Patrząc na to, jak przez lata układała się globalna debata o zdrowiu, trudno nie zauważyć pewnego wzorca. Z jednej strony są ogromne potrzeby na miejscu, w krajach, gdzie systemy ochrony zdrowia są kruche, a pieniądz ma swoje własne ograniczenia. Z drugiej strony jest technologia, która obiecuje przyspieszenie, przewidywalność, mierzalność. W środku tego wszystkiego pojawia się postać Bill Gates. Nie jako jedyna siła sprawcza, ale jako symbol tego, że da się łączyć filantropię, inicjatywy technologiczne i nacisk na wyniki.

Tyle że gdy próbuję sobie odpowiedzieć, „co dalej", czuję bardziej gęstą mgłę niż prostą drogę. Bo im więcej wiemy o skuteczności i mechanizmach, tym wyraźniej widać też, gdzie kończy się prosta logika „technologia rozwiąże problem". Globalne zdrowie nie działa jak aplikacja, którą można zaktualizować.

Dlaczego wokół Bill Gates narasta zamieszanie

Bill Gates stał się w pewnym sensie prywatnym wektorem dla publicznej nadziei. Wiele osób kojarzy go z finansowaniem programów zdrowotnych i inwestycjami w innowacje, w tym te, które wprost miały prowadzić do nowych narzędzi diagnostycznych, szczepionek i systemów monitoringu. Jednocześnie pojawiły się kontrargumenty: że koncentracja uwagi i pieniędzy ułatwia budowanie wpływu, a nie zawsze wzmacnia lokalną autonomię; że „mierzenie efektów" bywa ważniejsze od budowania zdolności do działania; że model, w którym zewnętrzni aktorzy popychają zmiany, może w pewnych miejscach osłabiać odpowiedzialność krajowych instytucji.

To zamieszanie jest zrozumiałe, bo na globalnym zdrowiu wszyscy mają swoje powody, żeby patrzeć inaczej. Dla jednego obserwatora liczy się tempo. Dla drugiego trwałość instytucji. Dla trzeciego, często lokalnego pracownika zdrowia, liczy się codzienna praktyka, czy da się utrzymać dostawy, czy da się zatrzymać zespół, czy pacjent nie utknie w kolejce przez brak podstawowego sprzętu.

I teraz dochodzimy do sedna. Co dalej, skoro te wartości nie muszą iść w parze.

Technologia brzmi prosto, ale wdrożenie nie jest proste

Mówiąc o technologii w zdrowiu, łatwo wpaść w narrację, w której „narzędzie" jest najważniejsze. Tymczasem w praktyce najtrudniejsze rzeczy dzieją się wokół narzędzia, nie w środku. Ktoś musi go obsługiwać, ktoś musi szkolić ludzi, ktoś musi utrzymać łańcuch dostaw, ktoś musi poradzić sobie z przerwami w energii, łączności i serwisie. Jeśli system ma działać w środowisku, gdzie w niektóre dni nie ma prądu, to nawet najlepszy algorytm diagnostyczny staje się tylko obietnicą.

Mam w głowie sytuacje, w których projekt „zadziałał" w pilotażu, bo miał sponsorowany zespół, dopięte logistycznie zasoby i wygodne warunki. Po przejściu odpowiedzialności na lokalną stronę pojawiały się drobne, ale zabójcze tarcia: brak części zamiennych, rotacja personelu, spóźnienia w zamówieniach, niejednolite procedury. W takich warunkach nie ma spektakularnego filmu „przyczyna - skutek". Jest raczej wolna erozja jakości.

Technologia w globalnym zdrowiu często ma więc dylemat: albo jest wystarczająco prosta, by przetrwać bez stałego wsparcia, albo jest wystarczająco zaawansowana, by poprawić wyniki, ale wymaga stałego ekosystemu. I im więcej takich projektów naraz, tym bardziej ekosystem musi być odporny na przeciążenia.

