



KRAKOWSKA AKADEMIA  
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wydział Prawa, Administracji i Stosunków Międzynarodowych  
Kierunek: Prawo

**Maciej Szuban**

„Światowa Organizacja Zdrowia i jej znaczenie w zwalczaniu  
pandemii”

Praca magisterska  
napisana pod kierunkiem  
prof. KAAFm dr hab. Tomasz Srogosz

Kraków 2021

<b>Imię i nazwisko</b>	Maciej Szuban
<b>Tytuł pracy dyplomowej</b>	„Światowa Organizacja Zdrowia i jej znaczenie w zwalczaniu pandemii”/ "The World Health Organization and her importance in combating pandemics"
<b>Streszczenie pracy dyplomowej w języku polskim ( min. 500 – max. 1000 znaków ze spacjami).</b>	
<p>Celem pracy badawczej jest omówienie tematyki związanej z funkcjonowaniem Światowej Organizacji Zdrowia i jej znaczeniem przy zwalczaniu zagrożenia jakim jest pandemia. Praca zawiera omówienie historii powstania organizacji, jej zarządzania i struktury oraz celów i zadań jakim organizacja musi sprostać. Głównym punktem pracy badawczej jest zbadanie mechanizmów i zaleceń WHO podczas trwania pandemii grypy i pandemii COVID-19. Praca badawcza sprowadza się do odpowiedzi na główne pytanie badawcze: „Czy WHO działa w odpowiedni sposób na rzecz zwiększenia współpracy między państwami w dziedzinie ochrony zdrowia i zwalczania pandemii?”. W ramach uzyskania odpowiedzi na główne pytanie badawcze posłużono się metodą teoretyczną, dogmatyczną oraz historyczno-prawną. Badania potwierdziły, że WHO działa w odpowiedni sposób, pogłębiając współpracę międzynarodową koordynuje i wydaje zalecenia, umożliwiające walkę z zagrożeniem jakim jest pandemia oraz inne czynniki zagrażające zdrowiu publicznemu.</p>	
<b>Streszczenie pracy dyplomowej w języku angielskim ( min. 500 – max. 1000 znaków ze spacjami).</b>	
<p>The purpose of this research paper is to discuss topics related to the functioning of the World Health Organization and her importance in combating the threat of a pandemic. The paper includes a discussion of the history of the creation of the organization, her management and structure, and the goals and objectives the organization must meet. The main point of the research work is to investigate the mechanisms and recommendations of WHO during pandemic influenza and pandemic COVID-19. The research paper boils down to answering the main research question, "Is the WHO working adequately to increase cooperation between countries in health and pandemic control?". Theoretical, dogmatic and historical-legal methods were used to answer the main research question. Studies have confirmed that the WHO is acting appropriately, increasing international cooperation, coordinating and making recommendations to combat the threat of pandemics and other public health threats.</p>	
<b>Słowa kluczowe w języku polskim (min. 5 – max. 8)</b>	
Pandemia, zdrowie publiczne, prawo międzynarodowe, COVID-19, grypa.	
<b>Słowa kluczowe w języku angielskim (min. 5 – max. 8)</b>	
Pandemic, public health, international law, COVID-19, influenza.	

-----  
**Podpis promotora**

# Spis treści

Wykaz skrótów .....	IV
Wstęp .....	V
<b>Rozdział I. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) .....</b>	<b>1</b>
1.1. Historia powstania i rozwój WHO .....	1
1.2. Zadania i cele organizacji .....	7
1.3. Struktura i zarządzanie .....	12
<b>ROZDZIAŁ II. ZDROWIE PUBLICZNE W SYSTEMIE PRAWA MIĘDZYNA- RODOWEGO .....</b>	<b>18</b>
2.1. Definicje zdrowia publicznego .....	18
2.2. Idea międzynarodowego prawa zdrowia publicznego .....	24
2.3. Godność człowieka jako aksjologiczny fundament międzynarodowego prawa zdrowia .....	30
<b>ROZDZIAŁ III. PANDEMIE .....</b>	<b>34</b>
3.1. Definicje pandemii i epidemii. ....	34
3.2. Historia pandemii .....	37
3.2.1. Pandemia Justyniana .....	38
3.2.2. Pandemia grypy hiszpańskiej .....	40
3.2.3. Pandemia ospy .....	44
<b>ROZDZIAŁ IV. ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA A PANDEMIE .....</b>	<b>46</b>
4.1. Pandemia Grypy .....	46
4.2. Pandemia COVID-19 .....	58
<b>Zakończenie .....</b>	<b>72</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>75</b>

## Wykaz skrótów

### 1. Akty prawne, porozumienia, programy

IHR..... International Health Regulations (Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne)

PDPC..... Powszechna Deklaracja Praw Człowieka

TUE..... Traktat o Unii Europejskiej

### 2. Organizacje, organy, fundusze, sądy i trybunały

IHD..... International Health Division

LNHO..... Organizacja Zdrowia Ligi Narodów

LRCS..... Liga Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy

MTS..... Międzynarodowy Trybunał Sprawiedliwości

OIHP..... Office Inter-National d'Hygiene Publique

ONZ..... Organizacja Narodów Zjednoczonych

PAHO..... Pan American Health Organization (Panamerykańska Organizacja Zdrowia)

PASB..... Pan American Sanitary Bureau

TFUE..... Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej

TSUE..... Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej

UNICEF..... Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci.

WHO..... Światowa Organizacja Zdrowia

ZG ONZ..... Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych

### 3. Inne

mpzp..... międzynarodowe prawo zdrowia publicznego

## Wstęp

Ochrona zdrowia jest fundamentalnym elementem zapewniającym godne i długie życie na Ziemi. Ludzie od dawien dawna starali się stworzyć odpowiednie warunki, aby rozwijać system pomocy chorym. Przez lata doświadczeń ludności z różnych regionów świata zdano sobie sprawę, że skuteczne zwalczanie chorób nie odbywa się tylko poprzez konstrukcje krajowych środków ochrony zdrowia publicznego, ale szczególnie poprzez ważny element jakim jest współpraca międzynarodowa. Takie myślenie ówczesnych kreatorów zdrowia publicznego o charakterze międzynarodowym doprowadziło do tworzenia pierwszych Międzynarodowych Konferencji Sanitarnych, które gromadziły ważne informacje dotyczące chorób zakaźnych i obierały strategie walki z nimi. Wynikiem rozwoju i coraz większego zaangażowania w zdrowotną pomoc międzynarodową było powstanie Światowej Organizacji Zdrowia. Temat pracy „Światowa Organizacja Zdrowia i jej znaczenie w zwalczaniu pandemii.” został podjęty ze względu na stały rozwój międzynarodowego zdrowia publicznego, które jest narażone na coraz to nowsze zagrożenia o charakterystyce pandemicznej. Dynamiczny i zaskakujący rozwój chorób zakaźnych stwarza możliwość podejmowania dyskusji o skuteczności mechanizmów jakimi posługuje się Światowa Organizacja Zdrowia w zwalczaniu i ograniczaniu negatywnych skutków pandemii. Temat jest aktualny i na czasie, gdyż czas pisania pracy przypada na globalną pandemię COVID-19.

Problemem badawczym omawianej pracy jest przyjrzenie się historii, funkcjonowaniu, celom oraz mechanizmom ochrony globalnego zdrowia publicznego przez Światową Organizację Zdrowia z naciskiem na wydarzenia pandemiczne. Problematyka pracy badawczej dotyczy wskazania znaczenia organizacji jaką jest WHO w zwalczaniu pandemii, jak również przyjrzeniu się uprawnieniom i obowiązkom jakie spoczywają na tej organizacji. Aby było możliwe rzeczowe przeanalizowanie tematu zostało sformułowane główne pytanie badawcze o następującym brzmieniu – „Czy WHO działa w odpowiedni sposób na rzecz zwiększenia współpracy między państwami w dziedzinie ochrony zdrowia i zwalczania pandemii?”. Do rozwikłania głównego problemu badawczego, posłużyły pytania poboczne takie jak:

1. Jak jest zbudowana oraz jakie zadania i cele przyświecają Światowej Organizacji Zdrowia?,
2. Czy pojęcie epidemii i pandemii są pojęciami tożsamymi?,
3. Czy mechanizmy i zalecenia wdrożone przez Światową Organizację Zdrowia podczas pandemii grypy i COVID-19 umożliwiły skuteczniejszą walkę w zwalczaniu pandemii?.

Ważne jest dokładne i rzetelne określenie, czy Światowa Organizacja Zdrowia odgrywa ważną rolę w zakresie ochrony zdrowia publicznego. W celu uzyskania odpowiedzi na główne pytanie badawcze, w pracy posłużono się następującymi metodami badawczymi:

- historycznoprawna; została użyta w celu przedstawienia instytucji jaką jest Światowa Organizacja Zdrowia, jej powstanie i ewolucja na przestrzeni lat,
- dogmatycznoprawna; została użyta w celu analizy tekstów prawnych m.in. Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia. Ta metoda umożliwia przeanalizowanie zaleceń i wytycznych wydawanych przez WHO,
- teoretycznoprawna; zastosowanie tej metody umożliwia badanie wydanych aktów prawnych poprzez wzorce zawarte w doktrynie. Ta metoda umożliwia twórczą interpretację i analizę związaną z przedmiotem badań niniejszej pracy.

Praca badawcza składa się z czterech rozdziałów. Pierwszy rozdział został podzielony na trzy podrozdziały. W pierwszym podrozdziale jest zawarta geneza i historia powstania WHO. Dwa kolejne podrozdziały zawierają informacje o zadaniach i celach oraz o strukturze i zarządzaniu Światową Organizacją Zdrowia. Drugi rozdział, który został również podzielony na trzy podrozdziały został poświęcony zdrowiu publicznemu w systemie prawa międzynarodowego. Konkretniej – w pierwszym podrozdziale zdefiniowano definicję zdrowia publicznego, w drugim zawarto idee międzynarodowego prawa zdrowia publicznego, a w trzecim ostatnim podrozdziale zajęto się rozważaniem nad przypisaniem godności człowieka jako fundamentu międzynarodowego prawa zdrowia publicznego. Trzeci rozdział został poświęcony pandemiom na świecie i jest podzielony na dwa podrozdziały. Pierwszy podrozdział zawiera rozważania nad odróżnieniem epidemii od pandemii, zaś drugi podrozdział opisuje historie największych pandemii jakie dotknęły świat. Czwarty i ostatni rozdział podzielony jest jak powyższy na dwa podrozdziały. Pierwszy podrozdział został poświęcony pandemii grypy, drugi zaś pandemii COVID-19. Obywa podrozdziały opisują działania i zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia podczas opisanych pandemii. Na samym końcu znajduje się zakończenie podsumowujące pracę badawczą oraz refleksje autora związane z pracą badawczą.

Literatura użyta w niniejszej pracy badawczej głównie opiera się na opracowaniach naukowych i aktach prawnych związanych ze Światową Organizacją Zdrowia oraz instytucji międzynarodowego prawa zdrowia publicznego w postaci książek i fachowych czasopism. W pracy zostały również użyte w liczny sposób źródła elektroniczne, głównie elektroniczne publikacje zaleceń, wytycznych i opracowań Światowej Organizacji Zdrowia.

# Rozdział I

## Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)

### 1.1. Historia powstania i rozwój WHO

Okres wiosenny dwa tysiące dwudziestego pierwszego roku przyniósł wiele zmartwień oraz znaków zapytania spowodowanych chorobą układu oddechowego o nazwie COVID-19, wywoływaną wirusem SARS-CoV-2. Oczy wszystkich zaniepokojonych mieszkańców świata były zwrócone w stronę organizacji o nazwie „Światowa Organizacja Zdrowia”, (WHO, ang. World Health Organization), czekając na rzetelną informację z jakim problemem spotka się ludzkość. Jak wiadomo zdrowie dla człowieka jest czymś bezcennym, więc skala problemu jest ogromna i wywołuje niepokój wśród ludzi. Niepewność i niewiedza potęgują strach u ludzi. Może należałoby wrócić do przeszłości, w niej mogą być zawarte cenne wskazówki i odpowiedzi.

Mamy XIX wiek, dokładnie drugą połowę. W tym okresie należy szukać fundamentów późniejszej organizacji jaką jest WHO<sup>1</sup>. Rozwój transportu morskiego oraz śródlądowego spowodował przyspieszenie handlu na świecie. Łatwość podróżowania spowodowała, że ludzie z różnych stron świata mieli częstszy kontakt ze sobą. Choroby w biedniejszych koloniach, jak również w ubogich krajach zaczęły docierać do rozwiniętych krajów „Zachodu”. Cholera, żółta febra czy dżuma na dobre się rozprzestrzeniły<sup>2</sup>. Te wydarzenia spowodowały, że politycy, lekarze, kupcy dążyli do ochrony swoich terenów i ludności na niej mieszkającej<sup>3</sup>. Chcieli zabezpieczyć społeczeństwo przed epidemią poprzez modernizację systemu zdrowotnego, jak również wprowadzeniem kwarantanny i kontroli zdrowotnej odbywającej się na terenie

---

<sup>1</sup> R.J. Evans, *Epidemics and revolutions: Cholera in nineteenth-century Europe*, Past & Present 1988, nr 120(1), s. 123–146.

<sup>2</sup> D. Black, *The Plague Years: A Chronicle od AIDS, the Epidemic of our Times*, Londyn 1986, s. 2-42.

<sup>3</sup> H.W. McNeill, *Plagues and Peoples*, Oxford 1977, s. 12-43.



granicznym<sup>4</sup>. W tym okresie panowało przekonanie, że powinno się powołać międzynarodową organizację, która czuwałaby nad zdrowiem publicznym trzymając kontrolę nad bezpiecznym handlem, podróżami i wymianą kulturową.

Pierwsza Międzynarodowej Konferencja Sanitarna została zorganizowana przez rząd francuski w 1851 roku. Celem konferencji była dyskusja nad chorobą o nazwie – cholera. Ta choroba budziła przerażenie wśród ludności Europy. Niegdyś występowała głównie na terenach Indii, jednak od 1829 roku rozprzestrzeniła się szybko na całym świecie. Tak naprawdę cholera rozprzestrzeniła się poprzez brak zachowania higieny osobistej oraz czerpanie wody pitnej z miejsc, do których ujście miały systemy odprowadzające ścieki. Populacja Europy nie była na to przygotowana, lekarze nie wiedzieli jak leczyć tę chorobę. Kwarantanny, przymusowe przetrzymywanie chorych, ówczesne metody leczenia nie dawały rezultatów.

W 1851 doszło do zorganizowania serii spotkań największych mocarstw Europy. Spotkania były spowodowane dążeniem do zbudowania schematu postępowania z chorobom rozwijającym się na terenach ówczesnej Europy, jak również dyskutowano nad chorobami, które mogłyby dotrzeć z różnych stron świata na te tereny. W spotkaniach uczestniczyli przedstawiciele dwunastu krajów takich jak Hiszpania, Francja, Wielka Brytania czy Austria. Porozumienia tych państw przynosiły owocną współpracę i przez pierwsze 6 lat przedstawiciele skupiali się głównie na zagrażającej społeczeństwu cholery. Te spotkania głównie przynosiły opracowywanie logicznych działań zmierzających do budowania kwarantanny morskiej jako pierwszej linii obrony przed chorobami przynoszonymi między Europą Zachodnią a terenami wschodnimi. Omawiano strategię dezynfekcji statków jak również sposoby podwyższające higienę na długich morskich wyprawach.

Pierwszą konwencję z 1851 roku poparły tylko trzy rządy<sup>5</sup>. Jednak w 1859 roku rząd francuski zorganizował drugą konferencję w Paryżu. Celem tego wydarzenia była próba przekonania, że wspólne morskie wymogi sanitarne pomogą w walce z ówczesnymi problemami pandemicznymi<sup>6</sup>.

---

4 Alfred W. Crosby, *The Columbian Exchange*, Westport, Conn, Greenwood Press 1972, wyd. 2, s. 12-30.

5 F. Bynum, *Policing Hearts of Darkness: Aspects of the International Sanitary Conferences*, History and Philosophy of the Life Sciences 1993, nr 15(3), s. 411–439.

6 S. Giannotti, N. Moran, C. Petrini & D. Shickle, *Ethical models underpinning responses to threats to public health: A comparison of approaches to communicable disease control in Europe*, Bioethics 2008, nr 22(1), s. 446-479.

Delegaci z 11 krajów przybyłych do Paryża chociaż, byli przychylni potrzebom i zmianom, to nie byli w stanie zobowiązać swoich krajów do tych zmian<sup>7</sup>. Problemem stającym na drodze była głównie słabo rozwinięta namiastka dzisiejszej służby zdrowia, jak również obecne w tamtym okresie ustawodawstwo. Kolejnym powodem utrudniającym wprowadzenie zmian było słabo rozwinięte prawo międzynarodowe, które utrudniało ratyfikację zaproponowanych umów międzynarodowych<sup>8</sup>. Należy wspomnieć, że na spotkaniach sanitarnych nawet pod koniec XIX wieku przedstawiciele podkreślali, że są to tylko zalecenia, a nie zobowiązania. Dalej trwano przy różniących się przepisach co oznaczało, że gdy przybył statek zainfekowany chorobą cholery, to w zależności od przepisów w danym państwie był traktowany zupełnie inaczej niż w innym porcie. Sami handlowcy sprzeciwiali się również kwarantantom z prozaicznego powodu, kwarantanna nakładana w portach powodowałaby ogromne straty finansowe, co przyczyniłoby się do zaniżenia poziomu życia ówczesnych kupców.

W okresie 1814 – 1858 błędne wierzenia o cholery były dalej zakorzenione w umysłach Europy Zachodniej. Nawet praca londyńskiego lekarza – Johna Snow, który w 1849 roku wydał broszurę, w której zawarte były rzeczowe argumentacje mówiące o tym, że cholera jest przenoszona przez zanieczyszczoną odchodami wodę to nie zrobiła ona wrażenia na władzach, ani nie skłoniła jej refleksji<sup>9</sup>. Odkrycie pałeczki cholery przez Roberta Kocha w 1883 roku doprowadziło jednak do ulepszenia systemów wodno-kanalizacyjnych oraz ograniczenia rozprzestrzeniania się tej choroby. Jednak jak to jest w życiu, dzieła naukowe nie zawsze są przekonujące dla społeczeństwa, a przy tym konkurując z wierzeniami i zabobonami często ponoszą sromotną klęskę. Napięcia polityczne nigdy nie ułatwiają zawiązywaniu się korzystnych dla świata organizacji. Przykładem takich napięć była Czwarta Konferencja Sanitarna odbywająca się we Wiedniu w 1874, w której byli obecni przedstawiciele 21 państw. Konferencja dotyczyła konsekwencji wynikających z otwarcia Kanału Sueskiego<sup>10</sup>. Konflikt wynikły pięć lat wcześniej pomiędzy Francją a Niemcami i toczącej się wojny pomiędzy tymi państwami w latach 1870 – 1871 nie był korzystny dla podjęcia obiektywnych decyzji podczas konferencji. Kolejnym przykładem był konflikt Francji i Anglii, które konkurowały ze sobą o

---

<sup>7</sup> M. Cueto, T. Brown, E. Fee, *The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health*, American Journal of Public Health 2006, nr 96(1), s. 2-3.

<sup>8</sup> F. Bynum, s. 421–434.

<sup>9</sup> M. Espinosa, *Epidemic Invasions: Yellow Fever and the Limits of Cuban Independence 1878–1930*, University of Chicago Press, Chicago 2009, s. 2-4.

<sup>10</sup> W.S. Jones, *International Sanitary Conference*, Public Health Reports 1897, nr 12(19), s. 452–459.

interesy na Bliskim Wschodzie. Te konflikty utrudniały dojście do porozumienia na Szóstej Konferencji Sanitarnej w 1885 roku.

Z czasem nie tylko cholera stanowiła zaniepokojenie. Pod koniec XIX wieku, kiedy cholera zaczęła ustępować, pojawiły się dwie nowe choroby stanowiące zagrożenie – żółta febra i dżuma, które rozwijały się zaskakująco dynamicznie. Na XI Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej, która zebrała się w Paryżu potwierdzono sposób przenoszenia się epidemii żółtej febrы. Dynamiczna sytuacja chorobotwórcza i coraz to nowe zagrożenia zdrowia powodują powstanie w grudniu 1907 roku nowej organizacji - Office Inter-National d'Hygiene Publique (OIHP). Ta powstała organizacja zdrowia mieszcząca się w Paryżu zajmowała się zbieraniem i analizowaniem danych o chorobach, prowadzeniem statystyk zdrowotnych głównie w przypadku cholery, żółtej febrы czy dżumy, jak również zajmowała się aktywnym udziałem przy zwalczaniu tychże chorób. Organizacja ta działała nie tylko na rzecz Francji, ale również na rzecz 12 państw uczestniczących w Międzynarodowej Konferencji, które podpisały w Rzymie porozumienie odnośnie działania tego urzędu. W dalszym ciągu charakter organizacji nie miał na celu ingerencji w prawo wewnętrzne kraju, a raczej jako drogowskaz, jakie zadania powinny być podejmowane przez system zdrowia publicznego w danym kraju. OIHP była organizacją nie mającą władzy do pracy w terenie. Celem, który nigdy nie został dosadnie podkreślonym była ochrona Europy przez chorobami zakaźnymi.

I wojna światowa nie powstrzymała rozwoju nowych organizacji zdrowotnych. Trzeba zwrócić uwagę na organizację, która powstała krótko przed wybuchem tejże wojny, a mianowicie International Health Division (IHD) Fundacji Rockefellera. Ta organizacja działała na terenach Stanów Zjednoczonych, Chin, Europy, Ameryki Łacińskiej oraz w innych krajach i regionach świata. To była misyjna organizacja zapoczątkowana przez rodzinę Rockefellerów, która posiadała największą na świecie fortunę pochodzącą z wydobywania i przetwarzania ropy naftowej. Ta działalność misyjna polegała na ograniczeniu ubóstwa poprzez walkę z chorobami zakaźnymi, które powodowały niemoc pracy a tym samym życie w ubóstwie. Kolejnym założeniem tej organizacji było skupienie się na chorobach, których technologia leczenia jest znana.

Mówiąc o okresie I wojny światowej należy wspomnieć o wyklarowanej organizacji jaką była Organizacja Zdrowia Ligi Narodów (LNHO)<sup>11</sup>. Wojna ma to do siebie, że warunki sanitarne są na niskim poziomie. Niedożywienie, życie w skupisku, ograniczona higiena

---

<sup>11</sup> M. Cueto, T. Brown, E. Fee, s. 19-23.

osobista powodowała, że na horyzoncie widniały obawy nowych chorób. W niedługim czasie słyhać było, że w Rosji tyfus groźnie się rozprzestrzeni. Istniało zagrożenie, że dostanie się przez tereny Polski do Europy Zachodniej. Liga Narodów posiadała prawo do podejmowania określonych kroków w celu zapobieganiu pandemii i zwalczaniu chorób. W roku 1920 doszło do zorganizowania przez Ligę Narodów konferencji, w której skład wchodziła Francja, Wielka Brytania, Włochy, Kanada, Japonia, Polska, Stany Zjednoczone oraz organizacje takie jak Liga Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy (LRCS) wraz z przedstawicielami OIHP. Spotkanie było napędzane ideą utworzenia komisji do walki z epidemią. Komisja Epidemiologiczna, której siedzibę utworzono w Warszawie wspierała lokalną służbę zdrowia. Kongres Stanów Zjednoczonych w latach dwudziestych odmówił przystąpienia do Ligi Narodów. Taki ruch USA spotęgował kość niezgody wśród członków Ligi Narodów. O wpływy w tej organizacji walczyli głównie Francuzi jak i Brytyjczycy. Obsadzony na stanowisku polski bakteriolog Ludwik Rajchman został dyrektorem medycznym. LNHO jako organizacja tymczasowa stała się pełnokrwistą organizacją w 1924 roku w Genewie. Postać Ludwika Rajchmana miała być słaba i labilna przy zarządzaniu, wykonująca polecenia od przedstawicieli mocarstw wielkich mocarstw. Jednak polski bakteriolog okazał się wizjonerem w swojej sztuce. Posiadał cechy przywódcze, ogromną wiedzę, jak i wizjonerskie podejście do medycyny. Potrafił zjednać sobie reformatorów medycyny z osobami konserwatywnymi wykonującymi prace administracyjne. Podejście tego polskiego uczonego położyło podwaliny pod struktury dzisiejszych organizacji. LNHO nie miała łatwego zadania przed sobą, musiała dotrzeć ze swoją misją i zaangażowaniem do obu Ameryk. Te poczynania nie były łatwe, gdyż Stany Zjednoczone zdecydowanie sceptycznie podchodziły do tej organizacji. W tym okresie USA popierały takie organizacje jak OIHP, jak również Pan-American Sanitary Bureau – PASB. Nikt się nie spodziewał, że Rajchman okaże się tak dynamiczną postacią. W szybkim tempie nawiązał kontakt z Niemcami i Związkiem Radzieckim na początku lat dwudziestych. Rajchman chciał odejść od myślenia, że LNHO będzie służyło tylko do wymiany informacji zdrowotnych między państwami i opracował specjalne programy i wytyczne do kierowania strukturami tej organizacji. Uważał, że ta organizacja powinna mieć autonomię administracyjną. LNHO robiła krok na przód i jako organizacja chciała wyjść poza granice polityki i finansów a zacząć służyć światu oferując pomoc i działalność filantropijną. W drodze po autonomię LNHO znalazło niewątpliwie sojusznika jakim była Fundacja Rockefellera, która pomagała tworzyć podwaliny międzynarodowego zdrowia publicznego. Ta owocna współpraca służyła w badaniu i leczeniu chorób na całym świecie. Ta organizacja zaczęła prężnie się rozwijać, a tym samym zrzeszać

większą ilość członków. W latach trzydziestych zdecydowanie rozwinęła gałąź zdrowia publicznego opierającą się o takie zagadnienia jakim są żywienie, zamieszkanie i wpływ kryzysu gospodarczego na ludność. LNHO długi czas badała wpływ tych zjawisk na zdrowie publiczne wydając dość często biuletyny zawierające obszernie artykuły. Rajchman naraził się ostrą krytyką i obroną Chin przed państwem Japonii co przysporzyło mu wielu wrogów. Japoński rząd wręcz domagał się ustąpienia Rajchmana ze stanowiska. Wraz z rozwojem faszyzmu Rajchman nie był bezpieczny również w Europie. Powiększająca się utrata wpływów spowodowała, że Rajchman został zmuszony do rezygnacji ze stanowiska. W liście rezygnacyjnym z 1939 roku pisał „Wyjeżdżam bez goryczy, świadomy i szczęśliwy, że współpraca międzynarodowa możliwa jest bezinteresownie”<sup>12</sup>.

Międzynarodowe zdrowie publiczne jak i cały świat był pogrążony w akcie nadejścia II wojny światowej<sup>13</sup>. 1 września 1939 roku III Rzesza zaatakowała nadmorską polską placówkę na Westerplatte tym samym rozpoczynając II Wojnę Światową. LNHO wyszło z wiadomością do światowych organizacji zdrowia z informacją, że przez działania wojenne utrudniona zostanie komunikacja i logistyka. Te wydarzenia się potwierdziły i roczny raport z 1938 roku był wydany dopiero w 1941 roku. Okres wojny zmusił władze do restrukturyzacji i zbudowania nowych zasad funkcjonowania organizacji. W okresie wojny LNHO miało utrudnione działania, a na osoby zarządzające organizacją w tym okresie nie można było liczyć. Rajchman spędził znaczny czas II wojny światowej w Stanach Zjednoczonych jako przedstawiciel rządu RP na uchodźctwie, a w późniejszym czasie pracował nad organizacją struktur zdrowia na terenach wyzwolonych przez aliantów. Nowo utworzona Organizacja Narodów Zjednoczonych na swoim pierwszym spotkaniu w 1943 roku podkreśliła, że jedną z głównych działań należących do polityki organizacji będzie praca nad zdrowiem publicznym.

Rada Ekonomiczno-Społeczna ONZ w 1946 roku postanowiła zwołać konferencję, która przyczyni się do utworzenia jednej organizacji zdrowia ONZ. W dniu 22 lipca w Nowym Jorku zebrała się konferencja, która przyjęła konstytucję nowej organizacji jaką miała być Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), która zebrała wcześniej istniejące instytucje jakim była LNHO jak i OIHP. Jednak dopiero 7 kwietnia 1948 roku powstała Światowa Organizacja Zdrowia, gdyż dopiero po okresie 2 lat po zatwierdzeniu jej konstytucji, wszystkie 26 państw członkowskich ONZ ratyfikowało umowę. Za pierwszą datę obrad WHO przyjmuję się

---

<sup>12</sup> L. Rajchman, *See Ludwik Rajchman to Wickliffe Rose*, May 1922, Rockefeller Foundation Archives.

<sup>13</sup> F.P. Walters, *A History of the League of Nations*, Oxford University Press, London 1952, wyd. 1, s. 59-61.

pierwsze zwołane obrady w czerwcu 1948 roku. Pierwszym sprawdzianem z jakim przyszło się zmierzyć organizacji była epidemia cholery w Egipcie w 1947 roku. Epidemia rozrosła się w zaskakująco szybkim tempie, z 3 przypadków we wrześniu na 33 000 przypadków szeroko odseparowanych obszarach, które znajdowały się po obu stronach Morza Czerwonego i Kanału Sueskiego. Brawurowa akcja, do której przyczyniły się USA, ZSRR, Indie pomogła wysłać 20 milionów dawek szczepionki. Skuteczność działań WHO sprawiło, że liczba krajów ratyfikujących konstytucję WHO wzrosło o ponad 50%.

## 1.2. Zadania i cele organizacji

Światowa Organizacja Zdrowia postawiła przed sobą jasny i stanowczy cel jakim jest dążenie do zapewnienia możliwie najwyższego poziomu zdrowia ludzi na całym świecie<sup>14</sup>. Ten cel jest zawarty i opisany już w pierwszym artykule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia. Z pozoru tak nieskomplikowany cel zawiera w sobie ogromnie szeroki wachlarz działań. Przez szeroki katalog WHO działa na każdym froncie dążącym do zmaksymalizowania poziomu zdrowia ludności świata<sup>15</sup>. Trzeba pamiętać, że istotą właściwie funkcjonującego państwa jest zapewnienie odpowiedniej struktury ochrony zdrowia. Pojęcie zdrowia jest podstawowym elementem przypisanym do praw człowieka, jednak literatura zna kilka znaczeń tego słowa, a przywołane wyżej słowo nie stanowi jednej legalnej definicji, dlatego znaczenie tego słowa nie jest wiążące i definitywnie określone. Szeroko pojęte zdrowie było już określane w czasach starożytnych. Wybitny grecki filozof Platon twierdził, że stanowi ono jedno z podstawowych dóbr przypisanych człowiekowi. Europa jednak bardziej skłaniała się w kierunku teorii greckiego prekursora medycyny - Hipokratesa. Polega ona na twierdzeniu, że zdrowie jest tworem wymagającym zrównoważenia pewnych czynników, polegając na równowadze między człowiekiem a tym co go otacza. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 roku podkreśla, że „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej,

---

<sup>14</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisana w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r, Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477, s. 1232-1303.

<sup>15</sup> U. Beck, *Spółczesność ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Warszawa, 2002, s. 12-35.

umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”. Takie podejście chociaż pozbawione nacechowania normatywnością ma w dużym stopniu odniesienie do systemu, który panuje w ONZ. Wyżej opisane założenie w przełożeniu na ujęcie społeczne pomaga znormatywować definicję zdrowia publicznego. Zdrowie ujęte w charakterze międzynarodowym nie może ograniczać się tylko do zsumowania pojedynczych jednostek tworzących daną zbiorowość, ale musi się odnosić również do kwestii procesów biologicznych, jak również trzeba zaznaczyć, że ważnym substratem są przyjmowane role społeczne. Definicja jaką jest zdrowie zbiorowości na tle międzynarodowym pozostaje ściśle w kontakcie z przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia - definicją zdrowia. W roku 1978 WHO przyjęła jeszcze szerszą definicję zdrowia, wraz ze stanem zbiorowości znajdują się tam także takie rzeczy jak objęcie zdrowia populacji, czy ogólnie administracja opieki zdrowotnej oraz ogólne usługi zdrowotne.

