fali pandemii, co doprowadziło autorów do konkluzji, że WEF mógł być nie tyle źródłem, co raczej swoistym „wzmacniaczem” dla wybranych opinii i strategii, które powstały i zostały wdrożone podczas pierwszych miesięcy kryzysu związanego z COVID-19³⁵.

W odniesieniu do decyzji rządowych związanych z wprowadzaniem restrykcji gospodarczych i społecznych trudno znaleźć publicznie dostępne ich uzasadnienia (dotyczy to również rządu polskiego). Można jedynie przypuszczać, że odbywało się to w oparciu o opinie gremiów doradczych. Rodzi się jednak pytanie na jakich przesłankach się opierały. Przy braku transparentnych i uzasadnionych racji mogą się w społeczeństwie rodzić podejrzenia, że podjęta w tym okresie głęboka ingerencja w życie indywidualne i społeczne wynikała z (bezrefleksyjnego?) kopiowania rozwiązań z wybranych (na jakiej podstawie?) krajów, albo wypływała z osobistych wyobrażeń i lęków decydentów³⁶. Nietransparentne decyzje władz publicznych stwarzają bowiem społeczną przestrzeń do formułowania różnorodnych podejrzeń i obaw, m. in., że pandemia COVID-19 była pretekstem do testowania i wprowadzania nowych rozwiązań wpływających z różnych planów przebudowy świata, w tym z koncepcji Wielkiego Resetu³⁷.

Jednym z autorów, który poddał krytycznej analizie koncepcje Wielkiego Resetu w kontekście pandemii Covid-19 oraz polityki zdrowotnej jest Steffen Roth, socjolog medycyny pracujący we francuskim La Rochelle Business School oraz na Uniwersytecie Turku w Finlandii. Postrzega inicjatywę Światowego Forum Ekonomicznego promującą ideę Wielkiego Resetu jako odpowiedź na globalny kryzys związany z koronawirusem SARS-COV-2 i wywoływaną przez niego chorobę COVID-19³⁸. Jego zdaniem paradygmatycznym rdzeniem tego resetu jest przejście od neoliberalizmu do podejścia interwencjonistycznego, które jest uzupełnione przejściem od zarządzania udziałowcami do zarządzania interesariuszami oraz rozwojem i promocją alternatywnych wskaźników metodologicznych uwzględniających nowe zmienne środowiskowe, społeczne i zarządcze.

³⁴ Magsamen B., Shutko G., 2020. *These 5 COVID-Fighting Technologies Show the Power of Global Ingenuity*. <https://www.weforum.org/agenda/2020/08/5-technology-advancements-during-covid-19-wearables-ai/>

³⁵ Klement RJ, Walach H., *Is the Network of World Economic Forum Young Global Leaders Associated With COVID-19 Non-Pharmaceutical Intervention Severity?* *Cureus*, 2022 Oct 6;14(10):e29990.

³⁶ Por. np. *Biała księga pandemii koronawirusa. Fakty i dane ukrywane przed opinią publiczną. W oparciu o publikacje naukowe*, red. M. Błochowiak, Fundacja Ordo Medicus, Poznań 2022.

³⁷ Zamorski M.A., *Operacja pandemia. Globalna psychoza i nowy totalitaryzm*, Wektory, Wrocław 2020; J. Białek, *COVID-19. Globalna mistyfikacja*, Wektory, Wrocław 2021, s. 47; *Falszywa pandemia. Krytyka naukowców i lekarzy*, t. 1, red. G. Braun, Fundacja Osuchowa, Warszawa 2020.

³⁸ Roth S., *The Great Reset. Restratification for lives, livelihoods, and the planet*, *Technol Forecast Soc Change*, 2021;166:120636.