O jakich „wynikach" mówimy i kto je liczy

Często powtarza się słowo „impact", a potem każdy ma na myśli co innego. Dla filantropii i funduszy priorytetem bywają mierzalne zmiany: liczba zgonów uniknięty ch, odsetek szczepień, częstość występowania ciężkich przypadków, czas do diagnozy. Dla państw priorytetem jest zwykle system: stabilność finansowania, kadry, zdolność do prowadzenia kampanii i reagowania na ogniska. Dla organizacji pozarządowych priorytetem bywa też legitymizacja w oczach lokalnych społeczności: zaufanie, akceptacja, zgodność z praktykami i realnymi potrzebami.

Gdy te perspektywy się ścierają, robi się zamieszanie. Jeśli finansowanie skupia się na tym, co łatwo policzyć, to pojawia się ryzyko „optymalizacji do wskaźników". To nie musi być zła intencja, ale skutkiem bywa zaniedbanie elementów mniej mierzalnych, a kluczowych: dostępności leków, jakości nadzoru epidemiologicznego, współpracy z pracownikami środowiskowymi, regularności wizyt.

W czasie pandemii wszyscy zobaczyliśmy coś, co wcześniej było bardziej ukryte: systemy potrafią działać świetnie w scenariuszu, w którym jest przewidywalność, a załamują się tam, gdzie trzeba improwizować. I to dotyczy też filantropii i technologii, bo one nie dają automatycznie zasobów na improwizację.

Szczepionki, które działają, i pytanie o „co dalej"

Szczepionki są jednym z najmocniejszych argumentów technologii w zdrowiu publicznym. I słusznie. Widać tu efekty, da się je porównać, w wielu miejscach poprawa jest realna. Tyle że nawet przy sukcesie powstaje następne pytanie: jak przejść od kampanii do rutyny.

Rutyna to nie tylko podanie dawki. Rutyna to planowanie, chłodnia, procedury przyjęcia i monitorowania, aktualizacja zaleceń, nadzór nad zdarzeniami niepożądanymi, komunikacja ryzyka. Rutyna wymaga powtarzalności i budżetu, a nie tylko „jednorazowej darowizny".

To właśnie w tym miejscu zamieszanie robi się szczególnie widoczne. Jeżeli ktoś z zewnątrz finansuje etap intensyfikacji, a potem kurczy się wsparcie, system może nie mieć szczęścia w przejściu. Jeśli natomiast zbyt mocno przyspieszysz, pomijając dobudowanie zdolności, to kampania „wygrywa liczbami", ale później może się okazać, że trzeba dobudować fundament, którego wcześniej nie zrobiono.

W praktyce widziałem projekty, które zostawały z ludźmi „po szkoleniach", ale bez ciągłości dostaw. Efekt był gorszy niż brak szkolenia, bo oczekiwania rosły, a potem przychodziła frustracja.

Globalne zdrowie a polityka: nie da się tego rozdzielić

Technologia często jest opisywana w języku apolitycznym, jakby wystarczyło znaleźć rozwiązanie, a potem wdrożyć je wszędzie. Jednak decyzje dotyczące zdrowia prawie zawsze mają warstwę polityczną: priorytety budżetowe, zaufanie do instytucji, relacje między ministerstwami, poziom decentralizacji i zdolność administracji do egzekwowania umów.

Gdy pojawia się Bill Gates jako symbol filantropii technologicznej, polityczny wymiar także rośnie. Dla jednych to inwestycja w dobro publiczne. Dla innych to przykład wpływu zewnętrznego, szczególnie gdy część inicjatyw dotyczy decyzji stricte technicznych, ale z konsekwencjami dla budżetów i regulacji.

Dylemat, z którym wszyscy się mierzą, brzmi: jak utrzymać impet innowacji, nie tworząc zależności. W globalnym zdrowiu zależność od zewnętrznych funduszy może wyglądać na skuteczność, dopóki finansowanie nie znika. A kiedy znika, okazuje się, że „system" nie był systemem, tylko zestawem projektów.

