

COVID: GAZDASÁG, EGÉSZSÉGÜGY, TÁRSADALOM

SOMAI MIKLÓS¹

Absztrakt

A tanulmány a koronavírus pandémia és a vele kapcsolatban kialakult válság menedzselésének társadalmi-gazdasági előzményeit, a neoliberális gazdaságpolitika alapelveit felrúgó korábbi válságkezeléseket, a COVID-időszak legfontosabb hibáit és tanulságait vizsgálja, továbbá azt, hogyan juthatott el a fejlett országok többsége az addig felhalmozott orvosi tudás, valamint az érvényben lévő jogi, társadalmi és etikai normák szinte teljes feladásáig csupán azért, hogy megbirkózzon egy új vírussal. Két hasonló fejlettségű uniós ország példáján bemutatja, milyen jelentőséggel bírhat a válság leküzdésében, hogy a cél érdekében korlátozzák-e, és ha igen mennyire, az emberek szabadságjogait. A tanulmány, a COVID-válság komplexitásából adódóan, a társadalmi-gazdasági folyamatok vizsgálatát összekötötte az orvostudomány eredményeinek minél teljesebb feldolgozásával.

Kulcsszavak: Covid, válságkezelés, globális pénzügyi válság, görög adósságválság, korrupció, demokrácia-deficit

Bevezetés

Miközben a Covidal kapcsolatos híradások igencsak megritkultak az utóbbi bő egy esztendőben – hozzátesszük: az ukrán válságról szóló tudósítások hirtelen, mintegy varázsütésre terelték el a figyelmet róla – nem tartjuk érdektelennek felidézni a pandémiára állami szinten adott válaszokat, bemutatni az egyes uniós tagországok között megmutatkozó eltéréseket, illetve mérleget vonni szükségességükről és hasznosságukról.

A fenti céloknak megfelelően, jelen írás három fő részből áll. Az elsőben szólunk az előzményekről, felelevenítve a Covid előtti 10-12 év gazdasági megpróbáltatásai (globális pénzügyi és eurozóna-válság) során alkalmazott megoldásokat, illetve értékelve azok hatékonyságát és jogosságát. A másodikban megpróbáljuk összefoglalni, mi történt, és két konkrét ország (Francia- és Svédország) példáján bemutatni, milyen szélsőségesen eltérő kormányzati válságkezelési gyakorlatok valósultak meg az Európai Unióban a pandémia éveiben. S végül a harmadikban igyekszünk válaszokat megfogalmazni a „miértekre”: egyrészt, hogyan kerülhetett sor a fejlett világ nagyrészében súlyos következményekkel járó egészségügyi és politikai intézkedések bevezetésére; másrészt, kormányzati szinten miért tekintik még mindig helyesnek és mérvadónak ezeket az intézkedéseket.

¹ KRTH Világ gazdasági Intézet főmunkatársa, ORCID: 0000-0003-2768-5751

Előzmények

Anélkül, hogy belemennénk a 2008-as globális pénzügyi válság részleteibe, abban feltétlenül megállapodhatunk, hogy a hatalmas anyagi veszteségeket okozó válságról nem a társadalom zömét alkotó, alacsony beosztású dolgozói/alkalmazotti rétegek tehetek. A felelősség inkább az amerikai befektetési bankok, fedezeti alapok és egyéb (például szupermarketek) saját bankjainak – sokszor irreleváns matematikai modelleken alapuló – imprudens működésében keresendő, melynek során gyenge hitelképességű ügyfelek ingatlanjaira kötött jelzálog-kölcsönöket csomagoltak át a nemzetközi bankrendszer jelentős részét megfertőző ún. származtatott pénzügyi termékekbe (derivatívákba). Ráadásul ezekről a termékekről a Big Three-nek is nevezett három nagy amerikai hitelminősítő cég (Moody's, Fitch Ratings, Standard & Poor's) a végsőkig kitartva hamisan állította, hogy kiváló (AAA) minőségűek – vagyis hogy a kibocsátóik rendkívül könnyen teljesítik pénzügyi kötelezettségeiket, és a nemteljesítés kockázata minimális –, aminek eredményeképpen a velük való nagyarányú, sokszoros tőkeáttételes kereskedelem egészen az ingatlanbuborék kipukkanásáig folytatódott. Mindez természetesen a bankfelügyeleti szervek felelősségét is felveti (Móczár 2010).

