



## BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE JAKO WYMIAR BEZPIECZEŃSTWA MIĘDZYNARODOWEGO

### HEALTH SECURITY AS A DIMENSION OF INTERNATIONAL SECURITY

Marek Pietraś\* 

#### — ABSTRAKT —

Bezpieczeństwo zdrowotne jest wymiarem bezpieczeństwa międzynarodowego, skutkiem sekurytyzacji jego zagrożeń. W artykule zaproponowano zaliczenie bezpieczeństwa zdrowotnego do drugiej generacji niewojskowych wymiarów bezpieczeństwa (pierwsza to te proponowane przez szkołę kopenhaską). Celem artykułu jest analiza specyfiki, swoistej autonomizacji bezpieczeństwa zdrowotnego w odniesieniu do czterech elementów jego analizy: 1) specyfiki zagrożeń; 2) sekurytyzacji tych zagrożeń; 3) określenia podmiotu odniesienia; 4) zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego. Skoncentrowano się na strukturze zjawiska i strukturze każdego z jego elementów. Analizie poddano – po pierwsze – specyfikę sekurytyzacji zagrożeń zdrowotnych przez podmiot polityczny, jakim są Stany Zjednoczone. Po drugie, uwzględniono jednostkę ludzką jako podatną na zagrożenia zdrowotne. Po trzecie, działania na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego zanalizowano na poziomie systemu międzynarodowego i na poziomie narodowych systemów ochrony zdrowia.

#### — ABSTRACT —

Health security is a dimension of international security, resulting from the securitization of its threats. The article proposes to include health security in the second generation of non-military dimensions of security (the first generation being those proposed by the Copenhagen school). The aim of the article is to analyze the specificity, i.e., autonomization, of health security in relation to: 1) the specificity of threats; 2) securitization of these threats; 3) determination of the referent object; 4) ensuring health security. The focus was on the structure of the phenomenon and the structure of each of its elements. Firstly, the specificity of securitization of health threats by a political entity such as the United States was analyzed in particular. Secondly, the human individual was taken into account as susceptible to health hazards. Thirdly, actions for health security were analyzed at the level of the international system and at the level of national health care systems.

\* Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Instytut Stosunków Międzynarodowych.

**Słowa kluczowe:** bezpieczeństwo zdrowotne; zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego; sekurytyzacja; bezpieczeństwo jednostki ludzkiej; globalne zarządzanie bezpieczeństwem zdrowotnym; narodowy system ochrony zdrowia

**Keywords:** health security; threats to health security; securitization; human security; global governance of health security; national health protection system

Pandemia COVID-19 jest zwieńczeniem wzrostu zagrożeń dla zdrowia publicznego w XXI wieku. Zagrożenia te wykazywały jedną z największych dynamik narastania, swoistego historycznego przyspieszenia, wśród niewojskowych wymiarów bezpieczeństwa. Zostały zsekurytyzowane, powodując poszerzenie zakresu przedmiotowego bezpieczeństwa o wymiar zdrowotny, utrwalając obecność kategorii „bezpieczeństwo zdrowotne” w analizach bezpieczeństwa. Stało się tak w wyniku zmiany życia społecznego, powstania nowych zagrożeń bezpieczeństwa.

Przyjęto dwa założenia badawcze. Po pierwsze, zaliczono bezpieczeństwo zdrowotne do niewojskowych wymiarów bezpieczeństwa drugiej generacji. Kryterium wyodrębnienia obu generacji jest jakość zmiennych niezależnych na poziomie systemu międzynarodowego. Pierwsza generacja to wymiary bezpieczeństwa zaproponowane przez szkołę kopenhaską, warunkowane końcem zimnej wojny i dwubiegunowego systemu międzynarodowego. Druga generacja, wykraczająca poza wymiary zaproponowane przez szkołę kopenhaską, warunkowana jest przede wszystkim procesami globalizacji, specyficznego dla nich ścieśnienia czasu i przestrzeni, mobilnością ludzi. Będąc wartością, bezpieczeństwo zdrowotne jest jednocześnie dynamicznym procesem warunkowanym zmianami życia społecznego. Po drugie, bezpieczeństwo zdrowotne ze względu na transgraniczność zagrożeń i konieczność kolektywnego przeciwdziałania im na poziomie systemu międzynarodowego, bardziej jest bezpieczeństwem międzynarodowym niż narodowym (Kuczabski, 2022).

Celem poznawczym artykułu jest analiza specyfiki, swoistej autonomizacji międzynarodowego bezpieczeństwa zdrowotnego, poprzez identyfikację elementów analizy jego struktury, takich jak: 1) zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego; 2) sekurytyzacja tych zagrożeń; 3) obiekt odniesienia, czyli kogo ono dotyczy; 4) działania w sprawie jego zapewniania. Podjęto próbę odpowiedzi na kilka pytań badawczych. Główne pytanie – jaka jest specyfika bezpieczeństwa zdrowotnego i struktura jego analizy? Szczegółowe pytania badawcze: jaki jest zakres i specyfika zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego? Jaka była specyfika

sekurytyzacji tych zagrożeń? Kogo dotyczy bezpieczeństwo zdrowotne? Jak zapewniane jest bezpieczeństwo zdrowotne i jaka jest struktura działań?

Wyzwaniem stało się metodologiczne ujęcie tematu. Inspirację teoretyczną tworzą założenia szkoły kopenhaskiej dotyczące wymiarów bezpieczeństwa i ich sekurytyzacji oraz szkoły walijskiej, inspirujące koncepcję bezpieczeństwa jednostki ludzkiej (*human security*). Istotną metodą jest analiza czynnikowa, służąca identyfikacji zmiennych niezależnych bezpieczeństwa zdrowotnego. Zastosowana została koncepcja poziomów analizy z rozróżnieniem poziomu systemu międzynarodowego i poziomu państwa. Wykorzystane techniki badawcze to analizy zawartości dokumentów i stanu badań.

## ZAGROŻENIA BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

Na związki zdrowia z bezpieczeństwem międzynarodowym wskazano już w preambule statutu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1946 r. Mimo to pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego (*health security*) pojawiło się dopiero na przełomie XX i XXI w. Użyto go w raporcie Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) z 1994 r. w powiązaniu z propozycją koncepcji bezpieczeństwa jednostki ludzkiej (*human security*), uznając za jeden z 7 jej komponentów. Wcześniej przez kilka dekad po zakończeniu II wojny światowej zależność między zdrowiem i bezpieczeństwem nie znajdowała odzwierciedlenia w decyzjach i działaniach państw i organizacji międzynarodowych. Zagrożenia zdrowia z ich możliwymi skutkami dla bezpieczeństwa miały wówczas marginalne znaczenie. Uznawano je za należące do *low politics* (Fiedler, 2005; Farrell, 2018), będące bardziej problemem humanitarnym niż politycznym (Youde, 2018). Tym bardziej, że po likwidacji ospy w latach 70. XX w. ufano, że choroby zakaźne są pod kontrolą (przynajmniej w państwach rozwiniętych) i zagrożenie globalnymi infekcjami jest niewielkie (Farrell, 2018). W okresie zimnej wojny zagrożenia zdrowia nie były więc sekurytyzowane.

Zmianę podejścia do zagrożeń zdrowia i ich sekurytyzację na przełomie XX i XXI w. warunkowały dwa czynniki. Pierwszy to wzrost różnorodności, intensywności i liczby ofiar zagrożeń zdrowia, głównie w wyniku coraz większej liczby epidemii (Gliński, Żmuda, 2020). Punktem zwrotnym była epidemia HIV/AIDS (Harman, 2012). W jej kontekście zaczęto mówić o mikrobiologicznym zwrocie w myśleniu o bezpieczeństwie (Elbe, Roemer-Mahler, Long, 2015). Jednak szczególnie znaczenie chorób zakaźnych w sekurytyzacji zagrożeń zdrowia

nie zmienia ich złożoności i hybrydowości. Zagrożenia te łączą nieintencyjne procesy, zjawiska, z możliwością intencyjnego, wrogiego stosowania. Zaliczane są do nich choroby zakaźne w postaci epidemii lub pandemii, przekraczanie bariery gatunku, zjawisko bioinwazji, narastająca odporność na antybiotyki oraz bioterroryzm i możliwość stosowania broni biologicznej.

Szczególnym zagrożeniem zdrowia są choroby zakaźne. Epidemia HIV/AIDS uruchomiła sekurytyzację zagrożeń zdrowia, a epidemia Ebola wzmocniła ten proces. Epidemie o wręcz globalnym zasięgu ich ofiar występowały w XX w. (grypa hiszpanka 1918–1919), powodując już wówczas przeciążenie systemów ochrony zdrowia wielu państw (Rockenschaub, Pukkila, Profili, 2007). Od początku XXI w. zwiększała się różnorodność i intensywność występowania epidemii. Pojawiły się nowe patogeny, jak wirus Nipah, Marburg, Ebola, MERS-Cov., koronawirus, SARS, grypa A/H5N1, ale także A/H1N1, A/H7N9, A/H5N6 w różnych miejscach globu (Gostin, Ayala, 2017). Wystąpiły nawroty znanych wcześniej chorób zakaźnych, jak: cholera, gruźlica, grypa, odra, zapalenie opon mózgowych, żółta febra. Do tego intencyjnie użyto bakterii wąglika (Rockenschaub i in. 2007).