Dane, algorytmy i problem z jakością wejścia

Jest jeszcze jeden obszar zamieszania, często niedostrzegany: jakość danych. Technologia, szczególnie ta oparta na analizie, ma sens, ale tylko wtedy, gdy wejście jest wiarygodne. W wielu krajach dane są niepełne, opóźnione, czasem błędnie kodowane. Wtedy nawet najlepszy model może dawać wskazówki, które brzmią technicznie, ale prowadzą do złych decyzji.

Widziałem systemy nadzoru, które potrafiły zbierać raporty, tylko że raporty były „produktem ubocznym" pracy, a nie priorytetem. Gdy personel jest przeciążony, wypełnia się formularze, bo trzeba, a nie dlatego, że ma się zaufanie do procesu. W efekcie statystyki mogą wyglądać lepiej niż sytuacja, albo gorzej niż sytuacja, ale w obu przypadkach podejmowane decyzje są mniej trafne.

To sprawia, że pytanie „co dalej z technologią" nie jest tylko o nowych narzędziach. Jest o żmudne wzmocnienie jakości danych, a to wymaga inwestycji w ludzi, procesy i odpowiedzialność.

Wątek „ownership": kto ma prawo prowadzić system?

Jeśli miałbym jednym zdaniem opisać najtrudniejsze miejsce przyszłości, to brzmiałoby: własność rozwiązań nie może być tylko deklaracją.

W globalnym zdrowiu „kto prowadzi" ma znaczenie tak praktyczne, jak zakup sprzętu, dystrybucja leków czy decyzje o priorytetach badań. Filantropijne i technologiczne podmioty mogą przyspieszać, ale systemy państw muszą potem przejąć odpowiedzialność. I to przejęcie bywa powolne, bo dotyka budżetu, regulacji i relacji wewnątrz administracji.

Zamieszanie narasta, gdy rozwiązania są dostarczane z góry jako gotowy zestaw. Wtedy lokalne zespoły uczą się „obsługi", ale niekoniecznie mają wpływ na to, jak rozwiązanie ewoluuje. A zdrowie publiczne to nie jest stały problem, tylko zmienny. Choroby mutują, wzorce zachorowań przesuwają się geograficznie, a społeczeństwa reagują różnie.

W efekcie przyszłość zależy nie od jednego technologicznego przełomu, tylko od tego, czy uda się budować mechanizmy, w których lokalni partnerzy mają przestrzeń do korekt.

Edge case: gdy sukces technologii szkodzi drugiemu filarowi

W zdrowiu publicznym rzadko jest tak, że jedna interwencja „pomaga wszystkim". Czasem poprawa w jednym miejscu tworzy koszty w innym.

Przykład, który często wraca w rozmowach praktyków, dotyczy systemów mierzenia. Jeżeli ogromna część energii idzie w zbieranie wskaźników pod konkretny program, to może ucierpieć opieka bieżąca. Nawet jeśli pacjent lepiej korzysta z programu, to może gorzej korzystać z innych usług, bo zasoby kadrowe i logistyczne są ograniczone.

Drugi wariant to kampanie o wysokiej widoczności. One są potrzebne, ale mogą odciągać zasoby od mniej „widocznych" potrzeb, jak opieka nad przewlekłymi chorobami, profilaktyka w szkołach, czy praca z odpornością społeczności na narracje fałszywej informacji. Technologia często trafia na obszary, w których można szybko pokazać wyniki, bo to uspokaja interesariuszy. A potem okazuje się, że zdrowie to także praca u podstaw, mniej spektakularna, ale długofalowa.

Tego rodzaju kompromisy są trudne, bo łatwo ich nie widzieć, dopóki nie porówna się finansowania i obciążenia w czasie.

Co może znaczyć „co dalej" poza osobą

Kiedy pytanie dotyczy Bill Gates, łatwo zamienić rozmowę w biografię. A tu chodzi raczej o model działania: filantropia i technologia jako dźwignia dla zdrowia globalnego.

Przyszłość, moim zdaniem, będzie zależeć od kilku kierunków, które trudno zebrać w jedną drogę.