A 2008-as válság megoldása egyfajta vízválasztót jelent a 2. világháború utáni kapitalista fejlődés történetében. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy lehullott az álarc a (szabad)piac mindenhatóságát hirdető neoliberális kurzus valódi természetéről. Ez – a megjelenését tekintve az 1930-as évekre datálható, lényegét tekintve pedig a piac mindenek feletti hatékonysága ürügyén az állami újraelosztás visszaszorítását hirdető – gazdaságfilozófiai irányzat, mely a stagflációval terhes 1970-es évek végétől indult világhódító útjára, a globális pénzügyi válság kezelése során nem tudott következetesen kitartani saját eszmerendszere mellett.

Már a válságot megelőző évtizedekben is sejthető volt, hogy a neoliberális gazdaságpolitika eszköztára (privatizáció, dereguláció, globalizáció, szabadkereskedelem, monetarizmus, költségvetési megszorítás) inkább a jómódú társadalmi rétegeknek kedvez a többiek rovására. Minthogy a korlátjaitól megszabadított (deregulált) kapitalista rendszerben a tőke megtérülése gyorsabb, mint az elérhető gazdasági növekedés, a jövedelmi és vagyoni egyenlőtlenségek folyamatosan növekednek (Piketty 2015). A 2008-as válság megoldása azonban egyértelművé tette, hogy a piaci erőket/automatizmusokat dicsőítő neoliberális ideológia csupán a papíron mutat szépen, a valóságban könnyű átlépni rajta. Talán az egyetlen Izland kivételével – ahol politikusokat állítottak bíróság elé, bankárokat zártak börtönbe, és ahol az embereket mentették ki, és a bankokat hagyták csődbe menni (Rafai 2017) – a fejlett világ országai sorra sutba dobták a kapitalizmus, a neoliberalizmus és általában a piaci működés szabályait.

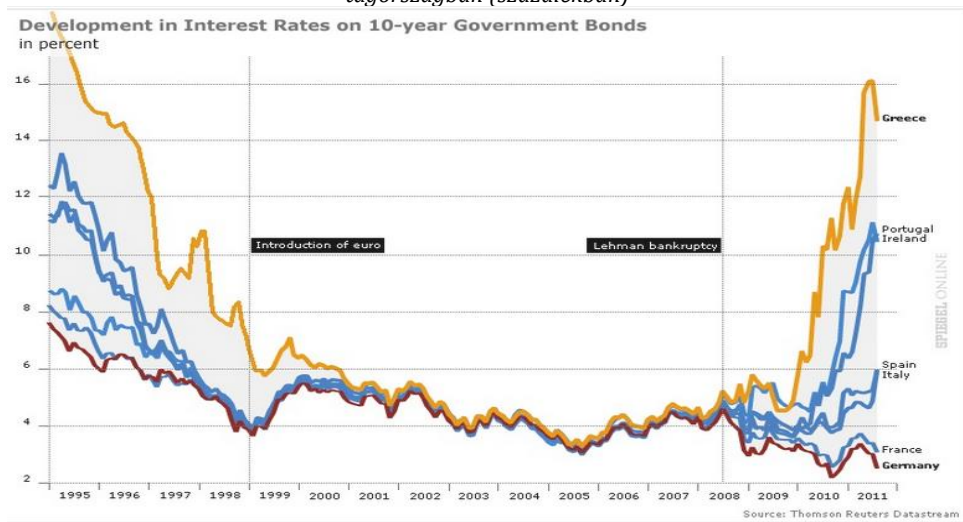
A prímet a válságmenedzselés módozatainak kialakításánál az Egyesült Államok vitte. Önmagában az nem kifogásolható, hogy a rendszerszintű kockázatot jelentő óriásbankokat nem engedték csődbe menni (*too big to fail* – túl nagy, hogy elbukjon). Nyilvánvalóan kerülni kellett a piaci pánikot. Az Obama-kormány azonban teljesen új koncepcióval állt elő: „túl nagy, hogy pénzügyileg átstrukturálják”. Vagyis nem csupán a bankokat mentették ki, hanem a bankárokat, a részvényeseket és a kötvénytulajdonosokat is, ahelyett, hogy a piac szabályai szerint hagyták volna őket megfizetni a hibás (és számos esetben a felelőtlenségig kockázatos) döntéseikért. Pedig egy rendezett szerkezetátalakítással a bankok esély kaphattak volna az újrakezdésre (például új potenciális befektetők bevonásával), amiből idővel a részvény- és kötvénytulajdonosok is profitálhattak volna. A valóságban alkalmazott