Istotne przesłanki wzrostu częstotliwości i intensywności epidemii stworzyła globalna mobilność ludzi, powodując większą wrażliwość i podatność na choroby zakaźne, które coraz trudniej jest zatrzymać w granicach państw. Były Sekretarz Generalny ONZ Kofi Annan nazwał je „problemami bez paszportu”, które wymagają kolektywnej, globalnej odpowiedzi (Annan, 2009). Wirus Ebola zidentyfikowany w marcu 2014 r. w Gwinei, rozprzestrzenił się na inne państwa Afryki Zachodniej (Sierra Leone, Liberia, Nigeria, Mali, Senegal), dotarł do Hiszpanii, Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych, powodując zagrożenia wręcz w skali globu (Infediora, Aning, 2017). Liczba przypadków pandemii COVID-19 na koniec 2022 r. to 657 mln i 6,68 mln ofiar śmiertelnych.

Zagrożeniem zdrowia staje się przekraczanie bariery gatunku. W konsekwencji wzrasta współzależność między zdrowiem ludzi, zwierząt i środowiskiem. Problemem jest ograniczony poziom wiedzy na temat relacji między tymi elementami. Procesy globalizacji, mobilność ludzi i zwierząt zwiększają wrażliwość i podatność w relacjach między ludźmi, zwierzętami i środowiskiem. W efekcie wzrasta ryzyko epidemii (Bouskill, Smith, 2019).

Bioinwazja, czyli świadome wprowadzenia przez ludzi w danym środowisku jednych gatunków w celu kontrolowania innych, jest kolejnym zagrożeniem. Stosowana już w I. połowie XX w., była traktowana jako problem biologiczny. Z czasem zaczęto ją postrzegać jako problem gospodarczy, związany z procesami

globalizacji, i problem bezpieczeństwa. Mikroby te mogą się rozprzestrzeniać w skali globu i są nazywane patogenami globalizacji (Bright, 1999). Są problemem bezpieczeństwa żywnościowego. Uznawane są zagrożeniem bezpieczeństwa, siły państw, ich potencjału gospodarczego, zdrowia ludzi, potencjału demograficznego, wnosząc do bezpieczeństwa państwa element biobezpieczeństwa (Stoett, 2010).

Wzrasta zagrożenie odporności na antybiotyki. Choroby zakaźne odporne na antybiotyki w jednym państwie oznaczają zagrożenie dla zdrowia i procesów gospodarczych w innych. Szacuje się, że w II dekadzie XXI w. patogeny odporne na leki były przyczyną śmierci ok. 700 tys. osób rocznie. Ministrowie zdrowia państw G-8 w 2013 r. odporność na antybiotyki uznali za główne wyzwanie bezpieczeństwa zdrowotnego w XXI w. Wyróżnia je kilka cech. Po pierwsze, nie ma państwa pochodzenia, z którym zagrożenie to może być identyfikowane. Po drugie, odporność na antybiotyki powstaje na wiele sposobów i jednocześnie wśród ludzi i zwierząt. Po trzecie, powiązanie tej odporności z łańcuchem pokarmowym oznacza potrzebę stosowania rozwiązań złożonych, dotyczących różnych obszarów życia społecznego, a nie prostych, jednowymiarowych (Yuk-pink, Thomas, 2018).

Do zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego zaliczany jest także bioterroryzm, oznaczający intencyjne użycie czynników biologicznych, p. bakterii, w celu spowodowania ofiar, zastraszenia i uruchomienia oczekiwanych zachowań, mogących spowodować polityczną zmianę (Kięczkowska, 2019, Kępka, 2009). W końcu XX i na początku XXI wieku kilka takich przypadków zanotowano w USA. Po atakach terrorystycznych 11 września 2001 r. w New Jersey wysłano listy zawierające bakterie wąglika. Zmarło 5 osób, a 17 zachorowało. Pojawiła się panika wśród ludności cywilnej, a do tego kilka skażonych obiektów np. in. budynki Sądu Najwyższego i urzędy pocztowe, zostało zamkniętych, dezorganizując życie społeczne.

Zagrożenia zdrowia funkcjonują w warunkach sprzężeń między środowiskiem życia społecznego, w którym powstają, i oddziaływaniem na życie społeczne, zmieniając je. Pierwszy element tych sprzężeń oznacza, że dla zagrożeń zdrowia, ich intensywności i dynamiki istotne są uwarunkowania społeczno-gospodarcze, takie jak: ubóstwo, bezrobocie, mobilność i migracje ludzi, trudne warunki mieszkaniowe, ograniczony dostęp do systemów ochrony zdrowia, wykluczanie społeczne, konflikty zbrojne. Środowisko rozprzestrzeniania się niektórych zagrożeń zdrowia tworzą procesy globalizacji, transgraniczna mobilność ludzi, pogłębianie dysproporcji społecznych, szerzenie kultury konsumpcji, niezdrowy

styl życia, zmiany klimatu (Jenkins, Lamazzi, Yeatman, Borisch, 2016) i urbanizacja. Efekt synergii tych zjawisk przyczynia się do zwiększonej wrażliwości i podatności społeczeństw na transgraniczne choroby zakaźne. Nie bez znaczenia są ruchy antyszczepionkowe (Bouskill, i in. 2019).

Z drugiej strony uważa się, że zagrożenia zdrowia, obok bezpośredniego oddziaływania na ludzi, mogą destabilizować życie społeczne (Kuczabski, 2021). Pandemie mogą destabilizować życie społeczne, aktywność gospodarczą w stopniu porównywalnym z wojnami, katastrofami naturalnymi czy kryzysami finansowymi. Wzmacnia to argumentację, że zagrożenia te ze względu na koszty zdrowotne, ale także gospodarcze i polityczne, powinny być problemem bezpieczeństwa, a nie „prostym” zjawiskiem zdrowotnym (Gostin, i in., 2017).

Drugi czynnik zmiany podejścia do zagrożeń zdrowia to inspiracja filozoficzna i związany z nią swoisty przyzwalający klimat intelektualny stworzony przez biopolityzację bezpieczeństwa i polityki. Powstał on w warunkach modernizacji społeczeństw i uświadamiania skutków rewolucji molekularnej dla rozumienia życia (Dillon i in. 2008). Inspirację dla takiego kierunku myślenia stworzyła filozofia Michela Foucault jeszcze w końcu lat 70. XX w. w zainicjowanym wówczas cyklu wykładów *Security, Territory, Population*. W wykładach tych i późniejszych publikacjach Foucault punktem odniesienia czynił nie terytorium państwa czy tożsamość jego ludności, lecz życie ludzi, zastanawiając się, jak „uczynić życie żywym”. Uważał, że głównym zadaniem nowoczesnej władzy politycznej jest „administrowanie życiem”. Tworzyło to przesłanki późniejszej biopolityzacji bezpieczeństwa. Na przełomie XX i XXI w. zagrożenia dla zdrowia stały się częścią szerszej agendy biobezpieczeństwa, „uzupełnionej” zwłaszcza po 11 września 2001 r. niepokojem o bioterroryzm. Oznacza to synergii zmiany rzeczywistości, wynikających stąd nowych zagrożeń bezpieczeństwa i intelektualnej akceptacji dla jego nowego wymiaru.

## SEKURYTYZACJA ZAGROŻEŃ BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

Analizowane czynniki tworzyły przesłanki, ale nie przesądzały włączenia problemów zdrowia do myślenia o bezpieczeństwie i praktyce jego zapewniania. Stało się tak w wyniku ich sekurytyzacji, czyli uznania za egzystencjalne zagrożenie bezpieczeństwa. Sekurytyzacja została zaproponowana i spopularyzowana przez szkołę kopenhaską na przełomie lat 80. i 90. XX w. (Buzan, Waever, de Wilde, 1998; Waever, 1995). Tworzy ramy teoretyczne – mimo kontrowersji – włączania

nowych zagrożeń w obszar bezpieczeństwa i politycznych reakcji na nie (Stritzel, 2007, Yuk-pink Lo i in. 2018). Szkoła kopenhaska wniosła istotny wkład w redefiniowanie bezpieczeństwa, poszerzanie jego zakresu przedmiotowego o kolejne wymiary niewojaskowe.

O. Waever i B. Buzan definiowali sekurytyzację jako skuteczny akt mowy (*speech act*), poprzez który zjawisko społ.p.zne, np. zagrożenie zdrowia, jest intersubiektywnie uznawane przez określony podmiot jako zagrożenie egzystencjalne dla wskazanego obiektu odp.nienia np. państwa, uzasadniając stosowanie nadzwyczajnych środków (Buzan, Waever, 2003). Sekurytyzacja łączy trzy elementy: 1) akty mowy, uznający wskazane zjawisko za egzystencjalne zagrożenie; 2) podmiot sekurytyzujący, formułujący akt mowy; 3) opinię publiczną akceptującą lub odrzucającą treść aktu mowy. Podmiotem sekurytyzacji jest ten, kto w akcie mowy deklaruje, że ktoś lub coś jest egzystencjalnie zagrożone. Możliwa jest różnorodność podmiotów tego aktu jak państwo i liczne podmioty niepaństwowe. Obiektem odniesienia (*referent object*) w zależności od wymiaru bezpieczeństwa może być państwo, jego suwerenność, ale i gospodarka, tożsamość, jednostki ludzkie, stan ich zdrowia z możliwymi konsekwencjami dla pozostałych wymiarów bezpieczeństwa (Emmers, 2008).

Sekurytyzacja obejmuje dwa etapy. Pierwszy to akt mowy, dyskursywna prezentacja określonego zjawiska, np. dmiotu itd. jako egzystencjalnego zagrożenia dla obiektu odniesienia. Używanie języka bezpieczeństwa nie oznacza, że zdefiniowane zagrożenie musi automatycznie stać się częścią myślenia o bezpieczeństwie. Etap drugi ma miejsce wówczas, gdy podmiot sekurytyzacji jest skuteczny w przekonaniu publiczności, czyli opinii publicznej, polityków, funkcjonariuszy mięnp.narodowych itd., że obiekt odniesienia jest egzystencjalnie zagrożony. Oznacza to, że szkoła kopenhaska postrzega bezpieczeństwo, jego zagrożenia, jako społecznie konstruowane w wyniku sekurytyzacji. Egzystencjalne zagrożenia są uznawane za takie przez podmiot je sekurytyzujący. W konsekwencji każdy akt sekurytyzacji odzwierciedla preferencje społeczne i jest rodzajem decyzji politycznej ((Emmers, 2008).