Wprowadzając pojęcie „restoryzmu” („*restorism*”) rozważa scenariusz epokowego przejścia od kapitalizmu do „restoryzmu”. Ukazuje, że „wspólne cele”, za którymi opowiada się WEF prowadzą od nowoczesnego pluralizmu do porządku „nowonormatywnego” („*new-normative*” order) ukierunkowanego na zdrowie indywidualne, instytucjonalne i planetarne, a więc oparte na porządkowaniu wszystkich członków społeczeństwa według jednej głównej wartości. Analizując założenia dotyczące zdrowia publicznego w koncepcji Wielkiego Resetu, można zdaniem S. Rotha dostrzec, że idea uwarstwionego systemu kredytu społecznego typu chińskiego przestaje być obca, gdy tylko zastąpimy termin „społeczny” terminem „zdrowotny”, zwłaszcza, jeśli uświadomimy sobie, że podejście WEF do zdrowia jest wystarczająco szerokie, aby uwzględnić jego wymiary instytucjonalne, ekologiczne, a nawet planetarne. W scenariuszu restorystycznym dostęp do lotnisk i terminali promowych, ale także do centrów miast i dzielnic, można łatwo uzależnić od stanu zdrowia i kontroli „paszportu zdrowotnego”. Udział w bezpośrednich spotkaniach biznesowych, politycznych i naukowych na najwyższym szczeblu może stać się niemożliwy bez regularnie aktualizowanego portfolio szczepień (albo dla osób o zbyt dużym śladzie ekologicznym). W rzeczywistości testy zdrowotne mogą stać się techniką kontroli XXI wieku. Już w 2020 r. niektóre rządy posunęły się do pozbawiania praw wyborczych zarażonych wyborców, np. w Galicji czy Kraju Basków i wtedy również pojawiły się nowe wykroczenia i „przestępstwa” zdrowotne, począwszy od mandatów dla osób odmawiających noszenia masek, a skończywszy na poważnych zarzutach dla osób łamiących zasady kwarantanny³⁹.

Zdaniem S. Rotha z prac propagatorów koncepcji Wielkiego Resetu wyłania się wizja nowej, udoskonalonej cyfrowo epoki średniowiecza, w której normy związane ze zdrowiem odgrywać będą rolę średniowiecznych norm związanych z religią, tj. będą służyły do porządkowania indywidualnych ocen i zachowań, a nawet wprowadzania podziału na warstwy, klasy czy kasty społeczne. W restorystycznym scenariuszu neośredniowiecznego światowego społeczeństwa zdrowotnego prawdopodobną konsekwencją byłoby pojawienie się nowych warstw społecznych odpowiadających różnym poziomom higieny, ryzyka zakażeń lub zanieczyszczenia środowiska. Krytycznie odnosi się do idei Wielkiego Resetu, traktując ją jako utopijne złudzenie i uważa, że paradoksalnie jest jej blisko do „dzikich teorii spiskowych” („*wild conspiracy theories*”). Zdaniem S. Rotha „mroczni prorocy ery post-COVID-19” w połączeniu z „technokratycznym optymizmem typu WEF” mogą podtrzymywać pogląd na świat, w którym połączenie internetu rzeczy i internetu osób niesie obawy o inwigilację znacznej części światowej populacji, która będzie uzasadniana troską o zdrowie indywidualne, instytucjonalne i planetarne. Jego zdaniem wersja inkluzywności proponowana przez WEF pozostaje ograniczona do budowania mostów nad tradycyjnymi liniami podziału społecznego, ale wyklucza tych, którzy nie podzielają leżącego u podstaw tej ideologii paradygmatu, który traktuje jednostki, instytucje i całą planetę jako pacjentów pilnie potrzebujących interwencji. Dodatkowo, ideologia ta daje złudne przeświadczenie, że

³⁹ Ioannidis J.P., *Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic*, “European Journal of Clinical Investigation”, 2020, e13423.

możemy kontrolować proces transformacji. A zatem restorystyczny paradygmat implikuje uprzedzenia zdrowotne, a tym samym może dyskryminować osoby lub grupy, które mają odwagę głosić, że nie potrzebują resetu, ponieważ nie podzielają założenia, że należy przedkładać kwestie zdrowotne lub ekologiczne ponad kwestie społeczne, gospodarcze, polityczne, czy religijne. Zatem koncepcja Wielkiego Resetu promowana przez WEF jest niczym więcej jak strategiczną próbą zastąpienia jednej redukcjonistycznej ideologii społecznej (kapitalizmu) inną (restoryzmem)⁴⁰.