megoldás – a piacgazdaság szabályainak a felrúgása – két szempontból is súlyos károkat okozott. Egyrészt precedens keletkezett a nagyarányú bankmentésre, vagyis a bankok (vezetőik, befektetőik, tulajdonosaik) számíthatnak rá, hogy ezentúl is büntetlenül spekulálhatnak majd mások pénzével, ami megnöveli a jövőbeli pénzügyi válságok kialakulásának az esélyét. Másrészt történt egy óriási bizalomvesztés, mert a bankmentés árát a magasabb adókban és a közszolgáltatások (elmaradó fejlesztések miatti) romlásában megfizető kisemberek (köztük például Amerikában az otthonukat, s vele az állásukat és az egészségbiztosításukat is elvesztők milliói) szemében ez a fajta válságmenedzselés a társadalmi szerződés felrúgásával volt egyenlő. Ráadásul azt is látták/érezkelték, hogy a bankok az állami mentőcsomag részeként a hitelezési tevékenységük helyreállítására kapott milliárdokat jelentős részben méretes bónuszok és osztalékok kifizetésére fordították (Stiglitz 2015).

Természetesen, a hivatalos narratíva a fentiekől lényegesen eltért – hangsúlyozva, hogy minden más megoldás lényegesen nagyobb kárt okozott volna. Ebből a szempontból hasonló dolog történt egy-két évvel később a görög adósságválság kezelésékor.

A globális pénzügyi válság nyomán fellépő világméretű hitelválság (*credit crunch*) és recesszió körülményei között az eurozóna perifériáján lévő országok egyre nehezebben tudták refinanszírozni az adósságukat. A tőkepiacok hirtelen ráébredtek, hogy az EU közös pénze mégsem közös – amennyiben az Európai Központi Bank nem fog jótállni az eurozóna-tagok adósságaiért – és elkezdtek beárázni az egyes országok államcsőd kockázatait (1. ábra). Görögország volt a leggyengébb láncszem².

1. ábra: 10 éves lejáratú államkötvények kamatainak alakulása néhány eurozóna-tagországban (százalékban)



Forrás: Lanzavecchia et al. 2015 (Thomson Reuters Datastream alapján)

² Létezik olyan elemzés is, amely szerint nem az államcsőd kockázat a legfontosabb faktor, amely beárázta a Monetáris Unió országainak államkötvényeit – vagyis hogy mely ország mekkora kamattal tudja refinanszírozni az államadósságát – hanem inkább az attól való félelem, hogy az adott ország egyszer csak kénytelen lesz kilépni az eurozónából. Ebben az esetben ugyanis az államkötvényt már a régi/új nemzeti fizetőeszközben (a görögök esetében drahmában) fogják lejáratkor kifizetni, és jó esély van rá, hogy a kapott összeget csak jelentős veszteséggel lehet visszakonvertálni euróvá (Brousseau 2017).

Problémát jelentett azonban, hogy egy görög államcsőd könnyen megingathatta volna a piaci bizalmat az eurozóna perifériájának többi (portugál, ír, olasz, spanyol) kormányával szemben. Márpedig a német és francia nagybankok tele voltak ezen országok államkötvényeivel. Ha ezek a bankok bedőlnek, a francia és a német állam kénytelen lett volna kimenteni őket – összesen kb. 1000 milliárd eurós nagyságrendben. Ezt elkerülendő az Európai Unió legfőbb döntéshozói azt a megoldást választották, hogy inkább „megmentik” a görögöket. Valójában persze a német és francia bankokat mentették meg a biztos csődtől, mert a Görögországnak megszavazott, összegyűjtött és átutalt pénzek zöme szinte azonnal a hitelezők számlájára került. Az athéni kormányt az Európai Bizottság, az Európai Központi Bank és a Nemzetközi Valutaalap szakértőiből álló ún. „trojka” gyámsága alá vonták, mely igyekezett fenntarthatóvá varázsolni a görög közpénzügyeket. „Áldásos” tevékenységük nyomán 2010 és 2015 között a görög GDP és az öregségi nyugdíj 25, a minimálbér pedig 40 százalékkal csökkent, a munkanélküliség ellenben 160 százalékkal emelkedett (Varoufakis 2017).