Istotnym elementem sekurytyzacji – także zagrożeń zdrowia – jest podmiot inicjujący akt mowy. Przedstawiciele szkoły kopenhaskiej zwracają uwagę na rolę ośrodków władzy politycznej, uznając je za mające pierwszeństwo w inicjowaniu sekurytyzacji. Bezpieczeństwo traktują jako „ustrukturalizowane”, gdyż niekp.re podmioty, jak np. aparat państwa, mają szczególne możliwości formułowania aktu mowy (Buzan i in., 1998). Holger Stritzel sekurytyzację uznał za trójwarstwową, zawierającą tekst, kontekst i siłę pozycyjną podmiotu aktu mowy. Ta

ostatnia może zależeć od jego uprawnień, pozycjinp.restiżu, zasobów itd. Dla skuteczności sekurytyzacji, obok pozycji podmiotu i treści aktu mowy, istotny jest jego odbiór przez publiczność (Stritzel, 2007).

Problem siły pozycyjnej podmiotu jest istotny dla odpowiedzi na pytanie, kto zainicjował sekurytyzację zagrożeń zdrowia? Nie wydaje się, aby siłą taką miał UNDP, używając w 1994 r. pojęcia *health security*. Odpowiedź na to pytanie wymaga analizy zależności między zagrożeniami zdrowia i interesami USA. Już w końcu lat 90. XX w. uznano, że zagrożenia zdrowia są uzasadnionym przedmiotem zainteresowania polityki zagranicznej i bezpieczeństwa narodowego (Katz, Singer, 2007). Rada Bezpieczeństwa Narodowego USA w 1999 r. po raz pierwszy uznała problem zdrowotny HIV/AIDS za zagrożenie bezpieczeństwa narodowego, znajdujące się w państwach Południa, także upadających (Aldis, 2008). Narodowa Rada Wywiadu USA na początku 2000 r. oceniła, że choroby zakaźne, mając głównie źródło w państwach rozwijających się, komplikują bezpieczeństwo tego państwa i globalne, powodując zagrożenia dla obywateli USA, ich sił zbrojnych, i destabilizują środowisko międzynarodowe. W 2001 r. Sekretarz Stanu Colin Powell uznał, że epidemia HIV/AIDS w Afryce jest problemem bezpieczeństwa narodowego (Peterson, 2002). Takie „akty mowy” instytucji USA sekurytyzowały choroby zakaźne.

Zdefiniowane preferencje polityki zagranicznej i bezpieczeństwa narodowego USA zaczęły znajdować odzwierciedlenie w działaniach w systemie międzynarodowym, zwłaszcza w Radzie Bezpieczeństwa ONZ (RB ONZ). Richard Holbrook, ambasador USA przy ONZ w latach 1999–2001, przekonywał Sekretarza Generalnego ONZ Kofi Annana, że HIV/AIDS – zabierając znaczną część populacji państwa i destabilizując jego życie społeczne, nie jest problemem humanitarnym, lecz bezpieczeństwa (Youde, 2018).np. 2000 r. wiceprezydent Al Gore w przemówieniu w RB ONZ opowiedział się za rozumieniem bezpieczeństwa, które włącza choroby zakaźne (Peterson, 2002). USA zagrożenia zdrowia powodowane przez pandemię przestały traktować jako problem humanitarny, postrzegając je jako problem bezpieczeństwa narodowego i międzynarodowego. Z wyjątkiem okresu prezydentury Donalda Trumpa, pełniły rolę lidera globalnych działań na rzecz ochrony zdrowia.

W warunkach niekwestionowanej „siły pozycyjnej”, wynikającej z bycia hegemonem ładu międzynarodowego na progu XXI w., narodowe postrzeganie zagrożeń zdrowia USA zaczęły przenosić na działania instytucji międzynarodowych, zwłaszcza ONZ i RB ONZ. Wykorzystując „instytucjonalną pozycję” tej ostatniej, wzmacniały akt mowy sekurytyzacji zagrożeń zdrowia, dokładniej



epidemii HIV/AIDS. 10 stycznia 2000 r. był dniem historycznym. Zorganizowano wówczas pierwsze spotkanie RB ONZ w 2000 r. i pierwsze w historii tego organu na temat bezpieczeństwa zdrowotnego. Uznano, że nie było wówczas większego zagrożenia niż epidemia HIV/AIDS, będąca jednocześnie kryzysem procesów rozwoju i bezpieczeństwa (*The Impact* (2000)). 17 lipca 2000 r. RB uchwaliła rezolucję 1308, w której HIV/AIDS uznano za zagrożenie bezpieczeństwa (*Resolution 1308*). Ponownie uczyniono to, łącząc choroby zakaźne z ubóstwem i degradacją środowiska, w Rezolucji ZO ONZ z 2 grudnia 2004 r. (*United Nations*, 2004).

Sekurytyzacja zagrożeń zdrowia przez RB ONZ w warunkach „siły pozycyjnej” USA na początku XXI w. została dokonana w odniesieniu do zagrożenia HIV/AIDS chorobą zakaźną i transgranicznie rozprzestrzeniającą się. Nie może więc zaskakiwać, że problemy ochrony zdrowia pojawiły się na forum RB ONZ w kontekście kolejnych epidemii. W 2014 r. w związku z wirusem Ebola w rezolucji 2177 epidemię tę uznano za zagrożenie pokoju i bezpieczeństwa, podkreślając potencjał destabilizacji sytuacji w regionie, powodowania napięć społecznych (*Resolution 2177*).

Wobec jednoznacznej reakcji na wirusa Ebola zaskakuje reakcja RB ONZ na epidemię COVID-19 i zajęcie się tym zagrożeniem dopiero w lipcu 2020 r. Wcześniej, 3 kwietnia 2020 r., ZO ONZ przyjęło rezolucję, w której pandemia COVID-19 została uznana za problem wymagający globalnej współpracy (*Resolution 74/270*). RB ONZ 1 lipca 2020 r. uchwaliła rezolucję, w której podkreślono, że pandemia COVID-19 może zagrażać utrzymaniu pokoju i bezpieczeństwa. Domagano się zaprzestania konfliktów zbrojnych, aby wzmocnić współpracę służącą przeciwdziałaniu pandemii (*Resolution 2532*). Zaskakujący, chociaż dający się wyjaśnić pozycją Chin (tu zaczęła się pandemia) najwyraźniej zainteresowanych desekurytyzacją COVID-19, jest brak jednoznacznej identyfikacji tej pandemii z zagrożeniem bezpieczeństwa i opieszałość reakcji (Charbonneau, 2021). Uruchomiono także dyskusję na temat uprawnień RB ONZ w sprawie niewojсковych zagrożeń bezpieczeństwa (Pobije, 2020).

Sekurytyzacja zagrożeń zdrowia z powodu transgranicznych epidemii i zaangażowanie USA w ten proces uzasadnia kilka wniosków. Po pierwsze, „aktu mowy” dokonał podmiot polityczny, jakim są USA z ich preferencjami strategicznymi. Epidemie były postrzegane jako zagrożenie powstające w państwach rozwijających się. Obawiano się, że w warunkach globalnej mobilności ludzi zagrożenie to może być przenoszone do państw rozwiniętych. Uważano, że sekurytyzacja zagrożeń zdrowia zwiększa zainteresowanie mediów, elit politycznych i społeczeństw tymi problemami, ich finansowaniem i działaniami

instytucji międzynarodowych. Koncentrowano się więc na troskach „Północy” i postrzegano „Południe” jako źródło zagrożenia chorobami (Weir, 2015).

Po drugie, zaangażowanie podmiotu politycznego w sekurytyzację zagrożeń zdrowia, wnosząc polityczny pragmatyzm, potwierdza ogólną tendencję wzrostu znaczenia podmiotów politycznych w formułowaniu „aktu mowy”. W przeszłości inicjatywa bardziej należała do środowisk naukowych, a politycy pełnili rolę akceptującej publiczności (Brown, 1977; Mathews-Tuchman, 1989). Na początku lat 90. to sugestie środowisk naukowych, szkoły kopenhaskiej sprawiły, że w strategiach bezpieczeństwa NATO, KBWE, wielu państw, także Polski w 1992 r., zsekurytyzowano zagrożenia niewojskowe. W sekurytyzacji zagrożeń zdrowia zaskakuje ograniczona obecność środowisk naukowych.

Po trzecie, zaangażowanie w sekurytyzację zagrożeń zdrowia podmiotu politycznego, jego woli politycznej i interesów, zwróciło uwagę na zależności między sekurytyzacją i desekurytyzacją tych zagrożeń w zależności od preferencji politycznych. Sekurytyzacja zagrożeń zdrowia może dynamizować działania polityczne w sprawie znoszenia chociażby ograniczeń finansowych na rzecz ochrony zdrowia. Skłonność do desekurytyzacji występuje wówczas, gdy istniejące zagrożenia zdrowia są rozwiązywane nie w wyniku działań nadzwyczajnych, lecz w wyniku „normalnej” polityki (Farrell, 2018), ale także gdy wymaga tego interes polityczny państwa.