Obowiązek szczepień

Szereg dyskusji wywołały również akcje szczepień związane z COVID-19, a szczególnie kwestia prawnego obowiązku szczepień. Należy podkreślić, że zapobieganie chorobom jest jednym z podstawowych celów medycyny, a szczepienia ochronne są jednym z najważniejszych narzędzi zdrowia publicznego. Założeniem szczepień jest stymulacja układu odpornościowego do swoistej odpowiedzi immunologicznej, aby w przypadku kolejnego kontaktu z czynnikiem zakaźnym został on skuteczniej zneutralizowany, przez co zmniejszy się ryzyko poważnych objawów chorobowych i powikłań. W przypadku chorób przenoszonych się z człowieka na człowieka szczepienia mają na celu nie tylko ochronę zdrowia osoby zaszczepionej, ale również innych osób poprzez uzyskanie odporności populacyjnej (grupowej, zbiorowiskowej), przy czym próg odporności populacyjnej jest zróżnicowany w zależności od choroby.

Profilaktyka chorób zakaźnych oparta o szczepienia ochronne jest ważnym elementem polityki zdrowotnej wielu państw. W odniesieniu do niektórych chorób wprowadzono prawny obowiązek szczepień ochronnych w powiązaniu z określonymi sankcjami i w ten sposób, obok szczepień zalecanych, powstała lista szczepień obowiązkowych, których liczba i zakres mogą się różnić pomiędzy krajami. Obowiązkowe szczepienia zazwyczaj dotyczą dzieci w określonych przedziałach czasowych wyznaczanych kalendarzem szczepień. Obowiązek szczepień może również dotyczyć osób dorosłych (w tym wybranych grup zawodowych) oraz osób podróżujących do niektórych krajów. Obok szczepień obowiązkowych (*mandatory*), zagrożonych karą grzywny, wyróżnić można szczepienia przymusowe (*compulsory*). 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) i może być wtedy zastosowany środek przymusu bezpośredniego (przytrzymywanie, unieruchomienie) umożliwiające zaszczepienie (w Polsce

⁴⁰ Roth S., *The Great Reset. Restratification for lives, livelihoods, and the planet*, Technol Forecast Soc Change. 2021, 166:120636.

zastosowano takie podejście przy szczepieniu przeciwko ospie prawdziwej w czasie epidemii we Wrocławiu w 1963 roku)⁴¹.

Wraz z pojawieniem się prawnego obowiązku szczepień obserwuje się jednak również przejawy sprzeciwu wobec tego obowiązku w oparciu o przesłanki zdrowotne (ryzyko działań niepożądanych), prawne (wolność sumienia, prawo rodziców do wychowania dzieci zgodnie ze swoimi przekonaniem), moralne (produkcja szczepionek w oparciu o linie komórkowe pochodzące z tkanek abortowanych dzieci) czy religijne (np. obecność w składzie szczepionek produktów zakazanych w danym wyznaniu)^{42, 43}. Wraz z rozwojem przemysłowej produkcji szczepionek powstał również problem konfliktu interesów, który powinien być brany pod uwagę w decyzjach refundacyjnych.