Cel przyświecający Światowej Organizacji Zdrowia jest w swojej prostocie bardzo trudny- zapewnić jak najlepszy dostęp do opieki zdrowotnej dla każdego w każdym miejscu na świecie. Ta wspólnota ludzi tworząca Organizację jest zdania, że każdy człowiek powinien cieszyć się zdrowiem, niezależnie od tego do jakiej rasy należy, jakie ma poglądy polityczne, jakimi warunkami ekonomicznymi dysponuje, jaki ma status społeczny<sup>16</sup>. Takie nastawienie trwa od ponad 70 lat, gdy ta organizacja stała się wiodącym filarem w systemie Narodów Zjednoczonych. Ludzie popierają takie działania od czasu powstania tej Organizacji i dążą do wzmacniania tych idei na przykładzie Deklaracji Alma-Ata z 1978 roku. W tym akcie zawarte są wartości niezłomnego dążenia do zapewnienia zdrowia dla wszystkich. Dzisiaj taka postawa kierunkuje dążeniami zabezpieczania ludzi poprzez powszechne ubezpieczenia zdrowotne. Od samego początku organizacja WHO była nastawiona na zrzeszanie ludzi z pasją, mających ogromną wiedzę i zaangażowanie. Pracujący tam eksperci cały czas pracują nad materiałami o charakterze międzynarodowym zawierającymi zalecenia i referencje prowadzące do poprawienia zdrowia na całym świecie. Organizacja ma szeroki wachlarz działania, zajmuje się np. czynnościami Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, która wyznacza standardy diagnostyki i leczenia, jak również listą leków podstawowych Światowej Organizacji Zdrowia, która zapewnia przewodnik po wykazach kluczowych lekarstw w systemie ochrony zdrowia. Zadaniem tej Organizacji nie jest tylko ustanawianie metod leczenia i kwalifikacji chorób, ale również dbanie o światowe normy

---

16 *Working for better health for everyone, everywhere, WHO/DCO/2018.1* [online], Geneva: World Health Organization 2018 [przeładowany 1 czerwca 2020], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272468/WHO-DCO-2018.1-eng.pdf>.

czystości powietrza, ciągle zanieczyszczenia zakażające powietrze są przyczyną pogarszania jakości zdrowia<sup>17</sup>. Organizacja zajmuje się również dbaniem o skuteczność i bezpieczeństwo szczepionek, jak również prowadzi wykresy dotyczące rozwoju dzieci, aby opracowywać programy umożliwiające optymalne warunki rozwojowe. Takie działania już dają rezultat w postaci ograniczenia schorzeń takich jak astma, zapalenie wątroby czy niedożywienie. WHO to nie tylko wykonywanie pracy biurowej tworząc zalecenia czy statystyki. Organizacja od początku swojego powstania jak i teraz zajmuje się również zadaniami terenowymi współpracując z rządami krajowymi czy wspierając zaprzyjaźnione lokalne organizacje wspierające służbę zdrowia. Wczesne lata polegały na walce z zakaźnymi chorobami takimi jak ospa czy polio. Program skonstruowany przez WHO rozszerzający programy szczepień zaowocował na początku lat siedemdziesiątych XX wieku powstaniem szczepionek ratujących życie milionom dzieci. Dostęp do czystej wody, rozwój metod leczenia w postaci antybiotyków oraz rozwój warunków sanitarnych sprawił, że choroby zakaźne już nie dziesiątkują populacji światowej jak to było przed ubiegłym wiekiem. Aktualnym problemem staje się praca nad szczepami drobnoustrojów, które stają się antybiotykoodporne. Powołany przez WHO globalny system nadzoru nad śledzeniem lekooporności spowodował, że powstają antybiotyki, którymi można zwalczać ten problem.

Aby zrealizować swoje cele organizacja WHO musi mieć dobrze wyszkoloną kadrę osób, zajmujących się odpowiednio pielęgnowaną współpracą z Narodami Zjednoczonymi, administracją danych państw czy również grupami zawodowymi wewnątrz państw. Kolejnym ważnym punktem jest niesienie pomocy w chwili, gdy dany rząd wezwie WHO do pomocy w rozwinięciu i wzmocnieniu, jak również polepszeniu zaplecza technicznego służby zdrowia w danym kraju. W Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia występuje również zapis mówiący o dbaniu o ludy należące do terytoriów pierwotnych. W tym przypadku WHO zobowiązuje się do zaopatrywania lub pomocy w zaopatrywaniu tych ludów. W wypadku epidemii bądź pandemii WHO postanawia powoływać służby techniczne i administracyjne, które podczas wyżej opisanego zagrożenia będą skutecznie wspierały walkę z tym zjawiskiem. WHO będzie udzielało wskazówek i zaleceń, a także prowadziło statystyki przydatne dla służb epidemiologicznych, jak i rządowych przydatnych w zwalczaniu tego stanu. Światowa

---

<sup>17</sup> WHO, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Geneva: World Health Organization 2009, wyd. 1, s. 803.



Organizacja Zdrowia stawia przed sobą również zadanie jakim jest posuwanie naprzód technologii walki z chorobami epidemicznym, jak i endemicznymi, poprzez liczne badania, testy pomagające w późniejszej hospitalizacji chorych. Przez liczne prace WHO wydaje zalecenia, które pomagają bardziej precyzyjnie ukierunkować wytyczne medyczne przynoszące pokaźne efekty. Organizacja ta ma również na celu promowanie akcji zapobiegających powstawaniu nieszczęśliwych wypadków<sup>18</sup>. Prowadzi współpracę z organizacjami, które są wyspecjalizowane do propagowania akcji podnoszących warunki mieszkaniowe, żywieniowe, sanitarne jak również wypoczynkowe i ekonomiczne. Pracują także nad innymi dziedzinami zajmującymi się ochroną środowiska. Propagują i podejmują współpracę z grupami zawodowymi i naukowymi, które poprzez swoją niszę zawodowo-naukową czynią postęp medycyny i zdrowia publicznego<sup>19</sup>. Przez świetnie wyszkoloną kadrę pracowniczą konstruują i proponują państwom zalecenia, które są zgodne z celem Organizacji. Szczególną uwagę przywiązują również do dbania o prawa życiowe i zdrowotne matki i dziecka, czuwają nad czynnikami mogącymi mieć negatywny wpływ na naturalnie łączące ich więzi<sup>20</sup>.

Organizacja walczy z nierównym dostępem do opieki medycznej. W swoich dążeniach stara się zapewnić najwyższą możliwą opiekę nad kobietami w ciąży oraz czuwać medycznie również w późniejszych stadiach wychowywania. Działanie w takich sytuacjach ma zapewniać równe traktowanie i dostęp do możliwie najlepszych rozwiązań technologii zdrowotnej. Według statystyk prowadzonych przez WHO obecność wykwalifikowanej kadry medycznej przy porodzie wzrosła z 58% w 1990 roku do 78% w roku 2013 i stale rośnie<sup>21</sup>. Niektóre kraje mają wysokorozwiniętą służbę zdrowia, a inne mocno kontrastują odbiegając od standardów opieki zdrowotnej. Zalecenia i gotowe schematy działania są przekazywane jednostkom rządzącym, aby przez wdrażanie wytycznych podnosić stopień zaawansowania opieki zdrowotnej w danym kraju. Niektóre kraje mają bardzo nisko rozwiniętą strukturę udzielania opieki lekarskiej, dlatego ulepszanie tej dziedziny wymaga dobrej współpracy z organami rządzącymi wewnątrz państwa. Schemat pomocy polega na przekazywaniu zaleceń do organów

---

<sup>18</sup> R.L. Gibbins, M. Riley, P. Brimble, *Effectiveness of programme for reducing cardiovascular risk for men in one general practice*, British Medical Journal 1993, nr 306, s. 1652–1656.

<sup>19</sup> P. Gillies, *Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion*, Health promotion International 1998, nr 13(2), s. 99–120.

<sup>20</sup> *Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health – strategic objectives* [online], Geneva: World Health Organization 2018 [przełączany 1 czerwca 2020], dostępny w: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/quality-care-network-objectives/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/quality-care-network-objectives/en/).

<sup>21</sup> *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals World* [online], Geneva: World Health Organization 2015, [przełączany 1 czerwca 2020], dostępny w: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200009/9789241565110\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200009/9789241565110_eng.pdf?sequence=1).

państwowych z myślą rozprzestrzeniania się zaleceń i standardów poprzez systemy krajowe aż na najniższy poziom struktury jakim są pojedyncze placówki zdrowia wewnątrz kraju. Często występuje sytuacja, że dany kraj posiada chęci do wprowadzania zmian, lecz problemem jest brak strony technicznej umożliwiającej przeprowadzenie tego procesu. W takich sytuacjach WHO wychodzi z pomocną dłonią i umożliwia wsparcie techniczne takiego przedsięwzięcia i pomaga zrealizować długoterminowe plany działania techniczne, jak i budżetowe. Kluczem takiej operacji jest również współdziałanie odpowiednich grup kierujących społeczeństwem danego kraju. Promocja zdrowia, informowanie o standardach zdrowotnych, motywowanie osób rządzących oraz ludzi związanych z niesieniem pomocy medycznej mają kluczowe znaczenie w drodze do osiągnięcia daleko idącego sukcesu jakim jest ulepszanie służby zdrowia biorąc przykład z krajów, gdzie służba ochrony zdrowia plasuje się na wysokim miejscu. Nauka, badania idą do przodu, a umożliwiająca szybka wymiana informacji jest kluczem do sukcesu takich przedsięwzięć. Organizacja poprzez tworzenie statystyk, przegląd postępów, oceniania wydajności takich działań znacząco motywuje w dążeniu o zaawansowaną służbę zdrowia i udziela konkretnych informacji

Od niedawna praktyką jest również mocny wkład WHO w utrzymywanie zdrowia psychicznego populacji świata. Kontakty międzyludzkie są bardzo ważne, a zaburzenia psychiczne mogą mieć negatywny wpływ na społeczeństwo jak i pojedyncze jednostki, dlatego pomoc i propagowanie zdrowia psychicznego to jedno z ważniejszych celów Organizacji. Wielką rolą Światowej Organizacji Zdrowia jest również dział zajmujący się nauką i edukacją medyczną. WHO prowadzi badania na różnych szczeblach i w rozmaitych dziedzinach zdrowia, aby rozwikłać problemy niesione przed dane zjawiska chorobowe. Można powiedzieć, że zajmują się stroną analityczną danych zjawisk w społeczeństwie. WHO współdziała z rządami krajów członkowskich, aby edukacja zdrowia publicznego wznosiła się ku górze razem z narastaniem problemów wymagających odpowiedniej wiedzy do przeciwdziałania im<sup>22</sup>. WHO jako ogromna organizacja prowadzi badania i prace, badania, ale nie tylko sama współpracuje również z wieloma wyspecjalizowanymi organizacjami, które w razie potrzeby wykazują chęć współpracy w ramach technik administracyjnych jak również społecznych, które dotyczą funkcji zdrowia publicznego, szerokokorozumianej opieki zdrowia publicznego, opieki lekarskiej skupiając się na zapobieganiu chorobom, a także ich leczeniu, mając na uwadze bezpieczeństwo społeczeństwa. Przez prowadzenie tak doniosłej instytucji mającej

---

<sup>22</sup> M. Droomers, C.T.M. Schrijvers, J.P. Mackenbach, *Why do lower educated people continue smoking? Explanations from the longitudinal GLOBE study*, Health Psychology 2002. nr 21(3), s. 263–272.

pozycję międzynarodową, mając szeroki odbiór i posłuch Organizacja prowadzi również pracę nad uświadamianiem opinii publicznej w sprawach zdrowia. WHO dąży do ujednoczenia metod diagnostycznych i sposobów leczenia na całym świecie po to, aby wyrównać poziom zdrowia publicznego krajów członkowskich do jak najwyższego poziomu. Organizacja poczuwa się również do wyrównania standardów żywieniowych, farmaceutycznych, produktów biologicznych i innych podobnych produktów na całym świecie.

Zapis w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, mówiący o podejmowaniu wszelakich czynności do osiągnięcia wymienionych celów Organizacji, ukazuje wprost, że jest to bardzo zdeterminowana instytucja, niosąca misję pomocy na świecie<sup>23</sup>. Skłaniając się do takiego zapisu, Organizacja bierze na siebie ogromną odpowiedzialność, pozyskując w swe szeregi kadrę współpracowników mających ambitny cel w życiu jakim jest pomoc ludziom na całym świecie. WHO jak każda organizacja na świecie nie jest pozbawiona krytyki, jednak czym byłby świat bez krytyki. Na świecie nie ma idealnych twórców, ludzie krytykują państwa, jak i ludzi w nich rządzących, więc również organizacje międzynarodowe nie pozostają bez ognia krytyki. Warto się jednak zastanowić, ile dobrego niesie za sobą Światowa Organizacja Zdrowia, wg mojej oceny bez zawiązania tejże instytucji rozwój międzynarodowego zdrowia publicznego byłby na dużo niższym poziomie. Trzeba zdać sobie sprawę, że ta Organizacja tworzyła się i ewoluowała przez lata, więc ludzie potrzebowali takiej instytucji, która może wspierać państwa i pomagać ludności całego świata we wspólnym celu jakim jest zdrowie – wartość bezcenna.

### **1.3. Struktura i zarządzanie**

Cały system zarządzania WHO odbywa się poprzez instytucję jaką jest Światowe Zgromadzenie Zdrowia. Ta instytucja jest najwyższym szczeblem zarządzania wewnątrz Organizacji i posiada najwyższy charakter decyzyjny. Również należy wyróżnić Radę Wykonawczą, która dba o nadanie mocy decyzjom. Nad prawidłowym działaniem Organizacji

---

<sup>23</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 z późn. zm.), art. 2, lit. v.

czuwa Dyrektor Generalny, który powołuje w określonym czasie Zgromadzenia Zdrowia na wniosek Zarządu. Wewnątrz WHO znajduje się również Sekretariat wchodzący w skład tej instytucji. Organizacja zawiązuje również Komitety Regionalne, jak również tworzy Konferencje.

W skład Światowego Zgromadzenia Zdrowia wchodzi reprezentanci krajów członkowskich. Należy zadać sobie pytanie kto może być członkiem. Polityka Organizacji mówi jasno, że członkostwo może być dostępne dla każdego państwa. Odbywa się to poprzez podpisanie bądź przyjęcie Konstytucji Organizacji na zasadach postanowionych w Rozdziale XIX Konstytucji. Organizacji przysługuje zawieszenie członkostwa, jeżeli dany Członek nie wypełnia finansowych zobowiązań, które zostały ustalone. Dodatkową sankcją takiego zachowania może być warunkowe zawieszenie prawa do głosowania, jak również prawa do usług przysługujących Członkom. Występuje również Członkostwo Nadzwyczajne, które zrzesza przedstawicieli ludności tubylczej, która odpowiada za dane terytorium. Takie osoby powinny posiadać rozeznanie w płaszczyźnie medycznej. Światowe Zgromadzenie Zdrowia umożliwia reprezentację każdego Członka przez maksymalnie trzech delegatów, jednak spośród tych trzech osób musi być wybrana jedna, która będzie stanowić głównego delegata. Delegaci powinni być zrekrutowani spośród ludzi posiadających największe kompetencję w dziedzinie zdrowia. Dobrym posunięciem i jednym z kryteriów jest wybieranie reprezentantów spośród osób piastujących stanowiska krajowej administracji zdrowia. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia dopuszcza, aby delegatom mogli towarzyszyć zastępcy oraz doradcy. Okres, w którym odbywa się Zgromadzenie Zdrowia można określić jako regularny – sesja doroczna, jak również może być zwołana – sesja specjalna, która odbywa się na wniosek Rady Wykonawczej lub na wniosek większości Członków. Miejscem odbywania się sesji jest kraj bądź obszar, który został wyznaczony na wcześniejszej dorocznej sesji. Rada Wykonawcza ma za zadanie określenie dokładnego miejsca na wyznaczonym obszarze. W przypadku sesji specjalnej to Rada określa miejsce w jakim się odbędzie sesja. Na każdej sesji dorocznej Zgromadzenia Zdrowia wybierany jest Przewodniczący oraz inne organy władzy sprawujące swój urząd, aż do kolejnej sesji dorocznej.

Zgromadzenie Zdrowia ma swoje określone funkcje oraz swój własny uchwalony regulamin. Zgromadzenie ma za zadanie przedstawienia polityki jaka ma panować w tym okresie w Organizacji. W kompetencjach zgromadzenia widnieje również dbanie o

powoływanie Członków, którzy są uprawnieni do wyznaczania kadry wchodzącej w skład Rady Wykonawczej. Zgromadzenie Zdrowia wybiera Dyrektora Generalnego jak również rozpatruje sprawozdania i aktywności Rady jak i samego Dyrektora Generalnego. Zgromadzenie dba o dostrzeganie spraw związanych ze zdrowiem i stara się podkreślać, aby Członkowie, instytucje międzynarodowe zwracały szczególną uwagę na problemy zdrowotne. Jedną z funkcji jest również dostrzeganie i zapraszanie organizacji, które dbają o światowe zdrowie i posiadają pokrewną misję, aby poprzez swoich przedstawicieli brały udział na określonych warunkach w konferencjach czy zebraniach organizowanych przez Zgromadzenie Zdrowia. Organizacja analizuje również wydane zalecenia zdrowotne wydane przez Zgromadzenie Ogólne, Radę Bezpieczeństwa, Radę Gospodarczą i Społeczną, a także wysyła tym instytucjom wytyczne o podjętych krokach. Kolejną z funkcji Zgromadzenia jest prowadzenie badań mających na celu poszerzenie technologii zdrowia przy pomocy swoich własnych powołanych instytucji lub korzystając na specjalnych zasadach z instytucji poza Organizacją. Trzeba podkreślić, że w wytycznych jest zapis, że Zgromadzenie może przedsięwziąć odpowiednie działania dążące do wykonywanych celów Organizacji co powoduje, że ten katalog danych czynności jest wciąż w jakiś sposób otwarty, jednak nie może naruszać wyznaczonych norm. W Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia można doszukać się artykułu, który określa, że Członek zobowiązuje się, przyjąć lub podjąć kroki umożliwiające przyjęcie konwencji zaakcentowanych przez Zgromadzenie Zdrowia w ciągu okresu osiemnastu miesięcy<sup>24</sup>.

Kolejnym z organów Światowej Organizacji Zdrowia jest Rada Wykonawcza składająca się z trzydziestu czterech osób. Podana liczba osób jest powoływana przez taką samą ilość Członków. Jednym z narzuconych kryteriów jest sprawiedliwy podział geograficzny<sup>25</sup>. Przynajmniej trzech Członków powołanych do wybierania osób w celu członkostwa w Radzie musi pochodzić z organizacji regionalnej na podstawie art. 44 Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia. Osoby przyjmowane do Rady muszą wykazywać pewne kwalifikacje techniczne umożliwiające swobodne działanie w przestrzeni zdrowia. Członkowie Rady piastują swoje stanowisko przez okres trzech lat. Możliwe jest ponowne piastowanie

---

<sup>24</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 z późn. zm.), art. 20.

<sup>25</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 z późn. zm.), art. 30-37.

stanowiska. Rada zwoływana jest co najmniej dwa razy do roku i sama wyznacza miejsce zebrania. Członkowie Rady są zobligowani do wyboru spośród swoich członków jednej osoby, która będzie sprawowała stanowisko Przewodniczącego, jak również do ustanowienia swojego własnego regulaminu. Rada Wykonawcza spełnia kilka ważnych funkcji. Zajmuje się procesami wdrażania w życie decyzji ustanowionych przez Zgromadzenie Zdrowia, jak również jest organem wykonawczym wspomnianego Zgromadzenia. Rada Wykonawcza wykonuje również ogólnie zlecone przez Zgromadzenie Zdrowia zadania dotyczące funkcjonowania Organizacji, a także przez obecność świetnie wyszkolonej kadry, posiadającej wiedzę administracyjną oraz wiedzę medyczną pozostaje ciałem doradczym w sprawach przekazanych jej do rozpatrzenia. Rada jest tudzież upoważniona do organizacji Zgromadzeń Zdrowia, bierze udział w przygotowywaniu planów obrad tego Zgromadzenia. Bardzo interesującą funkcją jaką posiada Rada Wykonawcza jest upoważnienie do zastosowania nagłych środków, które są z technicznego punktu widzenia hamowane tylko przez wyznaczone kompetencje w postaci zakresu funkcji i finansów. Użycie takich środków jest możliwe w wypadku nagłych, gwałtownych i nieprzewidywalnych zdarzeń wymagających natychmiastowego podjęcia działań. W takich wypadkach Rada Wykonawcza może wydać upoważnienie Dyrektorowi Generalnemu, który może zastosować niezbędne środki do zwalczania epidemii, pomocy medycznej przy zdarzeniach klęski żywiołowej, jak również wszczęcie badań dotyczących nagłej potrzeby. Trzeba zauważyć również możliwość wykonywania władzy całego Zgromadzenia w wypadku przekazania tej władzy przez ten organ.

Sekretariat jest to instytucja zbudowana z kadry technicznej i administracyjnej jakiej Organizacja w danej chwili potrzebuje. W skład sekretariatu wchodzi również Dyrektor Generalny, który pełni funkcję generalnego urzędnika technicznego i administracyjnego wewnątrz Organizacji. Jest wybierany przez Zgromadzenie Zdrowia poprzez wyznaczenie go na wniosek Rady Wykonawczej. Dyrektor Generalny prowadzi funkcję gospodarza oraz główną personą komisji i konferencji jak również Rady Wykonawczej. Istnieje możliwość delegowania tej wyznaczonej osoby w wymagających tego sytuacjach. Poprzez współpracę z państwami członkowskimi, organizacjami rządowymi i pozarządowymi może za ich zgodą uzyskać dostęp do urzędów administracyjnych służby zdrowia. Dyrektor Generalny jest zobowiązany do przygotowywania rocznego zestawienia planowanych przychodów i wydatków. Jednym z przywilejów Dyrektora jest możliwość zatrudniania pracowników Sekretariatu według swojego doświadczenia i umiejętności zarządzania zespołem, warunki

jakie musi spełniać zatrudniony pracownik są ustalane przez Zgromadzenie Zdrowia. Ważnym czynnikiem doboru sekretariatu jest jednak to, aby osoby tworzące Sekretariat miały możliwie szeroko zakrojone pochodzenie z różnych miejsc geograficznych, aby nadać tej instytucji profil międzynarodowy. Takie podejście nie sprawia, że osoby nie posiadają odpowiednich kwalifikacji, Dyrektor Generalny powinien dążyć, żeby jego zespół charakteryzował się uczciwością oraz możliwie maksymalną wydajnością oraz aby jego kadra posiadała odpowiednie umiejętności z zakresu administracji i technologii medycznej. Panujące standardy i warunki pracy względnie powinny odpowiadać normom obecnym w innych organizacjach ONZ. Należy zwrócić uwagę, że Dyrektor Generalny oraz kadra tworząca Sekretariat powinna być wolna od wpływów z zewnątrz oraz wolna od nacisków. Ma być to niezależna jednostka, cechująca się sprawiedliwością. Personel Sekretariatu musi szanować i piastować godnie powierzoną im funkcję.

Światowa Organizacja Zdrowia powołuje komitety oraz organizuje konferencje. Zawiazanie komitetów odbywa się za pośrednictwem Rady Wykonawczej na polecenie Zgromadzenia Zdrowia, jak również ze swojej własnej woli. Dyrektor Generalny również może utworzyć takowy komitet argumentując cel, który nie jest sprzeczny z kompetencjami Organizacji. Czas trwania komitetu nie jest oznaczony. Należy przyjąć, że trwa, dopóki jego istnienie jest uargumentowane wynikającą potrzebą. Rada Wykonawcza jest zobowiązana do czuwania nad komitetami oraz ma za zadanie analizowania ich potrzeb, nie rzadziej niż raz do roku musi przedstawić argumentację dalszej właściwości danego komitetu. Komitety nie muszą występować pojedynczo, mogą łączyć się między sobą bądź współtworzyć je w oparciu o inne organizacje.

Światowa Organizacja Zdrowia może zwoływać konferencje poprzez organy Zgromadzenia Zdrowia bądź Radę Wykonawczą. Charakter konferencji jest zależny od potrzeby i celu jej zwołania. Wyróżniamy konferencje lokalne, ogólne, o charakterze technicznym lub specjalnym. Tematyka i cel zwołania konferencji nie może odbiegać od celów i kompetencji Organizacji.

W strukturze zarządzania istnieje również instytucja porozumienia regionalnego. Na podstawie zarządzenia Zgromadzenia Zdrowia jest wyznaczany obszar geograficzny, który ze względu na określone przesłanki wymaga zdaniem Zgromadzenia – zainteresowania. Na podstawie pozwoleń Członków, których terytoria leżą na danym obszarze Zgromadzenie Zdrowia może założyć tam instytucję niosącą pomoc na tym obszarze. Na wyznaczonym obszarze powinna działać tylko jedna organizacja, aby takie działanie było skuteczniej

kierowane pod względem administracyjnym. Każda regionalna organizacja funkcjonuje jako część składowa Organizacji. Składa się ze specjalnie przygotowanego Komitetu Regionalnego, jak również utworzonego Biura Regionalnego. Budowa Komitetu Regionalnego będzie się składać z Członków o charakterze nadzwyczajnym oraz z przedstawicielstwa w postaci Członków danych państw. Gdy obszar, na którym WHO nie posiada struktur, które mogłyby zająć się prowadzeniem stosunków międzynarodowych, to takie kraje bądź obszary mogą oddelegować swojego przedstawiciela, który reprezentując ten obszar uczestniczy w Komitetach Regionalnych. Uprawnienia jakie będą im przysługiwać będą w porozumieniu ustanawiane przez Zgromadzenie Zdrowia. Częstotliwość spotkań Komitetów Regionalnych zależy od sytuacji oraz występującej potrzeby. Ta instytucja będzie sama wyznaczać miejsce każdorazowego spotkania. Jak było również w poprzednich przypadkach również w tym przypadku Komitet Regionalny sam ustanawia swój regulamin, który musi być zgodny z celami i wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia. Komitety Regionalne będą spełniały kilka funkcji. Pierwszą z nich będzie prowadzenie wyznaczonej i potrzebnej na danym obszarze polityki regionalnej. Drugą z nich będzie sprawowanie nadzoru nad sprawnością, prawidłowością działania występującego na tym obszarze Biura Regionalnego. Trzecią z nich jest powołanie kadry Biura Regionalnego, które może wykonywać badania nad administrującym obszarem, jednak te działania nie mogą być sprzeczne, ani w żaden sposób nie mogą się mijać z celami Organizacji. Następną kompetencją jest współpraca z organizacjami występującymi na obszarze administrowanym przez komitety regionalne ONZ, jak również organizacjami, które mają spójny cel z Organizacją. Komitet Regionalny za pośrednictwem Dyrektora Generalnego może udzielać rad w wypadku spraw międzynarodowych wychodzących poza dalszy obszar niż regionalny. Komitet Regionalny może ubiegać się o zasiłek od Członków administrujących dany obszar, na którym urzęduje Komitet Regionalny w sytuacji, gdzie budżet Organizacji okazuje się niewystarczający, aby w rzetelny sposób wykonywać powierzone funkcje. Zgromadzenie Zdrowia włącznie z Radą Wykonawczą oraz Dyrektorem Generalnym mogą nakreślić inne funkcje Komitetowi, jednak nie mogą być one sprzeczne z polityką WHO. Ponadto Komitet jest zobowiązany do wykonywania decyzji tych instytucji w obrębie danego regionu. Rada Wykonawcza po zaczerpnięciu wiedzy od Komitetu Regionalnego wyznacza Kierownika Biura Regionalnego. Dyrektor Generalny wraz z Dyrektorem Regionalnym wybierają kadrę pracowniczą Biura Regionalnego, która musi posiadać odpowiednie kwalifikacje technologiczne, jak i administracyjne.



## ROZDZIAŁ II

# ZDROWIE PUBLICZNE W SYSTEMIE PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO

### 2.1. Definicje zdrowia publicznego

Mówiąc o zdrowiu publicznym należy wyjaśnić dwa kluczowe pojęcia jakimi są „zdrowie” oraz „zdrowie publiczne”<sup>26</sup>. Często w języku potocznym te pojęcia nie są jednoznacznie rozróżniane. Logicznie rzecz ujmując to dwa określenia różnią się od siebie objętością i znaczeniem, tychże pojęć. Mówiąc o „zdrowiu” należy zauważyć, że te pojęcie odnosi się raczej do pojedynczych jednostek niż do kolektywu, natomiast „zdrowie publiczne” jest szerzej zakrojonym określeniem, gdyż odnosi się do publicznego zakresu, czyli do całego społeczeństwa lub jakiejś zbiorowości. Odnosząc się do pojęcia „zdrowie” mamy na myśli utrwaloną przez lata tezę, jako że jest to stan, całkowicie przeciwny do choroby, czyli rozstroju zdrowia. Ta znana definicja została przekazywana przez pokolenia dzięki rzymskiemu lekarzowi – Galenowi, który sformułował ją w II w. n.e. Jest jedną z najstarszych zapisanych definicji znanych człowiekowi. Określa on w niej, że zdrowie to „taki stan, w którym nie odczuwamy bólu a codzienna aktywność nie ulega zahamowaniu”<sup>27</sup>. Można wywnioskować, że jest to stan organizmu, w którym jest zachowana równowaga i stoickość organizmu. Wyżej zawarte tezy pozostają we współzależności z tezą wygłoszoną przez najbardziej znaną postać starożytnych podwalin medycyny – Hipokratesa. Twierdził on, że „zdrowie” to stan równowagi pomiędzy człowiekiem, a środowiskiem, które go otacza”<sup>28</sup>. Na podstawie tych dwóch definicji można dostrzec pewne zależności. W definicji jaką zawarł Galen, widzimy stanowczą definicję pochodzenia medycznego, zakrojoną do walorów czysto klinicznych, nie odnoszących się poza

---

<sup>26</sup> J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013, s. 1-20.

<sup>27</sup> E. Korzeniowska, *O zdrowiu i jego definicjach*, Zdr. Publ. 1988, Nr 9, s. 466-469.

<sup>28</sup> T.B. Kulik, *Koncepcje zdrowia w medycynie*, Stalowa Wola 2000, s. 15-38.

ten obszar, dlatego to twierdzenie można uznać za definicję – biologiczną. Analizując stwierdzenie Hipokratesa widzimy, że w swojej definicji wykracza poza jednostkę i uzależnia jednostkę od środowiska w jakim się znajduje. Twierdzi, że środowisko ma wpływ na walory chorobowe jednostki. Takie podejście można z pewnością nazwać, definicją funkcjonalną. Ambitne dyskusje co do pierwszeństwa definicji pokazują, że nie jest to do końca jednoznaczne zagadnienie. Patrząc na niosące za sobą wartości obydwu definicji trzeba zgodnie dojść do konsensusu mówiącego, że idealnym połączeniem była definicja semi-biologiczna, jak również semi-funkcjonalna. Czerpanie z obydwu stanowisk tworząc hybrydową definicję biologiczno-funkcjonalną, określane jest za prawidłowe podejście w dzisiejszym rozumieniu tegoż precedensu.