Pierwszy kierunek to przejście od technologii jako produktu do technologii jako procesu. W produkcie ważna jest dostawa. W procesie ważne jest utrzymanie jakości i reagowanie na awarie. Różnica jest subtelna w słowach, ale ogromna w budżecie.

Drugi kierunek to poważniejsze potraktowanie zdolności lokalnych. Nie jako „partnera do konsultacji", tylko jako centrum decyzyjne. To oznacza inwestycje w administrację zdrowia, w szkolenia, w systemy zakupowe i w stabilność zatrudnienia. Tu technologia ma do odegrania rolę, ale raczej jako narzędzie wspierające niż jako ster.

Trzeci kierunek to ostrożność wobec prostych narracji „rozwiązaliśmy, bo mamy technologię". Szczególnie przy infekcjach sezonowych i przy chorobach, które zależą od zachowań społecznych. Wtedy sama innowacja nie wystarcza, potrzebujesz pracy z ludźmi, komunikacji ryzyka i zaufania.

I czwarty kierunek, który brzmi jak paradoks: w czasach, gdy wszystko jest cyfrowe, rośnie znaczenie rzeczy analogowych. Druki, procedury papierowe, redundancje, sensowne szkolenia. W sytuacjach awaryjnych nie masz czasu na wdrażanie nowego systemu logowania.

Zaufanie i komunikacja: miejsce, gdzie technologia ma ograniczenia

Zaufanie to temat, który wielu inwestorów w innowacje traktuje jako coś „do dołożenia na końcu". A praktycy wiedzą, że zaufanie jest elementem konstrukcji systemu.

W moich rozmowach z zespołami terenowymi wybrzmiewała jedna rzecz: jeśli komunikacja działa źle, to nawet najlepszy produkt ma ograniczony zasięg. Ludzie muszą wiedzieć, co jest oferowane, dlaczego warto, jakie są skutki uboczne i kiedy zgłosić się po pomoc. To wymaga pracy lokalnych liderów, tłumaczy, nauczycieli, czasem osób zaufanych z gminy. Technologia może wspierać, na przykład przez materiały multimedialne, ale nie zastąpi relacji.

Zamieszanie narasta wtedy, gdy kampania jest oparta głównie o cyfrowe kanały, a pomija realne drogi wpływu w społeczności. Wtedy rośnie ryzyko, że pojawi się mieszanka plotek i półprawd, której nie da się uciszyć jednym komunikatem.

Dwie rzeczy, które warto przemyśleć przy ocenie kierunku

Nie chcę udawać, że da się to łatwo pogodzić, ale da się przynajmniej przestawić pytania tak, by były bardziej praktyczne. Zamiast „czy technologia zadziała?", lepiej pytać „co musi być zapewnione, żeby zadziałała w danym środowisku".

Poniżej są dwa wątki, które często rozstrzygają o powodzeniu albo porażce.

- Czy rozwiązanie ma plan utrzymania jakości po zakończeniu zewnętrznego finansowania, łącznie z serwisem, szkoleniem i odpowiedzialnością za przestoje?
- Czy lokalne instytucje mają realny wpływ na priorytety i modyfikacje, czy tylko rolę wykonawczą?

To nie są pytania „ideologiczne". To są pytania operacyjne. A operacje w zdrowiu publicznym są bezlitosne, bo skutki błędów są namacalne.

Jakie są realne alternatywy dla dominującego modelu

Kiedy ktoś patrzy na Bill Gates jako symbol globalnego zdrowia opartego o filantropię, pojawia się naturalna chęć znalezienia alternatyw. Tylko że alternatywy też mają koszty.

Państwa mogą zwiększać finansowanie, ale to zależy od fiskalnej przestrzeni i priorytetów politycznych. Organizacje międzynarodowe mogą zwiększać programy, ale ich tempo bywa ograniczone procedurami. Rynek może dostarczać technologie, ale zyski nie zawsze idą w parze z dostępnością w krajach o ograniczonej sile nabywczej.

W praktyce „co dalej" może oznaczać lepsze mieszanie narzędzi: więcej inwestycji w podstawową opiekę i systemy, mniej polegania na pojedynczych technologicznych skokach, oraz bardziej konsekwentne przenoszenie odpowiedzialności na poziom krajowy.