Po czwarte, cechą sekurytyzacji zagrożeń zdrowia jest duża przestrzeń ich funkcjonowania, nawet globalna, i integrowanie działań wielu podmiotów na różnych poziomach organizacji życia społecznego. Nazywane jest to makrosekurytyzacją. Krytycy sekurytyzacji w ujęciu szkoły kopenhaskiej zarzucali jej koncentrację na zagrożeniach bezpieczeństwa w Europie. Akceptując takie argumenty, B. Buzan i O. Waever potwierdzili, że cechą wcześniejszych przypadków sekurytyzacji były zagrożenia na poziomie państw i jednostek (*middle-level*). Zaproponowali koncepcję makrosekurytyzacji (Buzan, Waever, 2009). Jest ona nadrzędna wobec proponowanej przez szkołę kopenhaską sekurytyzacji śrp. niego poziomu i obejmuje np. wojnę z terroryzmem i epidemie.

Wspierana przez USA sekurytyzacja groźen zdrowia spotkała się z akceptacją społeczności międzynarodowej, głównie w postaci decyzji organizacji międzynarodowych. W 2004 r. w raporcie Sekretarza Generalnego ONZ *A more secure world: Our shared responsibility*, używając kategorii „zagrożenia bez granic” i odwołując się do przykładu HIV/AIDS, zwrócono uwagę na związki między zdrowiem i bezpieczeństwem. WHO w programie na lata 2006–2015 priorytetem uczyniła debatę na temat bezpieczeństwa zdrowotnego (Eleventh 2006). ASEAN

jako organizacja regionalna dokonało sekurytyzacji zagrożeń zdrowia w czasie epidemii SARS w 2003 r. W strategii bezpieczeństwa NATO z 2010 r. wskazano na „ryzyka zdrowotne” na poziomie systemu międzynarodowego. W Unii Europejskiej na zagrożenia zdrowia nie zwrócono uwagi w strategiach bezpieczeństwa z 2003 r. i 2016 r. Pojawiły się w komunikacie Komisji Europejskiej z 11 listopada 2020 r. (czas pandemii COVID-19), w sprawie Europejskiej Unii Zdrowotnej i zwiększenia odporności UE na transgraniczne zagrożenia zdrowia.

Bezpieczeństwo zdrowotne jako kategoria praktyki politycznej zyskuje coraz większą akceptację, zwłaszcza w warunkach pandemii COVID-19. Jednak na wcześniejszych etapach sekurytyzacji inspirowanej działaniami USA, pojawił się sprzeciw wielu państw rozwijających się wobec określenia „bezpieczeństwo zdrowotne” i utożsamiania działań na rzecz ochrony zdrowia z działaniami na rzecz bezpieczeństwa czy uzasadniania globalnej współpracy w sprawach zdrowia (Aldis, 2008). Państwa te w istocie opowiedziały się za desekurytyzacją zagrożeń zdrowia. Przyczyny były różne. Po pierwsze, brak powszechnie akceptowanej definicji bezpieczeństwa zdrowotnego z odmiennością myślenia państw Północy i Południa. Po drugie, w niektórych państwach rozwijających się pojęcie to utożsamiano z egoizmem państw rozwiniętych, chcących chronić się przed transgranicznymi epidemiami w państwach rozwijających się (Kamradt-Scott, 2018).

Szczególny sprzeciw państw rozwijających się, zwłaszcza Brazylii, Indii, Indonezji, Tajlandii, spowodowała propozycja i próba wprowadzenia przez USA pojęcia „globalne bezpieczeństwo zdrowotne” (*global health security*). Sugerowano, aby była to kategoria nadrzędna w stosunku do bezpieczeństwa zdrowotnego, organizująca międzynarodową współpracę służącą przeciwdziałaniu zagrożeniom zdrowia (Aldis, 2008). W wyniku „opozycji” wymienionych i innych państw WHO w przyjmowanych dokumentach przestała używać pojęcia „bezpieczeństwo zdrowotne” (Kamradt-Scott, 2018). Po wybuchu epidemii Ebola w 2014 r. sprzeciw państw rozwijających się wobec pojęcia „globalne bezpieczeństwo zdrowotne” i łączenia problemów zdrowotnych z bezpieczeństwem osłabł. Stało się tak, gdyż epidemię Ebola zaczęto postrzegać jako kryzys globalny, obnażający nierówności społeczne wewnątrz państw i między nimi, słabości globalnego systemu zarządzania ochroną zdrowia i podejścia do globalnych kryzysów zdrowotnych (Roemer-Mahler, Rushton, 2016).

Epidemia Ebola „złamała” opór państw rozwijających się w sprawie przedstawiania zagrożeń zdrowia językiem analizy bezpieczeństwa (Kamradt-Scott, 2018). W lutym 2014 r. USA zainicjowały program *Global Health Security Agenda*.

Został on pomyślany jako działania państw, organizacji międzynarodowych i organizacji społeczeństwa obywatelskiego na rzecz promowania globalnego bezpieczeństwa zdrowotnego, ograniczenia zagrożeń powodowanych przez epidemie i realizacji międzynarodowych regulacji zdrowia WHO (*Global*, 2022). Program ten przyczynił się do integrowania działań w sprawie bezpieczeństwa zdrowotnego na poziomie globalnego systemu międzynarodowego.

Osiągnięty konsensus polityczny w sprawie bezpieczeństwa zdrowotnego nie ograniczył dyskusji środowisk akademickich, co pokazuje złożoność reakcji na akt mowy. Można wyodrębnić kilka tendencji krytycznej argumentacji w sprawie łączenia zdrowia i bezpieczeństwa z próbą wskazania wad takiego myślenia (Rushton, 2011; Elbe, 2006). Po pierwsze, podkreślano, że zagrożenia zdrowia tylko wówczas są priorytetem, gdy rozwinięte państwa Zachodu są zagrożone. W przypadku epidemii Ebola przekaz medialny sprawił, że będąc zagrożeniem państw afrykańskich, stała się zagrożeniem państw zachodnich, ich społeczeństw i bezpieczeństwa (Roemer-Mahler i in., 2016). Obawy społeczeństw zachodnich warunkowały presję na ośrodki władzy politycznej, ich zachowania na poziomie systemu międzynarodowego, działania wobec organizacji międzynarodowych. W konsekwencji agenda działań na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego odzwierciedlała preferencje państw rozwiniętych (McInnes, 2008).

Po drugie, w czasie epidemii Ebola zauważono, że państwa rozwinięte nie koncentrowały się na społecznych, gospodarczych i organizacyjnych przyczynach słabości systemów ochrony zdrowia państw afrykańskich, ale na wynalezieniu szczepionek i lekarstw. Podobnie było w przypadku COVID-19. Dla takich działań istotne były interesy zachodnich koncernów farmaceutycznych i „farmaceutyzacja” (*pharmaceuticalisation*) globalnej polityki ochrony zdrowia ze skłonnością do rozwiązań technologicznych i farmaceutycznych.

Po trzecie, zwracano uwagę na problemy wynikające z hybrydowości podmiotów (personel cywilny, lekarze i wojskowi) zaangażowanych w działania na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego. Obawiano się ingerowania tego personelu – także wojskowego – w decyzje „medyczne”. Może to: 1) naruszać autorytet personelu medycznego i ograniczać do drugorzędnej roli w wyniku zaangażowania osób z „tradycyjnych” sektorów bezpieczeństwa; 2) powodować kolizję zasad medycznych i/lub humanitarnych z wymogami „tradycyjnego” bezpieczeństwa (Ingram, 2011).

Po czwarte, podkreślano, że koncentracja na wybranych zagrożeniach zdrowia, jak epidemie, broń biologiczna, a więc nagłych, szybko rozprzestrzeniających się, powoduje – czego doświadczone w czasie pandemii COVID-19 – tworzenie

swoistej hierarchii problemów zdrowotnych, która nie odzwierciedla tych rzeczywistości (DeLaet, 2015). Obawiano się, że hierarchizowanie chorób z perspektywy poczucia zagrożenia społeczeństw rozwiniętych może prowadzić do zaniedbywania innych problemów zdrowotnych, bardziej istotnych dla państw rozwijających się (Kamradt-Scott, 2018).

Przeprowadzona analiza sekurytyzacji zagrożeń zdrowia ma istotne znaczenie dla pojęcia „międzynarodowe bezpieczeństwo zdrowotne”. Sekurytyzacja została zainicjowana coraz częstszymi i intensywniejszymi co do liczby ofiar epidemiami w państwach rozwijających się, narastającymi z tego powodu obawami społeczeństw państw rozwiniętych i polityczną wolą tych ostatnich do zapobiegania rozprzestrzenianiu się tych chorób. Powstała sprzeczność interesów państw rozwiniętych i rozwijających się. Taki kontekst polityczny był istotny dla definiowania bezpieczeństwa zdrowotnego. Mimo ponad 20 lat obecności w dyskursie naukowym i praktyce politycznej jest to pojęcie wieloznaczne i bez uzgodnionej definicji nawet w ramach systemu ONZ.

W literaturze naukowej dominuje pojęcie „bezpieczeństwo zdrowotne” (*health security*). W dokumentach organizacji międzynarodowych, zwłaszcza WHO, pod wpływem Stanów Zjednoczonych obok *health security* używano określeń *global health security* i *global public health security* z wyjątkiem kilku lat przed rokiem 2014, gdy WHO w wyniku protestów państw rozwijających wycofała się ze stosowania tych pojęć, by po 2014 r. do nich powrócić. W raporcie WHO z 2007 r. *A Safer Future: Global Public Health Security in the 21<sup>st</sup> Century* użyto określenia *global public health security* i definiowano je jako działania niezbędne do zminimalizowania podatności na nagłe zagrożenia zdrowia publicznego ludności żyjącej w określonym regionie geograficznym. Skoncentrowano się na transgranicznych zagrożeniach zdrowia publicznego, czyli tych, które inicjowały sekurytyzację na początku XXI w.