Kontemplując nad definicją zdrowia należy skłonić się do sedna pracy czyli do definicji jaką przedstawia Światowa Organizacja Zdrowia. Definicja ta znajduje się w preambule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, co przez swoje umiejscowienie stwarza szerokie pole do interpretacji, gdyż to co znajduje się w preambule nie ma mocy w kontekście normatywnym<sup>29</sup>, dlatego należy podkreślić, że poniżej zaprezentowana definicja, służy jako element pomocniczy przy interpretacji przepisów znajdujących się w konstytucji WHO. Definicja zdrowia wg. WHO określa, że „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”. Analizując to twierdzenie, należy zauważyć jak szeroko jest zdefiniowane pojęcie zdrowia. Nasuwają się myśli, czy faktycznie zgodnie z tą definicją można określić człowieka jako zdrową jednostkę. Można posunąć się do interpretacji tego obszernego zdefiniowania, że człowiek powinien dążyć do tegoż idealnego stanu i powinien stawiać czoła, natrafionym na swojej drodze rozstrojom zdrowia. Należy zauważyć, że wyżej wymieniona definicja nie ogranicza się tylko do fizycznych rozstrojów zdrowia, ale również ociera się o podłoże psychiczne. Wyciągając wnioski, trzeba stwierdzić, że definicja postępuje na trzech gruntach jakimi są biologia, społeczność i kulturowość. Tylko w połączeniu tych trzech zjawisk można uzyskać pełną definicję WHO odnoszącą się do zdrowia czyli wymiar biologiczno-społeczno-kulturowy. Obszerność tej definicji, rodzi również trudności jakimi są zawilości przy określeniu stanu zdrowia. Zdecydowanie łatwiej jest ocenić kwestie biologiczne na jakie cierpi jednostka, jednak według definicji, należy również wziąć pod uwagę odczucia jednostki co do samopoczucia,

---

<sup>29</sup> F.P. Grad, *The Preamble of the Constitution of the World Health Organization*, Geneva: World Health Organization 2002, nr 80(12), s.981-982.

humoru, czy energii, jak również odczucia społeczne, które tylko jednostka jest w stanie określić w sposób indywidualny.

Zdrowie poszczególnej jednostki nie może być rozumiane w sposób równy ze zdrowiem, które występuje w obszarze zbiorowości. Mówiąc o zbiorowości, należy mieć na myśli społeczeństwo bądź grupę ludzi<sup>30</sup>. Aby mówić o zdrowiu społecznym nie wystarczy twierdzenie, że jest to suma zdrowych osób, czyli jednostek, z których jest złożona dana społeczność. Nie trudno się domyślić, że do badania jakiegoś zjawiska są potrzebne określone narzędzia, które umożliwiają pozyskanie ważnych i rzeczowych informacji o danym obszarze badań. Narzędziem w badaniu zdrowia społecznego jest koncepcja „pół-zdrowia Lalonde’a”. W 1974 r. kanadyjski minister zdrowia Lalonde wydał raport, w którym twierdził, że zdrowie publiczne pozostaje w zależności od osiągnięcia prawidłowego rytmu struktur, uzależnionych właśnie od opracowanych przez niego czterech „pól zdrowia”. Wspomniane cztery czynniki są wyznacznikami określającymi kondycję zdrowia występującego społeczeństwa<sup>31</sup>. W kanadyjskim raporcie Lalonde’a zostały przypisane cztery pola tworzące zrównoważony stan zdrowia: a) pole biologii, b) pole środowiska, c) pole zachowań, d) pole opieki zdrowotnej<sup>32</sup>. Te cztery elementy składają się na system zdrowia:

- a) są to uwarunkowania biologiczne, na które dany człowiek w zasadzie nie ma wpływu, gdyż te cechy są uwarunkowane genetycznie. W jej skład wchodzi czynniki anatomiczne, biochemiczne, immunologiczne, fizjologiczne.
- b) środowisko w jakim naturalnie żyje człowiek, na to składają się takie elementy jak ilość nasłonecznienia, amplituda średnich temperatur, stan gleby – ogólnie mówiąc stan środowiska w jakim człowiek przebywa.
- c) mówiąc o polu zachowań trzeba zaznaczyć, że są to zachowania, którymi wykazuje się człowiek poprzez swoją aktywność i prowadzenie świadomego trybu życia. W skład tych zachowań zalicza się np. tryb życia, stosowaną dietę, używki, czas snu, regeneracja, formy aktywności fizycznej bądź jej braku.
- d) do opieki zdrowotnej zalicza się logistyka i dostęp danej jednostki do placówek medycznych, tutaj jednostka ma mniejszy wpływ na tworzenie takiego dostępu, raczej należy przyjąć, że za

---

<sup>30</sup> A. Felińczak, A.M. Fal, *Zdrowie publiczne*, Wrocław 2010, s 10.

<sup>31</sup> M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, *Przegląd Epidemiologiczny* 2003, nr 57, s. 505-512.

<sup>32</sup> G. Nowak-Starz, M. Markowska, H. Król, E. Zięba, M. Szpringer, *Medyczne koncepcje struktury zdrowia, jego ochrony i promocji*, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Kielce 2013, s. 154-156.

to pole odpowiada polityka społeczna państwa i rodzaj zastosowanych rozwiązań administracyjnych zarządzających tą strukturą.

Brak ujednoczenia definicji zdrowia publicznego jest spowodowane tym, że w zależności od tego jakim fragmentem tej szerokiej definicji się zajmujemy. Jedna definicja będzie pasować, gdy mówimy o celach oraz misji przyświecającej tej strukturze, natomiast kolejna będzie odpowiadać jednemu, konkretnemu ze wspomnianych pól Lalonde'a<sup>33</sup>. Ważnym momentem w określaniu czym tak na prawdę jest „zdrowie publiczne” było przedstawienie definicji przez Charlesa-Edwarda Amory Winslow w 1920 roku. Ten moment jest o tyle ważny, że w lekko zmienionej wersji ta definicja jest aktualna również w dzisiejszym czasie, a nosi ona takie brzmienie - „Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek w odniesieniu do zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarstwa mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktyczne ukierunkowane leczenie, a także rozwój mechanizmów społecznych, które zapewnią każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia”<sup>34</sup>. Ta definicja jest ważna, gdyż wskazuje, że prócz medycznych aspektów takich jak szybka i trafna diagnoza choroby, ważny jest również aspekt społeczny, który był często ignorowany<sup>35</sup>. Omawiana definicja zawiera zwrot, który jest głównym punktem zdrowia publicznego, a mianowicie – zorganizowany wysiłek społeczeństwa. Takie podejście wyznacza cel jakim jest traktowanie społeczeństwa zarówno z punktu widzenia podmiotu jak również przedmiotu. W Anglii cieszącą się uznaniem definicją oraz uznaną przez WHO Regional Office for Europe jest definicja mówiąca, że na zdrowie publiczne składają się wspólne dążenia społeczeństwa, dążące do tego, aby ludzie byli zdrowi i to właśnie leży w interesie społecznym żeby społeczeństwo było zdrowe<sup>36</sup>. W amerykańskiej definicji można spotkać się z podobnym stanowiskiem, mówiącym o tym, że to społeczeństwo wspólnie stwarza warunki i dąży do tego, aby ludzie byli zdrowi<sup>37</sup>. Definicja zdrowia publicznego Winslowa była podwaliną i inspiracją,

---

<sup>33</sup> I. Kowalska, A. Mokrzycka, *Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji i świadczeń zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji środowiskowych i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce*, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków 2012, tom 10, s. 32-34.

<sup>34</sup> C.E.A. Winslow, *The untilled fields of public health*, Science 1920; nr 51(1306), s.23-33.

<sup>35</sup> J. Opolski, *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2011, wyd. 1, s. 23-32.

<sup>36</sup> D. Acheson, *Independent inquiry into inequalities in health*, London 1988, s. 21-22.

<sup>37</sup> *The Future of Public Health, Committee for Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services. Institute of Medicine*, National Academy Press, Washington D.C. 1988.

która ukształtowała brzmienie dzisiejszej definicji, wprowadzonej przez WHO w preambule tejże konstytucji<sup>38</sup>. Definicja jaką przedstawiło WHO w 1946 roku była zasługą Komitetu Ekspertów tej organizacji ds. Administracji Zdrowia Publicznego. Ta definicja było w tamtych latach czymś przełomowym, gdyż w jej skład dodano przedtem pomijane zdrowie psychiczne, a nie tak jak dotychczas tylko opierała się na zdrowiu fizycznym<sup>39</sup>. Wraz z biegiem lat, organizacja dążyła do polepszania warunków zdrowotnych ludności świata, czego następstwem było w latach 70. XX wieku kolejne rozszerzenie struktury zdrowia publicznego. Deklaracja z Alma Aty z 1978 roku zawierała informacje o podstawach opieki zdrowotnej, którymi powinno być objęte społeczeństwo<sup>40</sup>. Na konferencji poruszany był zdecydowanie temat wdrażania podstawowej opieki zdrowotnej na całym świecie. Deklaracja wskazywała rządy, UNICEF, WHO oraz inne organizacje międzynarodowe do pełnego wsparcia rozwoju zdrowia i placówek medycznych udzielających pomocy zdrowotnej. Trzeba podkreślić, że zawierająca 10 punktów deklaracja nie jest obligatoryjna dla krajów członkowskich, a raczej jest wskazówką i pomocną dłońią w celu polepszania standardów zdrowotnych w tych krajach. Oprócz definicji zdrowia w deklaracji znajdziemy również twierdzenie, że nie można przymykać oka na nierówności w opiece medycznej pomiędzy krajami rozwiniętymi, a krajami powoli rozwijającymi się i określa to zjawisko jako niedopuszczalne. Odbiór deklaracji był zróżnicowany, można było słyszeć fale krytyki, spowodowane brakiem określenia jasnych celów, a bez jasnych celów trudno realizować tak skomplikowane przedsięwzięcie. Ciągająca się krytyka spowodowała, że w 1979 roku, czyli rok po Alma Atcie, zorganizowano konferencję, na której opracowywano realne i węższe cele, owocujące efektywną strategią działania. W 1981 roku<sup>41</sup>, WHO odeszło od pojmowania zdrowia jako działania tylko w kategorii zabiegów leczniczych<sup>42</sup>. Wiele rozważań rzuciło nowe spojrzenie, na definicje zdrowia i pod uwagę wzięto również, czynniki ekonomiczne, które przez długi czas były pomijane. Te założenia doprowadziły do sformalizowania twierdzeń w „Ottawskiej Karcie Promocji Zdrowia”, która została uchwalona w 1986 roku, podczas zwołanej Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia, która była pierwszym spotkaniem tej wprowadzonej struktury. Zapisy tej Karty umożliwiały ludziom sprawowanie kontroli nad własnym zdrowiem, oraz umożliwiały poprawę własnego zdrowia.

---

<sup>38</sup> J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2011, s.10.

<sup>39</sup> A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, s. 10.

<sup>40</sup> Declaration of Alma-Ata , International Conference on Primary Health Care [online], Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, [przełączany 2 maja 2021], dostępny w.: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

<sup>41</sup> *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* [online], Geneva: World Health Organization 1981 [przełączany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800038>.

<sup>42</sup> A.L. Taylor, *International public health law*, Am. Soc’y Int’l L. Proc. 1992, nr 86, s.574-579.

Ta konferencja była o tyle ważna, ponieważ zaznaczyła jak bardzo ważna jest promocja zdrowia oraz nie zawężyła się ona tylko do wzmocnienia jednostek, ale głównie do większych zmian społecznych, środowiskowych jak również gospodarczych. W Karcie Ottawskiej są zawarte trzy filary promocji zdrowia. Pierwszym filarem jest – poparcie dla zdrowia (ang. *advocacy for health*), który ma za zadanie dążenie do stworzenia bezwzględnie potrzebnych warunków do rozwoju i utrzymania zdrowia. Drugim filarem jest – umożliwienie (ang. *enabling*) dostępu społeczeństwu do uzyskania pełnego zdrowia. Trzecim filarem jest – pośredniczenie (ang. *mediating*) pomiędzy danymi interesami zdrowotnymi społeczeństwa. Na podstawie tej karty zostało umożliwione odróżnienie starych definicji zdrowia publicznego skupiających się głównie na chorobach o charakterze zakaźnym, od nowego definiowania, w którego charakterystyce zawarte są nie tylko choroby zakaźne, ale również szersze podejście uwzględniające problemy społeczne, jak również wyznaczania standardów administracji medycznej.

W omawianiu definicji zdrowia widać wyraźnie różne ideologie łączące się z nauką i w ten sposób rodzą się różne stanowiska i poglądy na te temat. Na potwierdzenie tych słów trzeba przywołać fakt, że na samych Konferencjach WHO, używanych jest w obrocie kilka definicji zdrowia publicznego<sup>43</sup>. Wysokie tempo życia, ogromne ilości obowiązków i nowe wyzwania stawiane przed człowiekiem, są przyczyną wielu zmian i innych zaleceń, co wpływa na tworzenie nowych poglądów i odświeżania już nieaktualnych definicji zdrowia publicznego. Czasami bywa tak, że te nieco starsze nabierają sensu po latach przystosowując się do nowych wyzwań cywilizacyjnych. Tak jest z mocno propagowaną w ostatnich latach definicją z 1988 roku stworzoną przez D. Achesona, która nanosi zmiany w definicji Winsłowa. Acheson twierdził, że „Zdrowie publiczne to sztuka i nauka zapobiegania chorobom, promowania zdrowia oraz wydłużania życia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa”. Ta definicja wywiera nacisk na zdrowy styl życia, jak również naznacza profilaktykę przed zapobieganiem przedwczesnym chorobom, jak również zgonom. WHO z wielkim entuzjazmem podchodzi do tej definicji co pokazała w wykazie fachowych terminów z obszaru promocji zdrowia<sup>44</sup>. Podsumowując należy podkreślić, że definicja zdrowia publicznego to szeroko zakreślony obszar, który w swojej budowie mieści dużą ilość zawartych pojęć. Przez tak przepastne

---

<sup>43</sup> L. Marks, D.J. Hunter, R. Alderslade, *Strengthening public health capacity and services in Europe, a concept paper*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2011, s. 9-11.

<sup>44</sup> *Health Promotion Glossary* [online], Geneva: World Health Organization 1995 [przełączony 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

granice, trzeba nakreślić, że definicja ta jest niejednoznaczna, gdyż jasno nie przedstawia wąskiego, celnego obszaru tego pojęcia.

## **2.2. Idea międzynarodowego prawa zdrowia publicznego**

Powstanie międzynarodowego prawa zdrowia publicznego jest wynikiem potrzeb zdrowotnych wśród ludności świata. To Światowa Organizacja Zdrowia jest przodownikiem walki o zdrowie na świecie. Liczne problemy zdrowotne na świecie spowodowały, że rządy danych krajów zaczęły ze sobą współpracować. Zacieśniająca się współpraca spowodowała, że coraz więcej krajów zaczęło ze sobą współpracować, oczywiście nie bezinteresownie. Korzyści z tego płynące są bezcenne, bo jak można wycenić zdrowie?! Zacieśniająca się współpraca i zaangażowanie płynące od rządów jest odpowiedzią na liczne problemy zdrowotne występujące na świecie. Współpraca pomaga rozwiązywać dane problemy, umożliwia wymianę doświadczeń oraz określanie nowych idei. Działanie na rzecz poprawy zdrowia wykazuje wiele światowych organizacji, jednak im więcej jest organizacji tym brak jest scentralizowania i rzetelnego kierowania rozwojem. Można dojść do wniosków, że w dzisiejszym świecie największe zaufanie powierza się WHO.

Zaczynając rozważania na temat międzynarodowego prawa zdrowia publicznego należy wskazać, że jest to gałąź prawa powstała z prawa prywatnego, która wyewoluowała do hierarchii prawa międzynarodowego. Prężny rozwój tej dyscypliny jest spowodowany tym, że jest to bardzo młoda dziedzina, której rozwój zaczął się w latach 70-80 XX wieku. Tak młoda dyscyplina prężnie się rozwija i poczynia ogromne postępy z roku na rok, na co może wskazywać fakt, że w latach 2000'nych rozważano czy jest ona samodzielną dyscypliną, gdyż jej szeroki zakres rozlewał się na inne gałęzie prawa<sup>45</sup>. Zdrowie publiczne powstało, aby pomagać ludziom i to jest główna idea. Następnymi krokami było wytyczanie kolejnych szlaków takich jak dbanie o zdrowie psychiczne ludzi, czy kolejnymi krokami, dbanie o stosunki społeczne mających wpływ na zdrowie społeczne. Wszystko ma swój początek, a za

---

<sup>45</sup> S. Paździoch, *Prawo zdrowia publicznego, zarys problematyki*, Kraków 2004, s. 24-26.

początek międzynarodowego prawa zdrowia publicznego można uznać odniesienie jakiego użył w 1930 roku profesor C. Vitta, a mianowicie „międzynarodowe prawo sanitarne”<sup>46</sup>. Takie stwierdzenie jest daleko idącym początkiem międzynarodowego prawa zdrowia publicznego (dalej: mpzp). Gdy sytuacja II wojny światowej obniżyła efektywność prac nad polepszeniem sytuacji praw zdrowotnych, to jej zakończenie było dość znaczącym wzrostem zainteresowania tą materią. Zaraz po wojnie przekształcono ten zwrot właśnie na „międzynarodowe prawo zdrowia publicznego”. Ta zmiana została przyjęta w 1969 roku i powstały Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne. W 2021 roku mpzp jest wciąż dość świeżą strukturą, która zmagą się z problemami zdrowotnymi całego świata i stara się poprawiać i podwyższać normy zdrowotne i administrację zdrowotną. Przy powstawaniu tej struktury mpzp było bardziej zacieśnioną strukturą, dzisiaj mówi się raczej, że jej format jest zdecydowanie – globalny. Uчени zgodnie twierdzą, że międzynarodowe prawo zdrowia publicznego przeistoczyło się podobnie jak komunikacja, handel międzynarodowy, podróżowanie w sposób globalny. Takie przejścia idące w kierunku globalnym są normalnym i przewidywalnym następstwem ewolucji społecznej, a wraz z tą ewolucją struktury prawne również ewoluują dostosowując się do nowej sytuacji. Prawo musi iść w parze wraz z rozwojem, nie może zostać w tyle, gdyż nie będzie z zasady sprawowało swojej funkcji. Globalizacja posiada swoje złe i dobre strony. Ma wpływ na obrót większą ilością kapitałów i dóbr, polepszenia dostępności krajów a co za tym idzie turystyki, co niesie za sobą rozwój handlu i transportu. Taki rozwój wydarzeń niesie za sobą sporo pytań, gdyż nie jest to kontrolowany i przewidywalny schemat<sup>47</sup>. Globalizacja może mieć istotny wpływ na przestrzeganie praw przysługujących człowiekowi w tym praw dostępu do pomocy medycznej, ma to swoje powiązanie z dysproporcją rozwoju poszczególnych krajów<sup>48</sup>.

Zdrowie globalne (ang. global health) coraz częściej jest używane za właściwe w odniesieniu do dzisiejszego świata. Chociaż różnica pomiędzy międzynarodowym zdrowiem, a zdrowiem globalnym wydaje się minimalna to zdecydowanie należy przyjąć, że jest zasadna. Międzynarodowe zdrowie odnosiło się głównie do zapobiegania rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych poprzez wzajemne kontakty państw członkowskich, o ile globalny wymiar dba o całokształt zdrowia troszcząc się o zdrowie całej naszej planety. Moim zdaniem wymiar międzynarodowy powinien należeć do szerszej instytucji jaką jest wymiar globalny i wzajemnie się uzupełniać. Powolne zacieranie się granic i otwarte przepływy ludności z kraju

---

<sup>46</sup> C. Emanuelli, *Le droit international de la sante , evolution historique et perspectives contemparties*, Quebecoise de Droit Int'l 1985, wyd. 2, s. 11.

<sup>47</sup> E. Molendowski, *Globalizacja i regionalizacja we współczesnym świecie*, Kraków 2012, s. 4.

<sup>48</sup>T. Sporek, *Nowy wymiar globalizacji i problemów globalnych*, Prace Naukowe, Katowice 2015, s. 13-42.



do kraju są jedną z przyczyn uformowania globalnej wizji, jakiej trzeba sprostać. Przyglądając się literaturze naukowej zajmującej się prawem międzynarodowym, zdecydowanie możemy przyrzec się, że struktura „globalnego zdrowia publicznego”, rozgościła się na dobre<sup>49</sup>. Zgodnie z tą wizją, państwa powinny nieco rozluźnić, prawa suwerenne, aby dla dobra globalnego móc dbać o ludzi<sup>50</sup>. Pojawienie się prawa globalnego to bardzo interesująca koncepcja, która na pewno w jakimś stopniu będzie skupiała świat na doprowadzaniu do globalizacji dla dobra ludzkości, ale należy pamiętać, że mechanizmy prawa międzynarodowego są niezmiennie. Koncepcja nie ma zastosowania do dzisiejszych mechanizmów, gdyż międzynarodowe prawa zdrowia publicznego nadal jest egzekwowane przez państwa a nie organizację o charakterze międzynarodowym. Ciężko byłoby wyegzekwować od państw pozbycie się suwerenności, to sprawia, że jest to podejście ideologiczne niż realne do wdrożenia w tym momencie. Trzeba zaznaczyć, że to ludność buduje państwo i ciężko sobie wyobrazić, że państwo nie będzie respektowało podstawowych praw zdrowia publicznego, gdyż zdrowie własnych obywateli to priorytet rozwiniętych państw<sup>51</sup>.

Mówiąc o ideologii międzynarodowego prawa zdrowia publicznego, trzeba powiedzieć również o zjawiskach, które spowalniają i utrudniają proces rozwoju tej struktury. Analizując wypowiedź L.O. Gostina<sup>52</sup> nasuwają się podstawowe przemyślenia, mówiące o tym, że punktem prawidłowego rozwoju zdrowia publicznego jest dobre ugruntowanie prawne tego obszaru. Jeżeli prawo nie będzie odpowiednio przemyślane i zaplanowane, to rozwój będzie postępował wolniej i może odbić w niespodziewaną, niekorzystną stronę. Należy przewidzieć, że stopniowy rozwój mpzp będzie zmierzał w kierunku rozwiązywania problemów zdrowotnych, których odpowiedzi będą skupiały się na prawnym rozwiązaniu tychże problemów, zatem tak ważne jest, aby były one ostro doprecyzowane<sup>53</sup>.

Rozwój i obieranie przyszłych celów międzynarodowego prawa zdrowia publicznego jest uzależnione od tego, jakie wyzwania będzie stawał przed nami świat. Przeludnienie i zagęszczenie siedlisk ludzkich będzie miało wpływ na rozwój nowych chorób. To dzięki współpracy międzynarodowej, kraje będą mogły szybciej i trafniej reagować na zmieniające się warunki i uzyskiwać przewidywalne bezpieczeństwo ludności krajów. Wiele czynników

---

<sup>49</sup> L.O. Gostin, J.G. Hodge, *Global health law, ethics, and policy*, J.L.Med. Ethics 2007, wyd. 35, s. 519-525.

<sup>50</sup> D. Byrne, *Is there a lawyer in the house: the law of global public health*, J.L. Med Ethics 2005, wyd. 33, s.23.

<sup>51</sup> A.L. Taylor, K.C. Sokol, *The Evolution of global health law in a globalized World*, The Global Community Yearbook of International Law Jurisprudence 2007, wyd. 1, s. 19.

<sup>52</sup> L.O. Gostin, *Public health law: a renaissance*, J.L. Med Ethics 2002, wyd. 30, s. 136.

<sup>53</sup> A.L. Taylor, D.W. Bettcher, *International law and public health*, Bull World Health Organ 2002, nr 80(12), s. 923.

powoduje, że zalecana, a wręcz nakazana jest współpraca krajów ze sobą m.in. w obszarze zwiększającej się liczby ludności, która choruje na choroby cywilizacyjne XXI wieku, a wśród nich najczęściej mówi się o chorobach układu krążenia, chorobach niedokrwiennych serca, zawałach czy problemach z ciśnieniem. Wciąż nadmierna jest liczba osób otyłych borykających się z nadwagą, cukrzycą insulinooporną oraz insulinozależną, próchnica zębów, wrzodowość żołądkowa czy inne choroby układu pokarmowego. Są to choroby, które tworzą się przed patologię dietetyczną jak również związane są ze zmniejszeniem aktywności fizycznej. Te choroby zajmują pierwsze miejsce, na liście schorzeń wywołujących śmierć społeczeństwa rozwiniętego. Mppz stara się przeciwdziałać tym chorobom, stawiając na promocję zdrowotną poprzez apelowanie o higieniczny zdrowy tryb życia., jak również wykonywanie regularnych badań okresowych<sup>54</sup>.

Wzmoczonego niebezpieczeństwa spowodowanego ryzykiem ataków terrorystycznych za pomocą broni biologicznej<sup>55</sup>. Napięte stosunki międzynarodowe powodują, że ryzyko jest bardzo realne. W ostatnim dwudziestoleciu można było zaobserwować liczne ataki terrorystyczne<sup>56</sup>. Ataki z użyciem broni biologicznej mogą nieść za sobą katastrofalne skutki w wymiarze globalnym a nie tylko społecznym<sup>57</sup>. W tym wypadku najważniejsze jest określenie przez prawne struktury tworzące mppz zespołów, mogących dbać o obronę ludności i przygotowywaniem szybkiej odpowiedzi obronnej na czas takiego ataku.

Zmiany klimatu danych regionów świata, co ma wpływ na ekosystem warunkując pogarszające się warunki zdrowotne<sup>58</sup>. Mówiąc o tym, można przywołać proces pustynnienia, który prowadzi do poważnych skutków, w tym do pogarszającego się standardu życia, przez brak dostępu do wody pitnej<sup>59</sup>. Przez skutek pustynnienia zagrożonych jest około 60 krajów, w tym ogromne ilości ludności zamieszkałej te kraje<sup>60</sup>. Mppz ma za zadanie prowadzenie działalności zwiększającej świadomość problemu nie tylko w krajach dotkniętych pustynnieniem, ale również krajów pozornie tym nie objętych, jak również prowadzenie akcji pomagających w walce z tym procesem.

---

<sup>54</sup> J. Stettner, *International obesity: legal issues*, Emory Int'l L.Rev. 2010, wyd. 24, s.209-228.

<sup>55</sup> J. Mierzejewski, *USA wobec zagrożeń terroryzmem biologicznym*, Myśl Wojskowa 1999, nr 81, s. 218.

<sup>56</sup> J. Mierzejewski, *Gdy ksenofobia rodziła zbrodnie a lekarzy nie uczono etyki*. Skalpel 1997, nr 7, s. 110.

<sup>57</sup> J. Mierzejewski, *Bioterroryzm - spojrzenie w przyszłość. Konferencja naukowo-szkoleniowa: Medycyna ratunkowa: Medycyna Katastrof*, Łódź 2000, s. 88-92.

<sup>58</sup> Konwencja Narodów Zjednoczonych w sprawie zwalczania pustynnienia w krajach dotkniętych poważnymi suszami i/lub pustynnieniem, zwłaszcza w Afryce, Dz. U. z dnia 7 listopada 2002 r. nr 185, poz. 1538.

<sup>59</sup> A. Józefaciuk, Cz. Józefaciuk, *Ochrona gruntów przed erozją*. Puławy 1999, s. 109.

<sup>60</sup> W. Kowda, *Żyzność gleby i produkcja żywności, Przyroda, żywność i człowiek*, Warszawa 1983, s. 5-30.

Kontroli międzynarodowych przedsiębiorstw oraz firm wytwarzających leki, handlujących towarami, żywnością w obawie przed możliwymi czynnikami zagrażającymi zdrowiu publicznemu. Przy tak ogromnej liczbie wspomnianych wyżej chorób cywilizacyjnych tak ważne jest to, aby udostępnić ludzkości dostęp do zdrowej i bezpiecznej żywności, jak również fachowych i skrupulatnie sprawdzonych leków oraz coraz bardziej zajęcie się suplementami diety, które niosą za sobą często niesprawdzone konsekwencje. Mppz musi dbać o odpowiednie limity rtęci w pozyskiwanych rybach, dbać o jakość pokarmu zwierząt hodowlanych, jak również badać i zapobiegać wysokiej liczbie ołowiu w warzywach i owocach. Dużym wyzwaniem dla prawa międzynarodowego jest objęcie kontrolą nanotechnologii. Brak jest prawnych wykazów w jaki sposób mają być utylizowane nanoprodukty. To, że wiedza w tym zakresie jest jeszcze bardzo okrojona, stwarza zagrożenie dla środowiska jak i dla samych ludzi. O ile produkcja i dystrybucja leków od zawsze cieszy się wnikliwą analizą, o tyle dużo kontrowersji wprowadzały leki biopodobne. Kontrowersje i nieudomówienie wywoływała sfera rejestracji i dystrybucji tych produktów, dlatego tak istotne jest, żeby struktury międzynarodowego prawa zdrowia publicznego również czuwały, nad tego typu prawnymi nowinkami, co powinno zapewnić stabilność i zaufanie wśród społeczeństwa.

Współdziałania w celu zapewniania zdrowia oraz promocji dobrobytu. To jedno z celów ONZ, które chce zrealizować do 2030 roku. Współpraca w międzynarodowa jest konieczna, aby zdrowie publiczne rozwijało się w dobrym kierunku. Można wyróżnić cele zawarte w Agendzie na Rzecz Zrównoważonego rozwoju 2030 roku. Przez lata udało się podwyższyć wiek życia na naszej planecie i jego przewidywalności. Jednym z celów jest zmniejszenie o 1/3 zgonów, które są spowodowane chorobami o charakterze niezakaźnym. Kolejnym z celów jaki można podkreślić to eliminacja epidemii AIDS, gruźlicy, malarii, czy innych chorób klimatu tropikalnego, jak również walka z zapaleniem wirusowym wątroby, dodatkowo walka z chorobami przenoszonymi przez wodę. Na tej liście zabrakło pandemii Covid-19 jednakże, myślę, że to będzie priorytet w dzisiejszym obrocie spraw. Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego wraz z innymi organizacjami wypowiada również walkę ze środkami odurzającymi i narkotykami czy również alkoholem, do 2030 chcą obniżyć liczbę osób uzależnionych poprzez leczenie oraz zapobieganie powstaniu uzależnień. WHO wypowiedziało wojnę tytoniowi i organizacje takie jak ONZ czy inne organizacje międzynarodowe wspierają tą konwencję w celu ograniczenia skutków ubocznych i chorób wywoływanych tytoniem.

Kolejnym punktem, który trzeba uwzględnić są zmiany demograficzne<sup>61</sup>. Wykresy jednoznacznie pokazują<sup>62</sup>, że liczba osób będąca w stanie produkcyjnym zmniejsza się, co prowadzi do starzenia się społeczeństwa, a to rodzi nowe problemy. To niesie za sobą negatywne skutki gospodarcze, ale skupmy się jednak na skutkach zdrowotnych<sup>63</sup>. Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego staje przed nie lada wyzwaniem starzejącego się społeczeństwa. W tym przypadku należy zadbać o odpowiednio zmodernizowaną opiekę medyczną, zarządzaną w odpowiedni sposób. Należy współpracować, aby powstrzymać demograficzny kryzys oraz przeciwdziałać zagrażającym negatywnym skutkom. Ważnym działaniem jest przygotowanie systemów państwowych do zapewnienia rzetelnego dostępu do usług medycznych, jak również dbanie o zwiększenie nakładów finansowych na ten cel. Opracowany system powinien stwarzać możliwość powiększania liczby urodzeń w społeczeństwie, jak również dbać o leczenie niepłodności. Problemy spowodowane zmianami demograficznymi pośrednio uderzają w ochronę zdrowia. Jest to bardzo niewygodna sytuacja, która wymaga wspólnego planu oraz współdziałania, aby przeciwdziałać skutkom tego zjawiska. To wspólne działania systemowe mogą pomóc w przeciwdziałaniu nieprzyjawnym skutkom gospodarczym jak i zdrowotnym, jednak patrząc na sytuację, możliwe jest tylko ograniczenie tego zjawiska niż wygrana. Należy dbać o zdrowie poprzez profilaktykę, wdrażanie do leczenia nowych technologii, które pozwolą starzejącemu się społeczeństwu prawidłowo funkcjonować nawet w wieku starczym.

Szczególnym punktem nad którym trzeba się pochylić są wciąż zagrażające choroby zakaźne<sup>64</sup>. To niezwykle ważne, żeby współpraca międzynarodowa wspólnie działała przy zwalczaniu chorób zakaźnych<sup>65</sup>. W czasach pandemii COVID-19 widzimy jak ważne jest wzajemne wspieranie się, wymiana doświadczeń i dyskusja o skutecznych metodach leczenia. W dobie nowego tysiąclecia widzimy nawroty chorób zakaźnych, jak np. zapalenie mózgu Zachodniego Nilu typu wirusowego lub często objęta spekulacjami, używana jako bomba biologiczna choroba wywoływana przez laseczki wąglika. To dzięki współpracy międzynarodowej poczyniono tak ogromne sukcesy w rozpoznawaniu czynników chorobotwórczych, określania w jaki sposób dana choroba atakuje i co najważniejsze

---

<sup>61</sup> J. Derejczyk, B. Bień, J. Kokoszka-Paszko, J. Szczygieł, *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, Gerontologia Polska 2008, nr 16, s. 3.