Kwestia zakresu i uzasadnienia obowiązku szczepień była od wielu lat dyskutowana z perspektywy etycznej, prawnej i społecznej. Przymus prawny w tym zakresie uzasadniano obowiązkiem ochrony życia i zdrowia ludzkiego (w tym zarówno osoby szczepionej, jak i innych osób), a także skutecznością i bezpieczeństwem szczepionek. Uwzględniano jednak również możliwość uchylenia się od tego obowiązku m. in. w oparciu o przeciwwskazania zdrowotne. Analizując racje uzasadniające wprowadzenie obowiązku szczepień należy zwrócić uwagę na kilka kwestii. W pierwszej kolejności należy roztropnie równoważyć prawa i wolności osoby podlegającej obowiązkowi, zdrowie i życie innych osób oraz dobro całej społeczności. Obowiązek szczepień powinien spełniać kryterium proporcjonalności, a więc dotyczyć zapobiegania chorobom o poważnym indywidualnym i populacyjnym ryzyku zdrowotnym. Powinien również spełniać kryterium konieczności, czyli może być wprowadzony jeśli bezpieczeństwa zdrowotnego nie można zapewnić innymi środkami. Jednocześnie obowiązek ten powinien być jak najmniej dolegliwy, jego ciężar sprawiedliwie rozłożony, racje leżące u podstaw takich decyzji powinny być uzasadnione oraz przejrzyste, a osoby podejmujące decyzje kompetentne. W realizacji tego obowiązku należy dążyć do używania szczepionek, które cechują się wysokim poziomem skuteczności i bezpieczeństwa potwierdzonych w badaniach klinicznych, które zostały dopuszczone do obrotu na terenie kraju przez właściwe organy. W kontekście skuteczności szczepień należy rozróżnić skuteczność wykazaną w badaniach klinicznych (zazwyczaj wyższą, *efficacy*) od efektywności praktycznej (niższej, *effectiveness*). Produkty lecznicze zawierające szczepionki powinny również budzić jak najmniej zastrzeżeń moralnych, dlatego, jeśli to możliwe, należy m. in. wprowadzać do obrotu preparaty, które nie powstały w oparciu o wykorzystanie linii komórkowych wyprowadzonych z tkanek dzieci abortowanych. Niezależnie od prawnego obowiązku szczepień, pracownik służby zdrowia przeprowadzający szczepienia (lekarz,

⁴¹ 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*

⁴² Kibongani Volet A., Scavone C., Catalán-Matamoros D. Capuano A., *Vaccine Hesitancy Among Religious Groups: Reasons Underlying This Phenomenon and Communication Strategies to Rebuild Trust*, *Frontiers in Public Health*, 2022;10:824560.

⁴³ Morciniec P., *Moralna odpowiedzialność rodziców za szczepienie dzieci – czynniki modyfikujące w realiach Polskich.*, „Family Forum”, 2020. Doi: 10.25167/FF/1903. [dostęp: 30.03.2023]

pielęgniarka, farmaceuta) ma obowiązek poinformować o możliwych działaniach niepożądanych⁴⁴.

W opublikowanych niedawno wynikach badań stwierdzono, że spośród 193 analizowanych krajów, w 105 (54%) istniał jeszcze przed czasem pandemii COVID-19 obowiązek poddania się szczepieniu (dotyczył głównie chorób dziecięcych), w tym w 62 krajach (59% stosujących obowiązek szczepienia) przewidziana była kara za nieprzestrzeganie tego obowiązku⁴⁵. Według danych OECD z 2021 roku obowiązkowe szczepienia dla pracowników sektora zdrowotnego były wprowadzone w niektórych krajach (np. we Francji, Grecji, na Węgrzech i we Włoszech), a w innych nie było tego obowiązku (np. Bułgaria, Chorwacja, Dania, Estonia, Finlandia, Islandia). Należy zwrócić uwagę, że w odniesieniu do obowiązku szczepień na COVID-19, w tym w odniesieniu do wprowadzenia obowiązku szczepień dla osób wykonujących zawody medyczne, nie było ze strony WHO wyraźnej rekomendacji, a jedynie zwrócenie uwagi na konieczność rozważeniu wielu racji za i przeciw⁴⁶. Należy zatem wyciągnąć wniosek, że polityka rządów w tym zakresie była warunkowana w znacznym stopniu innymi racjami niż zalecenia WHO. Niewiele jest jednak dotychczas w polskiej literaturze refleksji na temat zasadności, skuteczności i bezpieczeństwa szczepień w oparciu o wiarygodne dane naukowe. W analizie specjalistów z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w zakresie polityki zdrowotnej w okresie postpandemicznym zwraca się uwagę na nierezygnowanie z obowiązku szczepień⁴⁷.