A világ közvéleményének a fenti akciót úgy tálták, mint az európai szolidaritás gyönyörű példáját. Ugyanakkor a görögök mindezt úgy élték meg, hogy ha az eurozóna tagja vagy, akkor egy külföldről irányított, a hitelezőid érdekében eljáró szakértői testület lerombolhatja a nemzetgazdaságot, ráteheti a kezét az állami tulajdonra, kölcsönt vehet föl a nevedben – még jobban eladósítva az utánad következő generációkat – és idővel újabb és újabb megszorítási csomagot kényszeríthet rád. Ha pedig eszedbe jutna ellenállni, parlamenti választással olyan erőt hatalomra juttatni, amely változást (adósságkönnyítést) ígér – például úgy, hogy az államadósság visszafizetésének ütemezését a mindenkor gazdasági növekedéshez köti – és mindezt a vágyát/elképzelését egy masszív népszavazással is megerősítené³, akkor felkészülhetsz rá, hogy a bankrendszered megbénításával fogják megtörni az ellenállásodat, melynek eredményeképpen a parlamentedben a képviselők vita nélkül szavazzák majd meg a szakértők által javasolt, a neoliberális gazdasági ortodoxia eszköztárába tartozó intézkedéseket: költségvetési megszorítást (benne adóemelést), nyugdíjreformot és privatizációt.

Természetesen egy szuverén állam köteles visszafizetni az adósságait – amennyire csak tudja, de nem minden áron. A görög adósságválság és annak megoldása megmutatta, hogy az európai intézmények sokkal inkább a tőke, semmint az emberek érdekeit szolgálják. Ahogyan a dekolonizáció utáni évtizedekben egyes afrikai államok is bekerültek az adósságcsapdába, az elkövetkező 50-60 évben a görögök nemzedékeinek is együtt kell élnie ezzel a hendikeppel (Lanzavecchia et al. 2015).

Pandémia

A 2019 decemberétől Kínából szétterjedő SARS-CoV-2 koronavírus, illetve az általa okozott, közkeletűen csak Covid19-nek nevezett világjárvány (pandémia) kapcsán nem lehet megkerülni, hogy ne szóljunk egy alapvető módszertani változásról. Minden tudományterületre igaz, hogy az elmúlt évtizedek/évszázadok folyamán oly mértékben bővült az ismeretanyag, hogy egyre nehezebb átfogó képet kapni a valóságról. A szakértők ezért egyre szűkebb területre specializálják magukat. A COVID-válság azonban annyira felforgatta az emberek mindennapi életét, s ezzel a

³ Lásd a Syriza-kormányt 2015 első félévében és az ún. OXI (görögül „nem”) népszavazást az év július 5-én, amikor a görögök 61,3%-a mondott nemet a „trojka” programjára.

párhuzamosan a járványügyi intézkedésekre vonatkozó tudományos vita annyira visszaszorult, hogy a kutató nem hagyatkozhat csupán a saját szűkebb tudományterületének a vizsgálatára. Az nem normális, hogy egy újfajta vírussal/betegséggel kapcsolatban a szakértők azonnal és biztosan állítanak bizonyos dolgokat, aztán később másfajta, sokszor az előzővel ellentétes dolgokat, és csak az változatlan, hogy ezeket nem lehet nyilvánosan megvitatni. Ilyen körülmények között a közgazdász kénytelen beleásni magát az orvostudomány világába, mielőtt a saját területén próbál tanulságokat megfogalmazni.