<sup>62</sup> L. Frąckiewicz, *Starość jako problem społeczno-ekonomiczny*, W obliczu starości, Katowice 2007, s. 20.

<sup>63</sup> J.T. Kowaleski, P. Szukalski, *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Łódź 2004, s. 3-5.

<sup>64</sup> K. Zuziak, *Aksjologia Louisa Lavella wobec ponownego kryzysu wartości*, Kraków 2012, s.10-20.

<sup>65</sup> D. Woodward, R.D. Smith, *Global public goods for health. Health economic and public health perspectives*, Oxford 2003, s. 5-7.

opracowano wiele metod leczenia i środków zapobiegawczych. Państwa koordynowane przez zalecenia WHO wspólnie są w stanie ograniczać mechanizmy, które doprowadzają do rozwoju zakażeń wśród społeczeństwa<sup>66</sup>. Ważne jest żeby wspólnymi siłami walczyć z zatamowaniem źródeł zakażeń. Wiele chorób zakaźnych ma charakter transgraniczny. Ebola, HIV, SARS, Ptasia Grypa- H5N1 czy wirus Nilu Zachodniego to tylko jedne z kilkunastu zagrożeń, z którymi walczy świat. Chociaż zdawało się, że ludzkość zaczęła wygrywać z chorobami zakaźnymi nadszedł COVID-19, który stawia wysoko zawieszoną poprzeczkę do ponownego przeważenia szali na rzecz ludzkości. W takich okolicznościach tylko przez wspólne działanie na rzecz zdrowia publicznego populacja świata może zwyciężyć te nierówne potyczki.

Jak można zauważyć zdrowie publiczne w systemie prawa międzynarodowego przeszło ogromną ewolucję, która nie zatrzymała się w miejscu<sup>67</sup>. Od momentu zawarcia pierwszych konwencji sanitarnych, które dawały początek walki o godne i zdrowe życie, po dzisiejszy dzień, gdzie zdrowie publiczne przybrało formę nowego odgałęzienia prawa międzynarodowego<sup>68</sup>. Wszystko zmierza do „globalizacji prawa zdrowia publicznego”, jednakże to jest zbyt wczesny moment, aby wprowadzać tak daleko idące zmiany. Na tą chwilę trzeba ugruntować prawnie w sposób rzetelny istniejącą formę i zrobić wszystko, by w sposób prawidłowy dawała poczucie stabilności zdrowia publicznego. Zmianę można przewidywać w kolejnej dekadzie, ale nie w tym momencie, na chwilę obecną należy zagospodarować mpzp tak, aby stało się bardziej przewidywalne i ostre, aby w odpowiedni sposób móc reagować na zmieniające się warunki zdrowotne i społeczne<sup>69</sup>.

### **2.3. Godność człowieka jako aksjologiczny fundament międzynarodowego prawa zdrowia.**

---

<sup>66</sup> M. Torii, Y.L. Nguyen, C.T. Mazumdar, H. Liu, D.M. Hartley, N.P. Nelson, *An exploratory study of a text classification framework for Internet-based surveillance of emerging epidemics*, International Journal of Medical Informatics 2011, nr 80.

<sup>67</sup> J. Supernat, *Racjonalność i logika decyzji administracyjnej, Ewolucja prawnych form administracji publicznej*, Warszawa 2008, s. 12-17.

<sup>68</sup> H.A. Simon, *Administrative behavior. A study of decision-making processes in administrative organization*, New York 1976, s. 8-13.

<sup>69</sup> R. Sobański, *Prawo przez człowieka, dla człowieka, w imię człowieka*, Kontrola Państwowa 1997, nr 3.

Prawo do zdrowia określane jest mianem praw II generacji<sup>70</sup>. Wykształcenie ich było dłuższe niż praw obywatelskich i politycznych i wykazują zupełnie inny charakter niż wspomniane wyżej prawa. Zdecydowanie dużym kłopotem jest brak aspektu samowykonalności prawa do zdrowia co zdecydowanie utrudnia dochodzenie praw na drodze postępowań sądowych<sup>71</sup>. Występowanie utrudnień związanych z wykonywaniem prawa do zdrowia, powoduje, że ujednoczenie zakresu prawa do zdrowia wydaje się niemożliwe.

Zaskakujący jest fakt, że w dzisiejszym świecie mówi się z każdej strony o godności ludzkiej, a nie była ona należycie pielęgnowana przez lata, nawet w XXI wieku<sup>72</sup>. Należy się zastanowić co znaczy „godność człowieka”? Godność człowieka stanowi podstawę człowieczeństwa jaką jest wolność. Zabierając człowiekowi wolność tak naprawdę atakujemy również jego godność<sup>73</sup>. Godności nie da się odebrać, gdyż człowiek będąc na kolanach może być przepelniony godnością, ale robiąc zamach na jego wolność, wywieramy również poniekąd atak na jego godność, próbując go złamać. Patrząc z normatywnego punktu widzenia, należy uzmysłwić sobie, że godność jest nierozłącznym elementem istoty ludzkiej. Nie można przypisać godności ludzkiej nikomu innemu niż człowiekowi – osobie rozumnej. Takie podejście jest określane mianem godności osobowej<sup>74</sup>. Mówiąc o godności należy przywrócić się prawom człowieka, które nie doczekały się legalnej definicji, dlatego tak ważne jest zrozumienie pojęcia „godności osobowej”. Pojęcie to jest czymś nowym w odniesieniu prawa międzynarodowego. Za wzór i lekkie odniesienie można uznać podobieństwo do rzymskiej tezy „dignitas hominis”<sup>75</sup>, które było stwierdzeniem odnoszącym się do statusu społecznego oraz piastowania urzędów społecznych. Twórcy PDPC po II wojnie światowej chcieli stworzyć definicję, która w odpowiedni sposób ujmuje pojęcie godności w systemie praw człowieka<sup>76</sup>. Jednak rywalizujące ze sobą dwa mocarstwa, miały odrębne podejście ideologiczne, co skutecznie utrudniało stworzenie uniwersalnej definicji. Pojęcie, które satysfakcjonowało obydwie strony ujęto w „godność ludzką”, jednak to pojęcie było za szerokie i nieostre, które przez szeroki zakres interpretacji bardziej utrudniało, niż pomagało w respektowaniu prawa.

---

<sup>70</sup> C. Byk, *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*, PiP 2000, Nr 9, s. 22-32.

<sup>71</sup> T. Mróz, *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Białystok 2011, s. 34-51.

<sup>72</sup> J. Resnick, J. Chi-hye Suk, *Adding Insult to Injury: Questioning the Role of Dignity in Conceptions of Sovereignty*, Stanford L.Rev. 2003, wyd. 55, s. 1921-1962.

<sup>73</sup> W. Osiatyński, *Wprowadzenie do praw człowieka* [online], 1995 [przełączany 2 czerwca 2021], <https://www.hfhr.pl/wp-content/uploads/2016/02/WiktorOsiatynskiWprowadzenieDoPojeciaPrawCzlowieka.pdf>.

<sup>74</sup> D. Kretzmer, E. Klein, *The Concept of Human Dignity in Human Rights Discourse*, Hague 2002, s. 6.

<sup>75</sup> C. McCrudden, *Human Dignity and Judicial Interpretation of Human Rights*, EJIL 2008, nr 19(4), s. 656.

<sup>76</sup> J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013, s. 66.

Chociaż występowało wiele niespójności to element godności był tak ważny i priorytetowy, że znalazł się już w preambule Karty Narodów Zjednoczonych. W dalszej kolejności pojęcie to zaczęło się pojawiać w innych traktatach o charakterze międzynarodowym, mówiących o prawach człowieka m.in. w Międzynarodowej konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej z 7.3.1966 r., jak również Unia Europejska zamieściła restrykcje mówiące o poszanowaniu godności ludzkiej w katalogu wartości Unii z art. 2 TUE. Nie tylko organizacje międzynarodowe zajęły się godnością jako podstawą praw człowieka. Konstytucje państw zawierają wpisy o poszanowaniu godności jako elementu ochrony. Godność osobowa w przeciwieństwie do godności osobistej charakteryzuje się niezbywalnością. Należy jednak podkreślić, że jest to pojęcie nieostre, gdyż nie nadmienia jak interpretować niezbywalność<sup>77</sup>. Należy scharakteryzować od kiedy przysługuje to prawo, czyli kiedy płód staje się człowiekiem. Ten temat wywołuje niezmiernie dużo kontrowersji, jednak aby było to pojęcie ostre należy scharakteryzować je, dla wykonania kroku naprzód w ochronie praw człowieka i ochrony jego zdrowia i życia. „Godność ludzka” jest pojęciem szerokim co nie spełnia wymogów wąskiego znaczenia godności, a jej szeroka definicja uniemożliwia konkretyzację, więc uniemożliwia rozumienia jej w prawidłowy sposób do rzetelnego odniesienia do praw człowieka. Taka szeroka definicja jest od dawna krytykowana przez ekspertów, jednak obecnie jest brak jakiegokolwiek odpowiedniej alternatywy.

Stawiając sobie pytanie- „dlaczego godność jest taka ważna?”<sup>78</sup>, łatwo można sobie odpowiedzieć no to pytanie. Jest ważna, gdyż stanowi podstawę, fundament wszystkich praw przysługujących człowiekowi i właśnie na podstawie godności opiera się m.in. prawo do zdrowia<sup>79</sup>. Przenosząc się myślami do czasów starożytnych należy przeanalizować teorię Sokratesa czy Arystotelesa, którzy w swoich filozofiach twierdzili, że cechy takie jak reputacja, cieszący się szacunek, status społeczny decydowały o wartości człowieka. Z wyników takiego właśnie myślenia dochodziło przez lata do niewolnictwa i braku wolności, poszanowania drugiego człowieka. Antagonistyczną teorię wyeksponował Herodot wraz z Heraklitem, którzy mieli całkiem odrębne spojrzenie na człowieka. Oni uważali, że godność człowieka to coś czego nie można nabyć, bądź zabrać. Uważali, że człowiek rodzi się z poczuciem godności i od początku istnienia posiada godność osobową, jako przyrodzone prawo. Takie ujęcie godności osobowej przetrwało i do dzisiejszego dnia można zauważyć taki pogląd wśród

---

<sup>77</sup> J. Kapelańska-Pręgowska, *Prawo do zdrowia jako prawo człowieka*, Ius est ars boni et aequi, Toruń 2009, s. 12-20.

<sup>78</sup> J. Kięczkowska, *Kampanie medialne na rzecz ochrony zdrowia – rzetelna informacja czy promocja strachu?*, *Współczesne uwarunkowania promocji i reklamy*, Warszawa 2013, s. 81-82.

<sup>79</sup> D. Kiedik, A.M. Fal, *Zdrowie publiczne. Podręcznik akademicki*, Wrocław 2010, s. 12.

prawnych aktów międzynarodowych, krajowych, jak również mocno jest zaakcentowane w krajowych konstytucjach czy krajowych aktach prawnych. Na tej podstawie należy wnioskować, że godność osobowa stanowi prawo naturalne, przypisane do człowieka, a nie stworzone przez człowieka prawo stanowione. Podsumowując należy podkreślić, że zasada godności osobowej jest nienaruszalna. Przypisana jest do człowieka w sposób nierozłączny.

Godność ludzka jest podstawową materią, na której opierają się teorie praw międzynarodowych w tym prawo do zdrowia. Scharakteryzowanie prawa do zdrowia wśród innych dóbr przypisanych człowiekowi, stanowi dużo bardziej efektywne zadbanie o prawo do zdrowia, a tym samym jego znaczną ochronę już w podstawowym wymiarze. Prawo do zdrowia zostało wskazane jako przypisane dobro powszechne, czyli takie, które przez swoją naturę akceptuje się w każdym z systemów prawnych. Przeglądając akty prawne dotyczące ochrony zdrowia widzimy, że opierają się na przyrodzonej godności należącej do człowieka a co za tym idzie, należy brać pod szczególną uwagę i respektować godność jako przynależne człowiekowi prawo, co umożliwia tworzenie logicznej całości zmierzającej do realizowania, przestrzeganie innych kategorii praw. Co do zasady nie może podlegać ograniczeniom, występuje nakaz poszanowania zdrowia drugiego człowieka.

Jak wiemy godność, która domyślnie nieodzownie wchodzi w definicję zdrowia, chroniona jest na podstawie praw człowieka. A tym samym instytucje międzynarodowe czuwają, aby karze państwo w sposób rzetelny przestrzegało praw człowieka. Chociaż instytucje międzynarodowe czuwają nad prawami człowieka to wykonywanie ich należy do władzy krajowej. Prawa człowieka zakotwiczone są w ludzkiej godności, dlatego tak ważne jest, aby były chronione w należyty sposób. Przedmiot prawa do zdrowia to wyłączenie możliwości wyrządzenia uszczerbku na zdrowiu człowieka. W skład tego wchodzi szeroko pojęta nietykalność, nie tylko na poziomie fizycznym, ale również na podłożu psychicznym, duchowym czy nawet społecznym. Zupełnie czym innym jest przedmiot wyróżniający prawo do ochrony zdrowia, który wyznaczany jest przez aktualną politykę zdrowotną. Trzeba zdać sobie sprawę, że godność człowieka niepodzielnie łączy się z pojęciem zdrowia. Nieposzanowanie godności człowieka wiąże się z określonymi negatywnymi skutkami wymierzonymi w zdrowie. Należy nakreślić, że ma to wymiar obopólny, gdyż poprawa zdrowia wiąże się również ze stabilizacją i ugruntowaniem godności, dlatego jest to fundament międzynarodowego prawa do zdrowia publicznego.



## ROZDZIAŁ III

### PANDEMIE

#### 3.1. Definicje pandemii i epidemii.

Mówiąc o chorobach zakaźnych należy mieć na uwadze, że nie wszystkie terminy z nimi związane są jednoznaczne i są sobie równe, jak również przez brak rozróżnienia często są używane błędnie. Skupiając się na definicji „pandemii” nie można pominąć definicji „epidemii”. Każda epidemia jak również pandemia wywoływała wśród ludności ogromny niepokój jak również ogromną panikę. Trzeba zdać sobie sprawę, że nie każda epidemia przeobraża się w pandemię. Często te terminy są używane i spływane przez samych ekspertów. Nie bez przyczyny występuje takie zjawisko, gdyż każdy z tych dwóch terminów jest płynny, zmienia się wraz z niektórymi czynnikami, jak również, wtedy gdy choroby stają się bardziej lub mniej nasilone i rozpowszechnione. W potocznej rozmowie, odróżnienie tych dwóch pojęć, może nie ma dużego wpływu na konwersację, jednak rozróżnianie ich pomaga zrozumieć specyficzne wiadomości dotyczące tematu z obszaru zdrowia publicznego. Należy zadać sobie pytanie czym różni się pandemia od epidemii. Nasilenie objawów choroby, czas jej trwania i liczba zachorowań, mogą się różnić od sporej liczby czynników. Jednym z tych czynników jest zakaźność patogenów. Mówiąc o zakaźności należy mieć na myśli stopień w jakim czasie rozprzestrzenia się patogen na danym obszarze. Gdy liczba zachorowań w danym rejonie jest znacząco większa niż przewidywana norma, wtedy mamy do czynienia z epidemią. Epidemia jest terminem używanym do definiowania wielu problemów, które, wymknęły się spod kontroli. Władze w takim wypadku mogą wprowadzić stań epidemii i wprowadzić określone zalecenia umożliwiające skuteczne przeciwdziałanie w rozprzestrzenianiu się patogenu jak również strategię zdrowotne. W przypadku, gdy na świecie choruje duża liczba osób na całym świecie w tym samym czasie to Światowa Organizacja Zdrowia może wprowadzić stan –

pandemii<sup>80</sup>. Czyli głównymi różnicami pomiędzy tymi stanami jest obszar występowania. Mimo, że niuanse są niewielkie, warto brać je pod uwagę. Trzeba zdać sobie sprawę, że prawidłowe definiowanie, sprzyja odpowiedniej reakcji i wprowadzeniem odpowiedniej kontroli nad zapobieganiem choroby.

Jak bardzo zawiły jest temat podczas definiowania tych pojęć, należy zwrócić uwagę, na fakt opisujący dwojaką naturę definicyjną epidemii. Jest ona najczęściej używana do opisywania konsekwencji postępowania choroby, ale również żyje w języku potocznym do zestawienia zachowania np. istnienie epidemii napadów agresji wśród więźniów, jak również zjawisk odnoszących się do stanów behawioralnych, jak np. epidemia paniki. Jak widać te językowe zapożyczenia i wchodzenie jednego znaczenia w drugie, wpływają na tutejszy kontekst wypowiedzi i wprowadzają niemałe zamieszanie. Trzeba unaocznic, że nawet medycznie określenie epidemii nie musi jednoznacznie i prawidłowo określać stanu postąpienia choroby i jej skali.

Epidemiologia jest jedną z gałęzi nauk medycznych, która zajmuje się kontrolowaniem chorób oraz występowaniem i ich umiejscowieniem. O stopniu występowania choroby można prowadzić długie i złożone dyskusje, należy jednak mieć na uwadze, że są dwa czynniki, które w sposób rzetelny mogą zobrazować ten stopień. Jest to:

- a) współczynnik reprodukcji- określa on tempo rozprzestrzeniania się patogenu. Ta zależność pokazuje, że wartość określana jako „R”, jeżeli jest wyższa od 1, daje informację o rozwijaniu się epidemii. Można powiedzieć, że każda osoba, będąca zarażona patogenem zaraża ilość osób, jaką wskazuje współczynnik „R”. Analogicznie rzecz się ma ze zmniejszaniem epidemii, gdy wartość „R” wskazuje mniej niż 1 to epidemia, traci rozpęd i zaczyna hamować swoje rozprzestrzenianie. Gdy wartość „R” wykazuje niską liczbę przez długi czas, to epidemia z czasem wygasa.
- b) krytyczna wielkość społeczności- określa liczbę osób narażonych na zarażenie patogenem. Jak wiadomo na obszerność podatnej populacji ma wpływ wiele czynników m.in. uwarunkowania genetyczne, dlatego te liczby są szacunkowo określane przed odpowiednich specjalistów.

Mówiąc o pandemii i epidemii należy zastanowić się w jaki sposób epidemiolodzy opisują dane zdarzenia chorobowe. Posługują się umowną klasyfikacją określającą:

---

<sup>80</sup> WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [online], Geneva: World Health Organization 2020, [przeoglądany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

- a) sporadyczny- jak sama nazwa wskazuje, są to zjawiska występujące w sposób minimalny, charakteryzujące się nieregularnością oraz małą powtarzalnością na danym terenie. Do tej grupy można zaliczyć m.in. bakterie *Escherichia coli* (pałeczka okrężnicy) czy *Salmonella*, które wykazują rzadkie, małe ogniska chorobowe.
- b) klaster- odnosi się do chorób występujących w określonym miejscu i czasie, których liczba zachorowań jest wyższa od normy, nawet w przypadku niepewnego źródła przyczyny występowania. Takie zjawisko często można zauważyć przy odnotowywaniu występowania chorób nowotworowych na skutek katastrof jądrowych czy chemicznych na danym obszarze.
- c) endemia- to określenie mówiące o tym, że nastąpił wzrost liczby chorych, która jest wyższa od normalnych oczekiwań i przewyższa przewidziane statystyki. Jak wspomniane zostało szybciej endemia ma dość szeroką definicję, również służącą do określenia występowania choroby na węższym obszarze geograficznym niż pandemia.
- d) pandemia- opisuje poniekąd epidemie, która przez swoją zjadliwość objęła swoim zasięgiem kilka krajów jak również kontynentów, obejmując patogenem chorobotwórczym dużą liczbę ludzi.

Terminy epidemii i pandemii dają u odbiorcy złudne wrażenie prognozy, który po określonym przekroczeniu zachorowalności przekształca epidemię w pandemię, jednak to jest zbyt płynne zjawisko również u epidemiologów. Staje się to przez to, że niektóre choroby wraz z płynącym czasem są mniej lub bardziej rozpowszechnione i śmiertelne co zmusza WHO do regularnych gromadzeń odpowiednich statystyk. Te rozważania nie mogą pozostawiać złudzenia, że do pandemii nie można podchodzić w identyczny sposób jak do epidemii patrząc pod względem współpracy międzynarodowej. Jednak z drugiej strony należy mieć na uwadze, że epidemia jest formą mniej agresywnej i zjadłej pandemii, a gdy jej efektywność wzrasta to wykracza poza granice, jak to jest w przypadku wirusa Ebola. Edukacja i oswojenie społeczeństwa z wyżej wymienionymi terminami medycznymi jest bardzo ważnym elementem, gdyż niektóre terminy wywołują wśród ludności świata nadmierną panikę. Jednym z przykładów nadmiernej paniki jest ognisko epidemii Zika, która wybuchła w Stanach Zjednoczonych w 2016 roku. Epidemia okazała się lokalna i nie przeobraziła się w pandemię, kończąc swoje trwanie infekując ok. 300 osób<sup>81</sup>. Przyglądając się problemowi występowania HIV, choroby zajmującej wysoki procent obszarów całej planety, często zamienia się już oznaczenie pandemii na epidemię, gdyż wprowadzanie skutecznego leczenia, wdrażanie

---

<sup>81</sup> V. Hall, W.L. Walker, N.P. Lindsey, *Update: noncongenital Zika virus disease cases - 50 U.S. states and the District of Columbia*, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018, 67(9), s. 265-269.

profilaktyki zdrowotnej i seksualnej oraz edukacja powodują, że wskaźniki maleją w obrębie obszarów, które niegdyś były głównymi ogniskami tej choroby<sup>82</sup>. Z drugiej strony należy zauważyć, że co roku grypa mutuje w bardziej zjadliwą formę, przez co urzędnicy zdrowia publicznego określają ją często mianem pandemii w szczególności grypę H1N1 z 2009 roku. Nie mówiąc o sytuacji COVID-19, która w szybkim tempie z epidemii przerodziła się w pandemię.

### 3.2. Historia pandemii

Pandemia nie jest nowym zjawiskiem, chociaż budzi strach wynikający nie tyle z samej choroby co z niewiedzy społeczeństwa. Ludność świata od wieków walczy z pandemiemi na świecie. Mimo, że medycyna tak znacząco posunęła się naprzód, to i tak nie pozwoliło to uchronić przed powstaniem obecnej pandemii COVID-19. Patrząc wstecz, każda epoka miała swoje choroby zakaźne atakujące ludzkość i zagrażając ludzkiemu życiu rozprzestrzeniały się na coraz to nowsze obszary. W średniowieczu królowały zdecydowanie dżuma oraz trąd. Następnie wraz z czasem zaczęły się pojawiać ogniska ospy prawdziwej i kiły. Następnie w XIX wieku wyłoniła się gruźlica, którą zdecydowanie otaczała aura tajemniczości i romantyczności, można powiedzieć, że to choroba znamienitych artystów, muzyków czy literatów, chociaż w rzeczywistości w tej chorobie nie ma ziarnka romantyczności<sup>83</sup>. Początek XX wieku to nastanie licznych pandemii grypy, szczególnie najwięcej zgonów pochłonęła grypa hiszpanka. XXI wiek to istny kocioł walki z poprzednimi pandemiemi, które należało kontrolować i zwalczać aż po 2020 rok i nastanie nowej pandemii COVID-19, która zostanie zapamiętana na długo przez nowe pokolenia. Tak, więc śmierć wywoływana chorobami zakaźnymi powodującymi pandemię była niczym niezwykłym, ale za każdym razem i tak jej forma i rozmiar stają się zaskakujące czy to w przeszłości czy to w wydarzeniach obecnych.

---

<sup>82</sup>World Health Organization, *Disease outbreaks* [online], Geneva: World Health Organization 2021 [przełączany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/emergencies/disease-outbreaks/>.

<sup>83</sup> C. Baras, *Rok ciemności*, *New Scientist*, nr 221(18) styczeń 2014, s. 34-38.

### 3.2.1. Pandemia Justyniana

Mówiąc o historii pandemii należy cofnąć się do panowania cesarza Justyniana I, który to panował w latach 527-565 n.e.. Za czasów jego panowania doszło do jednej z największej pandemii na całym świecie. Pandemią tą była dżuma, która przez swój rozwój pochłonęła miliony osób. Choroba ta nadeszła do Konstantynopola w 542 r. n.e. obejmując imperium, a następnie rozprzestrzeniając się na inne tereny śródziemnomorskie. Jej rozwój trwał do 750 roku n.e. i ostatecznie zniknął. Prawdopodobnie dżuma przywędrowała z terenów Chin, bądź terenów Indii, prowadząc transami handlowymi morskimi jak i lądowymi przez tereny Wielkich Jezior w Afryce. Zaraza Justyniana, jak została okrzyknięta ta pandemia, miała swój początek w Egipcie. Następnie rozprzestrzeniając się dwukierunkowo, w kierunku północnym do Aleksandrii jak również na wschód do Palestyny. Jak się później okazało nośnikiem choroby okazał się szczur czarny, który poprzez przebywanie w przewożonym zbożu podróżował wraz z towarem do innych obszarów geograficznych. Zboże przechowywane w pomieszczeniach magazynowych było idealną pożywką do rozwoju szczurów jak również pcheł, które wraz ze szczurami stały się przenośnikami choroby. We wspomnianych wyżej latach odnotowano znaczne obniżenia temperatury atmosferycznej, przypadki śniegu i mrozu, krótkie nasłonecznienie, jak również trwająca wojna spowodowały pierwszy wybuch epidemii, który po czasie zamienił się w pandemię dżumy. Niska temperatura dała o sobie znać przy zbiorze plonów, które okazały się mizerne. Fala głodu sprawiła niezwykle migracje zagłodzonej ludności, a wraz z nią podążały szczury i pchły, gdyż higiena w ówczesnych czasach była na niskim poziomie. Podsumowując wojna, złe warunki atmosferyczne, głód i liczne migracje w obecności zwierząt przenoszących chorobę spowodowały idealne warunki skutkując wywołanie pandemii, która objęła swoim zasięgiem połowę populacji europejskiej. W późniejszych czasach, gdy technologia pozwoliła na analizę DNA kości, które uczeni archeolodzy odnaleźli w tamtejszych grobach wykazały, że dżuma panująca w Cesarstwie

Justyniana była dymienicza<sup>84</sup>. Późniejsze badania jednak nie wykluczają, że w tamtych czasach równolegle mogły panować odmiany dżumy płucnej i posocznica. Dżuma dymienicza, która zyskała złą sławę za czasów Justyniana, była tą samą odmianą, która w XIV wieku w Europie była nazywana „czarną śmiercią”, która zabiła w tamtejszych czasach ponad połowę populacji Europy. Zapiski Starego Testamentu sugerują, że to nie była nowa zaraza, o czym świadczy przypowieść o Filistynach, którzy ukradli podstępnie Arkę Przymierza Izraelitom a następnie doświadczyli choroby „wzdęć”, która sugeruje dżumę. Prokopiusz z Cezarei, czyli nadworny pisarz Justyniana, w swoim dziele „Historia sekretna” opisał jakie skutki i objawy niesła za sobą choroba<sup>85</sup>. Podkreśla w swoich zapiskach jak ludzie cierpieli na urojenia za sprawą gorączki, często zapadali w głęboką śpiączkę i już nigdy z niej nie wychodzili. Podaje on do wiadomości, że od wystąpienia objawów mijało zaledwie parę dni do nadejścia śmierci, ale to nie było zasadą, gdyż również śmierć występowała u niektórych tuż przy wczesnych objawach. Taki opis sprawia, że naukowcy są pewni, że jest to sprawa dżumy dymienicznej. W tamtych czasach brakowało odpowiedniego ośrodka kierującego takimi zdarzeniami czyli odpowiednika dzisiejszej Światowej Organizacji Zdrowia. Ludzie w tamtym okresie w Cesarstwie Bizantyjskim mieli dwie drogi postępowania podczas zakażenia. Tymi środkami było skorzystanie z personelu medycznego, bądź szeroko rozumianych środków domowych. Często do lekarzy mieli dostęp tylko dobrze sytuowani mieszkańcy, co powodowało tak rozległe epidemie, gdyż ludzie leczyli się domowymi sposobami<sup>86</sup>. Często w domowym zaciszu próbowano walczyć magicznymi sposobami, minerałami wypełnionymi energią, amuletami i innymi talizmanami. Personel medyczny składał się głównie z lekarzy, którzy nie byli znachorami, ale odpowiednio do tamtych czasów fachowo przeszkolonymi fehmistrzami<sup>87</sup>. Aby zostać lekarzem trzeba było ukończyć czteroletni staż prowadzony przez osoby odpowiednio zaangażowane i doświadczone. Tacy mentorzy w czasach Aleksandrii nazywani byli- jastrofistami. Wykładali oni i przyuczali do zawodu w odpowiednim ośrodku szkoleń medycznych. Droga jaką podążała medycyna w tamtym okresie za panowania Justyniana, była skoncentrowana na nurcie greckiego lekarza jakim był Galen. Nie trudno zauważyć, że chociaż były to odległe czasy, bardzo poważnie podchodzono do pomocy medycznej. Pandemia jaką

---

<sup>84</sup> M. Harbeck, *DNA Yersinia pestis ze szczątków szkieletu z VI wieku naszej ery ujawnia ingerencje w dżumy Justyniana*, PLOS Pathogens 2013, wyd. 9, s. 1–8.

<sup>85</sup> W. Orent, *Plague*, Free Press: New York, 2004, s. 3.

<sup>86</sup> W. Rosen, *Justinian's Fleas*, Penguin Books, Nowy Jork, 2007, s. 15-20.

<sup>87</sup> J. Kelly, *The Great Mortality: An Intimate History of the Black Death, the Most Devastating Plague of All Time*, Harper Perennial, Reprint edition 2006, s. 21-27.

zaznało cesarstwo Justyniana była nadmiernie śmiertelna<sup>88</sup>. W dziele Prokopiusa opisane są liczby sięgające 10 000 tysięcy zgonów dziennych w obrębie Konstantynopola. Mimo, że te liczby są podważane przez dzisiejszych uczonych, którzy twierdzą, że te liczby oscylowały wokół 5000 tysięcy zgonów dziennych, niemniej jednak te liczby są ogromne i pokazują jak ważna jest rola, żeby tak zaciekle rozwijać medycynę i środki leczenia w walce z pandemią.

### 3.2.2. Pandemia grypy hiszpańskiej

Mówiąc o pandemiach, które niosły za sobą tragiczne skutki, należy zdecydowanie przybliżyć historię grypy hiszpańskiej, która przeobraziła się w pandemię o ogromnej skali śmiertelności. Jej wybuch w 1918 roku zebrał żniwo około 20 do 50 milionów zgonów, infekując około 500 milionów ludzi. Grypa ta po raz pierwszy została zauważalna w Europie, w niektórych częściach Azji oraz w Stanach Zjednoczonych, a następnie rozprzestrzeniła się na cały świat. W tamtych czasach nie było skutecznego kierowania strategicznego na wypadek pandemii, ten obszar zarządzania medycznego dopiero budził się do życia. W tym czasie nie było odpowiednich leków oraz szczepionek. Nakazywano ludziom ograniczać kontakty międzyludzkie, nosić maseczki, zamykano szkoły i teatry<sup>89</sup>. Osoby zmarłe na tę odmianę grypy były układane w prowizorycznych magazynach, gdyż liczba dziennych zgonów była ogromna, a cała sytuacja trwała aż do momentu, gdy wirus przestał siał tak ogromne zagrożenie. Początki fali pandemii przypisuje się wiosnie 1918 roku i zdawało się, że jej przebieg będzie kontrolowane i łagodne. Niosła za sobą typowe grypowe objawy dreszczy, gorączki oraz zmęczenia, zainfekowani ludzie zwykle przechodzili chorobę w kilka dni i wracali do zdrowia, a liczba zgonów była minimalna, wydawać się mogło, że zdawkowa<sup>90</sup>. Ta sytuacja trwała aż do wczesnej jesieni 1918 roku, niosąc za sobą koszmar i ogromną liczbę zgonów. Zarażone ofiary umierały w ciągu kilku godzin lub dni po infekcji. Skóra pacjentów przybierała kolor

---

<sup>88</sup> J. M. Barry, *The Great Influenza: The Story of the Deadliest Pandemic in History*, Penguin Books; Revised ed. edition 2005, s. 35-45.