Warto dodać, że kwestia szczepień była również kilkakrotnie poruszana w dokumentach Kościoła katolickiego, zarówno na poziomie Stolicy Apostolskiej (Papieska Akademia Życia, Kongregacja Nauki Wiary), jak i episkopatów krajowych, w tym polskiego^{48, 49}. Podejmowany był również temat szczepień przeciw COVID-19⁵⁰. W

⁴⁴ World Health Organization, *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*, 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 30.03.2023].

⁴⁵ 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>

⁴⁶ World Health Organization., *COVID-19 and mandatory vaccination: Ethical considerations*, Policy brief, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2022.1> [dostęp: 30.03.2023]

⁴⁷ Włodarczyk C., Juszczak G., *Zdrowie publiczne 3.0 – Wnioski po pandemii covid-19 – perspektywa globalna*, Policy Paper.

https://profibaza.pzh.gov.pl/sites/default/files/pliki/Archiwum/1_1/zdrowie-publiczne-www.pdf

⁴⁸ Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja Dignitas personae dotycząca niektórych problemów bioetycznych*, 2008. s. 35. https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_pl.html [dostęp: 30.03.2023]

⁴⁹ Pontifical Academy for Life, *Note on Italian vaccine issue*, 2017. <https://www.academyforlife.va/content/pav/en/the-academy/activity-academy/note-vaccini.html> [dostęp: 30.03.2023]

⁵⁰ Kongregacja Nauki Wiary, *Nota na temat moralnej oceny stosowania niektórych szczepionek przeciw Covid-19*, 2020.

<https://episkopat.pl/kongregacja-nauki-wiary-opublikowala-dokument-nt-szczepionek-przeciwko-covid-19/> [dostęp: 30.03.2023]

dokumentach tych szczepienia są akceptowane jako godziwa metoda troski o zdrowie własne oraz innych osób. W kwestii szczepionek, które budzą zastrzeżenia moralne ze względu na sposób ich produkcji w oparciu o linie komórkowe wyprowadzone przed kilkadziesiąt laty z tkanek abortowanych dzieci, podkreśla się, że odpowiedzialność moralna osób przeprowadzających aborcję, producentów, dystrybutorów i odbiorców szczepionek jest zróżnicowana. Poddanie się szczepieniu takimi preparatami może być usprawiedliwione, jeśli jest to konieczne dla ochrony życia i zdrowia własnego lub innych, stosowane preparaty są skuteczne i bezpieczne oraz nie ma dla nich innej alternatywy. Podkreśla się jednocześnie, że takie stanowisko nie jest akceptacją dla niegodziwego moralnie sposobu pozyskania tkanek do produkcji szczepionek, dlatego wzywa się producentów i organy rejestracyjne do zastąpienia tych preparatów alternatywami niebudzącymi wątpliwości etycznych. Wspomina się również o konieczności zapewnienia sprawiedliwego dostępu do nowoczesnych technologii profilaktycznych, zwłaszcza w krajach ubogich.

Wnioski

Trudno oprzeć się wrażeniu, że obraz medycyny i nauki w ujęciu ideologów Wielkiego Resetu, szczególnie Klausa Schwaba, jest utopijny i dość naiwny. Nie opiera się na wiarygodnych danych epidemiologicznych, rzetelnej wiedzy dotyczącej fizjologii i patofizjologii ani analizie rzeczywistych możliwości i ograniczeń metod profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych stosowanych w ochronie zdrowia. W rozumieniu zdrowia u propagatorów koncepcji Wielkiego Resetu zatarte są granice pomiędzy znaczeniem medycznym, ekonomicznym i religijnym terminu „*salus*”. Termin ten już w języku łacińskim miał wiele znaczeń (zdrowie, ale również dobrobyt, zbawienie). Dlatego łatwo może być użyty do wyrażania celów i wizji, które wykraczają poza cele medycyny i stają się ideologicznymi składowymi przebudowy społeczeństwa i człowieka.