Odnośnie *global health security* akceptowano, że zawiera ono trzy elementy: 1) bezpieczeństwo w sensie braku zagrożeń; 2) zdrowie jako stan fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu; 3) globalne środowisko, w którym zdrowie jest warunkowane przepływami wirusów oraz społecznymi i ekologicznymi skutkami ładu gospodarczego. Uznano, że ochrona przed zsekurytyzowanymi zagrożeniami zdrowia nie jest tożsama z ochroną zdrowia jako taką (Farrell, 2018). Spory w sprawie rozumienia *global health security* dotyczyły także zakresu przedmiotowego zagrożeń. Po pierwsze, sugerowano ujęcie wąskie i koncentrację na transgranicznych zagrożeniach, jak pandemie i broń biologiczna. Po drugie, ujęcie szerokie z uwzględnieniem współzależności między fizycznym i psy-

chicznym zdrowiem ludzi, zdrowiem zwierząt i stanem środowiska naturalnego (Bouskill i in., 2019).

W dyskursie naukowym w odniesieniu do pojęcia „bezpieczeństwo zdrowotne” zgodzono się, że nie jest jasne, jak używane jest pojęcie bezpieczeństwa w kontekście problemów zdrowotnych i odpowiedzi na pytania: bezpieczeństwo dla kogo?, w celu ochrony jakich wartości?, przed jakimi zagrożeniami?, jak je zapewniać (Rushton, 2011)? Zgodzono się, że analiza tego pojęcia zakłada koncentrację na takich problemach, jak: ochrona przed zagrożeniami, zmiana warunków społecznych, gospn.p.rczych, technologicznych itd., które sprawiają, że wcześniejsze podejścia do ochrony zdrowia stają się nieaktualne, angażowanie nowych podmiotów włącznie z personelem wojskowym, związki z interesami polityki zagranicznej państw (Farrell, 2018).

Reasumując rozumienie bezpieczeństwa zdrowotnego, po pierwsze, że jest ono dynamicznym procesem sekurytyzacji zagrożeń zdrowia o dość wyraźnie określonej tożsamości i o nieostrych granicach zakresu przedmiotowego. Odzwierciedla dynamikę redefinicji rozumienia bezpieczeństwa w środowisku podwójnej zmiany na poziomie systemu międzynarodowego, warunkowanej równocześnie występującymi procesami: końca zimnej wojny i właściwego jej rozumienia bezpieczeństwa oraz globalizacji i specyficzną dla niej jakością życia społecznego (Pietraś, 1997; Pietraś, 2002). Zmiana rzeczywistości społecznej warunkuje zakres przedmiotowy i podmiotowy rozumienia bezpieczeństwa, a bezpieczeństwo zdrowotne jest częścią tego procesu.

Po drugie, w nawiązaniu do wymienionej podwójnej zmiany proponowane jest wyodrębnienie dwóch generacji sekurytyzacji niewojskowych wymiarów bezpieczeństwa. Pierwsza warunkowana jest końcem zimnej wojny, a specyficzną dla niej systematyzację wymiarów bezpieczeństwa zaproponowała szkoła kopenhaska. Druga generacja z bezpieczeństwem zdrowotnym warunkowana jest przede wszystkim nową jakością życia społecznego, specyficzną dla procesów globalizacji. Cechą obu generacji jest „nieostrość” ich zakresów, z narastaniem tego zjawiska w odniesieniu do wymiarów drugiej generacji z bezpieczeństwem zdrowotnym włącznie.

Po trzecie, dla sekurytyzacji zagrożeń zdrowia w środowisku procesów globalizacji z właściwym dla nich ścieśnieniem czasu i przestrzeni oraz nową jakością współzależności, istotne uwarunkowania stworzyła globalna mobilność ludzi, ich migracje. Potwierdza to dynamika globalnego rozprzestrzenienia się COVID-19 w czasie kilku tygodni. Procesy globalizacji przyczyniały się także do pogłębiania dysproporcji w poziomie rozwoju wewnątrz społeczeństw i między

nimi. Wyraźne stało się uzależnienie zagrożeń zdrowia od poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego, warunkującego preferowane przez społeczeństwa wartości (Camfield; Skevington, 2008–2009), w tym wartości pomaterialistyczne, uwrażliwiające społeczeństwa zachodnie na zagrożenia zdrowia (Inglehart, 2015). Poziom rozwoju warunkuje także sprawność narodowych systemów ochrony zdrowia i ich zdolność przeciwstawienia się pandemiom. Zróżnicowanie narodowych potencjałów ochrony zdrowia wyraźnie pokazała pandemia COVID-19. Problemem bezpieczeństwa zdrowotnego w środowisku globalnych współzależności jest więc zróżnicowana wrażliwość i podatność państw i społeczeństw na zagrożenia zdrowia, warunkowana asymetrią preferowanych wartości i asymetrią potencjałów narodowych systemów ochrony zdrowia. To z kolei tworzyło przesłanki odmienności preferencji politycznych państw rozwiniętych i rozwijających się wobec bezpieczeństwa zdrowotnego, zmiennych skłonności jego sekurytyzacji lub desekurytyzacji.

Po czwarte, bezpieczeństwo zdrowotne, stosując język konstruktywizmu, jest społecznie konstruowane i to w podwójnym sensie. Po pierwsze, rozprzestrzenianie się zagrożeń zdrowia (epidemii, bioterroryzmu) jest skutkiem zachowań społecznych, mobilności ludzi. Po drugie, sekurytyzacja lub desekurytyzacja tych zagrożeń jest uzależniona od preferowanych wartości, sytuacji ekonomicznej, sprawności narodowych systemów ochrony zdrowia. Jest zindywidualizowana w zależności od podatności i wrażliwości państw na zagrożenia zdrowia.

## OBIEKT ODNIESIENIA BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

Przedmiotem dyskusji i sporu jest odpowiedź na pytanie, kto jest obiektem odniesienia zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego? Kogo bezpieczeństwo to dotyczy? Obiektów takich jest kilka: jednostka ludzka, populacja, państwo, system międzynarodowy. Są one na kilku poziomach życia społecznego i warunkują swoje funkcjonowanie.

Szczególne miejsce w myśleniu o obiekcie odniesienia dla sekurytyzacji zagrożeń zdrowia przypada jednostce ludzkiej. Gdy w 1994 r. w raporcie UNDP zaproponowano pojęcie i koncepcję bezpieczeństwa jednostki ludzkiej (*human security*), wśród 7 kategorii zagrożeń wskazano także te, dotyczące zdrowia. Raport ten znacząco przyczynił się do łączenia zagrożeń zdrowia z koncepcją bezpieczeństwa jednostki ludzkiej i z jednostką jako obiektem odniesienia. Koncepcja ta inspirowana szkołą frankfurcką i jej krytyczną teorią oznaczała odejście

od państwocentrycznego myślenia o bezpieczeństwie (Booth, 1991). Wywołała dyskusję na temat możliwej zmiany paradygmatu myślenia o bezpieczeństwie (Paris, 2001). Koncentrowała się na niewojskowych zagrożeniach dla jednostki ludzkiej, także niewynikających z bezpośredniej przemocy. Została zaakceptowana przez ONZ w rezolucji ZO 10 września 2012 r. Stwierdzono w niej, że koncepcja *human security* ma ułatwiać państwom identyfikację zagrożeń dla życia, zdrowia i godności ludzi (*Resolution*, 2012). W 2001 r. utworzono w ONZ *Commission on Human Security*, a w 2004 r. *Human Security Unit*.

Zaproponowana w koncepcji bezpieczeństwa jednostki ludzkiej zmiana myślenia o podmiotach bezpieczeństwa stała się użyteczna w sekurytyzacji zagrożenia HIV/AIDS. Uznano, że choroba ta zagraża jednostce ludzkiej. Zgodnie z danymi WHO od początku tej epidemii do 2020 r. w skali globu zakażonych zostało 79.3 mln osób, a 36.3 mln zmarło. Jest to jedna z głównych przyczyn śmierci, powodująca więcej ofiar niż konflikty zbrojne.

Indywidualne tragedie osób dotkniętych HIV/AIDS nie są jedynymi skutkami tej epidemii. Dotknięte są także zbiorowości społeczne, w których te jednostki funkcjonowały. Zbiorowości te stają się obiektem odniesienia sekurytyzacji zagrożeń zdrowia. W Afryce śmierć zakażonych nauczycieli powodowała konsekwencje dla systemów oświaty w państwach, a śmierć żołnierzy, np. pilotów, dla armii tych państw (Elbe, 2006). Przy czym w warunkach inspiracji biopolityką Michela Foucault za zbiorowość będącą obiektem odniesienia uznawano populację. Uważano, że pandemie tworzą zagrożenia dla populacji jako całości (Aldis, 2008), a przeżycie gatunku staje się obiektem odniesienia, dokładniej: ochrony w polityce bezpieczeństwa państw (Dillon, i in., 2008).

Koncentrując się na jednostkach czy ich zbiorowościach jako obiekcie odniesienia sekurytyzacji zagrożeń zdrowia, na przykładzie epidemii HIV/AIDS, zaczęto zauważać, że w państwach o wysokim poziomie zachorowalności epidemia ta powoduje „tradycyjne” zagrożenia dla bezpieczeństwa. Oznacza to powrót państwocentrycznego myślenia o bezpieczeństwie. Na przykładzie HIV/AIDS uważano, że epidemie mogą powodować zagrożenia dla bezpieczeństwa narodowego państw, zachodzących w nich procesów gospodarczych, niektórych instytucji, politycznej stabilności, przyczyniając się do upadania państw (Elbe, 2006). Zauważono, że HIV/AIDS, destrukcyjnie oddziałując na operacje ONZ, może przyczynić się do destabilizacji środowiska międzynarodowego.