<sup>89</sup> J.K. Taubenberger, A.H. Reid, R.M. Lourens, *Characterization of the 1918 influenza virus polymerase genes*, Nature 2005, nr 437, s. 889-893.

<sup>90</sup> T.M. Tumpey, C.F. Basler, P.V. Aguilar, *Characterization of the reconstructed 1918 Spanish influenza pandemic virus*, Science 2005, nr 310, s. 77-80.

niebieski, a płuca wypełniał płyn, którego nie można było wykrztusić. W roku 1918 średnia długość życia w Europie i Ameryce gwałtownie spadła o kilkanaście lat.

Nie ustalono skąd się wziął ten konkretny, wysokozjadliwy szczep grypy, który zapoczątkował tak brutalną pandemię. Wiadomo, że jego początki miały miejsce w Europie. Należy sobie zdać sprawę, że pomimo niejednego ogniska tej grypy w Europie, za jej miejsce powstania okrzyknięto Hiszpanię. To trochę wygodne rozwiązanie, gdyż Hiszpania była bardzo zaawansowanie zarażona tym wirusem grypy, jednakże Hiszpania była wolna od działań wojennych, dlatego przepływ informacji zdrowotnych oraz dokumentacja medyczna mogła być w tamtym czasie prowadzona w sposób rzetelny, niż to miało miejsce w innych krajach Europy zajętych działaniami wojennymi. Bardzo ważnym punktem były statystyki mówiące, o tym że ten szczep atakował również bardzo młodych ludzi, którzy zawsze dużo lepiej sobie radzili z wszelkimi infekcjami zakaźnymi od starszych ludzi<sup>91</sup>. Jedną z bardzo przejmujących statystyk były badania, które wykazały, że więcej żołnierzy strony amerykańskiej zginęło od grypy niż podczas bitew, które prowadziła armia amerykańska w 1918 roku. Jak wspomniałem wyżej, grypa hiszpanka, nie pochodzi z Hiszpani, ale potocznie się przyjęło, że to jest miejsce jej powstania<sup>92</sup>. Kraj ten podczas I wojny światowej był neutralny, posiadający wolne media i przekazujący obiektywny przekaz kierowany do swojego społeczeństwa. W Hiszpanii na bieżąco podawano informację o wybuchu epidemii. Pierwszym miastem, w którym poinformowano społeczeństwo o epidemii był Madryt. Przez to, że Hiszpania relacjonowała na bieżąco swoją epidemię przyjęto nazwę, że źródłem jej wybuchu był ten kraj, co było dość komiczne, gdyż Hiszpanie w równoległym czasie byli przekonani, że wirus ten pochodzi z frontów walk we Francji i nazwali go- grypą francuską. Uderzenie hiszpańskiej grypy było dla lekarzy i naukowców, wielką niewiadomą. Ta niewiedza niosła za sobą konsekwencje braku odpowiedniego zarządzania strategią choroby. Trzeba zdać sobie sprawę, że I wojna światowa przyniosła liczne braki kadrowe w gałęzi medycyny i pracowników służby zdrowia w Europie i Stanach Zjednoczonych. W Europie szpitale były przepełnione przez żołnierzy ponoszących rany na froncie wojennym. Często szkoły i prywatne budynki zostawały przekształcane w szpitale, w których często rolę lekarzy spełniali studenci medycyny. Nie mając szczepionek, ani skutecznych lekarstw na grypę, modnym w tym czasie było przypisywanie aspiryny, gdyż została opatentowana w 1899 roku przez firmę Bayer, lecz jej patent wygasł wraz z rokiem

---

<sup>91</sup>T. Horimoto, Y. Kawaoka, *Influenza: lessons from past pandemics, warnings from current incidents*, Nat Rev Microbiol 2005, nr 3, s. 591-600.

<sup>92</sup>A.W. Crosby, *America's Forgotten Pandemic. The Influenza of 1918*, Cambridge: University Press 2003, s. 1-69.



1917 co umożliwiło masową produkcję przez inne firmy. W tamtym okresie praktycznie cała Europa wraz ze Stanami Zjednoczonymi korzystała z aspiryny jako leku na grypę<sup>93</sup>. Przypisywano, że dawka mogąca sobie radzić z grypą to 30 gram dziennie. Już wtedy wiedziano, że taka dawka jest toksyczna dla organizmu człowieka i wywołuje niepożądane skutki uboczne, mogące prowadzić nawet do śmierci. Jedną z hipotez mówi, że wiele zgonów wywołanych grypą hiszpanką to tak naprawdę skutki uboczne przedawkowania aspiryny. Przedawkowanie jej prowadziło do zalegania śluzu w płucach jak również ich obrzęk, czyli bardzo zbliżone objawy jakie wywoływała grypa. Jesienne zgony były również spowodowane złym leczeniem i brakiem fachowej kontroli lekarskiej. Literatura na temat grypy hiszpanki jest niezwykle obszerna. W każdym kraju badano sposoby walczenia z nią. Zdecydowanie czynnikiem rozszerzającym ówczesną pandemię był stan wojny, a co za tym idzie opłakane warunki higieniczne oraz niedożywienie<sup>94</sup>. Ważnym źródłem pozwalającym określić jaka skala problemu wystąpiła na danym terenie były lokalne gazety wydawane w każdym kraju. Niestety pamiętać należy, że podawane liczby zgonów i superlatywne badania, które opisywane były w wydanych gazetach były półprawdą, gdyż istniała polityka mówiąca o ograniczonych informacjach, aby nie wywoływać paniki. Rzetelną wiedzę, przekazywały również artykuły naukowe i publikacje<sup>95</sup>. Zawarte w nich były wyniki badań wraz ze sprawozdaniami opisującymi pomyślnie bądź negatywne wyniki badań nad wirusem hiszpańskiej grypy. Mimo, że czas wojny panujący w Europie utrudniał w dość odczuwalny sposób kontakty między uczonymi pragnącymi zaprzestać pandemii, jednak z ogromnym zaangażowaniem lekarzy i światowych uczonych podejmowano próby organizacji posiedzeń naukowych<sup>96</sup>. Cały okres pandemii przyniósł uczonym bazę informacji oraz spostrzeżeń umożliwiających pracę nad wynalezieniem środka mogącego leczyć i ulżyć chorym pogrążonym w cierpieniu. Informacje o badaniach i ich wynikach były na bieżąco odświeżane w kartach czasopism naukowych. Należy podkreślić, że w naszym rodzimym Krakowie badania nad grypą hiszpanką przeprowadzał Tomasz Janiszewski, publikując swoje analizy w publikacji „Przegląd Lekarski”. Było to spowodowane tym, że w Krakowie w szybkim tempie szerzyła się grypa. Od połowy września 1918 roku Janiszewski apelował do tutejszych lekarzy, aby koledzy

---

<sup>93</sup> N. Johnson, J. Mueller, *Updating the accounts: global mortality of the 1918–1919 “Spanish” influenza pandemic*, Bull Hist Med 2002, nr 76, s. 105-15.

<sup>94</sup> D.K. Patterson, G.F. Pyle, *The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic*, Bull Hist Med 1991, nr 65, s. 4-21.

<sup>95</sup> A.H. Reid, J.K. Taubenberger, T. Fanning, *The 1918 Spanish influenza: integrating history and biology*, Microbes Infect 2001, nr 3, s. 81-7.

<sup>96</sup> J.S. Oxford, A. Sefton, R. Jackson, W. Innes, R.S. Daniels, N. Johnson, *World War I may have allowed the emergence of “Spanish” influenza*, Lancet Infect Dis 2002, wyd. 2, s. 4-110.

lekarze informowali Miejski Urząd Zdrowia o zachorowalności swoich pacjentów, aby wnikliwiej zbierać materiał badawczy, który pozwoli nie tylko na ziemiach polskich, ale również innych europejskich zakątkach kontynentu prowadzić do zaprzestania choroby<sup>97</sup>. Takie postępowanie nie było oczywiste, gdyż ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych nie przewidywała grypy, jako choroby, o której lekarze musieli informować izbę lekarsko-sanitarną. Kraków należał do najbardziej zainfekowanych miast na ziemiach polskich. Wybitni krakowscy uczeni przeprowadzali w tamtym okresie szereg badań anatomopatologicznych i bakteriologicznych, co skutkowało licznymi publikacjami, które mają swój wkład w przezwyciężeniu choroby nie tylko na ziemiach polskich, ale również pomagając globalnie walczyć z wirusem<sup>98</sup>. Przez ostatnie stulecia technologia jakiej używa się do badania jak i instrumenty do zarządzania pandemią robiły znaczące postępy. Odtworzenie wirusa pandemicznego grypy hiszpanki z 1918 roku ułatwiło zrozumienie w odróżnieniu wirusa, który ma charakter pandemiczny od innych szczepów grypy sezonowej. Należy podkreślić również, że po czasie trwania pandemii w latach 1918-1919 doszło do opracowania środków zapobiegawczych w postaci szczepionek oraz środków farmakologicznych o charakterze przeciwwirusowym, aby skutecznie walczyć z grypą. Mimo, że upłynęło wiele lat od wybuchu pandemii grypy potocznie mówiąc powstałej w Hiszpanii, to wnioski jakie można uzyskać z tej lekcji dały bogatą wiedzę jak postępować przez lata z wirusem grypy, aby minimalizować ryzyko powstania pandemii. Analiza wybuchu tej pandemii umożliwiła wzmocnienie mechanizmów zdrowia publicznego, jak również daleko idącej przewidywalności potencjalnego zagrożenia jakie niesie za sobą pandemia dla zdrowia publicznego. Trzeba podkreślić, że wyciągnięte wnioski z 1918 i 1919 roku umożliwiły znaczącą poprawę zdrowia publicznego, jak również wykonanie nowego kroku w celu usprawnienia badań nad pandemią. Jednak trzeba mieć na uwadze, że jeszcze dużo przed nami, obecna wiedza na temat wirusów to dopiero wierzchołek góry lodowej. To wszystko sprawia, że pomimo dostępu od 100 lat po pandemii grypy hiszpanki do szczepionki przeciwko grypie, wirusy te nadal stwarzają globalne ryzyko dla zdrowia publicznego. Ta sytuacja sprawia, że nie należy skupiać się jedynie na badaniach i opracowaniach leczenia, ale również nad uświadamianiem społeczeństwa jakie ryzyko przynosi grypa, jak również należy opracowywać globalne strategie ograniczające występowanie pandemii grypy.

---

<sup>97</sup> E.D. Kilbourne, *Influenza pandemics of the 20th century*, Emerg Infect Dis 2006, wyd. 12, s. 8-16.

<sup>98</sup> T. Janiszewski, *Epidemia influenzy czyli tzw. choroby hiszpańskiej w Krakowie*, Przegląd Lekarski 1918, wyd. 40, s. 271.

### 3.2.3. Pandemia ospy

Jedną z chorób, która zebrała ogromne żniwo śmierci przez swoją zjadliwość i ogromne rozprzestrzenianie była ospa wywoływana przez wirus jakim jest ospa wietrzna<sup>99</sup>. W początkowych latach choroba ta nosiła nazwę ospy prawdziwej, gdyż skala na jaką występowała była mniejsza niż ospa wielka czyli kiła. Jeden z wielkich uczonych medyków okrzyknął ospę jako „najstraszliwszą plagę gatunku ludzkiego”. Jak to była z chorobami zakaźnymi występującymi globalnie, ciężko mówić o dokładnych danych śmiertelności, ale szacuje się, że było to około 400 milionów osób tylko w XX wieku<sup>100</sup>. Trudno ustalić pochodzenie ospy wietrznej. Źródła podają, że pierwsze przypadki odnotowano w Chinach w IV wieku, Indiach w VII wieku, jak również w basenie Morza Śródziemnego w X wieku. Ciekawostką jest, że z mumifikowane ciała w Egipcie noszą ślady skórne, które można domniemywać, że pochodzą właśnie w wyniku przebytej choroby ospy. Sam wiek XV dał znać Europie i Azji o obecności ospy, jednakże to w okresach kolonializmu widać było poszerzające się zachorowalności w odleglejszych krańcach świata. Wirus szybko rozprzestrzenił się w tych zakątkach świata co w konsekwencji spowodowało ogromną śmiertelność w wymiarze globalnym. Z końcem XIX wieku pojawiła się mniej śmiertelna ospa, której obecność została zauważona na terenie Afryki Południowej i terenie Stanów Zjednoczonych, a następnie doszła do południowych terenów Ameryki. Te przypadki zostały nazwane alastrim, kaffir oraz ammassam, otrzymując medyczne miano Variola minor, w celu odróżnienia jej od Variola major czyli od ospy prawdziwej. Wiele danych ukazuje jak dużo mniejsze spustoszenie wywołał szczep Variola minor, który wynosił 1% śmiertelności przy 30% śmiertelności, które wywoływała odmiana Variola major.

Przełomowym zdarzeniem w leczeniu ospy prawdziwej było zaobserwowanie, że osoby, które przeszły już tę chorobę nie chorują ponownie. Kolejną obserwacją jaką dostrzeżono był wykaz, że osoby zarażone przez skórę dużo łatwiej przechodziły chorobę niż przez drogi oddechowe. W wyniku tych obserwacji uczeni doszli do pewnych przełomowych

---

<sup>99</sup> F. Wehrle, J. Posch, K.H. Richter, D.A. Henderson, *An airborne outbreak of smallpox in a German hospital and its significance with respect to other recent outbreaks in Europe*, World Health Organ 1970, wyd. 43, s. 669–679.

<sup>100</sup> D.A. Henderson, T.V. Inglesby, J.G. Bartlett, M.S. Ascher, E. Eitzen, P.B. Jahrling, J. Hauer, M. Layton, J. McDade, M.T. Osterholm, *Smallpox as a biological weapon, Medical and public health management. Working Group on Civilian Biodefense*. JAMA 1999, wyd. 281, s. 2127–2137.

rozwiązań, które z czasem zaowocowały. Naukowcy widząc, że osoby zarażone przez skórę dużo łagodniej przechodzą ospę, podążali tym tropem. Zaczęto pobierać wymaz od osób zakażonych wirusem ospy i następnie infekować zdrowe osoby przez rany skórne. Ta metoda w pewnym stopniu kontrolowanego zakażenia przyjęła miano wariolacji. Był to przełomowy moment, jednak nie był on doskonały. Wciąż u wielu pacjentów zarażonych metodą wariolacji, rozwijała się klasyczna postać ospy, a to nadal pochłaniało życie wielu osób. Następnie doszło do odkrycia, które przewyższyło metodę wariolacji przez skórę od zarażonych pacjentów. Edward Jenner doszedł do odkrycia, iż osoby zarażone ospą krów tzw. krowianką, nie chorowały w późniejszym czasie na ospę prawdziwą<sup>101</sup>. Była to choroba krów, która nie była bardzo inwazyjna i obejmowała wymioną krów. Jenner dostrzegł wnioski, które wysuwały teorię, że infekcja ospą krów może zapewnić odporność przeciwko ospie prawdziwej<sup>102</sup>. Tak też się stało, 14 maja 1796 roku doszło do eksperymentu, potwierdzającego teorię Jennera<sup>103</sup>. Zainfekował on 8 letniego chłopca ospą krowią, po czym 1 lipca zaraził chłopca wirusem ospy prawdziwej. Eksperyment wykazał, że nie doszło do rozwoju ospy prawdziwej i tym samym, taki zabieg chroni ludzi przez tak zjadliwą odmianą ospy prawdziwej<sup>104</sup>. Tak zapoczątkowano szczepienia, które były momentem kulminacyjnym ochrony zdrowia publicznego.

Światowa Organizacja Zdrowia w 1959 roku podczas XII Światowego Zgromadzenia Zdrowia wprowadziła rezolucję, która wprowadziła prace nad przeciwdziałaniem ospie prawdziwej w wymiarze globalnym<sup>105</sup>. Te prace jednak nie były zadowalające, a wyniki akcji były nikłe. Powrócono do tematu w 1967 roku. Ustalono program, który był starannie przemyślany, a strategia wieloterminowa zawierała logiczne założenia. Wprowadzono rygorystyczne szkolenia pracowników służby zdrowia, wymagania zawierały instrukcję o izolowaniu chorób zainfekowanych, a następnie wprowadzono szczepienie oraz osoby zaszczepione umieszczano na kwarantannie. Taka taktyka zadziałała i w przedziale dziesięciu lat ospa prawdziwa została zlikwidowana. Ostatni odkryty przypadek miał miejsce w Somali w 1977 roku. WHO dumnie 8 maja 1980 roku ogłosiła wygraną nad ospą. Światowe

---

<sup>101</sup> J. Esparza, L. Schrick, C.R. Damaso, A. Nitsche, *Equination (inoculation of horsepox): An early alternative to vaccination (inoculation of cowpox) and the potential role of horsepox virus in the origin of the smallpox*, *Vaccine* 2017, wyd. 35, s. 7222–7230.

<sup>102</sup> L. Filc-Redlińska, *Szczepionki. Nie daj się zwariować*, Kraków 2016, s. 15-20.

<sup>103</sup> A. Nitsche, H. Ellerbrok, G. Pauli, *Detection of orthopoxvirus DNA by real-time PCR and identification of variola virus DNA by melting analysis*, *Microbiol* 2004, wyd. 42, s. 1207–1213.

<sup>104</sup> M. Friedman, G. Friedland, *Krótką historia medycyny*, Warszawa 2017, s. 12-30.

<sup>105</sup> F. Fenner, D.A. Hendersan, I. Arita, Z. Jezek, I.D. Ladnyi, *History of international public health*. World Health Organization, Geneva, Switzerland 1988, Smallpox and its eradication, nr 6.

Zgromadzenie Zdrowia w 1996 roku doszło do wniosku, że zapasy wirusa ospy prawdziwej powinny zostać zniszczone. Wysokie tempo życia powoduje, że łatwo o błędy, jakim by było uwolnienie wirusa ospy prawdziwej, a jego uwolnienie spowodowałoby na świat zagrożenie zdrowia publicznego. Wyznaczono datę, podczas której miało dojść do zniszczenia ostatnich zapasów wirusa, jednak tak się nie stało przez kolejne lata. WHO zezwoliło do dnia dzisiejszego na wykorzystywanie pozostałych próbek do badań w celu rozwinięcia zdrowia publicznego, tworzenia nowych bezpiecznych form szczepionek i innych metod walki z wirusem ospy prawdziwej. Metody wariolacji i ogólnie tematu historii powstania szczepień nie mogły się obyć bez kontrowersji etycznych. Powstawanie nowatorskich metod badania nad szczepionkami budzi wiele dyskusji, jednak jedno jest pewne, że głównie pod uwagę bierze się ocenę ryzyka jakiemu będzie poddana dana osoba przy tak nowatorskich, pionierskich metodach, na co dobrym przykładem jest walka w ówczesnym czasie z wirusem ospy prawdziwej. W dzisiejszym świecie naukowcy traktują wariolację jako metodę, którą trzeba było wdrożyć, aby dojść do etapu wprowadzenia współczesnej technologii szczepień<sup>106</sup>.

Historia pandemii jest pełna przykładów mrożących krew w żyłach, ale nieodparte dążenie lekarzy, badaczy i osób zarządzających strukturami zdrowia publicznego prowadziło do skutecznej metody walki z chorobami, mimo że ta walka nigdy nie była i nie będzie równa.

## ROZDZIAŁ IV

### ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA A PANDEMIE

#### 4.1. Pandemia Grypy

---

<sup>106</sup> T. Kerns Jenner, *Etyczne badanie nad szczepionkami w wieku ospy i wieku AIDS*, University Press of America, Nowy Jork 1997, s.3-6.

W ciągu kilku stuleci widzimy nasilające się zachorowania na grypę. Powstają w sposób nieregularny i za każdym razem zaskakują całą populację naszego globu. Świat ma bogatą historię zachorowalności na grypę czego dano wyraz opisując jej korzenie w powyższym rozdziale, opisującym historię największych pandemii ubiegłych dekad. Mimo, że mamy poczucie, że wiemy dużo o pandemii grypy, to jej nieoczekiwane, nasilone rozmiary pokazują, że więcej rzeczy o niej nie wiemy niż wiemy. Rzecz polega na tym, że pandemie powstają w wyniku różnych składowych, w tym określonych mechanizmów z jakich składa się genetyka. Te zjawiska powodują, że są na tyle nieschematyczne, że stają się nieprzewidywalne w swoim występowaniu. Niektóre powoli ustają przyjmując miano endemii, inne zaś przeobrażają się w kolejną pandemię. Wirusy grypy to bardzo złożona grupa, która może tworzyć pandemie w wyniku wyewoluowania pojedynczego wirusa, bądź gdy dojdzie do korelacji pojedynczego wirusa z jego wcześniejszymi potomkami o charakterze pandemicznym. Niektóre mają możliwość przenoszenia się przez żywicieli zwierzęcych co powoduje zwiększenie ich zasięgu. Patrząc na ostatnie dziesięciolecie widać wyraźnie, że świat nigdy nie jest gotowy na nadejście pandemii co również widać w zarządzaniu zdrowiem publicznym.

Rok 2018 to okrążyła rocznica wystąpienia pandemii grypy na świecie. Przez te 100 lat doszło do fundamentalnych zmian w systemie zdrowia publicznego, szczególnie w koordynowaniu działań na poziomie krajowym jak i globalnym. Doszło do stworzenia skutecznych szczepionek przeciwko grypie, leków antywirusowych jak również nieporównywalnie bardziej zaawansowanych metod diagnostycznych. Od czasu pandemii z 1918 roku przeszły kolejne pandemie grypy w latach 1957-1958, 1968-1969, 2009-2010 co podsumowując przyniosło śmierć około 10 milionów ludzi na całym świecie<sup>107</sup>. Pandemia mająca miejsce w 2009 roku atakowała głównie osoby w podeszłym wieku<sup>108</sup>. Pandemia ta unaoczniała mankamenty systemów opieki zdrowotnej jak i współpracy międzynarodowej. Wirus odmiany ptasiej i świńskiej grypy pokazał jak ważnym elementem dbania o zdrowie publiczne jest współpraca między krajowa oraz przestrzegania zaleceń płynących od WHO. Patrząc na to jak cały świat w szybkim tempie się globalizuje w wymiarze gospodarczym jak i

---

<sup>107</sup> N. Johnson, J. Mueller, *Globalna śmiertelność 1918–1920 „hiszpańska” pandemia grypy*. Bull Hist Med. 2002, nr 76 (1), s. 105–15.

<sup>108</sup> *Zarządzanie ryzykiem pandemii grypy, Przewodnik WHO zawierający informacje iak zwiększyć krajowe i międzynarodowe przygotowanie i reagowanie na pandemię* [online], Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia 2017, [przełgądany 28 maja 2021], dostępny w: <http://apps.who.int/iris/bitstream/uchwyt/10665/259893/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-eng.pdf?sequence=1>, dostęp 4 stycznia 2019.

urbanizacyjnym trzeba przyjąć, że kolejne pandemie będą posuwały się dużo szybciej i w jeszcze bardziej niespodziewany sposób niż dotychczas. Należy zauważyć, że mimo postępów medycznych jak i organizacyjnych na świecie nadal będą punkty, w których opieka medyczna będzie ograniczona co za tym idzie śmiertelność podczas pandemii będzie dużo większa niż w krajach bardziej rozwiniętych. Wirus grypy odzwierzęcy to coś normalnego, zwierzęta również przechodzą grypę, która później przez mutację może infekować ludzi. Wirusy grypy odzwierzęce to coś nowego wśród pandemii globalnych, czego przykładem może być wykrycie ptasiej grypy typu A (H5N1) w 1997 roku. W latach 2003-2004 doszło do dużo obszerniejszej pandemii wirusa ptasiej grypy (HPAI), który był bardzo agresywny, przez co cały świat z zapartym tchem obserwował jakie zagrożenie dla zdrowia publicznego niósł za sobą ten wirus. WHO jako organizacja kontrolująca zdrowie publiczne w wymiarze globalnym, musiała dbać o to, aby wydawać odpowiednie zalecenia, a środki kontrolne były wydawane zgodnie z zaleceniami dotyczącymi bezpieczeństwa biologicznego oraz odpowiednią strategią zarządzania wynikłą pandemią, jak również zadbać aby społeczeństwo całego świata miało dostęp do rzetelnych informacji o środkach zapobiegających rozprzestrzenianiu się wirusa, jak i zminimalizowaniu zachorowalności czyli asekurację przed zachorowaniem. Wysiłki mające na celu niewystąpienia pandemii grypy były ogromne jednak nie przyniosły założonych wyników. Wirus ptasiej grypy typu A przekroczył bariery gatunkowe infekując już nie tylko ptactwo, ale również ludzi na całym świecie przybierając formę wysokiej śmiertelności u ludzi. Jak wiadomo grypa jest chorobą zakaźną występującą epidemicznie przez wirusy ludzkiego szczepu grypy A, B lub C. Wirusy jakie stanowią największe zagrożenie to wirusy grypy typu A, gdyż ich różnorodność genetyczna jest największa spośród tych trzech typów. Wspomniany typ ptasi, czyli wirus grypy typu A z czasem przenosi się na inne gatunki powodując obszerne ogniska zachorowalności, jak również przechodząc mutacje może powodować tworzenie pandemii wśród populacji ludzi. Przez kolejne lata można było obserwować przeobrażanie się wirusa w inne formy takie jak H5N6 czy H9N2, które w mniejszym stopniu powodowały śmierć u ludzi. W roku 2013 doszło do wykrycia niezwykle zjadliwego wirusa ptasiej grypy H7N9, który został zaobserwowany w Chinach na fermach drobiu. Ten wirus był bardzo agresywny i spowodował ogromne liczby zgonów jak i powikłań wśród zainfekowanych. Ptasia grypa nie rozwinęła się jeszcze w taki sposób, aby przenosić się z jednego człowieka na drugiego, jednak jego możliwości mutacji pokazują, że nie jest to wykluczone w ciągu

najbliższych lat<sup>109</sup>. Podczas podsumowania pandemii z 2009 roku Komisja Rewizyjna Światowej Organizacji Zdrowia określiła, że przepisy funkcjonujące w tym czasie jak i przygotowanie organizacji międzynarodowych na wypadek pandemii byłyby dobrane w nieodpowiedni sposób w przypadku tak agresywnej pandemii. Od czasu, gdy raport ten ujrzał światło dzienne, doszło to motywacji zdrowotnej w wymiarze globalnym by podwyższyć standardy i w odpowiedni sposób przygotować się na zdarzenie jakim może być nawrót pandemii grypy. W celu kontroli nad wirusem grypy powołano organizację „GISRS” czuwająca nad rozprzestrzenianiem się wirusa jak również zbieraniem i tworzeniem statystyk o zachorowalności. Organizacja WHO dostrzega, że mimo poczynionych tak ogromnych postępów, dalej występują obszary, które można ulepszyć. Wciąż pracuje się nad odpowiednimi strategiami mającymi na celu bardziej precyzyjne działania umożliwiające wypracowanie najskuteczniejszego schematu postępowania dla krajów członkowskich WHO podczas wystąpienia pandemii grypy<sup>110</sup>. Organizacja ma świadomość, że nadal należy pracować nad sektorem medycznym, który pozwoli na lepsze rozpoznawanie choroby, jak również wypracowanie bardziej zaawansowanych szczepionek i leków przeciwwirusowych. Działalność WHO w wymiarze globalnym trwa już ponad 70 lat. Zebrane doświadczenie przez tak długi czas umożliwia zebranie wykwalifikowanych osób, które wspólnymi siłami opracowują globalne strategie działania na najbliższe lata<sup>111</sup>. Taka też strategia jest ustalona na lata 2019-2030, która ma pomóc w walce z grypą pochodzenia odzwierzęcego, będąca tak nieprzewidywalna, jak również odpowiednie strategie mają pomóc sprawować kontrolę i profilaktykę w państwach. WHO podkreśla, że te strategie są możliwe do wdrożenia jedynie w przypadku, gdy kraje członkowskie i partnerzy wchodzący w skład organizacji będą współdziałać w imię wspólnego dobra. Najważniejsze przy nadejściu pandemii grypy jest gotowość na nią. Jest to możliwe w wypadku, gdy zapobieganie występującym chorobom zakaźnym jest odpowiednio wysokie, a w tym ich wykrywanie i najszybsze reagowanie, aby już w początkowych fazach udało się stłamsić rosnącego w siłę wirusa grypy. WHO podkreśla, że kluczowy jest zrównoważony rozwój, aby finansowy potencjał danego kraju przekładał się na polepszenie zdolności przeciwdziałania zagrożeniom zdrowia publicznego jakim jest

---

<sup>109</sup> AD. Iuliano, KM. Roguski, HH. Chang, DJ. Muscatello, R. Palekar R, S. Tempia, *Szacunki globalnej śmiertelności z dróg oddechowych związanej z grypą sezonową studium model*, Lancet 2018, nr 391(10127), s. 300-1285.

<sup>110</sup> *Implementation of the International Health Regulations (2005): report of the review committee on the functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to pandemic (H1N1) 2009, report by the Director-General* [online], Geneva: World Health Organization 2011, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf), accessed 4 January 2019.

<sup>111</sup> VY. Fan, DT. Jamison, LH. Summers, *Pandemic risk: how large are the expected losses*, Bull World Health Org. 2018, nr 96(2), s. 129–34.



zjawisko pandemii. Pandemia grypy nie tylko wpływa na wysoką śmiertelność, ale również ma obszerne, negatywne skutki gospodarcze i społeczne. Wpływa na stabilność, płynność finansową gospodarki krajowej, a właściwie jej osłabienie, co powoduje rozległe, długoletnie załamania ekonomiczne społeczności danego kraju. Według statystyk WHO, wiele krajów ma niedoinwestowaną służbę zdrowia, co wpływa na system opieki czego skutkiem jest brak odpowiednio szybkiej reakcji na zbliżającą się pandemię w skali umiarkowanej lub ciężkiej. Odpowiednio doinwestowana służba opieki medycznej umożliwia budowanie możliwości przeciwdziałania rozwojowi pandemii grypy. Należy zdać sobie sprawę, że grypa obejmuje wszystkie kraje wraz z ich mieszkańcami. Na chwilę obecną należy się przygotować, że wirus grypy, który ma charakter pandemiczny zawsze będzie krążył wśród ludzi w wymiarze globalnym, dlatego tak ważne jest, aby wprowadzać odpowiednie restrykcje i rozwiązania, do których WHO nawołuje.

WHO założyła 4 główne cele, które chce wdrożyć i osiągnąć do końca 2030 roku<sup>112</sup>. Pierwszy z celów opiera się na rozwoju badań i wprowadzaniu nowoczesnych rozwiązań, które mają na celu rozwinięcie zdrowia publicznego. Organizacja zdaje sobie sprawę, że bez odpowiedniej opieki medycznej a co za tym idzie odpowiednich, skutecznych leków o charakterze antywirusowym, specjalnie opracowanych szczepionek ciężko będzie przeciwdziałać pandemiom grypy. Badania nad odpowiednimi, pionierskimi lekami będą napędzały rozwój i innowację w tej dziedzinie co przyczyni się do polepszenia globalnego zdrowia. Jak wiadomo ludzie boją się czegoś o czym nie mają pojęcia, więc w tym celu WHO planuje rozwinięcie sekcji promocji, informującej i edukacyjnej ludzi na temat szczepień, mówiąc o ryzyku, ale najważniejsze to przedstawiać jakie korzyści niesie za sobą szczepienie w wymiarze zdrowia publicznego<sup>113</sup>. Zabiegi promocji nic by nie dały, gdyby rządy krajowe nie uznawały nowej generacji szczepionek, dlatego WHO pragnie tworzyć bardziej zaawansowane ścieżki umożliwiające zatwierdzanie nowej generacji szczepionek przez kraje członkowskie. Przede wszystkim mówiąc o technologii i badaniach, organizacja będzie dążyła, żeby rozpracować wirusa grypy, jego mechanizmy i zachowania, wciąż wiele zagadek budzi przenoszenie się wirusa odzwierzęcego na ludzi. Badacze będą pracować nad mechanizmami zmniejszającymi ryzyko przenoszenia grypy bytującej u zwierząt na ludzi, a tym samym odkrycie czynników, które wyjaśniają podatność danego człowieka na infekcję wirusem

---

<sup>112</sup>Global influenza strategy 2019-2030 [online], Geneva, World Health Organization 2019, [przełączony 28 maja 2021], dostępny w: [https://www.who.int/influenza/global\\_influenza\\_strategy\\_2019\\_2030/en/](https://www.who.int/influenza/global_influenza_strategy_2019_2030/en/).