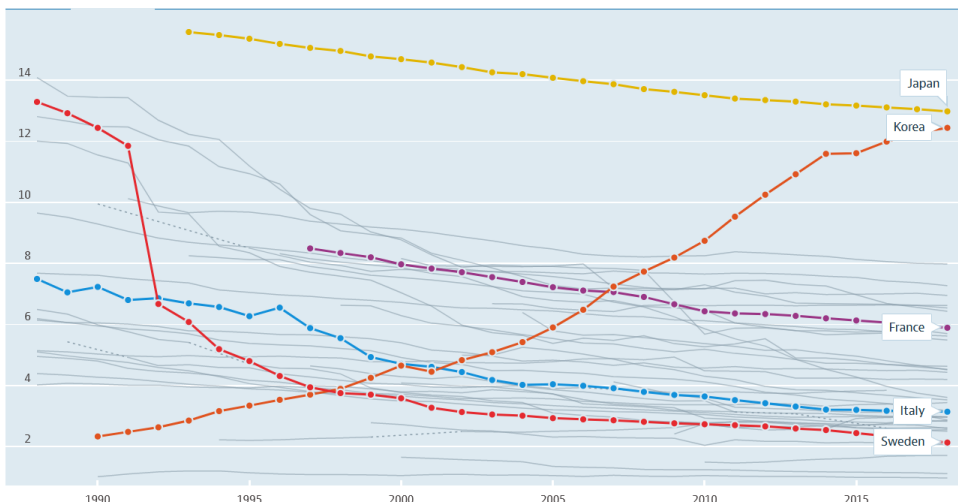
Mielőtt rátérnénk magának a COVID-válságnak a tanulmányozására, érdemes megvizsgálni, milyen helyzetben találta a válság az egészségügyi szférát, vagyis ez utóbbi mennyire volt felkészülve arra, hogy megküzdjön egy világjárvánnyal. Látni kell, hogy a Maastrichti Szerződés aláírása óta az európai integráció (különösen pedig a monetáris unió) országaiban különös hangsúlyt fektetnek a költségvetési hiány visszaszorítására, ami a közegészségügyi kiadásokkal való spórolásban is megmutatkozik. Ennek a törekvésnek eklatáns példáját adják az 1980-as évek közepétől beindított – egyébként nemcsak az EU-ban, de OECD-szerte megvalósuló – neoliberális ihletésű egészségügyi és kórházreformok. Ezen reformok központi eleme az ún. „betegosztályozási rendszer” (egyfajta pontrendszer) kialakítása volt, amely gyökeresen megváltoztatta az egészségügyi intézmények finanszírozását. Korábban jellemzően az ágyak száma és/vagy a betegek átlagos benntartózkodási ideje számított, az új rendszerben azonban a kórházak az alapján kapnak pénzt, hogy a pácienseket milyen betegséggel veszik fel, illetve milyen beavatkozást végeznek el rajtuk – függetlenül attól, hogy a kezelés meddig tart. A reformmal kettős célt próbáltak elérni: egyrészt a hatékonyság növelését, a költségek és a betegek benntartózkodási idejének csökkentését, másrészt az egészségügyi tevékenység átláthatóbbá tételét, az egyes intézmények teljesítményének összemérhetőségét (Gilardi et al. 2009).

Bár a reformok nyomán teret nyertek a magáncégekre jellemző vezetési, értékelési és finanszírozási módszerek, és ennek következtében kétségtelenül nőtt a hatékonyság, azonban idővel a hátulütők is megjelentek. A hatékony és takarékos működés szempontjai kezdték háttérbe szorítani az intézmények eredeti funkcióját – a betegápolást és a gyógyítást – amit a betegellátó és az adminisztratív állomány arányának (az előbbieik kárára történő) megváltozása is tükrözött. Ráadásul, mivel a kórházaknak anyagi érdekévé vált, hogy a beavatkozás után minél gyorsabban hazaküldjék a pácienseket, egyes időszakokban viszonylag sok ágy maradt üresen. Mindez azt a látszatot keltette, mintha jelentős többletkapacitások lennének az egészségügyben (Domin 2016). Nem véletlen, hogy bár a fejlett tőkésországok zömét előregedő, illetve – a folyamatos bevándorlási többlet miatt sokukat – növekvő népesség jellemzi, az utóbbi harminc évben (Dél-Korea kivételével) OECD-szerte folyamatosan csökkent a kórházi, s azon belül az intenzív ellátásra alkalmas ágyak száma (OECD 2023).

A fentiek folyamánaképpen, már jóval a COVID megjelenése előtt is előfordult, hogy a fejlett világ egyik-másik országában a téli influenzajárvány idején, vagy egy nagyobb természeti katasztrófa (esetleg tömegbaleset) esetén a betegek/sérültek egy részét a folyosókon kellett várakoztatni, rosszabb esetben ellátni. A koronavírus-járvány kitörése, 2020 elején, azután könyörtelenül rávilágított az egészségügyi rendszerek gyengeségeire és felkészületlenségére. A járvány első heteiben mindenből hiány volt:

védőfelszerelésből, gyógyszerből, orvosi műszerekből, tesztekhez szükséges reagensből, egészségügyi dolgozókból, kórházi és intenzív ágyból⁴.