Z przeprowadzonej analizy jednoznacznie wynika, że nie ma prostej i jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, kogo dotyczą zagrożenia bezpieczeństwa zdrowia? Dyskurs na ten temat znacząco został zdominowany przez koncepcję



*human security* i jednostkę ludzką. Nie powinno być wątpliwości, że zagrożenia zdrowia zagrażają jednostkom ludzkim. Nie są to jednak jedyne podmioty. Zagrożone są także zbiorowości czy systemy, takie jak państwa, w których jednostki funkcjonują.

## ZAPEWNIANIE BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

Bezpieczeństwo zdrowotne jest wartością, której osiągnięcie wymaga działań, pamiętając, że „stawką w grze” jest nie tylko zdrowie ludzi, ich indywidualny dobrostan, ale także skutki zagrożeń zdrowia dla zbiorowości ludzi, systemów społecznych, procesów gospodarczych, stabilności życia społecznego. Zdrowie nie jest więc jedyną wartością chronioną. Niezbędne jest jednak dostosowanie podejmowanych działań do specyfiki zagrożeń zdrowia, będących dynamicznym procesem co do zakresu przedmiotowego, geograficznego i intensywności oddziaływania na życie społeczne.

Dla konceptualizacji i operacjonalizacji działań na rzecz zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego istotne są dwie tendencje dynamiki jego zagrożeń. Po pierwsze, poszerzanie ich zakresu przedmiotowego, czyli różnorodności. Po drugie, ich umiędzynarodowianie włącznie z globalizacją i ukształtowaniem się globalnych współzależności zdrowotnych. Oznacza to akceptację dla zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego w przestrzeni globu, bez ograniczania działań do granic państw (Brown, Curto, 2006). We współzależnym i zglobalizowanym świecie zmieniono więc myślenie o zapewnianiu bezpieczeństwa zdrowotnego, adaptując je do nowej rzeczywistości. Zagrożeniem „odstającym” od tej logiki wydaje się być bioterroryzm.

Wartościowym narzędziem porządkowania analizy zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego, odzwierciedlającym specyfikę zagrożeń i podejmowanych działań, jest zaproponowana przez Davida Singera koncepcja poziomów analizy stosunków międzynarodowych z poziomu systemu międzynarodowego i poziomu państwa (Singer, 1961) oraz sugestia analitycznego łączenia tych poziomów (Ray, 2001). Oznacza to, że w warunkach transgraniczności większości zagrożeń zdrowia niezbędne jest podejmowanie działań na poziomie systemu międzynarodowego i na poziomie państwa. Te ostatnie są warunkiem koniecznym, ale nie wystarczającym. Stąd też pierwszeństwo przyznano analizie działań na poziomie systemu międzynarodowego, a następnie na poziomie państwa.

Działania na poziomie systemu międzynarodowego w sprawie zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego podejmowane są w odniesieniu do globu jako całości i regionów geograficznych. Na poziomie globu funkcjonuje system globalnego zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym, będący elementem systemu globalnego zarządzania (Marzęda-Młynarska, 2014). Wyróżnia go hybrydowość podmiotów mających wspólny cel koordynacji działań, aby skutecznie rozwiązywać transgraniczne problemy zdrowotne, które wymagają transgranicznej współpracy (Youde, 2017). David Fidler definiował globalne zarządzanie zdrowiem jako zastosowanie przez państwa, organizacje międzynarodowe i podmioty transnarodowe formalnych i nieformalnych instytucji, norm i instrumentów w celu rozwiązania zagrożeń zdrowia poprzez transgraniczne, kolektywne działania (Fidler, 2010).

Cytowana definicja umożliwia wskazanie kilku cech systemu globalnego zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym. Po pierwsze, jest to różnorodność zaangażowanych podmiotów. Nie jest to system państwocentryczny. Jego inkluzywność polega na tym, że do jego funkcjonowania (obok państw) zostały włączone organizacje międzyrządowe z koordynującą rolą WHO, transnarodowe organizacje społeczeństwa obywatelskiego (Panas, 2021), w tym i filantropijne. Centralna rola w tym systemie przypada WHO, liczącej 194 państwa, i obok koordynacji ich działań w licznych sektorach ochrony zdrowia podejmuje działania operacyjne w ramach wielu programów. Podmioty niepaństwowe próbują oddziaływać na globalne agendy ochrony zdrowia, przedmiot negocjacji i podejmowane decyzje, mobilizowanie zasobów finansowych. Po roku 2000 znaczącym elementem funkcjonowania tego systemu stało się partnerstwo publiczno-prywatne. Wraz z utworzeniem *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, współpracującego z WHO, partnerstwo publiczno-prywatne stało się dostarczycielem pomocy rozwojowej (w 2014 r. 16%) na rzecz ochrony zdrowia (Youde, 2017). W działania te angażują się także takie fundacje, jak *Bill i Melinda Gates Foundation*, *GAVI Alliance* na rzecz szczepionek. Od 2005 r. funkcjonuje *Global Health Cluster*, koordynując w 31 sektorach ochrony zdrowia i w powiązaniu z WHO działania ok. 900 partnerów w państwach i ok. 60 partnerów na poziomie systemu międzynarodowego.

Po drugie, uznano, że zakres tego, co składa się na globalne zagrożenia zdrowia jest szeroki i dla każdego z tych zjawisk nie ma prostych rozwiązań. Niezbędne jest uwzględnianie ich specyfiki „medycznej”, ale i kontekstu społecznego i gospodarczego. Reakcja na epidemie wymaga innych działań niż reakcja na choroby zakaźne.

Po trzecie, liczne i różnorodne co do statusu podmioty systemu globalnego zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym istotnym czynią pytanie o granice tego systemu. Zaliczane są do niego organizacje wyłącznie zajmujące się ochroną zdrowia, ale i takie, dla których jest to jeden z obszarów ich aktywności. Funkcjonowanie WHO, chociaż istotne, nie wypełnia całej złożoności tego systemu (Youde, 2017).

Obok podmiotów tworzących globalny system zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym, istotnym jego elementem są normy prawnomiędzynarodowe. Po pierwsze, jest to statut WHO. Po drugie, są to Międzynarodowe Regulacje Zdrowia (*International Health Regulations – IHR*), będące umową międzynarodową. Ich celem jest przeciwdziałanie międzynarodowemu rozprzestrzenianiu się chorób, głównie tych zakaźnych. Wynegocjowano je w 1969 r. i dotyczyły 6 chorób (IHR, 1983). W warunkach wzrastającej liczby epidemii i konieczności podniesienia skuteczności reakcji społeczności międzynarodowej w 2005 r. (IHR, 2008) wynegocjowano, a w 2007 r. weszły w życie nowe IHR. Poszerzono zakres chorób zakaźnych podlegających regulacji oraz wykroczone poza choroby zakaźne, uwzględniając inne zagrożenia dla zdrowia, włącznie z wypadkami przemysłowymi, katastrofami naturalnymi i konfliktami zbrojnymi. Usprawniono system międzynarodowego monitoringu tych zagrożeń, a wspólnym celem działań stało się wzmocnienie międzynarodowego bezpieczeństwa zdrowotnego (Gostin, i in. 2017; Farrell, 2018; Bouskill i in. 2019). Ratyfikowało je 196 państw, w tym wszystkie 194 państwa WHO.

Istotnym problemem IHR z 2005 r. jest brak skutecznego mechanizmu egzekwowania zobowiązań. Nazywane są z tego powodu regulacjami „bez zębów”. Indonezja odmówiła udostępnienia próbek wirusa H5N1 w czasie epidemii w 2007 r. Chiny odmówiły informowania WHO jesienią 2019 r. o wybuchu epidemii COVID-19. Uczyniły to dopiero 31 grudnia 2019 r., gdy lokalna epidemia stawała się globalną pandemią. W 2012 r. szacowano, że ok. 15% państw-stron wypełniło standardy IHR (Bouskill i in., 2019). Działo się tak, mimo że regulacje IHR nakładają na państwa obowiązek informowania WHO o wybuchach zachorowalności na niektóre choroby. Ocenia się, że w latach 2001–2020 WHO była informowana o ponad 70% przypadków chorób zakaźnych. Oznacza to wzrost skuteczności raportowania o przypadkach epidemii, zwłaszcza w 2020 r. w odniesieniu do COVID-19.

Ograniczona skuteczność wykonywania IHR z 2005 r. w warunkach wzrostu liczby i częstotliwości pojawiania się epidemii w różnych częściach globu (SARS 2002 r., grypa H1N1 2009 r., MERS-CoV 2012 r., grypa H7N9 2013 r.

i Ebola 2014 r., COVID-19 2019 r.) sprawiła, że funkcjonowanie globalnego systemu zarządzania zdrowiem koordynowanego przez WHO i odwołującego się do norm IHR z 2005 r. stało się przedmiotem krytycznych ocen. Reakcja na epidemię wirusa Ebola została uznana za zbyt powolną (Ifediora i in., 2017). WHO została skrytykowana za reakcję na wybuch pandemii COVID-19. Wobec krytyki tego systemu już wcześniej, przed pandemią COVID-19, podjęto próbę tworzenia alternatywnych rozwiązań. 13 lutego 2014 r. USA zaproponowały inicjatywę *Global Health Security Agenda*, mając poparcie ok. 50 państw, organizacji międzyrządowych, w tym WHO i organizacji transnarodowych. Realizację tej inicjatywy USA wsparły kwotą ok. 1 mld. USD, wskazując 11 priorytetów. Deklarowanym celem było dążenie do eliminowania słabości IHR z 2005 r., tworzenia ram instytucjonalnych globalnego bezpieczeństwa zdrowotnego z priorytetem dla potencjału państw do reagowania na te zagrożenia. Spotkało się to ze sprzeciwami części państw rozwijających się. Administracja Donalda Trumpa ograniczyła wsparcie (Youde, 2018).