<sup>113</sup> National Academy of Medicine. *The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises*, Washington 2016, s. 2-6.

grypy<sup>114</sup>. Przy tym pierwszym celu dużą rolę będzie również odgrywał Sekretariat WHO, który będzie aktywnie uczestniczył w popularyzacji badań nad wirusem jak i wprowadzaniu innowacji. Sekretariat będzie dbał o to, aby wspólnie wypracowany plan działania na wypadek pandemii grypy, oparty o innowacyjne metody, rozwijać i wdrażać w krajach członkowskich. Kolejnym z jego zadań będzie koordynowanie działań nad zaangażowaniem organów wspierających, badawczych i finansujących, skupiając organy filantropijne, jak również środowiska akademickie w celu prowadzenia pomyślniej, zgodnej współpracy. Jednym z ważnych zadań Sekretariatu będzie dbanie o promowanie i wyciąganie wniosków opracowywanych przez Dział Badań WHO, mając za zadanie pracować nad dostępem do leków na większe niż wcześniej obszary, dbanie o etykę nowych rozwiązań medycznych, jak również wprowadzenie odpowiednich regulacji prawnych, które mogłyby być zaakceptowane przez kraje członkowskie. Sekretariat powinien czuwać nad wprowadzaniem i promowaniem nowych kierunków zdrowia publicznego, jak i wyników naukowych obalających wcześniejsze mylne stanowiska w materii zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa grypy<sup>115</sup>. Drugim celem strategicznym zgłoszonym przez WHO ma być nałożenie większej uwagi do nadzorowania wirusa grypy na całym świecie, w celu kompletowania danych mogących pomóc w badaniach nad wirusem grypy. Tutaj główny nacisk kładzie się na rozwój powołanego przez WHO organu jakim jest Globalna Sieć Nadzoru nad Grypą (GISRS). Ten organ ma za zadanie monitorowanie aktywności wirusa grypy, wdrażać odpowiednią diagnostykę badającą epidemie jak i pandemie grypy<sup>116</sup>. Kolejnym z zadań jest podawanie do informacji publicznej newsów o wirusie grypy. Odpowiedzialnym zadaniem spoczywającym na GISRS jest ustalanie składu antygenowego materiału, na którym będzie oparta szczepionka na określony sezon grypowy. Informacje generowane przez GISRS są kluczowe w celu podejmowania określonych decyzji i wydawania zaleceń przez WHO, dlatego jakość i prawdziwość zebranych informacji jest na najwyższym poziomie. Należy pamiętać, że odpowiednie strategii komunikacyjnej umożliwiają odpowiednio szybką reakcję, która jest bezcenna w zapobieganiu pandemii. Odpowiednie szybkie zareagowanie i szybka, trafna ocena ryzyka umożliwia odpowiednie reakcje, które im szybciej wdrożone tym dają lepsze wyniki. Zebrane informacje umożliwią odpowiednie

---

<sup>114</sup> A. Legand, S. Briand, N. Shindo, W.A. Brooks, M.D. de Jong, J. Farrar, *Addressing the public health burden of respiratory viruses: the Battle against Respiratory Viruses Initiative*, *Future Virol.* 2013, nr 8(10), s. 953–68.

<sup>115</sup> *An R&D blueprint for action to prevent epidemics: plan of action* [online]. Geneva, World Health Organization 2016, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: [http://www.who.int/blueprint/about/r\\_d\\_blueprint\\_plan\\_of\\_action.pdf?ua=1](http://www.who.int/blueprint/about/r_d_blueprint_plan_of_action.pdf?ua=1), accessed 4 January 2019.

<sup>116</sup> WHO reform: better value, better health – strategy and implementation plan for value for money in WHO, report by the Director-General [online], Geneva: World Health Organization 2017, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB142/B142\\_7-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_7-en.pdf), accessed 4 January 2019.

wymodelowanie schematu działania podczas sezonowej grypy, a także zebrane dane są istotne przy analizie skutecznych farmaceutyków wprowadzanych na rynek. Cel 2 jest również przedstawiony jako wyjście w kierunku lepszej współpracy i komunikacji pomiędzy członkami i innymi zainteresowanymi stronami. Dzielenie się opracowanymi informacjami zawierającymi oceny ryzyka i obciążeń jakie niesie za sobą grypa, skutkować będzie skuteczniejszą polityką krajów członkowskich jak i zwiększonym zaangażowaniem<sup>117</sup>. Przy tym celu Sekretariat WHO będzie brał udział przy ocenianiu bieżącego ryzyka jakie niesie za sobą pandemia grypy, jak również poprzez analizę zmagazynowanych informacji dotyczących wirusa, opracowywać plan działania i bieżące zagrożenia, a następnie przekazywać je do wiadomości krajom członkowskim. Takie działanie powinno pomóc przy podejmowaniu odpowiednich decyzji na szczeblu globalnym, krajowym jak i regionalnym. Sekretariat zobowiązany będzie do monitorowania bieżących danych i regularnego rozpowszechniania ich krajom, aby skutki wywołane gripą były jak najmniej dotkliwsze i nie odbijały się w sposób znaczny na gospodarce danego kraju. Sekretariat będzie starał się stworzyć mocniejszy i bardziej zależny kontakt z FAO i OIE, które powinny wzbogacić informację pomiędzy gałęziami zdrowia publicznego jak i zdrowia zwierząt oraz doprowadzić do wypracowania instrumentów wspólnego, szybszego reagowania w kraju na wypadek zagrożenia. Trzecim celem strategicznym jest rozwinięcie zapobiegania, kontroli oraz wdrożenia programów ochrony przed endemią grypy sezonowej. Ten cel strategiczny opiera się na wypracowaniu instrumentów, które pozwolą reagować na sezonową gripę. Instrumenty te przyczyniłyby się do gotowości krajów członkowskich na wypadek pandemii grypy. Głównym założeniem polityki zajmującej się profilaktyką grypy sezonowej są dwa podstawowe założenia; zapobieganie i kontrola. Te dwa założenia mają również pomóc osobom, które przez swoje predyspozycje i przeżyte choroby dużo bardziej są zagrożone infekcją. Narzędziami umożliwiającymi takie działanie to między innymi inwestycje w zabiegi, których celem jest spowolnienie rozwoju i rozprzestrzeniania się choroby. Kolejnym narzędziem są szczepionki, które są znamienitym sposobem na ograniczenie infekcji, nawet jeżeli tylko określona grupa osób byłaby zobligowana do ich przyjęcia np. osoby posiadające zaawansowane powikłania po przejściu choroby układu oddechowego, których infekcja wirusem grypy może spowodować zagrożenie życia. Prócz szczepionek ważnym ogniwem są innowacyjne, skuteczne leki przeciwwirusowe, które swoim działaniem minimalizują zagrożenie życia i występowania powikłań

---

<sup>117</sup>*A manual for estimating disease burden associated with seasonal influenza* [online], Geneva: World Health Organization 2015, [przełączony 28 maja 2021], dostępny w: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178801/9789241549301\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178801/9789241549301_eng.pdf?sequence=1), accessed 4 January 2019.

pogrypowych. Przez liczne akcje będące czynnikiem uświadamiającym społeczeństwo, WHO będzie promowało sezonową politykę szczepień grypowych<sup>118</sup>. Promowanie szczepień i ograniczenie ich skutków ubocznych jest docelowym momentem, na który pracuje organizacja. Wprowadzenie szczepień na wysoką skalę tzw. grup strategicznych jak pracownicy medyczni powinno być punktem wyjściowym zapobieganiu zachorowalności grypowej<sup>119</sup>. Sekretariat bierze udział w dostarczaniu wytycznych i zapewnienie pomocy przy kierowaniu akcjami zajmującymi się promocją i profilaktyką zdrowia. Ze względu na swoje możliwości Sekretariat brałby czynny udział przy zwoływaniu gryp doradczych, które miałyby na celu badanie aktualnego stanu i dokonywanie oceny zagrożenia grypowego. Nie tylko promocja, ale również pomoc przy modernizacji aktualnych krajowych programów szczepionkowych, pomoc przy regulacji zatwierdzania i monitorowania akcji szczepionkowych. Sekretariat miałby czuwać nad koordynacją programów organizowanych przez WHO, które obejmują nagłe wypadki zdrowotne spowodowane grypą, mając na celu wzmocnienie zdrowia publicznego, wzmocnienie regulacji ochrony zdrowia w kraju. Czwartym celem strategicznym jest stworzenie gotowości i struktur odpowiednio szybkiego reagowania w celu ubezpieczenia świata od skutków pandemii grypy. W tym zestawieniu należy koncentrować się nad zacieśnianiem współpracy krajowej, regionalnej i globalnej, aby w momencie zagrożenia reakcja mogła być szybka i bardziej skuteczna, dzięki tak dobrej komunikacji. WHO dobrze wie, że budowanie strategii i wdrażanie planów walki z wirusem grypy nie będą skuteczne, gdy kraje członkowskie nie będą kontynuowały wysiłków związanych z trzymaniem się zaleceń wydawanych przez organizację, jak i wdrażaniem odpowiednich instrumentów na wypadek pandemii, dlatego współpraca jest tak kluczowym ogniwem. Ważnym elementem jest wspieranie działalności krajowych polegających na gromadzeniu szczepionek i innych środków mogących być zabezpieczeniem w przypadku dużej zachorowalności na grypę. Wspierać i szkolić w celu odpowiedniego reagowania na wypadek pandemii, a w tym unaocznić ważność jaką są odpowiednio wprowadzane regulacje prawne, które umożliwią szybkie reagowanie i gotowość prawną w wypadku pandemii. WHO ma nadzieję, że takie działania pokażą, że kraje i ich społeczeństwo są na pierwszym miejscu, a zalecenia wydawane przez organizację nie umniejszają autonomii kraju tylko są głosem doradczym w celu polepszenia zdrowia

---

<sup>118</sup>*FluID: a global influenza epidemiological data sharing platform* [online], Geneva, World Health Organization 2018, [przełgądany 28 maja 2021], dostępny w: [http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/fluid/en/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/fluid/en/).

<sup>119</sup>*Pandemic influenza severity assessment (PISA), a WHO guide to assess the severity of influenza in seasonal epidemics and pandemics* [online], Geneva, World Health Organization 2017, [przełgądany 28 maja 2021], dostępny w: [http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/pisa/en/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/pisa/en/).

publicznego. Takie działania mają na celu redukcji negatywnych skutków grypy pandemicznej czy sezonowej. Wdrażanie zaleceń opiera się na strategii i podejściu danego kraju do programów wprowadzanych przez WHO<sup>120</sup>. Wraz z zaufaniem kraju do wydawanych zaleceń, odpowiednio przygotowane rządy są w stanie zoptymalizować zalecenia i przystosować je do potrzeb własnej polityki i strategii.

Od roku 2002, kiedy została wydana przez Światową Organizację Zdrowia pierwsza strategia dotycząca grypy z 2002, doszło do szeregu nowych rozwiązań, które na przestrzeni lat zmieniały się wraz z postępowaniem ochrony zdrowia i badań w tym kierunku<sup>121</sup>. Postęp, który został stopniowo wprowadzany z roku na rok miał na celu ochronę zdrowia publicznego poprzez zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności spowodowanej wirusem grypy. To dzięki takim instytucjom jak GISRS możliwe jest kontrolowanie rozwoju grypy oraz koordynowanie laboratoriów zajmujących się tą materią. Ten organ współpracuje z około 150 instytucjami w ponad 110 krajach, rozciągając się na biura regionalne stanowiące przez WHO<sup>122</sup>. GISRS przeprowadza czujny nadzór nad ewolucją grypy co umożliwia chociaż w minimalnym stopniu przewidywalność pandemii oceniając ryzyko jej wystąpienia. Ponadto potencjał ostrzegawczy tego organu służy nie tylko w rozważaniach i badaniach nad grypą, ale również przy innych pojawiających się chorobach jak np. SARS-CoV (koronawirus niewydolności oddechowej) czy MERS-CoV (koronawirus zespołu oddechowego występujący na Bliskim Wschodzie). Ten organ zapoczątkował wspaniałe, innowacyjne podejście w zwalczaniu pandemii wprowadzając narzędzia do oceny ryzyka wystąpienia pandemii, nowe technologie wykrywania zagrożenia pandemicznego<sup>123</sup>. Od 2002 roku WHO zrobiła ogromny postęp wprowadzając poprawki do wytycznych i narzędzi jakimi należy się posługiwać przy zagrożeniu pandemicznym, aby jego ryzyko w jak największym stopniu minimalizować. Wdrożone przez Światową Organizację Zdrowia standardy nadzoru nad wirusem grypy zaowocowały zdefiniowaniem obciążeń jakie niesie za sobą choroba grypy. Takie podejście umożliwia krajom wdrażanie odpowiedniej

---

<sup>120</sup> *Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2012 – conclusions and recommendations* [online], Geneva: World Health Organization 2019, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: <http://www.who.int/wer/2012/wer8721.pdf>, accessed 4 January 2019.

<sup>121</sup> *Report of the Third WHO Consultation on the Global Action Plan for Influenza Vaccines* [online], Geneva: World Health Organization 2017, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259727/WHO-HISTTi-17.6-eng.pdf?sequence=1>.

<sup>122</sup> *WHO public health research agenda for influenza* [online], Geneva: World Health Organization; 2017, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259889/9789241513463-eng.pdf?sequence=1>.

<sup>123</sup> *Pandemic Influenza Preparedness Framework ("PIP Framework") Advisory Group annual report to the Director-General under PIP Framework section 7.2.5.* [online], Geneva: World Health Organization; 2017 [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: [http://www.who.int/influenza/pip/PIPAG\\_AR\\_2017.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/PIPAG_AR_2017.pdf?ua=1), accessed 4 January 2019.

polityki zdrowotnej, a także wdrażanie odpowiednich środków kontroli i zapobiegającym obciążeniom. W 2017 roku WHO wprowadziło narzędzie służące do oceny nasilania się pandemii grypy umożliwiające opisywanie sytuacji epidemiologicznej w kraju, narastania objawów i mutacji, które następnie są udostępniane do wiadomości innych krajów członkowskich co umożliwia szybsze reagowanie i przygotowanie na nadejście pandemii. W 2011 roku, po czterech latach zacieklej negocjacji, państwa członkowskie WHO przyjęły wyznaczone ramy gotowości występujące na wypadek pandemii grypy. Był to przełomowy moment i ważny punkt dla globalnego zdrowia publicznego. Takie porozumienie połączyło państwa członkowskie, umożliwiając zainteresowanym stronom wspieranie się w walce z zagrożeniem, jakim jest wirus grypy. Umożliwia to szybszą wymianę opracowanymi szczepionkami i lekami przeciwwirusowymi. Narzędziem, które ewoluowało przez lata jest organ IHR. Jest to instrument prawny mogący chronić, kontrolować, przyczyniać się do reagowania, gdy zdrowie publiczne jest zagrożone, w czasie, gdy choroby zakaźne mają charakter międzynarodowy. W 2005 roku kraje członkowskie zrzeszone w Światowej Organizacji Zdrowia przyjęły instytucje jaką jest IHR. Państwa, które przejęły IHR stając się stronami deklarują współpracę na rzecz walki z chorobami zakaźnymi, wdrażając plany ochrony zdrowia ustanawiane przez ten instrument. Celem powstania tego instrumentu międzynarodowego była odpowiedź na powstałe pandemie zagrażające zdrowiu publicznemu, jak również wdrożenie ram prawnych w krajach członkowskich, które mają opisywać sytuacje nadzwyczajne zagrażające zdrowiu publicznemu<sup>124</sup>. IHR zabezpiecza również prawa osób będących w podróży, aby nie były dyskryminowane podczas potrzeby ochrony zdrowia. Obowiązek wdrażania IHR nałożony jest na stronach należących do WHO. Światowa Organizacja Zdrowia prowadzi wysoce rozumianą koordynację wdrażania ustalonych wytycznych. IHR dba o to, aby nie dochodziło do rozprzestrzeniania się infekcji o potencjale pandemicznym na kraje sąsiadujące z obszarem, w którym wybuchło zdarzenie chorobowe, jak również dba o to, aby nie dochodziło do nieuzasadnionych ograniczeń w handlu czy też przemieszczania się<sup>125</sup>. WHO jako koordynator dba o to, aby w krajach członkowskich poziom ochrony zdrowia publicznego wznosił się, przez wprowadzane narzędzi dba o to, żeby

---

<sup>124</sup>*Pandemic influenza risk management: a WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response* [online], Geneva: World Health Organization 2017, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259893/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-eng.pdf?sequence=1>.

<sup>125</sup>*A checklist for pandemic influenza risk and impact management: building capacity for pandemic response* [online], Geneva: World Health Organization 2018, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259884/9789241513623-eng.pdf?sequence=1>.

wykrywanie, weryfikacja i czas reagowania na zagrożenia chorobotwórcze był jak najdokładniejszy i jak najszybszy. Wsparcie centralizuje na punktach, które wymagają priorytetowego działania, aby kraje miały pomoc w wprowadzaniu zobowiązań, które nakłada na nie IHR. W 2016 roku WHO współpracując z państwami członkowskimi wraz z innymi partnerami wspierającymi organizację opracowali narzędzie JEE. Jest to narzędzie dobrowolne, opierające się w głównej mierze na współpracy kilkupoziomowej, którego zadaniem jest ukazanie oceny zdolności kraju w wypadku zapobiegania, wykrywania i reagowania w wypadku zagrożenia zdrowia publicznego, nie tylko naturalnie czy przypadkowo, ale również w sposób zamierzonych zdarzeń. Ocena ma na celu ukazanie postępu w celu podwyższenia standardów ochrony zdrowia w globalnym stopniu. Nadzór nad ogniskami grypy ma zasadnicze znaczenie, gdyż tylko uważne czuwanie nad rozwojem tego wirusa umożliwia podjęcie szybkich kroków, aby nie dopuszczać do powstania pandemii, a gdy to nie jest możliwe, bo nie zawsze można zapobiec pandemii to chociaż, aby powstałe ryzyko zminimalizować. System jakim jest GISRS został wzmocniony i udoskonalony dzięki staraniom WHO. Liczba państw współpracujących z GISRS znacząco wzrosła i w 2017 roku wynosiła już 130. Dość poważnym problemem jest brak współpracy z krajami, które jeszcze nie przystąpiły do projektu, co ogranicza zbieranie danych o wirusie grypy co przekłada się na wolniejsze i mniej spektakularne badania. Udoskonalane procedury i technologie są kluczowe do zapoznania się z zagrożeniem i wysnuciem odpowiednich metod strategii w zagrażającej pandemii. Zrozumienie zachorowalności jest priorytetem w walce z grypą powodującą ogromną śmiertelność jak i ogromne zastoje i obciążenia ekonomiczne zaburzające gospodarkę wewnętrzną jak i model ekspansywnej gospodarki globalnej. Kraje, które ściśle współpracują i pragną walczyć z wirusem grypy mogą liczyć na ogromne wsparcie organizacji. WHO świadoma konsekwencji pandemii stara się współpracować i wychodzić z pomocną dłonią w celu rozwoju i gotowości na wypadek ognisk wirusa. Tworzy dokładne plany, które dotyczą zarządzania ryzykiem grypy opierające się na przemyślanych strategiach umożliwiających gotowość i przez odpowiednio skonstruowane mechanizmy możliwość szybciej reakcji na ryzyko pandemii. Jednak wiele krajów, nie przykłada się w sposób znaczny do wprowadzanych zaleceń. Według statystyk jakie prowadzi organizacja w 2018 roku tylko 12 krajów przedstawiło swoje wyniki i je aktualizowały od czasu, gdy były przedstawione w 2013 roku. Należy podkreślić, że 101 krajów nadal nie ma planu gotowości na wypadek grypy co pokazuje, że w niektórych regionach ten problem jest bagatelizowany. Trzeba podkreślić, że najlepszym sposobem zapobiegania pandemii jest systematyczność w dążeniu do ochrony zdrowia w danej płaszczyźnie w tym wypadku wdrażania środków, które zapobiegają wybuchu pandemii grypy.

W tym momencie najskuteczniejszą metodą są szczepionki przeciwko wirusowi grypy, które opracowano ponad 70 lat temu<sup>126</sup>. Regularne szczepienia są najskuteczniejszą metodą prewencyjną w celu łagodzenia zachorowalności na grypę jak i zmniejszają nasilenie kliniczne. Trzeba jednak zdać sobie sprawę, że są również minusy takich rozwiązań. Jednym z minusów jest proces technologiczny wytwarzania szczepionek. Ten proces trwa około 5-6 miesięcy. Obecne metody wytwarzania szczepionek muszą nadążać w sposób technologiczny do rozwoju zagrożeń jakim mają sprostać, dlatego tak ważne są badania unowocześniające sposoby ich tworzenia<sup>127</sup>. WHO w 2017 roku wydało zalecenia, w których oczekuje od producentów szczepionek, aby w sposób rzetelny oddawały to czego wymaga się, aby zoptymalizować ochronę przez wirusem grypy. Kolejnym aspektem przemawiającym za argumentem regularności i prewencji jest czas ochrony jaką oferują szczepionki przeciwko grypie. Ich czas zapewnienia ochrony wynosi do jednego roku. Jest spowodowane nowymi mutacjami wirusa, który zmienia swój genotyp. WHO podaje, że dystrybucja szczepionek w 2015 roku wynosiła około 486 mln dawek szczepionki. Zapotrzebowanie jest niejednostajne, z roku na rok w różny sposób zapotrzebowania maleją bądź rosną mając na uwadze również panujące trendy. Kraje muszą dbać o swoich obywateli, a tylko świadomie prowadzona polityka ochrony zdrowia publicznego umożliwi zadbanie o zdrowie obywateli. Trzeba edukować i wywierać nacisk, aby kraje i społeczeństwo zrozumiało, że najważniejszym elementem jest dystrybucja szczepionek i regularne programy szczepień sezonowych. Drugą gałęzią przeciwdziałania pandemii grypy i ogólnej ochronie zdrowia, bądź leczeniu osób zainfekowanych jest grupa leków przeciwwirusowych. Kraje z silnymi programami szczepiennymi przeciwko grypie z reguły mają również wysoko rozwinięte narzędzia farmakologiczne w postaci leków przeciwwirusowych, które docelowo przeciwdziałają rozwojowi infekcji grypy, ograniczając ryzyko powstania pandemii. Trzeba sobie jednak unaocznic, że trend większości krajów jest sceptycznie nastawiony do leków przeciwwirusowych co ogranicza dostawy leków przez producentów, gdyż to popyt reguluje podaż. Według statystyk z pandemii w 2009 roku na wniosek WHO doszło do zainicjowania wysyłki 2,4 mld medykamentów o charakterze przeciwwirusowym do 72 krajów, w czasie jednego miesiąca od wybuchu pandemii. Naukowcy są zgodni, że to leki przeciwwirusowe stoją na pierwszym froncie walki z wirusem, gdyż szczepionki są początkowo niedostępne i mają opóźnione działanie. Takie założenie powinno

---

<sup>126</sup> WHO preferred product characteristics for next-generation influenza vaccines [online], Geneva: World Health Organization 2017, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258767/9789241512466-eng.pdf?sequence=1>.

<sup>127</sup> A. Palache, A. Abelin, R. Hollingsworth, W. Cracknell, C. Jacobs, T. Tsai, *Survey of distribution of seasonal influenza vaccine doses in 201 countries (2004–2015)*, Vaccine 2017 s. 4-15.



skłaniać do refleksji, aby skupić również uwagę na rozwoju tej pierwszej linii frontu w walce o ochronę zdrowia publicznego. Kraje powinny gromadzić leki przeciwwirusowe na przysłowiową czarną godzinę. W obecnym czasie mamy do czynienia z trzema głównymi klasami leków przeciwwirusowych. Patrząc jak ważną rolę odgrywają leki przeciwwirusowe należy skupić się na ich technologii, magazynowaniu jak i późniejszą logistyką, gdy wystąpi ich niedobór w trwającej pandemii<sup>128</sup>. Gdy pandemia z 2009 roku ustała WHO wydała obszerne i przemyślane zalecenia umożliwiające działanie w sytuacjach nadzwyczajnych. Obecnie WHO opracowuje nowe wytyczne mające na celu zoptymalizować poziom bezpieczeństwa zdrowia publicznego<sup>129</sup>. Nowe wskazówki skupiają się również na ciężkich przypadkach grypy dla osób z ryzykiem ciężkiego przejścia infekcji. Nowe aktualizacje będą dotyczyły grypy sezonowej, ale również ujęcia grypy pandemicznej i chorób odzwierzęcych. Po aktualizacji wytycznych niezbędne będzie współdziałanie krajów członkowskich, aby zastosować nowe ramy prawne i wskazówki kliniczne wkraczające również w społeczno-gospodarczą politykę krajów członkowskich.

## 4.2. Pandemia COVID-19

Rok 2020 był wielką pandemiczną niespodzianką, która zmroziła krew w żyłach ludzi na całym świecie. Pierwszy raz zaobserwowano SARS-CoV-2, gdy zaczęto analizować niewyjaśnione przypadki zapalenia płuc w mieście Wuhan mieszczące się w Chinach. Pierwsze przypadki odnotowano na targach rybnych a dokładnie targu o nazwie Huanan. Te pierwsze przypadki dotyczyły głównie sprzedawców oraz osób obsługujących stoiska handlowe. Z dniem 1 stycznia 2020 roku zamknięto targ w celu dezynfekcji<sup>130</sup>. Początkowo łączono sprzedaż owoców morza i innych dzikich lokalnych zwierząt z możliwością zachorowalności

---

<sup>128</sup> *Evolution of a pandemic A (H1N1) 2009* [online], Geneva: World Health Organization 2013, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78414/9789241503051\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78414/9789241503051_eng.pdf?sequence=1).

<sup>129</sup> *WHO guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses* [online], Geneva: World Health Organization 2010, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1\\_use\\_antivirals\\_20090820/en/](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/).

<sup>130</sup> A. Meijer, C.W.R. Webster, *The COVID-19 crisis and the information polity: An overview of responses and discussions in twenty-one countries from six continents*, Information Polity 2020, wyd. 25, s. 243–274.

na choroby odzwierzęce. Jednak wnikliwa retrospekcja pokazuje, że podobne przypadki odnotowywano już w grudniu 2019 roku i nie wszystkie zainfekowane osoby łączyły się z targiem rybnym. Mimo różnych badań wciąż jest wiele spekulacji i przypuszczeń od jakiego zwierzęcia pochodzi ta choroba, jednak jednoznaczny winowajca do dzisiaj pozostaje nieuchwytny. Teoria, przy której skupiają się naukowcy mówi, że nietoperze jako żywicieli wielu wirusów odzwierzęcych miały znaczący wpływ przy powstaniu i rozprzestrzenianiu się tego koronawirusa. COVID-19 został w szybki sposób pobrany od pacjentów z Chin, a następnie wyizolowany i udostępniony wraz z wynikami do wiadomości publicznej<sup>131</sup>. Badania pokazały, że wirus ten należy do rodziny Coronaviridae jako podgrupa B- betacoronavirus i jest nowy w infekcji człowieka. Początkowe badania pokazywały, że nowy koronawirus wykazuje podobieństwo do wirusa, który spowodował SARS w latach 2002-2004 o nazwie SARS-CoV<sup>132</sup>. Pracowity rok badań wykazał podstawowe wiadomości o wirusie, jednak jego rozszerzanie wciąż nie ustawało. Wirus okazał się bardzo agresywną wersją, która zaraża w bezpośrednim kontakcie z osobą zainfekowaną, jak również z pozostawionym materiałem zakaźnym na przedmiotach<sup>133</sup>. Osoby zakażone SARS-CoV-2 stają się zakażone w momencie wystąpienia objawów. Infekcje jednak u niektórych osób mogą być utajone, więc ciężko jednoznacznie wykazać, zakażenie tylko po objawach bądź ich braku. Prócz bezobjawowego przejścia choroby możliwe jest również przejście choroby w sposób łagodny, ale zdecydowanie zakażenie może również skutkować ciężką chorobą doprowadzającą do śmierci. WHO w lutym 2020 roku zwołało posiedzenie, na którym zostały omawiane szczegóły walki z epidemią COVID-19. Zdecydowano na tym spotkaniu, że przeciwdziałanie nadchodzącej pandemii jest zależne od współpracy międzynarodowej. Zbudowano plan, w którym zawarty był program prac, badań i rozwoju wiedzy na temat walki z nie do końca znanym przeciwnikiem jakim był ten koronawirus. W lipcu 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia wysłała do Chin zespół naukowców, mających za zadanie zebrać informacje o wirusie, aby lepiej zrozumieć jego budowę i pochodzenie. Badanie podzielono na dwie fazy. Faza pierwsza miała być krótkoterminowa i obejmowała dojście do wiedzy w jaki sposób wirus zaczął krążyć w mieście Wuhan. Faza druga polegała na pracach długotrwałych mających na celu przeprowadzenie specjalistycznych badań, które później przez specjalnie powołany zespół zostaną przeanalizowane, a wnioski zasila globalną wiedzę. Wyniki badań i odkrycia przyczyniłyby się

---

<sup>131</sup> M. Nunez, *Invasion Science and the Global Spread of SARS-CoV-2*, Trends in Ecology and Evolution 2020, nr 35(8), s. 642–645.

<sup>132</sup> N.J. Matheson, P.J. Lehner, *How does SARS-CoV-2 cause COVID-19?*, Science 2020; wyd. 369, s. 510–511.

<sup>133</sup> W.J. Wiersinga, *Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, JAMA 2020, wyd. 324, s. 782–793.

do opracowania mechanizmów walki z wirusem w obecnym czasie, a także umożliwiłyby szybszą reakcję na wypadek przyszłych wybuchów choroby.

Analizując chronologicznie przebieg pandemii koronawirusa należałoby wrócić do wystąpień i zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia. Dokładnie 30 stycznia 2020 roku Dyrektor Generalny WHO podał do wiadomości, że koronawirus spełnia wymogi wprowadzenia epidemii COVID-19. W źródłach widać, że wirus niebezpiecznie powiększał swój zasięg i do końca stycznia obejmował swoim zasięgiem aż 19 krajów w tym Chiny. W odpowiedzi na epidemię wydano tymczasowe zalecenia w ramach IHR. Trzeba zaznaczyć, że Dyrektor Generalny podał do wiadomości publicznej oświadczenie rysujące sytuację jaka panuje w Chinach, co pokazuje, że od początku przedstawiana jest polityka podawania rzetelnych informacji, a nie zatajania przez organizację niewygodnych tematów, której często zarzucane jest wyolbrzymianie wydarzeń zdrowotnych<sup>134</sup>. 11 lutego 2020 roku doszło do zwołania przez WHO Globalnego Forum Badań i Innowacji.