2. ábra: 1000 lakosra jutó kórházi ágyak száma az OECD-országokban (1988-2018)



Forrás: OECD 2023

A legnagyobb problémát azonban a félelem és a tudatlanság, valamint a korrupció, illetve az ezek nyomán hozott, szakmai köntösbe bújtatott, de valójában szakmaiatlan, hibás és káros, sőt, közvetett módon tragikus hatású politikai döntések jelentették.

Először is ott volt a pánikkeltés. A rendszerváltás óta hozzászokhattunk ahhoz, hogy a „korszerű” médiában csak a szenzációnak van hírértéke, és a műsoridő nagy részében szórnyúségekről szerezhetünk tudomást. A COVID-dal kapcsolatos tömegtájékoztatás azonban még tovább ment: nem telt el nap anélkül, hogy be ne jelentették volna, hányan betegedtek vagy haltak meg a járványban aznap és a járvány kezdete óta összesen. Mindezt általában (hadiállapotra utaló) katonai öltözetben tették, vagy oly módon, hogy a bejelentő körül voltak egyenruhás „illetékesek”. Soha semmi hasonlóra nem volt példa korábban az influenzajárványok idején, és az akkor elhunytakat sem sorolták be a statisztikusok az influenzában meghaltak közé. Tény, hogy nyáron a kánikula, télen pedig a fertőző felsőlégúti megbetegedések viszik el azokat, akiknek az immunrendszere (öregség vagy krónikus betegség okán) már nagyon legyengült állapotban van. És ha meghalnak, besorolják őket a (rák, szív- és érrendszeri, tüdő-, máj- stb.) betegségüknek megfelelő kategóriába. 2020 óta a nemzeti statisztikai hivatalok honlapjain új halálokként megjelent a COVID19 (lásd pl. KSH 2023). Az ilyen halálokok mögött persze többnyire súlyos krónikus betegségek álltak, de a statisztika elkendőzi ezt a tényt, és azt, hogy mennyire megnőtt 2020 óta a rákos és más egyéb betegségekben elhunytak száma.

⁴ A védőfelszerelés (védőruha, maszk, kesztyű stb.) hiánya elsősorban a kórházi és egyéb szociális/egészségügyi intézményekben járt súlyos következményekkel, ahol az ott dolgozók sem magukat, sem a pácienseket nem voltak képesek megóvni a közvetlen kontaktuson alapuló megfertőződéstől (Somai 2021).

Ezen a ponton elérkeztünk a másik hatalmas hibához. A legtöbb fejlett országban az orvoslás terén a megelőző egy-két ezer évben felhalmozott tudást egyik napról a másikra teljesen semmisnek tekintették. Először is „kibójták az ablakon” meglévő járványügyi vészforgatókönyveket. Ehelyett rendkívüli állapotot hirdettek, és a járvány megállítására, illetve levezénylésére *ad hoc* válságstábokat neveztek ki. A válságstábokba csak elvéve került be praktizáló, fertőző betegségek kezelésében jártas, nagy gyakorlattal rendelkező orvos, ellenben modellező matematikusból nem volt hiány (Yeadon 2020). Ez utóbbiak a legvadabb jóslatokkal álltak elő a tekintetben, hogy mennyi fertőzött, illetve halott lesz, ha a kormányok nem teszik azt, amit ők javasolnak. Jelesül: önkéntes és kötelező házikarantént, kijárási tilalmat, szociális távolságtartást, az idősök elkülönítését, az iskolák és a nem létszükségletű boltok/munkahelyek bezárását stb. (lásd pl. Ferguson et al. 2020)⁵.

A fenti intézkedések hatására gyakorlatilag megszűnt a betegellátás az egészségügyi rendszer alsóbb (háziorvosi és rendelőintézeti) szintjein, a kórházak egyes osztályairól pedig hazaküldték a betegeket. A következmény: emberek 10 és 100 ezrei, globális szinten milliói nem jutottak megfelelő orvosi ellátáshoz; elmaradtak a szűrővizsgálatok, a kisebb-nagyobb jelentőségű kezelések, illetve műtétek. Ily módon az egyes súlyos betegségeket (pl. rákot) nem tudták idejében (kellően korai stádiumban) diagnosztizálni, és a szükséges kezelések elmaradása, illetve késleltetése miatt a betegek súlyosabb állapotban kerültek végül orvoshoz, mint a COVID előtti érában. Vagyis egyértelműen romlottak a túlélési esélyeik. A COVID óta világszerte megfigyelhető többlethalálozás egy része gyaníthatóan a fenti intézkedésekre vezethető vissza⁶.