Globalny system zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym wymaga finansowania. Przez wiele lat wsparcie finansowe międzynarodowej współpracy w sprawie przeciwdziałania zagrożeniom zdrowia było ograniczone i taka też była skuteczność reakcji na niektóre kryzysy zdrowotne. Sekurytyzacja zagrożeń zdrowia przyczyniła się do zmiany priorytetów politycznych i wzrostu finansowania. Znacząco wzrastała pomoc rozwojowa na cele ochrony zdrowia. Zgodnie z danymi OECD w latach 1973–2004 pomoc ta zwiększana była rocznie o 5,4%, w latach 1998–2002 średnio o 13% i w latach 2002–2004 wynosiła ok. 13% ogólnej wartości pomocy rozwojowej. Ponad 56% środków finansowych przekazywano w formie pomocy bilateralnej. Ok. 7% wolumenu tej pomocy dostarczały organizacje pozarządowe i prywatne fundacje (Youde, 2017). Globalny kryzys finansowy po 2008 r. istotnie obniżył pomoc rozwojową na cele ochrony zdrowia.

Zarządzanie bezpieczeństwem zdrowotnym na poziomie globalnego systemu międzynarodowego, będąc zjawiskiem wielopoziomowym, wymaga wsparcia regionalnych systemów ochrony zdrowia. W tym celu w WHO utworzono sześć biur regionalnych do spraw Europy, Afryki, obu Ameryk, Azji Południowo-Wschodniej, Wschodniego Morza Śródziemnego i Zachodniego Pacyfiku. Panamerykańska Organizacja Zdrowia została utworzona w 1902 r. Obok struktur koncentrujących się bezpośrednio na zdrowiu, ze względu na synergii tego ostatniego z innymi obszarami życia społecznego, istotną stała się współpraca w istniejących organizacjach regionalnych, koncentrujących się nie tylko na zdrowiu.

Z odwołaniem się do kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego działania takie najwcześniej podjęto w Azji w 2003 r. w związku z SARS, ale i innymi epidemiami. Zmieniły one agendę problemów bezpieczeństwa ASEAN. Organizacja ta dokonała sekurytyzacji zagrożeń zdrowia w czasie epidemii SARS. Już w 2003 r. – i wielokrotnie w latach następnych – ASEAN z udziałem Japonii, Chin i Korei Południowej zorganizowało szczyt, w czasie którego inicjowano działania w sprawie regionalnego bezpieczeństwa zdrowotnego. Zaczęto koncentrować się na zapobieganiu zagrożeniom zdrowia w powiązaniu z szerokim, wielowymiarowym podejściem do bezpieczeństwa (ASEAN, 2018). W 2017 r. Australia zainicjowała działania w sprawie *Indo-Pacific Regional Health Security Initiative*. Celem uczyniono przeciwdziałanie zagrożeniom powodowanym przez choroby zakaźne. Uznano, że narodowe i regionalne bezpieczeństwo zdrowotne jest współzależne. Inicjowano wzmocnienie narodowych i regionalnych systemów ochrony zdrowia i badań naukowych (Farrell, 2018). W strukturze Ministerstwa Spraw Zagranicznych i Handlu Australii utworzono *Indo-Pacific Centre for Health Security*. Poziom instytucjonalizacji bezpieczeństwa zdrowotnego w tym regionie jest najwyższy w skali globu, odzwierciedlając wyraźne priorytety polityczne.

Nie oznacza to, że ASEAN jest jedyną organizacją regionalną zaangażowaną w przeciwdziałanie zagrożeniom zdrowia. Epidemia Ebola stała się wyzwaniem dla organizacji regionalnych w Afryce, zwłaszcza Unii Afrykańskiej i Wspólnoty Gospodarczej Państw Afryki Zachodniej (ECOWAS) oraz narodowych systemów ochrony zdrowia w Afryce. Oceniając podejmowane działania wobec epidemii Ebola, wskazywano na ograniczoność potencjału instytucjonalnego państw i organizacji międzynarodowych. Krytykowano powolną reakcję, powodowaną brakiem zasobów medycznych (Ifediora i in. 2017), co uzasadniało zaangażowanie społeczności międzynarodowej. Poziom rozwoju i skuteczności regionalnych rozwiązań bezpieczeństwa zdrowotnego jest więc znacząco zróżnicowany.

Działania na poziomie państwa są koniecznym, chociaż niewystarczającym elementem zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego, także tego w skali globu. Składa się na nie: 1) dyplomacja zdrowotna państwa realizowana na poziomie systemu międzynarodowego; 2) rozwijanie narodowych systemów ochrony zdrowia.

Dyplomacja zdrowotna lub medyczna jest pojęciem identyfikowanym z działaniami międzynarodowymi wielu podmiotów, nie tylko państw. Na potrzeby przeprowadzanej analizy będzie utożsamiana z działaniami państwa, z ewolucją zakresu przedmiotowego jego polityki zagranicznej i jej struktur organizacyjnych (Surmacz, 2015). Jej celem jest przeciwdziałanie transgranicznym zagrożeniom

zdrowia poprzez współpracę z innymi państwami, organizacjami międzyrządowymi i transnarodowymi. Niekiedy traktowana jest jako koncepcja alternatywna dla bezpieczeństwa zdrowotnego (Bond, 2008).

Dyplomacja zdrowotna oznacza zespół działań na rzecz zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez: 1) reagowanie na transgraniczne zagrożenia zdrowia; 2) wspieranie narodowych systemów ochrony zdrowia państw rozwijających się; 3) włączanie się do globalnego zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym. W kontekście takiego zakresu działań Anthony Fauci uważał, że jest to wygrywanie serc i umysłów ludzi w biednych państwach poprzez eksportowanie opieki zdrowotnej, wiedzy i personelu medycznego do najbardziej potrzebujących (Fauci, 2007). Uważano także, że jest to wielopoziomowy i wielopodmiotowy proces negocjacji, w sprawie zarządzania globalną polityką ochrony zdrowia (Kickbusch, Silberschmidt, Buss, 2007).

Koniecznym elementem zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego są narodowe systemy ochrony zdrowia. Są one istotne dla skuteczności działań i na poziomie państw i na poziomie systemu międzynarodowego. Formułowana jest opinia, że zdolność państwa do wykrywania i odpowiedzi na epidemie ma kluczowe znaczenie dla powstrzymywania ich rozprzestrzeniania się (Gostin i in., 2017). Z tego powodu w IHR z 2005 r. sformułowany został wymóg tworzenia przez państwa i zapewniania funkcjonowania systemów ochrony zdrowia.

Narodowe systemy ochrony zdrowia uznawane są za opokę bezpieczeństwa zdrowotnego. Są jednak dwa istotne problemy dotyczące ich funkcjonowania. Pierwszym są wysokie koszty utrzymania tych systemów, które powodują różnicowanie bezpieczeństwa zdrowotnego państw o wysokim i niskim poziomie rozwoju. Drugim jest odmienna skuteczność systemów ochrony zdrowia, przeciwdziałania zagrożeniom, utożsamiana także z odpornością (*resilience*) na te zagrożenia. Pandemie mogą powodować przeciążenie narodowych systemów ochrony zdrowia (Rockenshaub i in. (2007). Potwierdziła to pandemia COVID-19 w odniesieniu do wielu państw rozwijających się, a wcześniej epidemia Ebola. W dotkniętych państwach zainfekowani pacjenci „przeciążali” narodowe systemy, które nie radziły sobie z rutynowymi problemami ochrony zdrowia. Zjawisko to nazwano symptomem dysfunkcyjnego systemu. Pojawiły się „spiskowe teorie” o wirusie Ebola jako o broni biologicznej USA w celu kontrolowania przyrostu populacji w Afryce (Gostin, 2017).

Istotnym działaniem na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego jest wzmacnianie, ale i standaryzacja (minimalne wspólne wyposażenie) narodowych systemów ochrony zdrowia. Zobowiązanie do takiego działania zostało zawarte w IHR

z 2005 r. Obowiązkiem państw-stron jest wdrażania standardów nazywanych *minimum care capacity requirements*. Składają się na nie różne elementy, m.in. regulacje prawne, instytucje polityki państwa, mechanizmy finansowania i koordynacji polityk publicznych, systemy monitoringu zagrożeń i międzynarodowej wymiany informacji, wykształceni ludzie, usługi laboratoryjne i ogólny potencjał odpowiedzi na zagrożenia. Wymagana jest strategia komunikacji o zagrożeniach w celu redukcji obaw społeczeństwa i poczucia zagrożenia (Rockenshaub i in., 2007). W 2015 r. jedynie 64 państwa informowały o wdrożeniu tych standardów, a 48 nawet nie złożyło takich informacji (Gostin i in., 2017).

Reasumując, bezpieczeństwo zdrowotne zostało zaliczone do drugiej, warunkowanej bardziej procesami globalizacji niż końcem zimnej wojny, generacji niewojskowych wymiarów bezpieczeństwa. Będąc wymiarem bezpieczeństwa, stało się jednocześnie kategorią jego analizy. W artykule skoncentrowano się na specyfice tego pojęcia, jego autonomiczności, w odniesieniu do takich problemów, jak zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego, sekurytyzacja jego zagrożeń, identyfikacja podmiotu odniesienia i wielopoziomowość działań na rzecz zapewniania. W odniesieniu do każdego z tych czterech problemów wskazano elementy struktury ich analizy.

Przeprowadzona analiza umożliwiła sformułowanie kilku wniosków. Po pierwsze, bezpieczeństwo zdrowotne jest wynikiem przede wszystkim politycznie motywowanej, dokonanej przez państwa rozwinięte, głównie Stany Zjednoczone, sekurytyzacji transgranicznych zagrożeń zdrowia w środowisku globalnej mobilności. Po drugie, cechą zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego jest ich różnorodność, obejmująca choroby zakaźne, przekraczanie bariery gatunku, zjawisko bioinwazji, narastającą odporność na antybiotyki, bioterroryzm i stosowanie broni biologicznej. Po trzecie, nie ma jednego obiektu odniesienia, „monopolizującego” myślenie o bezpieczeństwie zdrowotnym z preferencją dla jednostki ludzkiej. Po czwarte, w warunkach transgraniczności zagrożeń niezbędne jest, aby działania w sprawie zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego były podejmowane jednocześnie na poziomie systemu międzynarodowego, i na poziomie państw, ich narodowych systemów ochrony zdrowia.