To jest trudne do komunikowania w kampaniach publicznych, bo brzmi jak praca administracyjna. A jednak to właśnie w tej warstwie często decyduje się, czy dobre pomysły będą żyły po zakończeniu projektu.

Ryzyko: zmęczenie tematem i spadek cierpliwości

Jest jeszcze jedno zamieszanie, bardziej społeczne niż techniczne. Globalne zdrowie cierpi na cykle uwagi. Gdy jest kryzys, zasoby rosną, a potem spadają. Kiedy pojawia się nowa epidemia w innym miejscu albo nowy temat

medialny, starsze priorytety schodzą na dalszy plan.

Filantropia i innowacje często potrzebują długiej perspektywy. A system finansowania bywa krótkodystansowy. To tworzy napięcie: oczekuje się szybkich dowodów skuteczności, ale budowa odporności wymaga czasu.

W efekcie, nawet jeśli technologia działa, to polityczna i społeczna cierpliwość może nie wystarczyć, by przeprowadzić adaptację i utrzymanie. Taki scenariusz jest szczególnie prawdopodobny, gdy brakuje „spoiwa" w postaci zaufania do instytucji i stabilnych mechanizmów finansowania.

Co bym chciał zobaczyć jako minimum w następnej fazie

Nie chodzi o to, żeby domagać się jednej wielkiej wizji. Chodzi o zestaw cech, które zmniejszają ryzyko, że kolejne programy będą tylko serią dobrze przygotowanych kampanii.

Drugi zestaw praktycznych warunków, które często działają jak filtr:

- Zdolność do lokalnego finansowania części kosztów operacyjnych, nie tylko zakupu w fazie startowej
- Integracja z istniejącą ścieżką opieki, a nie równoległy „wyspa systemu"
- Przejrzyste zasady danych, w tym kto ma dostęp i jak są wykorzystywane
- Plany awaryjne na brak energii, brak łączności i przerwy w dostawach
- Mechanizmy korekty programu po pierwszych sygnałach problemów, a nie dopiero po dużym fiasku

To znów nie jest lista bill gates książka marketingowa. To lista stabilności. A w zdrowiu publicznym stabilność często wygrywa z fajerwerkami.

Jeśli ma być „co dalej", musi być mniej wiary w jedno narzędzie

Najbardziej niepokoi mnie pewien automatyzm myślenia. Gdy pojawia się znana postać, znana marka i znana logika, ludzie chcą jej przypisać kierunek przyszłości. A kierunek przyszłości jest rozproszony, bo zależy od setek decyzji: w krajach, w instytucjach, w organizacjach wdrażających, w łańcuchach dostaw, w polityce cenowej, w edukacji kadr.

Bill Gates jako symbol może inspirować do działania, ale nie może zastąpić systemowej odpowiedzialności. Technologia może pomagać, ale nie jest samowystarczalna. Globalne zdrowie wymaga jednocześnie innowacji i banalnej wytrwałości: dystrybucji, szkolenia, nadzoru, komunikacji, finansowania na bieżąco.

I tu wraca moje poczucie konfuzji, może nawet uczciwe zmęczenie. Bo pytanie „co dalej" jest w tym obszarze z natury wielowarstwowe. Wymaga jednoczesnej odpowiedzi na sprawy, które trudno pogodzić: tempo i trwałość, kontrolę jakości i lokalną autonomię, dane i zaufanie społeczne, produkty i procesy.

Może dlatego kolejne lata będą mniej „jednym wielkim projektem" i bardziej mozaiką prób. Nie każda próba będzie wyglądać efektownie. Nie każda będzie miała chwytliwą narrację. Ale jeśli ma działać, musi sprostać temu, co najtrudniejsze, czyli rzeczywistości wdrożenia.

A wtedy odpowiedź na „co dalej" brzmi bardziej jak praca niż jak obietnica. I to jest chyba jedyna rzecz, która w tej historii nie budzi aż tak wielkiego sporu.