Márpedig a COVID előtti orvoslás szerint, egy új vírus által okozott betegség terjedésével és hatásával kapcsolatban nincs értelme a matematikai modellezésnek, mert nem ismert az összes változó. Az egyetlen és célravezető módszer a betegség alapos megismerésére, ha az orvosok továbbra is ellátják a betegeket és idővel megtapasztalják, milyen módszerrel/gyógyszerrel tudnak a legjobb eredményt elérni. Az embert nyilván a háziorvosa ismeri a legjobban, ő tudja a legjobb eséllyel felvenni a harcot az ismeretlen kórokozó ellen. Ehelyett az embereket jelszavakkal biztatták az elvileg helyes magatartásra⁷, ami abból állt, hogy lehetőleg maradjanak a lakásukban, kisebb egészségügyi problémáikkal ne forduljanak orvoshoz, ha influenzaszerű tünetek vannak, akkor szedjenek paracetamolt, és ha már olyan rosszul vannak, hogy például fulladnak, akkor hívják a mentőket. Sajnos, sok esetben már későn. Mindenesetre, tartósan összezárni az embereket kis térben anélkül, hogy előzetesen letesztelnék őket; késleltetni az ellátást, nem törődni a kórral a korai

⁵ Az Imperial College kutatói 2020 március 16-i anyagukban azt jósolták, hogy változatlan válságmenedzselés mellett (tehát az általuk javasolt korlátozó intézkedések nélkül) a következő 3 hónapban az Egyesült Királyságban 510 ezer, az Egyesült Államokban 2,2 millió halálos áldozattal kell számolni. Matematikai modelljükben azzal számoltak, hogy $R_0=2,4$ (vagyis egy fertőzött 2,4 továbbinak adja át a vírust) és így a lakosság 81%-a fog megfertőződni (Ferguson et al. 2020). Itt két megjegyzést kell tennünk: egyrészt, még a rendkívül pusztító 1918-19-es spanyol nátha idején is az amerikai népesség csupán 28%-a fertőződött meg (Reynolds 2020). Másrészt, a modellt Svédországra kiterjesztve, 2020 júniusában az északi ország már 85 ezer halottat kellett volna számláljon. Ezzel szemben 2020 június végén nem egészen 5 és fél ezer halottjuk volt, anélkül, hogy az emberek életét szabad mozgásuk lényegi korlátozásával, munkahelyük/boltjaik/iskoláik bezárásával, vagy kötelező maszkmásználatt elrendelésével keserítették volna (Worldometer 2023).

⁶ Egy nemrég megjelent, az egész világra kiterjedő, 61 tudományos felmérés adatait feldolgozó metaanalízis szerint 2020 januárja és októbere között a rákdiagnosztikai vizsgálatok száma 37,3%-kal, a diagnosztizált rákos megbetegedések száma pedig 27%-kal csökkent (Angelini et al. 2023).

⁷ A briteknél például: „*Stay home, Protect the NHS, Save lives*” – azaz, „Maradj otthon, óvd meg az állami egészségügyi ellátórendszert, mentsél életeket!”

stádiumban, amikor nyilvánvalóan nagyobb az esély a vírus visszaszorítására, mint később, a betegség második szakaszában – amikor már tüdőgyulladás is fellép, és a beteg életéért kell harcolni – mindez nem tűnik túlságosan tudományosnak.