## BIBLIOGRAFIA:

- Aldis, W. (2008). Health security as a public concept: a critical analysis. *Health Policy and Planning*, 23(6), 369–375. DOI: 10.1093/heapol/czn030.
- Annan, K. (2009). Problems Without Passports, *Foreign Policy*, 9, November.
- ASEAN (2018). *ASEAN Post-2015 Health Development Agenda 2016–2020*, Jakarta
- Bond, K. (2008). Health security or health diplomacy? Moving beyond semantic analysis to strengthen health systems and global cooperation. *Health Policy and Planning*, 23.
- Booth, K. (1991). Security and Emancipation. *Review of International Studies*, 4(17).
- Bouskill, K., Smith, E. (2019). *Global Health and Security. Threats and Opportunities*, Rand Corporation.
- Bright, Ch. (1999). Invasive species: pathogens of globalisation. *Foreign Policy*, 116.
- Brown, L. (1977), *Redefining national security*. Worldwatch Paper 14, Washington DC.
- Brown, T., Curto, M., Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from „international” to „global” public health. *American Journal of Public Health*, 1(96).
- Buzan, B., Waever, O. (2009). Macrosecuritization and Security Constellations: Reconsidering Scale in Securitization Theory. *Review of International Studies*, 2(35).
- Buzan, B., Waever, O. (2003). *Regions and Powers, The Structure of International Security*, Cambridge.
- Buzan B., Waever O., Wilde de J. (1998). *Security. New Framework for Analysis*. Boulder.
- Caballero-Anthony, M. (2018). Health and human security challenges in Asia: new agendas for strengthening regional health governance. *Australian Journal of International Relations*, 6(72).
- Camfield, L., Skevington S. (2008/2009). On Subjective Well-being and Quality of Life. *Journal of Health Psychology*, 6(13).
- Charbonneau, B. (2021). The COVID-19 test of the United Nations Security Council. *International Journal*, 1(76).
- DeLaet, D. (2015), Whose Interests is the Securitization of Health Serving?. W: S. Rushton, J. Youde (red.). *The Routledge Handbook of Global Health Security*, New York.
- Dillon, M., Lobo-Guererro, L. (2008). Biopolitics of security in the 21<sup>st</sup> century. *Review of International Studies*, 34.
- Elbe, S., Roemer-Mahler A., Long, Ch. (2015). Medical Countermeasures for National security: A New Government Role in the Pharmaceuticalization of Society. *Social Science and Medicine*, 131.
- Elbe, S. (2006), Should HIV/AIDS be Securitized? The Ethical Dilemmas of Linking HIV/AIDS and Security. *International Studies Quarterly*, 1(50).
- Eleventh (2006). *General Programme of Work, 2006–2015*, WHO, A 59/25, 24 April.
- Emmers, R. (2008). Securitization. W: A. Collins (red.). *Contemporary security studies*. Oxford.
- Farrell, A.M. (2018), Managing the dead in disaster response: a matter for health security in the Asia-Pacific region? *Australian Journal of International Affairs*, 6(72).



- Fauci, A. (2007). The expanding global health agenda: a welcome development, *Nature Medicine*, 13.
- Fidler, D. (2005). Health as Foreign Policy: Between Principle and Power. *Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, 2(6).
- Fidler, D. (2010). *The Challenges of Global Health Governance*. New York.
- Gliński, A., Żmuda, Z. (2020). Epidemie i pandemie chorób zakaźnych. *Życie Weterynaryjne*, 9(95).
- Global (2022) *Health Security Agenda: Action Packages*. Pobrano z: <https://www.cdc.gov/globalhealth/security/actionpackages/default.htm>.
- Gostin, L., Ayala A. (2017), Global Health Security in an Era of Explosive Pandemic Potential. *Journal of National Security Law and Policy*, 1(9).
- Harman, S. (2012). *Global Health Governance*. London.
- Ifediora, O.F., Aning, K. (2017). West Africa's Ebola Pandemic: Toward Effective Multi-lateral Responses to Health Crises. *Global Governance*, 23.
- Inglehart R. (2015). *The Silent Revolution: Changing Values and Political Styles Among Western Publics*. Princeton.
- Ingram A. (2011). The Pentagon's HIV/AIDS Programmes: Governmentality, Political Economy. *Security. Geopolitics*, 3(16).
- IHR (1983). *International Health Regulations*. Third annotated edition. Geneva.
- IHR (2008). *International Health Regulations*. Second edition. Geneva.
- Jenkins, Ch., Lamazzi, M., Yeatman, H., Borisch, B. (2016). Global Public Health: A Review and Discussion of the Concepts Principles and Roles of Global Public Health in Today's Society. *Global Policy*, 3(7).
- Kamradt-Scott, A. (2018). Securing Indo-Pacific health security: Australia's approach to regional health security. *Australian Journal of International Affairs*, 6(72).
- Katz, R., Singer, D.A. (2007). Health and security in foreign policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 3(85).
- Kępką, P. (2009), *Bioterroryzm. Polska wobec użycia broni biologicznej*, Warszawa.
- Kickbusch, I., Silberschmidt, G., Buss, P. (2007). Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3(85).
- Kięczkowska, J. (2019). Bioterroryzm jako zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego. *TEKA of Political Science and International Relations*, 1(14).
- Kuczabski, M. (2021). *Kategoria bezpieczeństwa zdrowotnego w naukach o bezpieczeństwie*. *Studia Bezpieczeństwa Narodowego*, 21.
- Kuczabski, M. (2022). *Bezpieczeństwo zdrowotne. Implikacje dla bezpieczeństwa narodowego*. Warszawa.
- Marzęda-Młynarska, K. (2014). *Globalne zarządzanie bezpieczeństwem żywnościowym na przełomie XX i XXI wieku*. Lublin.
- Mathews-Tuchman, J. (1989). Redefining security. *Foreign Affairs*, 2(68).
- McInnes, C. (2008). *Health*. W: P. Williams (red.). *Security Studies. An Introduction*. London.

- Panas, E. (2021). *Soft power transnarodowych organizacji społeczeństwa obywatelskiego*. Lublin.
- Paris, R. (2001). Human Security. Paradigm Shift or Hot Air? *International Security*, 2(26).
- Peterson, S. (2002). Epidemic Disease and National Security. *Security Studies*, 2(12).
- Pietraś, M. (2002). Istota i zakres procesów globalizacji. *Sprawy Międzynarodowe*, 2.
- Pietraś, M. (1997). Pozimnowojenny paradygmat bezpieczeństwa in statu nascendi. *Sprawy Międzynarodowe*, 2.
- Pobjie, E. (2020). *Covid-19 and the scope of the UN Security Council's mandate to address non-traditional threats to international peace and security*, MPIL Research Paper Series No. 2020–41, Heidelberg.
- Price-Smith, A. (2001). *The Health of Nations: Infectious Disease, Environmental Change, and Their Effects on National Security and Development*. Cambridge.
- Ray, J. (2001). Integrating Levels of Analysis in World Politics. *Journal of Theoretical Politics*, 4(13).
- Resolution 1308 (2000) Adopted by the Security Council at its 4172<sup>nd</sup> meeting, on 17 July 2000, S/RES/1308.
- Resolution 2177(2014). Adopted by the Security Council at its 7268<sup>th</sup> meeting, on 18 September, S/RES/2177.
- Resolution 2532(2020). Adopted by the Security Council on 1 July 2020, S/RES/2532 (2020).
- Resolution (2012). adopted by the General Assembly on 10 September 2012, A/RES/66/290.*
- Resolution (74/270). adopted by the General Assembly on 2 April 2020, A/RES/74/270.
- Rockenschaub G., Pukkila J., Profili M. (2007). *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen.
- Roemer-Mahler A., Rushton S. (2016). Introduction: Ebola and International Relations, *Third World Quarterly*, 3(37).
- Rushton, S. (2011). Global Health Security: Security for Whom? Security from What? *Political Studies*, 4(59).
- Singer, D. (1961). The Level-of-Analysis Problem in International Relations, *World Politics*, 1(14).
- Stoett, P. (2010). Framing Bioinvasion: Biodiversity, Climate Change, Governance. *Global Governance*, 16.
- Stritzel, H. (2007). Towards a Theory of Securitization: Copenhagen and Beyond, *European Journal of International Relations*, 3(13).
- Surmacz, B. (2015). *Ewolucja współczesnej dyplomacji. Aktorzy, struktury, funkcje*. Lublin.
- The impact (2000) of AIDS on peace and security in Africa*. Security Council. 4087<sup>th</sup> Meeting Monday, 10 January 2000, S/PV.4087.
- United Nations (2004), General Assembly Resolution A /59/565.
- Waeber, O. (1995). Securitization and desecuritization. W: R. Lipschutz (red.). *On Security*. New York.

- 
- Weir, L. (2015). *Inventing global health security, 1994–2005*. W: S. Rushton, J. Youde (red.). *The Routledge Handbook of Global Health Security*. New York.
- Youde, J. (2017). Global Health Governance in International Society. *Global Governance*, 23.
- Youde, J. (2018). The securitization of health in the Trump era. *Australian Journal of International Affairs*, 6(72).
- Yuk-pink Lo C., Thomas, N. (2018), The macrosecuritization of antimicrobial resistance in Asia. *Australian Journal of International Affairs*, 6(72).