Istnieje szereg poważnych konsekwencji utopijnej wizji zdrowia, jeśli stałaby się ona podstawą polityki zdrowotnej danego kraju. Łatwo przy takich założeniach ulec złudzeniu nadmiernego postępu i przeszacowywać kliniczną wartość nowych technologii medycznych. Prowadzić to może również do nierealnego obrazu w zakresie chorobowości (np. nadmierne skupienie uwagi na chorych na określoną chorobę, kosztem innych chorych), determinant zdrowia (w tym przeszacowania wybranych czynników ryzyka, np. zmian klimatycznych kosztem innych czynników, np. stylu życia) albo znaczenia wybranych elementów systemu ochrony zdrowia (np. przeszacowanie wartości diagnostyki kosztem leczenia). Nadmierna waga przykładana do wybranych interwencji, chorób czy zagrożeń, przy jednoczesnym niedostrzeganiu lub niedocenianiu innych, może wpływać na niewłaściwe wydatkowanie środków publicznych przeznaczonych na świadczenia zdrowotne oraz badania naukowe. Łatwo wtedy można podjąć decyzje niesprawiedliwe (np. zwiększone nakłady na leczenie określonych grup chorych kosztem innych chorych), niegospodarne (np. w zakresie refundacji nowych technologii medycznych „wpisujących się” ideologicznie zdefiniowany problem

zdrowotny kosztem innych technologii – niekiedy efektywniejszych, ale mniej popularnych), niewłaściwe decyzje kadrowe (np. obsadzanie stanowisk kierowniczych lub otaczanie się współpracownikami podzielającymi określoną wizję i jednocześnie eliminowanie osób doświadczonych i wykształconych, ale patrzących krytycznie na określoną ideologię), generować konflikty środowiskowe i ograniczać debaty naukowe (np. procesy lekarzy mających odmienne zdanie w kwestii niefarmakologicznych środków ograniczania zakażeń związanych z SARS-COV-2).

Brak opierania się na wiarygodnych danych, nierealistyczny obraz zdrowia i lęki pandemiczne, mogą prowadzić do nieuzasadnionego, a czasami nawet wątpliwego prawnie⁵¹, ograniczania podstawowych praw i wolności człowieka. Szczególnie dotyczy to sytuacji nowych, dla których nie ma opracowanych procedur i trzeba działać w oparciu o wiedzę, doświadczenie, realny osąd rzeczywistości i krytyczną analizę przekazywanych sugestii. Przykładem strategii, opartej na wiedzy i doświadczeniu, był kształt polityki zdrowotnej w okresie pandemii COVID-19 w państwach, w których odpowiadali za nią epidemiolodzy, np. w Szwecji. W innych krajach dysproporcja między skalą restrykcji a poziomem rzeczywistego zagrożenia prowadziła nawet do mówienia o nowej „covidiańskiej” ideologii, która blokuje realizm⁵².

Należy mieć nadzieję, że analiza wiarygodnych danych pozwoli w najbliższym czasie ocenić konsekwencje zdrowotne i społeczne prowadzonej polityki, w tym racji leżących u podstaw restrykcji wprowadzanych w reakcji na ogłoszenie pandemii COVID-19. Konieczne jest również urealnienie redukcjonistycznej ideologii zdrowotnej proponowanej m. in. w ramach koncepcji Wielkiego Resetu, aby zapobiegać podejmowaniu ryzykownych społecznie decyzji. Potrzeba również właściwej edukacji, opartej o realizm poznawczy oraz polityki kadrowej, która pozwoli powierzać stanowiska kierownicze osobom posiadającym odpowiednią wiedzę, doświadczenie i kompetencje. Należy mieć nadzieję, że każda utopia, pomimo nawet używanych niekiedy środków przymusu, nie jest możliwa do zrealizowania w pełnym zakresie (wskazuje na to m. in. grecki źródłosłów: οὐ [u] 'nie' i τόπος [topos] 'miejsce', tj. „niemiejsce”, czyli miejsce, którego nie ma).

⁵¹ Np. dyskusje wokół ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r., poz. 374) i innych rozporządzeń ograniczających wolności i prawa osobiste obywateli.

⁵² Janowski J., *Architektura i infrastruktura Wielkiego Resetu*, Tom I, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2023, s. 198.