Forum to miało za zadanie omówić wydarzenia zdrowotne, które były poświęcone nowemu agresywnemu wirusowi. Łącznie w tym wydarzeniu wzięło udział 198 krajów w formie stacjonarnej jak również online. Poruszono tutaj względy etyczne badań nad koronawirusem, formy zarządzania krajową służbą ochrony zdrowia, tematami leków i szczepionek. WHO zwołało Forum w celu zoptymalizowania metod badań, szczepień i metod zwalczania SARS-CoV-2. Dniem określającym przejście epidemii w globalną pandemię był dzień 11 marca 2020 roku, w którym to dniu Tedros Adhanom Ghebreyesus wydał publiczne potwierdzenie najgorszych informacji. W dniu 4 kwietnia 2020 roku został opublikowany przez WHO raport przedstawiający, że na całym świecie zostało potwierdzonych ponad milion przypadków wywołanych przez nowy szczep koronawirusa, co było zaskakującym wynikiem, gdyż w mniej niż miesiąc doszło do dziesięciokrotnego wzrostu zakażeń. Taki wzrost infekcji wywołał poruszenie w jak szybkim tempie rozprzestrzenia się pandemia<sup>135</sup>.

Dnia 30 kwietnia 2020 roku doszło do zwołania przez Dyrektora Generalnego Komitetu Kryzysowego IHR w sprawie COVID-19, aby przedyskutować potrzebę wprowadzenia prac nad nowymi sposobami umożliwiającymi przeciwdziałać wywołanej pandemii. Po jednym

---

<sup>134</sup> *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: interim guidance* [online], Geneva, World Health Organization 2020, [przełączany 1 czerwca 2021, dostępny w: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331422>].

<sup>135</sup> *Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. Scientific brief* [online], Geneva: World Health Organization 2020 [przełączany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333114>.

dniu obrad, 1 maja zostało ogłoszone oświadczenie potwierdzające zasadność trwania pandemii COVID-19. W tym wystąpieniu zostało przedstawione w jaki sposób będzie zarządzana pandemia oraz jak będzie wyglądała koordynacja współpracy z krajami członkowskimi i partnerami. Organizacja podkreślała, że dalej naciska, aby zalecenia, które są wydawane były wprowadzane w krajach członkowskich, gdyż tylko w skoordynowany sposób umożliwiają one zwalczenie pandemii<sup>136</sup>. Ważną datą w działalności WHO przeciwko pandemii, ale również względem całej działalności Organizacji jest 18-19 maja 2020 roku. W tych dniach doszło do zorganizowania 73 Światowego Zgromadzenia Zdrowia, które po raz pierwszy w historii zostało przeprowadzone w sposób wirtualny. Doszło tutaj do zawiązania przełomowej rezolucji, która ma na celu przeciwdziałać pandemii COVID-19. W treści rezolucji można zauważyć, że kieruje ona do zoptymalizowania walki z pandemią poprzez testy i szczepienia jako nie tylko krajowego interesu, ale interesu globalnego zdrowia publicznego. Porusza również tematy związane z gospodarką twierdząc, że pandemia sprzyja rozwarstwieniu społecznemu i szczególnie odbija piętno na osobach ubogich. Rezolucja ustanowiona w drodze konsensusu państw członkowskich wzywa do zapewnienia odpowiedniego finansowania WHO, w celu rozwinięcia rozwiązań medycznych i strategicznych umożliwiając tym samym szybsze zwalczenie pandemii. Ponadto wzywa kraje do przekazywania aktualnych, znaczących danych, które mają na celu wzmocnić strategiczną wiedzę. Na tym wydarzeniu został również przyjęty wniosek o ustalenie źródła pochodzenia wirusa oraz w jaki sposób zaczął infekować populację ludzką. Rezolucja w podsumowaniu zawiera wniosek kierowany do Dyrektora Generalnego, mający na celu bezstronne zbadanie reakcji WHO na powstanie pandemii COVID-19. Dyrektor Generalny podczas swojego wystąpienia przedstawił podczas Zgromadzenia przedstawił dotychczasowe statystyki i sposób działania Organizacji podczas trwającej pandemii.

Ważną datą z punktu widzenia globalnego społeczeństwa oczekującego rzeczywistych, aktualnych i przede wszystkim prawdziwych informacji jest dzień 29 czerwca 2020 roku. W tym dniu przeprowadzono przełomową, pierwszą konferencję „infodemiologiczną” WHO. Powołanie tej nowej instytucji ma na celu walkę z fałszywymi informacjami, buntującymi i przesłaniającymi realny odbiór sytuacji związanych z globalnym zdrowiem<sup>137</sup>. WHO tym samym wypowiedziała wojnę fałszywym bądź niesprecyzowanym informacjom zaburzających

---

<sup>136</sup> *COVID-19 essential supplies forecasting tool (COVID-ESFT)* [online], World Health Organization 2021, [przeoglądany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340747>.

<sup>137</sup> *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19* [online], Geneva: World Health Organization 2021, [przeoglądany 28 maja 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1349213/retrieve>.

prawdziwe informacje o pandemii. WHO skupiła się w tym wydarzeniu nad sposobami walki z fałszywymi informacjami, środkami umożliwiającymi przekazywanie informacji bazujących na dowodach naukowych oraz na sposobach wykrywania fałszywych informacji. 9 lipca 2020 roku Dyrektor Generalny na wniosek Rezolucji podjętej w maju podczas Światowego Zgromadzenia Zdrowia, powołał niezależny organ „IPPR” oraz jego przewodniczących, którego zadaniem jest ocena reakcji świata i podjętych kroków przez Organizację w celu dotychczasowego przeciwdziałania pandemii COVID-19 na świecie<sup>138</sup>. Ta instytucja jest niezależna i odpowiada przed dwoma powołanymi przewodniczącymi i panelem. W połowie lipca a dokładnie 15 ustanowiono do życia mechanizm „COVAX Facility” za pomocą, którego możliwe jest sprawiedliwe przyznawanie szczepionek na całym świecie. Ten projekt zgromadził ponad 150 krajów, których łączna populacja wynosi około 60% światowej populacji ludzi. 24 lipca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła oświadczenie mówiące o zapobieganiu i zmniejszaniu negatywnych skutków COVID-19, które odnoszą się do polepszenia polityki ochrony zdrowia w szpitalach, ale również odpowiedniemu dostępowi do opieki zdrowotnej domowej i środowiskowej. 31 lipca 2020 roku doszło do ponownego kryzysowego zebrania przez Dyrektora Generalnego WHO, Komitetu kryzysowego IHR dotyczącego pandemii COVID-19. Dzień później Komitet wydał oświadczenie twierdzące, że pandemia w dalszym ciągu stanowi niebezpieczeństwo dla zdrowia publicznego w wymiarze globalnym. Komitet przedstawił wiele zaleceń mających na celu zahamowanie rosnących infekcji. Komitet wnioskował o wymianę skutecznych metod leczenia i zarządzania polityką ochrony zdrowia pomiędzy państwami oraz apelował o zwiększenie zaangażowania w tworzenie lepiej opracowanych krajowych strategii przeciwdziałającym wirusowi.

3 sierpnia 2020 roku zostało opublikowane przez WHO sprawozdanie przedstawiające postępy i reakcje od 1 lutego do 20 czerwca w odpowiedzi na pandemię COVID-19. W raporcie nie znajdują się tylko fakty z przeszłości, ale również wskazano wyzwania i wymagania, które czekają przed WHO, aby dalej dążyć do zahamowania pandemii. 31 sierpnia 2020 roku WHO wydało pierwsze statystyki oparte na badaniach, dotyczące wywierania wpływu pandemii korona wirusa na systemy opieki medycznej<sup>139</sup>. Badania były oparte na informacjach pochodzących ze 105 krajów. Z tej publikacji można się dowiedzieć, że w 90% krajów biorących udział w badaniach, doświadczyło średnich i dużych zakłóceń w funkcjonowaniu

---

<sup>138</sup> *Responding to community spread of COVID-19: interim guidance 2* [online], World Health Organization 2020 [przeoglądany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331421>.

<sup>139</sup> *Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines: interim guidance* [online], Geneva: World Health Organization 2020, [przeoglądany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336603>.

opieki zdrowotnej w kraju, badania pokazały również, że najgorsze wyniki zanotowały kraje, których dochody były na poziomie niskim bądź średnim. 20 września 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła raport, z którego wynika, że testy diagnostyczne oparte na antygenach SARS-CoV-2 są niedostępne bądź mocno ograniczone. Taka postawa stanowi zagrożenie dla strategii kierowania pandemią kraju jak również w wymiarze globalnym, gdyż liczba testowanych osób pomaga w ustaleniu panującą fazę pandemii. W dniach 5-6 października 2020 roku doszło do specjalnego zebrania Rady Wykonawczej, podczas której przedstawiono aktualizacje do rezolucji zatwierdzonej w maju tego samego roku. Aktualizacja zawierała wdrożenie nowych form walki z pandemią COVID-19. Od 25 do 27 października 2020 roku doszło do Światowego Szczytu Zdrowia. Konferencja ta zrzesza środowiska uczelniane, sektor prywatnych przedsiębiorstw oraz znamienitych uczonych, którzy wspólnie debatują na temat zdrowia. Obecny na wydarzeniu Dyrektor Generalny WHO wygłosił mowę motywującą do zawiązania jeszcze bardziej skutecznych form współpracy na poziomie międzynarodowym, aby wspólnie walczyć z pandemią. 9-13 listopada 2020 roku wznowiono 73 Światowe Zgromadzenia Zdrowia, które odbyło się w formie online. W hołdzie pracownikom służby zdrowia całego świata, rok 2021 uznaje się za Międzynarodowy Rok Pracowników Służby Zdrowia i Opieki Medycznej. Na konferencji Dyrektor Generalny przywitał państwa członkowskie, podziękował za przystąpienie do programu oceniającego stan i postęp opieki medycznej i strategii na wypadek globalnych zagrożeń zdrowia. W swoim przemówieniu Dyrektor podkreślił, że pandemia pokazała jak ważne jest zbudowanie systemu, który umożliwi dzielenie się materiałami badawczymi, aby wspólnym wysiłkiem zadbać o przyszłość globalnego zdrowia<sup>140</sup>. Została przedstawiona wizja bezpiecznego magazynu, w którym miałyby się znajdować próbki badawcze, które poprzez specjalne uprawnienia mogłyby zostać udostępniane zainteresowanym. 10 grudnia 2020 roku WHO przedstawiła do wiadomości publicznej wykaz 10 największych problemów zdrowotnych, który to zawierał m.in. ograniczony dostęp do szczepionek, testów i leków przeciwwirusowych, które są potrzebne w walce z pandemią COVID-19. 11 stycznia 2021 roku Dyrektor Generalny WHO przemówił do krajów członkowskich w celu zmotywowania polityki krajowej i osób zarządzających, aby pracownicy służby zdrowia zostali zaszczepieni priorytetowo w pierwszych 100 dniach 2021 roku.

---

<sup>140</sup> *Community needs, perceptions and demand: community assessment tool: Interim guidance* [online], Geneva: World Health Organization 2021, [przełączany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1331316/retrieve>.

15 stycznia 2021 roku doszło do szóstego posiedzenia Komitetu Kryzysowego, który został zwołany przez Dyrektora Generalnego WHO. Komitet został zwołany na podstawie przepisów IHR z powodu nadal trwającej pandemii COVID-19<sup>141</sup>. Podczas wideokonferencji Dyrektor podziękował Radzie za wsparcie i całościową pracę na rzecz zdrowia jak również wskazał jak ważna jest solidarność podczas trwania pandemii. Na konferencji została przedstawiona ocena ryzyka zdrowia globalnego oraz wnioski z monitorowanych prac na rzecz zahamowania pandemii. Przedyskutowano formy walki z nowymi mutacjami SARS-CoV-2. Komitet bezapelacyjnie i jednogłośnie potwierdził, że pandemia COVID-19 nadal stanowi ogromne zagrożenia dla zdrowia publicznego. 1 lutego 2021 roku WHO przedstawiła pierwszą ocenę systemów strategicznych dotyczących przekazywania informacji zdrowotnych. Raport pokazał, że nawet najbardziej zaawansowane struktury ochrony zdrowia mają poważne problemy z odpowiednio szybkim dostarczaniem danych w czasie rzeczywistym. Wnioski były jednoznaczne, mówiące o szybkiej strategii poprawy tych wyników, bo jak wiadomo rzetelne i szybkie zbieranie danych umożliwia opracowywanie poprawnych decyzji przy obecnie trwającej pandemii, ale opracowanie skutecznej wymiany informacji będzie skutkowało przy przyszłych zagrożeniach zdrowia publicznego. 24 lutego 2021 roku Światowa Organizacja Zdrowia wydała nowy plan reagowania „SPRP” na COVID-19 w 2021 roku. Plan zawiera opracowanie dużo skuteczniejszych form koordynacji działań krajowych jak i globalnych służących przeciwdziałaniu postępującej pandemii. 30 marca 2021 roku Dyrektor Generalny WHO przedstawił wraz z przewodniczącym Rady Europejskiej traktat mówiący o solidniejszej gotowości na pandemię, w celu stworzenia silnej globalnej struktury umożliwiającej przeciwdziałaniom zagrożeń dla zdrowia publicznego, która ma na celu chronić ludność świata. W tym samym dniu został również wydany raport grupy badaczy, którzy badali pochodzenie i rozwój wirusa SARS-CoV-2 w mieście Wuhan w okresie 14 stycznia-10 luty 2021 roku.

COVID-19 przebiega w odmienny sposób u każdej osoby. Objawy zarażenia mogą się ukazać bądź nie. Taki zróżnicowany przebieg infekcji powoduje, że nie ma charakterystycznych objawów, które jednoznacznie mogłyby wykazać zarażenie tym wirusem. Najczęściej zwraca się uwagę na infekcję górnych dróg oddechowych, ogólne zmęczenie i ból głowy. Takie ogólne objawy mogą sygnalizować przeróżne choroby, dlatego w późniejszym czasie odkryto, że COVID-19 wywołuje zaburzenie w odbieraniu zapachów oraz częstą utratą smaku. Okres rozwoju wirusa wynosi od jednego do czternastu dni. Najważniejszym zadaniem

---

<sup>141</sup> *Conducting community engagement for COVID-19 vaccines* [online], Geneva: World Health Organization 2021, [przełączany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1332503/retrieve>

jakie stało przed WHO było opracowanie strategicznego planu w walce z pandemią koronawirusa. Strategiczne przygotowanie i reagowanie na COVID-19 WHO (SPRP) to plan, który został przedstawiony w roku 2021. Po nierównej walce w 2020 roku i wyciągniętych wnioskach WHO jest przekonana, że wdrożenie zawartych w planie zaleceń jest jedyną prawidłową formą do walki z koronawirusem. Plan opiera się również na platformach, które mają wspierać kraje w podejmowaniu badań innowacji. Wytyczne składające się w plan postępowania dostarczają krajom członkowskim gotowe praktyczne rozwiązania, które przez swoją rozbudowaną formę mogą dostosować je do potrzeb jakie są wymagane w danej chwili w kraju. Plan składa się z dziesięciu filarów, a każdy z nich ma na celu ochronę zdrowia publicznego. Pierwszy filar opiera się na koordynacji, planowaniu i monitorowaniu mechanizmów, które zrzeszają partnerów w celu bardziej poukładanej i rozplanowanej współpracy. W tym kroku zwraca się uwagę na magazynowanie zasobów do walki z wirusem w tym również szczepionek. W tym punkcie widać wojskowy rygor i sumienne rozplanowanie<sup>142</sup>. Zleca się, aby kraje dokonały odpowiedniego przeglądu zasobów medycznych na wypadek pandemii. W wytycznych widać również, że duży nacisk nałożony na jasny i przejrzysty plan działania oraz koordynacje na wszystkich poziomach zarządzania i współpracy na wypadek pandemii. Mamy ponad rok od wybuchu pandemii COVID-19, przez ten okres służba medyczna została mocno eksploatowana, a w takim momencie może dochodzić do obniżenia jakości usług i leczenia. Kraje mogą mieć teraz styczność z występowaniem nagłych zapadłości zdrowotnych, które mogą być spowodowane wieloma czynnikami. W takim wypadku, gdy powstają sytuacje kryzysowe, kraje powinny dostosować odpowiednią koordynację w planowaniu, finansowaniu i monitorowaniu rozwoju COVID-19. Należy mieć na uwadze, że nie tylko WHO zajmują się problemami zdrowotnymi w wymiarze globalnym, dlatego tak ważne jest, żeby wzmocnić mechanizmy, które umożliwią płynniejszą współpracę z ONZ i innymi organizacjami walczącymi z COVID-19, aby wymiana informacji była wykonywana w sposób przejrzysty.

Drugi filar opiera się na udostępnianiu rzetelnych informacji mogących zapobiegać i ograniczać rozprzestrzenianie się wirusa, gdyż poinformowane i doedukowane społeczeństwo umożliwia spowolnienie rozprzestrzeniania się wirusa. Odpowiednie zachowanie ludzi może być zapoczątkowane tylko i wyłącznie poprzez przekazywanie rzetelnych instrukcji w jaki sposób mają się zachowywać, aby nie doprowadzać do rozprzestrzeniania się pandemii. Szybkie ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa i rosnącej liczby zakażeń jest możliwe przez



zaangażowanie społeczne i odpowiednią komunikację z organami zarządzającymi sytuacją kryzysową. Nie ma jednego uniwersalnego podejścia, które byłoby efektywne w danym kraju. Każdy kraj i jego społeczeństwo jest inne, dlatego spostrzeżenia i uwagi dotyczące zarządzania i zachowania podczas pandemii będą w jakimś stopniu różniły się od siebie. Ważną rolę jest edukacja społeczeństwa i przezwyciężenie niezdecydowania co do szczepień. Trzeba pamiętać, że przez szczepienia kraj może zbudować odporność stadną. Trzeba opanować negatywne kampanie antyszczepionkowe mające dość restrykcji, które wprowadzone zostały w wyniku pandemii, gdyż zniechęcają one do podjęcia szczepień. Polityka szczepień powinna polegać na odpowiedniej edukacji, prawdziwych informacjach, widocznemu zaangażowaniu służb i społeczności. Takie kluczowe zachowanie będzie sprzyjało osiągnięciu strategicznych planów wydanych przez WHO.

Trzeci filar opiera się na nadzorowaniu i śledzeniu rozwoju epidemiologicznego w celu odpowiedniego dostosowania środków zdrowia publicznego. Informacje zbierane poprzez monitorowanie wirusa COVID-19 są niezbędne w celu wykrywania nowych ognisk infekcji, a także zbierania danych, które pokażą, jakie cechy u człowieka są pożądane przez wirusa i jakie grupy osób są najbardziej narażone na infekcję. Trzeba zdać sobie sprawę, że są kraje na świecie, które mają utrudnione bądź niemożliwe badania nad wirusem. W takim wypadku WHO zaleca ogólne monitorowanie zachorowalności górnych dróg oddechowych. Kolejnym mechanizmem, który ma pomagać przy ograniczonych metodach badawczych jest testowanie laboratoryjne poprzez testy wykazujące obecność koronawirusa SARS-CoV-2 skupiające się na danej, wąskiej grupie osób np. pracowników wykonujących zawody strategiczne. W krajach, gdzie są możliwe większe możliwości badań nad wirusem, zachęca się do podejmowania badań epidemiologicznych, które mają na celu pogłębienie wiedzy na temat COVID-19, aby jakość wiedzy mogła się przełożyć na walkę z wirusem oraz ustaleniem odpowiednich działań w tym kierunku<sup>143</sup>. Badania te powinny mieć wymiar globalny, a ich wyniki i wnioski powinny być udostępniane do globalnej wiadomości. Pożądanymi informacjami jakie oczekuje WHO są struktury przenoszenia się wirusa, jego odporności na środowisko i bariery ochronne człowieka czy też leki antywirusowe, jego cechy kliniczne czy też czynniki ryzyka, które powodują zwiększone ryzyko zachorowalności u ludzi. Wszystkie kraje członkowskie zachęca się do współdziałania i przyjęcia planów rozwojowo-badawczych przedstawionych przez WHO, a

---

<sup>143</sup> *Public health considerations for elections and related activities in the context of the COVID-19 pandemic* [online], Geneva: World Health Organization 2020, [przełączony 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-elections-2020-1>.

przekazaną wiedzę zaleca się wprowadzać do życia społecznego, gdyż jest oparta na odpowiednich dowodach naukowych, które każdy kraj może składać do odpowiednich organów WHO w ramach rozwoju wiedzy nad wirusem. Omawiając ten filar WHO wskazuje, że odpowiednie monitorowanie infekcji, które jest poparte szybkim potwierdzeniem testami i izolacją zainfekowanej osoby oraz baczną opieką zdrowotną nad jego stanem jest głównym celem prowadzącym do przerwania przenoszenia wirusa SARS-CoV-2 w społeczeństwie<sup>144</sup>. Dane z monitorowania przyczynić się mogą do odnalezienia źródła infekcji w celu identyfikacji wydarzeń publicznych czy też obszarów pracowniczych, które przez szybkie działanie i izolację mają na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa. W celu monitorowania osób przebywających na kwarantannie możliwe jest używanie oprogramowania elektronicznego, jednak jego wdrażanie musi być starannie zaplanowane, aby nie naruszać kwestii etycznych i dostępu do prywatności. Oprócz zbierania danych ze środowiska, ważnym elementem jest monitorowanie i tworzenie statystyk wynikających z danych pobieranych ze szpitali i służb ochrony zdrowia. Monitorowanie wydajności i obciążeń w tych jednostkach umożliwi zorientowanie się co należy poprawić, aby jakość i szybkość usług mieściły się w normie. Trzeba również zaznaczyć, że wymagania monitorowania nie mogą się skupiać tylko na COVID-19, ale jednocześnie monitorować jakość usług przy leczeniu również innych schorzeń i chorób. Takie monitorowanie powinno być zgodne z wytycznymi, ale w momencie, gdy wymagane środki potencjalnie stanowiłyby szkodę dla zdrowia publicznego w danym kraju należy je zgłosić do struktur WHO. Tak zaplanowane monitorowanie zapewni odpowiednią analizę epidemiologiczną, która umożliwi podejmowanie globalnych decyzji w walce z wirusem. Te działania mają na celu nie tylko zaborcze monitorowanie, ale również wsparcie przy wykonywaniu tych czynności w krajowych planach nadzoru, które umożliwią nie tylko monitorowanie społeczeństwa, ale również pracowników wypełniających służbę ochrony zdrowia publicznego w trosce o ich bezpieczeństwo. Odpowiednie dokumentowanie nabytego doświadczenia i umiejętne wykorzystanie doświadczenia nabytego poprzez pracę w warunkach pandemii, będzie owocowało podczas przyszłych zagrożeń, gdyż należy sobie zdawać sprawę, że obecna sytuacja nie wyklucza powstania w przyszłości kolejnych zagrożeń na miarę COVID-19.

---

<sup>144</sup>WHO-convened *Global Study of Origins of SARS-CoV-2* [online], Geneva: World Health Organization 2021 [przełączany 1 czerwca 2020], dostępny w: <https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>.

Kolejnym czwartym filarem planu WHO przeciwko COVID-19 jest ugruntowanie transportu i podróży międzynarodowych, jako potencjalnych zagrożeń skutkujących przenoszeniem wirusa w nowe obszary świata. Ramy prawne określające podróże międzynarodowe i transport międzynarodowy w okresie pandemii powinny koncentrować się na wprowadzaniu środków, które ograniczają ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa i powinny być uregulowane na podstawie prawa krajowego w każdym państwie. Przepisy prawne powinny być odpowiednio dostosowane do stopnia ryzyka. Pod uwagę należy wziąć przede wszystkim lokalną sytuację jaka występuje w danym kraju, stopień skuteczności wykrywania przypadków infekcji, kraj przeznaczenia podróży, jak również poziom przestrzegania obostrzeń przez społeczeństwo. Oczywiście te wszystkie zasady muszą mieć ugruntowane prawne oraz nie mogą naruszać praw człowieka. Wszystkie zaostżenia powinny opierać się na dowodach, z których te zaostżenia wynikają oraz powinny być ograniczone w czasie. W momencie pisania pracy w związku z pandemią COVID-19 przepisy IHR w obecnym czasie nie zalecają wymagania szczepień lub nabytej odporności przy tzw. ozdrowieńcach jako warunek wjazdu i podróży z kraju do kraju, gdyż wprowadzone szczepienia nie mają jeszcze usystematyzowanych i jednoznacznych wyników badań, na których takie zalecenia mogłyby się opierać. Należy przyjąć, że osoby zaszczepione nie są zwalniane z przestrzegania przepisów związanych ze zmniejszeniem ryzyka związanego z podróżą.

Piąty filar porusza temat diagnostyki i badań laboratoryjnych, w celu zmniejszenia przenoszenia się wirusa z osoby zainfekowanej na osobę zdrową. Badania są w obecnym czasie najskuteczniejszą metodą umożliwiającą zarządzanie i koordynowanie zdrowiem publicznym, to dzięki nim można wdrożyć odpowiednie strategie a następnie ograniczyć rozprzestrzenianie COVID-19<sup>145</sup>. Wykonywanie testów na obecność koronawirusa ma służyć do wykonywania statystyk o zdrowiu publicznym, ale również ma za zadanie kierowanie osób zainfekowanych do izolacji w celu nie rozprzestrzeniania się wirusa. Nadal istnieje wielka potrzeba zwiększenia możliwości diagnostycznych w 2021 roku. Im więcej osób jest testowanych tym informacje o fazie pandemii są rzetelniejsze, a im informacje są rzetelniejsze to podjęte działania strategiczne są trafniejsze, co ma przełożenie na prawidłowe decyzje w ochronie zdrowia publicznego. WHO zaleca krajom korzystanie z przygotowanych platform, które umożliwiają dokumentację danych epidemiologicznych z kraju. Takie działanie umożliwia nie tylko ograniczenie wirusa,

---

<sup>145</sup> *COVID-19 WHO Target Product Profiles for COVID-19 Therapeutics in Hospitalized Patients* [online], Geneva: World Health Organization 2020 [przełgądany 1 czerwca 2020], dostępny w: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-therapeutics-target-product-profile-for-hospitalized-patients>.

ale również pomaga przy wykrywaniu nowych odmian i szczepów koronawirusa. WHO twierdzi, że pomimo zmniejszenia presji społeczeństwa i obaw przed COVID-19 to nadal diagnostyka laboratoryjna powinna zostać na najwyższym poziomie, gdyż zagrożenie nadal jest ogromne. Każdy kraj członkowski powinien posiadać strategię diagnostyki i testowania, która jest jasna i czytelna, a wyniki poparte badaniami powinny być udostępniane w celu rozwoju informacji o wirusie.

Szósty filar ma na celu zapobieganie zakażeniom w ośrodkach medycznych oraz dbaniu o ochronę pracowników służby zdrowia. Pracownicy służby zdrowia powinni przestrzegać szeregu nakazów postępowania od chwili diagnostyki pacjenta, przez czas jego hospitalizacji, aż do momentu wyleczenia. Pracownicy powinni dbać o ochronę swojego zdrowia oraz zdrowia pacjentów poprzez stosowanie zasad profilaktyki, aby nie dochodziło do zakażeń z pacjenta na pracownika, z pracownika na pracownika czy z pracownika na pacjenta. Takie działania mają na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zakażeń związanych ze świadczeniem opieki zdrowotnej również w przypadkach innych niż COVID-19. Przestrzeganie zaleceń ma na celu zmniejszenie śmiertelności spowodowanej wirusem, ale również zadbanie o zdrowie i bezpieczeństwo pracowników służby zdrowia jako pierwszego szeregu w walce o zdrowie społeczeństwa. Edukacja i promocja profilaktyki zdrowia publicznego jest niezwykle ważna, tylko zrozumiałe polecenia mają sens ich respektowania, a ich respektowanie będzie zwiększało bezpieczeństwo pracowników służby zdrowia jak i samego społeczeństwa. Powinny być prowadzone akcje i szkolenia pracowników ochrony zdrowia – lekarzy i niezbędnych pracowników na temat racjonalnego przestrzegania środków ochrony przeciw wirusowi. Ważnym punktem jest prowadzenie dokumentacji o zachorowalności i śmiertelności pracowników służby zdrowia, w której będzie rozdzielenie na wiek, płeć i grupę zawodową.

Siódmy filar poświęcony jest odpowiedniemu dobraniu metod diagnostycznych i planu hospitalizacji w zależności od zaawansowania zachorowania. Każda placówka musi być przygotowana na możliwość styczności z wirusem oraz podjąć odpowiednie metody diagnostyczne w zależności od indywidualnego stanu pacjenta. Przy pacjencie z podejrzeniem COVID-19 musi być wdrożona specjalna ścieżka opieki zdrowotnej. Przychodnie pierwszego kontaktu powinny podejmować słuszne decyzje o kierowaniu ciężkich przypadków do szpitali w celu hospitalizacji bądź w wyniku łagodniejszego przebiegu choroby pouczać i podjąć leczenie w warunkach odizolowania domowego. Trzeba mieć na uwadze, że szpitale podczas pandemii są przepełnione, dlatego pacjenci kierowani do szpitali powinni być w stanie

zagrożającym życiu. Na uwadze należy mieć objawy towarzyszące po przebytej chorobie, czyli tzw. powikłania, których nie można bagatelizować i w wypadku ich zdiagnozowania należy zapewnić odpowiednie metody leczenia. Placówki medyczne muszą mieć ustalone przepisy interwencji medycznej, które będą zgodne ze stanem epidemiologicznym, jak również infrastruktura, która umożliwi wezwanie pomocy powinna być przygotowana na możliwe duże zainteresowanie po stronie pacjentów<sup>146</sup>.

Ósmy filar odpowiada na zagadnienia związane z logistyką medyczną, łańcuchami dostaw, przemieszczaniem i transportem medycznym. Podczas wybuchu pandemii sytuacje mogą być bardzo dynamiczne. Odpowiednia logistyka umożliwia zapewnienie ciągłości dostaw oraz przemieszczania pracowników medycznych w celach ratunkowych. Plan powinien zawierać informacje na temat rozmieszczania personelu oraz ich zaopatrywania w odpowiednie produkty ochrony zdrowia. Produkty medyczne powinny być dostarczane w sposób sprawiedliwy do jednostek leczniczych, w sposób odpowiadający zapotrzebowaniu na dane środki<sup>147</sup>. Środki powinny być kierowane do wszystkich podmiotów świadczących opiekę medyczną. WHO będzie czuwało nad pozyskiwaniem, przydzielaniem i pomocą w dostarczaniu certyfikowanych środków w zależności od największego zapotrzebowania. W tym punkcie skupia się również na raportowaniu potrzebnych środków medycznych jak również raporty o dostępności i magazynowaniu obecnych środków medycznych. Kraj powinien zapewnić odpowiedni stopień finansowania umożliwiający szybki dostęp do potrzebnych środków medycznych.

Dziewiąty filar mówi o świadczeniu podstawowych usług medycznych w czasie pandemii, jak również porusza temat systemów zdrowotnych w krajach członkowskich. Kraje na całym świecie zostały zmobilizowane do przeciwdziałania pandemii COVID-19 musząc się zmierzyć z wirusem, ale również pamiętając, że wirus nie jest jedyną chorobą zagrażającą ludzkiemu życiu.

Wiele podstawowych badań i usług diagnostycznych zostało zahamowane wystąpieniem pandemii. Nagłe przypadki były hospitalizowane, ale choroby nie wymagające szybkiej reakcji zostały odłożone na późniejszy czas. Wraz z powolnym przygasaniem

---

<sup>146</sup> *Operational considerations for managing COVID-19 cases or outbreaks on board ships* [online], Geneva: World Health Organization 2020, [przełgądany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1273113/retrieve>.

<sup>147</sup> *Overview of public health and social measures in the context of COVID-19* [online], Geneva: World Health Organization 2020, [przełgądany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1278127/retrieve>.

pandemii wracają również podstawowe usługi medyczne, a restrykcje wynikające z obecności pandemii są stopniowo łagodzone. Trzeba pamiętać, że przebieg pandemii jest z reguły dynamiczny i niespodziewany, dlatego tak ważne są plany strategiczne, które umożliwiają przewidywalność szybkości reakcji w chwili zagrożenia. Skuteczny plan działania będzie zależny od podstawowych możliwości ochrony zdrowia w danym kraju, rozwój finansowania struktur zdrowia, jak i samego przebiegu pandemii. Mimo pandemii zachowana powinna być ciągłość leczenia chorób zakaźnych, matek i dzieci, zaburzeń i schorzeń psychicznych poprzez ustalone schematy leczenia. Rutynowe kontrole mogą być zawieszane na czas trwania pandemii. Szalenie ważnym punktem jest skupienie się nad ciągłością leczenia zaburzeń psychicznych, które wybuch pandemii w niektórych przypadkach może pogłębiać objawy i skutki. Trzeba mieć świadomość, że pandemia generuje przeciążenia służby medycznej, a lekarze specjaliści mogą być przesuwani do pomocy przy podstawowym leczeniu nagłych przypadków. Urzędnicy powinni wdrożyć programy ochraniające osoby znajdujące się w grupie ryzyka, w przypadku COVID-19 są to osoby w podeszłym wieku jak i osoby z obecnością przewlekłych chorób. Rozwój opieki medycznej w krajach członkowskich jest podstawą przy mierzeniu się z przeciwnikiem jakim jest pandemia. Gdy system opieki jest zaburzony wtedy leczenie i przeciwdziałanie skutkom pandemii są mało efektywne. Wzmacnianie systemów ochrony zdrowia publicznego zmniejsza ryzyko związane z COVID-19. Odpowiednie zarządzanie strukturami medycznymi na poziomie rządowym umożliwia rzetelne finansowanie medyczne jednostek publicznych i prywatnych co zwiększa ochronę zdrowia. Państwo powinno zadbać, żeby każdy obywatel miał dostęp do opieki medycznej niezależnie od pochodzenia. WHO zobowiązuje się do dostarczania aktualnych wskazówek dotyczących ochrony zdrowia w czasie pandemii, które powinny ułatwiać przeciwdziałanie skutkom pandemii. Ostatnim dziesiątym filarem jest temat szczepień przeciwko COVID-19. WHO zatwierdził obecnie wytworzone szczepionki przez co ważnym punktem jest wdrożenie planu ich podawania przez regulacje krajowe. Odpowiednie wprowadzenie do użytku szczepionek w kraju wymaga przygotowania, zaplanowania, wzmocnienia polityki szczepień, logistyki i infrastruktury potrzebnej do akcji szczepionkowych. Proces podawania szczepionek powinien przebiegać na sprawiedliwych, obiektywnych zasadach. WHO przyjęło strategię podawania szczepionek ustanawiając priorytet na zagrożone grupy strategiczne, czyli zaczynając od osób najbardziej zagrożonych. Zaleca się, aby każdy kraj zaplanował strategię ulokowania punktów szczepień jak również ustanowienie narzędzi, które będą wyznaczać gotowość do wprowadzenia szczepionek. WHO służy pomocą techniczną w celu organizacji bezpiecznego i skutecznego wdrażania punktów szczepień. Wprowadzenie szczepień w tak

szybkim czasie jest nie lada wyzwaniem dla każdego z krajów członkowskich, a ogromne spekulacje na temat skuteczności szczepionki wywoływane przez ruchy antyszczepionkowe również nie ułatwiają wprowadzania szczepień. Przez takie problemy należy wzmacniać świadomość szczepień w społeczeństwie.

Przyczyny pandemii wciąż są owiane nutą tajemniczości co wyzwała wiele kontrowersji i teorii spiskowych. Chiński rząd sprzeciwia się tezie, że to przez ich zaniedbania doszło do rozwoju pandemii. Mimo, że pandemia zagraża zdrowiu to jest również odpowiedzialna za największy kryzys gospodarczy od lat dziewięćdziesiątych, co powoduje niepokój wśród społeczeństwa. Trzeba jednak zauważyć, że dzięki zaangażowaniu WHO i krajów członkowskich doszło do zmniejszenia negatywnych skutków wywołanych przez pandemię COVID-19.

## **Zakończenie**

Praca badawcza pod tytułem „Światowa Organizacja Zdrowia i jej znaczenie w zwalczaniu pandemii” to niesamowicie obszerny i bardzo skomplikowany temat. Okres, w którym została napisana powyższa praca, jest okresem bardzo burzliwym, w tym czasie występuje pandemia COVID-19. Świat jest podzielony na zwolenników i przeciwników Światowej Organizacji Zdrowia, a dokładnie wydawanych przez nią zaleceń. Praca została stworzona z myślą o przybliżeniu funkcjonowania i ważności tej Organizacji oraz jej umiejscowienia i znaczenia w świecie dążącym do prawidłowej ochrony zdrowia w wymiarze globalnym. Tym niemniej, wykonana praca pozwoliła autorowi zgłębić szereg ważnych problemów, którym Światowa Organizacja Zdrowia stawia czoła, a jej dokonania nie zawsze ukazywane są w tak znaczący sposób jak jej krytyka. Przeanalizowanie problemów, kompetencji, celów, wykonywanych zadań przez WHO pozwoliło zdobyć wiedzę, podkreślającą wagę roli jaką od lat odgrywa ta Organizacja w imię ochrony zdrowia publicznego.

Starannie wyselekcjonowany i zgłębiony materiał naukowy dostarczył nie tylko ogólnej wiedzy mogącej przybliżyć przedmiot badań, ale w głównej mierze przyniósł szereg nieocenionych uwag i wielu spostrzeżeń. Zajmując się działalnością jaką prowadzi WHO i analizując wydawane przez nią zalecenia, autor usiłował zrozumieć wszystkie negatywne i pozytywne stanowiska wobec tej Organizacji, a przy tym przedstawić swoje własne stanowisko dotyczące powyższych kwestii.

W niniejszym fragmencie podsumowania przedstawiono najważniejsze wnioski wysnute podczas tworzenia pracy badawczej, jednak nie są to jedyne wnioski i spostrzeżenia, gdyż w tematach zajmujących się zdrowiem publicznym i organizacją taką jak WHO, można dostrzec szereg spostrzeżeń potwierdzających, jak ważna dla ludzi na całym świecie jest troska o ochronę zdrowia.

Praca ma na celu przybliżenie działalności Światowej Organizacji Zdrowia jak i ukazanie odpowiedzi na główne pytanie badawcze. Odpowiedź jest jednoznaczna – WHO działa w odpowiedni sposób poprzez współpracę międzynarodową umożliwia pielęgnowanie ochrony zdrowia oraz dzięki zaangażowaniu organów budujących tę Organizację umożliwia walkę z powstałymi epidemiami i pandemiemi na całym świecie. Światowa Organizacja Zdrowia w odpowiedni sposób koordynuje i wydaje zalecenia dla państw członkowskich reagując na powstałe zagrożenia zdrowotne na całym świecie. Ponadto bogata historia, rzetelne wykonywanie obowiązków dotyczących ochrony zdrowia publicznego i zaufanie krajów członkowskich powoduje, że działania podjęte przez WHO są w odpowiedni sposób skoordynowane i ujednolicone co umożliwia skuteczne przeprowadzanie działań w chwili zagrożenia zdrowia międzynarodowego. W uzyskaniu odpowiedzi na główne pytanie badawcze pomogły uzyskane odpowiedzi z pobocznych pytań badawczych.

Ad 1). Struktura WHO składająca się z organów takich jak: Dyrektor Generalny, Światowe Zgromadzenie Zdrowia, Rada Wykonawcza, Sekretariat i Biura Regionalne zapewnia jasną i czytelną budowę, która umożliwia precyzyjne działanie w reakcji na zagrożenia zdrowotne. Celem Światowej Organizacji Zdrowia jest ciągła praca nad zwiększaniem bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi na całym świecie przy wykorzystaniu współpracy między państwami. To jedno z podstawowych celów organizacji, ale nie jedyne. WHO koordynuje badania na rzecz poprawy zdrowia, prowadzi kampanie uświadamiające jak dbać o zdrowie. WHO dba o globalne zdrowie w szerokim zakresie.



Ad 2). W pracy zostały wyjaśnione różnice w znaczeniu pojęcia epidemii i pandemii, co pozwala odróżnić od siebie te dwa pojęcia a tym samym wprowadzać poprawne słownictwo przy nazewnictwie danego zagrożenia zdrowotnego. Należy podkreślić, że nie są to pojęcia tożsame, gdyż określają inny stan zachorowalności. Rozdział opisujący te pojęcia miał ważną rolę uświadczenia czytelnikowi różnicy, która jest zacieranana przez szeroko pojęte media, które nie przywiązują odpowiedniej uwagi do fachowych szczegółów, przez co ludzie wprowadzani są w błąd, a w konsekwencji używają zamiennie tych słów myśląc, że oznaczają to samo zjawisko. Ponadto w pracy zostało wyjaśnione funkcjonowanie zdrowia publicznego osadzonego w prawie międzynarodowym jak i ideologii nieodzownego wpisania godności ludzkiej w prawo międzynarodowego zdrowia publicznego.

Ad 3). Przeanalizowana historia pandemii, które nawiedzały świat od czasów starożytnych stanowi kontrast pokazujący jak ważna jest organizacja WHO przy zwalczaniu pandemii, aby ich negatywne skutki były ograniczone. Analiza postępowania WHO w walce z pandemią grypy i COVID-19 umożliwiła pokazanie mechanizmów i zaleceń organizacji, które zmieniają się w zależności od zagrożenia jakiemu stawia się czoła. Obydwie przeanalizowane pandemie pokazały, że WHO rzetelnie wykonuje swoje zadania, a wdrożone mechanizmy umożliwiły szybką reakcję na wyniki zagrożenia, tym samym ograniczając negatywne skutki.

Światowa Organizacja Zdrowia, pomimo że przez wielu jest krytykowana to tworzy strategiczny punkt walki ze stale zmieniającymi się zagrożeniami zdrowotnymi reagując na nie poprzez podejmowanie wielu działań w celu poprawy stanu zdrowia w wymiarze globalnym. Mimo, że zagrożenia bywają różne, w tym wypadku zawężone do walki z zagrożeniem pandemicznym to jednak wszystkie działania kumulują się do jednego mianownika jakim jest ograniczenie konsekwencji i walka z powstałymi zagrożeniami zdrowotnymi. Historia powstania organizacji pokazuje, że tylko instytucjonalna reakcja na zagrożenia zdrowotne powiększa szanse zwalczenia zagrożenia jak również podnosi skuteczność tych działań. Opracowywane zalecenia oparte są na szeregu badań, algorytmów i statystyk co umożliwia najbardziej trafne schematy działań, które są przekazywane krajom członkowskim.

Podsumowując przeprowadzone badania nie wyczerpują całego zagadnienia związanego z funkcjonowaniem Światowej Organizacji Zdrowia podczas pandemii ze względu na obszerność tematu, jednak rzucają światło na istnienie i ważność tej Organizacji przy zwalczaniu problemów zdrowotnych na całym świecie. Liczne sukcesy w zwalczaniu epidemii i pandemii na świecie pokazują, jak ważna jest dla świata obecność i aktywność tej organizacji. WHO jest nieodzowną organizacją dbającą o zdrowie każdego człowieka na całym świecie.

## Bibliografia

### 1. Akty prawne:

1. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisana w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r, Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477.
2. Konwencja Narodów Zjednoczonych w sprawie zwalczania pustynnienia w krajach dotkniętych poważnymi suszami i/lub pustynnieniem, zwłaszcza w Afryce, Dz. U. z dnia 7 listopada 2002 r. nr 185, poz. 1538.

### 2. Literatura:

3. Acheson D., *Independent inquiry into inequalities in health*, London 1988.
4. Baras C., *Rok ciemności*, New Scientist , nr 221(18) styczeń 2014.
5. Barcik J., *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013.
6. Barry J. M., *The Great Influenza: The Story of the Deadliest Pandemic in History*, Penguin Books; Revised ed. edition 2005.
7. Beck U., *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Warszawa, 2002.
8. Black D., *The Plague Years: A Chronicle od AIDS, the Epidemic of our Times*, Londyn 1986.
9. Byk C., *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*, PiP 2000, Nr 9.
10. Bynum F., *Policing Hearts of Darkness: Aspects of the International Sanitary Conferences*, History and Philosophy of the Life Sciences 1993, nr 15(3).
11. Byrne D., *Is there a lawyer in the house: the law of global public health*, J.L. Med Ethics 2005, wyd. 33.
12. Crosby A.W., *America's Forgotten Pandemic. The Influenza of 1918*, Cambridge: University Press 2003.
13. Crosby A.W., *The Columbian Exchange*, Greenwood Press 1972, wyd. 2.

14. Cueto M., Brown T., Fee E., *The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health*, American Journal of Public Health 2006, nr 96(1).
15. D. Kilbourne, *Influenza pandemics of the 20th century*, Emerg Infect Dis 2006, wyd. 12.
16. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, Gerontologia Polska 2008, nr 16.
17. Droomers M., Schrijvers C.T.M., Mackenbach J.P., *Why do lower educated people continue smoking?*, Explanations from the longitudinal GLOBE study, Health Psychology 2002. nr 21(3).
18. Emanuelli C., *Le droit international de la sante , evolution historique et perspectives contemporaries*, Quebecoise de Droit Int'l 1985, wyd. 2.
19. Esparza J., Schrick L., Damaso C.R., Nitsche A., *Equination (inoculation of horsepox): An early alternative to vaccination (inoculation of cowpox) and the potential role of horsepox virus in the origin of the smallpox*, Vaccine 2017, wyd. 35.
20. Espinosa M., *Epidemic Invasions: Yellow Fever and the Limits of Cuban Independence 1878–1930*, University of Chicago Press, Chicago 2009.
21. Evans R.J., *Epidemics and revolutions: Cholera in nineteenth-century Europe*, Past & Present 1988, nr 120(1).
22. *Explanations from the longitudinal GLOBE study*, Health Psychology 2002. nr 21(3).
23. Fan VY., Jamison DT., Summers LH., *Pandemic risk: how large are the expected losses*, Bull World Health Org. 2018, nr 96(2).
24. Felińczak A., Fal A.M., *Zdrowie publiczne*, Wrocław 2010.
25. Fenner F., Hendersan D.A., Arita I., Jezek Z., Ladnyi I.D., *History of international public health*, World Health Organization, Geneva, Switzerland 1988, Smallpox and its eradication, nr 6.
26. Filc-Redlińska L., *Szczepionki. Nie daj się zwariować*, Kraków 2016.
27. Frąckiewicz L., *Starość jako problem społeczno-ekonomiczny w obliczu starości*, Katowice 2007.
28. Friedman M., Friedland G., *Krótką historia medycyny*, Warszawa 2017.
29. Giannotti S., Moran N., Petrini C. & Shickle D., *Ethical models underpinning responses to threats to public health: A comparison of approaches to communicable disease control in Europe*, Bioethics 2008, nr 22(1).
30. Gibbins R.L., Riley M., Brimble P., *Effectiveness of programme for reducing cardiovascular risk for men in one general practice*, British Medical Journal 1993.

31. Gillies P., *Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion*, Health promotion International 1998, nr 13(2).
32. Gostin L.O., J.G. Hodge, *Global health law, ethics, and policy*, J.L.Med. Ethics 2007, wyd. 35.
33. Gostin L.O., *Public health law: a renaissance*, J.L. Med Ethics 2002, wyd. 30.
34. Grad F.P., *The Preamble of the Constitution of the World Health Organization*, Geneva: World Health Organization 2002, nr 80(12).
35. Hall V., Walker W.L., Lindsey N.P., *Update: noncongenital Zika virus disease cases - 50 U.S. states and the District of Columbia, 2016*, MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018, 67(9).
36. Harbeck M., *DNA Yersinia pestis ze szczątków szkieletu z VI wieku naszej ery ujawnia ingerencje w dżumy Justyniana*, PLOS Pathogens 2013, wyd. 9.
37. Henderson D.A., Inglesby T.V., Bartlett J.G., Ascher M.S., Eitzen E., Jahrling P.B., Hauer J., Layton M., McDade J., Osterholm M.T., *Smallpox as a biological weapon, Medical and public health management. Working Group on Civilian Biodefense*, JAMA 1999, wyd. 281.
38. Horimoto T., Kawaoka Y., *Influenza: lessons from past pandemics, warnings from current incidents*, Nat Rev Microbiol 2005, nr 3.
39. Iuliano AD., Roguski KM., Chang HH., Muscatello DJ., Palekar R., Tempia S., *Szacunki globalnej śmiertelności z dróg oddechowych związanej z grypą sezonową studium model*, Lancet 2018, nr 391(10127).
40. Janiszewski T., *Epidemia grypy czyli tzw. choroby hiszpańskiej w Krakowie*, Przegląd Lekarski 1918, wyd. 40.
41. Johnson N., Mueller J., *Globalna śmiertelność 1918–1920 „hiszpańska” pandemia grypy*, Bull Hist Med. 2002, nr 76 (1).
42. Jones W.S., *International Sanitary Conference*, Public Health Reports 1897, nr 12(19).
43. Józefaciuk A., Józefaciuk Cz., *Ochrona gruntów przed erozją*, Puławy 1999.
44. Kapelańska-Pręgowska J., *Prawo do zdrowia jako prawo człowieka, Ius est ars boni et aequi*, Toruń 2009.
45. Kelly J., *The Great Mortality: An Intimate History of the Black Death, the Most Devastating Plague of All Time*, Harper Perennial, Reprint edition 2006.
46. Kerns T. Jenner, *Etyczne badanie nad szczepionkami w wieku ospy i wieku AIDS*, University Press of America, Nowy Jork 1997.
47. Kięczkowska J., *Kampanie medialne na rzecz ochrony zdrowia – rzetelna informacja czy promocja strachu?*, Współczesne uwarunkowania promocji i reklamy, Warszawa 2013.

48. Kiedik D., A.M. Fal, *Zdrowie publiczne. Podręcznik akademicki*, Wrocław 2010.
49. Korzeniowska E., *O zdrowiu i jego definicjach*, Zdr. Publ. 1988, Nr 9.
50. Kowaleski J.T., Szukalski P., *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Łódź 2004.
51. Kowalska I., Mokrzycka A., *Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji i świadczeń zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji środowiskowych i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce*, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków 2012, tom 10.
52. Kowda W., *Żyzność gleby i produkcja żywności, Przyroda, żywność i człowiek*, Warszawa 1983.
53. Kretzmer D., Klein E., *The Concept of Human Dignity in Human Rights Discourse*, Hague 2002.
54. Kulik T.B., *Koncepcje zdrowia w medycynie*, Stalowa Wola 2000.
55. Legand A., Briand S., Shindo N., Brooks WA., de Jong, MD., Farrar J., *Addressing the public health burden of respiratory viruses: the Battle against Respiratory Viruses Initiative*, Future Virol. 2013, nr 8(10).
56. Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2011.
57. Marks L., Hunter D.J., Alderslade R., *Strengthening public health capacity and services in Europe, a concept paper*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2011.
58. Matheson N.J., Lehner P.J., *How does SARS-CoV-2 cause COVID-19?*, Science 2020; wyd. 369.
59. McCrudden C., *Human Dignity and Judicial Interpretation of Human Rights*, EJIL 2008, nr 19(4).
60. McNeill H.W., *Plagues and Peoples*, Oxford 1977.
61. Meijer A., Webster C.W.R., *The COVID-19 crisis and the information polity: An overview of responses and discussions in twenty-one countries from six continents*, Information Polity 2020, wyd. 25.
62. Mierzejewski J., *Bioterroryzm - spojrzenie w przyszłość. Konferencja naukowo-szkoleniowa: Medycyna ratunkowa: Medycyna Katastrof*, Łódź 2000.
63. Mierzejewski J., *Gdy ksenofobia rodziła zbrodnie a lekarzy nie uczono etyki*, Skalpel 1997, nr 7.
64. Mierzejewski J., *USA wobec zagrożeń terroryzmem biologicznym*, Myśl Wojskowa 1999, nr 81.

65. Molendowski E., *Globalizacja i regionalizacja we współczesnym świecie*, Kraków 2012.
66. Mróz T., *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Białystok 2011.
67. National Academy of Medicine. *The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises*, Washington 2016.
68. Nitsche A., Ellerbrok H., Pauli G., *Detection of orthopoxvirus DNA by real-time PCR and identification of variola virus DNA by melting analysis*, *Microbiol* 2004, wyd. 42.
69. Nowak-Starz G., Markowska M., Król H., Zięba E., Szpringer M., *Medyczne koncepcje struktury zdrowia, jego ochrony i promocji*, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Kielce 2013.
70. Nunez M., *Invasion Science and the Global Spread of SARS-CoV-2*, *Trends in Ecology and Evolution* 2020, nr 35(8).
71. Opolski J., *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2011, wyd. 1.
72. Orent W., *Plague*, Free Press: New York, 2004.
73. Oxford J.S., Sefton A., Jackson R., Innes W., Daniels R.S., Johnson N., *World War I may have allowed the emergence of "Spanish" influenza*, *Lancet Infect Dis* 2002, wyd. 2.
74. Palache A., Abelin A., Hollingsworth R., Cracknell W., Jacobs C., Tsai T., *Survey of distribution of seasonal influenza vaccine doses in 201 countries (2004–2015)*. *Vaccine* 2017.
75. Patterson D.K., Pyle G.F., *The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic*, *Bull Hist Med* 1991, nr 65.
76. Paździach S., *Prawo zdrowia publicznego, zarys problematyki*, Kraków 2004.
77. Reid A.H., Taubenberger J.K., Fanning T., *The 1918 Spanish influenza: integrating history and biology*, *Microbes Infect* 2001, nr 3.
78. Resnick J., Chi-hye Suk J., *Adding Insult to Injury: Questioning the Role of Dignity in Conceptions of Sovereignty*, *Stanford L.Rev.* 2003, wyd. 55.
79. Rosen W., *Justinian's Fleas*, Penguin Books, Nowy Jork, 2007.
80. Simon H.A., *Administrative behavior. A study of decision-making processes in administrative organization*, New York 1976.
81. Sobański R., *Prawo przez człowieka, dla człowieka, w imię człowieka*, *Kontrola Państwowa* 1997, nr 3.
82. Sporek T., *Nowy wymiar globalizacji i problemów globalnych*, *Prace Naukowe*, Katowice 2015.
83. Stettner J., *International obesity: legal issues*, *Emory Int'l L.Rev.* 2010, wyd. 24.

84. Supernat J., *Racjonalność i logika decyzji administracyjnej, Ewolucja prawnych form administracji publicznej*. Warszawa 2008.
85. Taubenberger J.K., Reid A.H., Lourens R.M., *Characterization of the 1918 influenza virus polymerase genes*, *Nature* 2005, nr 437.
86. Taylor A.L., Bettcher D.W., *International law and public health*, *Bull World Health Organ* 2002, nr 80(12).
87. Taylor A.L., *International public health law*, *Am. Soc'y Int'l L. Proc.* 1992, nr 86.
88. Taylor A.L., Sokol K.C., *The Evolution of global health law in a globalized World*, *The Global Community Yearbook of International Law Jurisprudence* 2007, wyd. 1.
89. *The Future of Public Health, Committee for Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C. 1988.
90. Torii M., Nguyen Y.L., Mazumdar C.T., Liu H., Hartley D.M., Nelson N.P., *An exploratory study of a text classification framework for Internet-based surveillance of emerging epidemics*, *International Journal of Medical Informatics* 2011, nr 80.
91. Tumpey T.M., Basler C.F., Aguilar P.V., *Characterization of the reconstructed 1918 Spanish influenza pandemic virus*, *Science* 2005, nr 310.
92. Walters F.P., *A History of the League of Nations*, Oxford University Press, London 1952, wyd. 1.
93. Wehrle F., Posch J., Richter K.H., Henderson D.A., *An airborne outbreak of smallpox in a German hospital and its significance with respect to other recent outbreaks in Europe*, *World Health Organ* 1970, wyd. 43.
94. WHO, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Geneva: World Health Organization 2009, wyd. 1.
95. Wiersinga W.J., *Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, *JAMA* 2020, wyd. 324.
96. Winslow C.E.A., *The untilled fields of public health*, *Science* 1920; nr 51(1306).
97. Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009.
98. Woodward D., Smith R.D., *Global public goods for health. Health economic and public health perspectives*, Oxford 2003.
99. Wysocki M.J., Miller M., *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, *Przegląd Epidemiologiczny* 2003, nr 57.

100. Zuziak K., *Aksjologia Louisa Lavella wobec ponownego kryzysu wartości*, Kraków 2012.

### 3. Źródła elektroniczne:

101. *A checklist for pandemic influenza risk and impact management: building capacity for pandemic response* [online], Geneva: World Health Organization 2018, [przełgądany 28 maja 2021], dostępny w: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259884/978924151362\\_3-eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259884/978924151362_3-eng.pdf?sequence=1).

102. *A manual for estimating disease burden associated with seasonal influenza* [online], Geneva: World Health Organization 2015, [przełgądany 28 maja 2021], dostępny w: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178801/9789241549301\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178801/9789241549301_eng.pdf?sequence=1), accessed 4 January 2019.

103. *An R&D blueprint for action to prevent epidemics: plan of action* [online]. Geneva, World Health Organization 2016, [przełgądany 28 maja 2021], dostępny w: [http://www.who.int/blueprint/about/r\\_d\\_blueprint\\_plan\\_of\\_action.pdf?ua=1](http://www.who.int/blueprint/about/r_d_blueprint_plan_of_action.pdf?ua=1), accessed 4 January 2019.

104. *Community needs, perceptions and demand: community assessment tool: Interim guidance* [online], Geneva: World Health Organization 2021, [przełgądany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1331316/retrieve>.

105. *Conducting community engagement for COVID-19 vaccines* [online], Geneva: World Health Organization 2021, [przełgądany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1332503/retrieve>

106. *COVID-19 essential supplies forecasting tool (COVID-ESFT)* [online], World Health Organization 2021, [przełgądany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340747>.

107. *COVID-19 WHO Target Product Profiles for COVID-19 Therapeutics in Hospitalized Patients* [online], Geneva: World Health Organization 2020 [przełgądany 1 czerwca 2020], dostępny w: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-therapeutics-target-product-profile-for-hospitalized-patients>.



108. *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: interim guidance* [online], Geneva, World Health Organization 2020, [przełgładany 1 czerwca 2021, dostępny w: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331422>.
109. *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19* [online], Geneva: World Health Organization 2021, [przełgładany 28 maja 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1349213/retrieve>.
110. *Declaration of Alma-Ata , International Conference on Primary Health Care* [online], Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, [przełgładany 2 maja 2021], dostępny w: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
111. *Evolution of a pandemic A (H1N1) 2009* [online], Geneva: World Health Organization 2013, [przełgładany 28 maja 2021], dostępny w: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78414/9789241503051\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78414/9789241503051_eng.pdf?sequence=1).
112. *FluID: a global influenza epidemiological data sharing platform* [online], Geneva, World Health Organization 2018, [przełgładany 28 maja 2021], dostępny w: [http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/fluid/en/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/fluid/en/).
113. *Global influenza strategy 2019-2030* [online], Geneva, World Health Organization 2019, [przełgładany 28 maja 2021], dostępny w: [https://www.who.int/influenza/global\\_influenza\\_strategy\\_2019\\_2030/en/](https://www.who.int/influenza/global_influenza_strategy_2019_2030/en/).
114. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* [online], Geneva: World Health Organization 1981 [przełgładany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800038>.
115. *Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines: interim guidance* [online], Geneva: World Health Organization 2020, [przełgładany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336603>.
116. *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals World* [online], Geneva: World Health Organization 2015, [przełgładany 1 czerwca 2020], dostępny w: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200009/9789241565110\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200009/9789241565110_eng.pdf?sequence=1).
117. *Health Promotion Glossary* [online], Geneva: World Health Organization 1995 [przełgładany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
118. *Implementation of the International Health Regulations (2005): report of the review committee on the functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to pandemic (H1N1) 2009, report by the Director-General* [online], Geneva: World Health

- Organization 2011, [przełgładany 28 maja 2021], dostępny w: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf), accessed 4 January 2019.
119. *Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2012 – conclusions and recommendations* [online], Geneva: World Health Organization 2019, [przełgładany 28 maja 2021], dostępny w: <http://www.who.int/wer/2012/wer8721.pdf>, accessed 4 January 2019.
120. *Operational considerations for managing COVID-19 cases or outbreaks on board ships* [online], Geneva: World Health Organization 2020, [przełgładany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1273113/retrieve>.
121. *Osiatyński W., Wprowadzenie do praw człowieka* [online], 1995 [przełgładany 2 czerwca 2021], <https://www.hfhr.pl/wp-content/uploads/2016/02/WiktorOsiatynskiWprowadzenieDoPojeciaPrawCzlowieka.pdf>.
122. *Overview of public health and social measures in the context of COVID-19* [online], Geneva: World Health Organization 2020, [przełgładany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1278127/retrieve>.
123. *Pandemic Influenza Preparedness Framework (“PIP Framework”) Advisory Group annual report to the Director-General under PIP Framework section 7.2.5.* [online], Geneva: World Health Organization; 2017 [przełgładany 28 maja 2021], dostępny w: [http://www.who.int/influenza/pip/PIPAG\\_AR\\_2017.pdf?ua=1](http://www.who.int/influenza/pip/PIPAG_AR_2017.pdf?ua=1), accessed 4 January 2019.
124. *Pandemic influenza risk management: a WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response* [online], Geneva: World Health Organization 2017, [przełgładany 28 maja 2021], dostępny w: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259893/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-eng.pdf?sequence=1>.
125. *Pandemic influenza severity assessment (PISA), a WHO guide to assess the severity of influenza in seasonal epidemics and pandemics* [online], Geneva, World Health Organization 2017, [przełgładany 28 maja 2021], dostępny w: [http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/pisa/en/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/pisa/en/).
126. *Public health considerations for elections and related activities in the context of the COVID-19 pandemic* [online], Geneva: World Health Organization 2020, [przełgładany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-elections-2020-1>.
127. *Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health – strategic objectives* [online], Geneva: World Health Organization 2018

- [przełączany 1 czerwca 2020], dostępny w: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/quality-care-network-objectives/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/quality-care-network-objectives/en/).
128. *IReport of the Third WHO Consultation on the Global Action Plan for Influenza Vaccines* [online], Geneva: World Health Organization 2017, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259727/WHO-HISTTi-17.6-eng.pdf?sequence=1>.
  129. *Responding to community spread of COVID-19: interim guidance 2* [online], World Health Organization 2020 [przełączany 2 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331421>.
  130. *Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. Scientific brief* [online], Geneva: World Health Organization 2020 [przełączany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333114>.
  131. *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19* [online], Geneva: World Health Organization 2020, [przełączany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
  132. *WHO guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses* [online], Geneva: World Health Organization 2010, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: [http://www.who.int/csr/resources/publications/swine-flu/h1n1\\_use\\_antivirals\\_20090820/en/](http://www.who.int/csr/resources/publications/swine-flu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/).
  133. *WHO preferred product characteristics for next-generation influenza vaccines* [online], Geneva: World Health Organization 2017, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258767/9789241512466-eng.pdf?sequence=1>.
  134. *WHO public health research agenda for influenza* [online], Geneva: World Health Organization; 2017, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259889/9789241513463-eng.pdf?sequence=1>.
  135. *WHO reform: better value, better health – strategy and implementation plan for value for money in WHO, report by the Director-General* [online], Geneva: World Health Organization 2017, [przełączany 28 maja 2021], dostępny w: [http://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf\\_files/EB142/B142\\_7-en.pdf](http://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf_files/EB142/B142_7-en.pdf), accessed 4 January 2019.
  136. *WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2* [online], Geneva: World Health Organization 2021 [przełączany 1 czerwca 2020], dostępny w:

<https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>.

137. *Working for better health for everyone, everywhere, WHO/DCO/2018.1* [online], Geneva: World Health Organization 2018 [przełgądany 1 czerwca 2020], dostępny w: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272468/WHO-DCO-2018.1-eng.pdf>.
138. *World Health Organization, Disease outbreaks* [online], Geneva: World Health Organization 2021 [przełgądany 1 czerwca 2021], dostępny w: <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/emergencies/disease-outbreaks/>.
139. *Zarządzanie ryzykiem pandemii grypy, Przewodnik WHO zawierający informacje iak zwiększyć krajowe i międzynarodowe przygotowanie i reagowanie na pandemię* [online], Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia 2017, [przełgądany 28 maja 2021], dostępny w: <http://apps.who.int/iris/bitstream/uchwyty/10665/259893/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-eng.pdf?sequence=1>, dostęp 4 stycznia 2019.

#### **4. Inne:**

140. Rajchman L., *See Ludwik Rajchman to Wickliffe Rose*, May 1922, Rockefeller Foundation Archives.