A harmadik probléma az volt, hogy az orvosokat gyakorlatilag eltiltották attól, hogy a betegeiket kezeljék. Pedig voltak olyan, általában régi, jól ismert, bár eredetileg más betegségekre törzskönyvezett gyógyszerek (hatóanyagok/molekulák), melyeket a világ számos táján jó eredményekkel alkalmaztak a hivatalos ajánlásokat nem követő orvosok⁸. A probléma ezekkel a generikus gyógyszerekkel az volt, hogy mivel már réges-régen lejárt a rájuk vonatkozó szabadalmi oltalom, a gyógyszeriparnak nem állt érdekében a használatukat proponálni. Nem lehetett belőlük túl sok profitra szert tenni. Más volt a helyzet az újabban kikísérletezett molekulákkal – pl. az adagonként több mint 2000 euróba kerülő Remdevisirrel – amellyel kapcsolatban az Európai Bizottság meg sem várta (Reuters 2020), hogy véget érjen a WHO által szervezett tesztsorozat (a *Solidarity Trial* – az addigi legnagyobb szabású COVID-kísérlet), és 2020 októberében 500 ezer adagról írt alá szerződést a szabadalom gazdájával, az amerikai Gileaddal (Európai Bizottság 2020)⁹. Továbbá egészen más volt a helyzet a COVID ellen pár hónap alatt kidolgozott vakcinákkal, amelyekre – bár egyik sem lett teljeskörűen letesztelve – rekordidő alatt adtak engedélyt, illetve több tízmilliárd euróért kötöttek szerződést az európai intézmények.

A vakcinákkal kapcsolatban két megjegyzés kívánkozik ide. Egyrészt, nem lehet egy oltást pár hónap alatt letesztelni, ezért a különböző fázisokat sokszor egymással párhuzamosan folytatták le, egyik-másikat pedig kihagyták. A nagy oltási hullámok idején még egyik vakcina sem jutott még túl az összes kísérleti fázison. Márpedig humán gyógyszerkísérletek esetén, az Orvos Világszövetség idevonatkozó etikai alapelveit taglaló ún. Helsinkai Nyilatkozata értelmében a páciens ún. „tájékozott beleegyezése” szükséges, melyet ő büntetlenül megtagadhat vagy a kísérlet folyamán bármikor visszavonhat (WMA 2022). Vagyis az orvosi etikával ellentétes volt, hogy több országban korlátozásokat vezettek be az oltatlanokra – nem utazhattak, nem mehettek étterembe, egyes helyeken munkát sem vállalhattak – sőt az egészségügyben dolgozók számára egyenesen kötelezővé tették az oltást.

Másrészt, a COVID előtti orvoslási tapasztalat szerint nem lehet hatékony vakcinát kidolgozni olyan betegségekre, amely maga nem immunizál. A könnyen mutálódó vírusok (pl. influenza) esetén – és ilyen a SARS-CoV-2 is, az a probléma, hogy ha az ember elkap egy variánst, attól még néhány hónap múlva újrafertőződhet a következővel. Ugyanezen logika lapján, mire kidolgoznak egy oltást egy adott

⁸ A legnagyobb botrány a hidroxiklorokin körül alakult ki, melyet elsősorban mint malária elleni vírusgyógyszert ismertek, de a világ számos táján sikerrel alkalmazták a COVID korai szakaszában. Egy, a világ egyik legrangosabb orvosi szaklapjában 2020 májusában megjelent lejárato tanulmány (Mehra et al. 2020) alapján azonban, a WHO tanácsára, több országban is felfüggesztették a folyamatban lévő klorokin-kísérleteket, és megtiltották illetve megnehezítették a hatóanyag alkalmazását a COVID19-re vonatkozóan (Offord 2020). Bár a cikket az adatbázisával kapcsolatos ellentmondások és pontatlanságok miatt később visszavonták, az máig ott szerepel a Lancet honlapján – Retracted felirattal ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31180-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31180-6/fulltext)). Ugyanakkor azóta egyre-másra jelennek meg a hidroxiklorokin hatásosságát igazoló tudományos értekezések. A legutóbbi és legnagyobb szabású, mintegy 30 ezer páciens adatait feldolgozó cikk szerint a hidroxiklorokin járóbeteges esetén 71, a fekvőbeteges esetén 45 százalékkal csökkenti az elhalálozás esélyét (Raoult et al. 2023).

⁹ Érdekes, hogy a WHO végül 2020. novemberének végén, tehát alig pár héttel később, nem javasolta a Remdevisir COVID19 elleni használatát. Ezt a véleményét később, 2022 áprilisában módosította, és az enyhe és közepes lefolyású esetekre már alkalmazhatónak vélte a szert (WHO 2020/2022).

variáns ellen, a vírus már mutálódott, és az új variánsra már nem nagyon lesz hatékony. Ezért van az, hogy az oltott személyek is elkaphatják a koronavírust. Az oltás hatékonysága csupán a vírussal szemben nagyon érzékeny csoport (idősek, kórosan kövérek, immunbetegek stb.) estében volt kimutatható, ezért is lett volna érdemes megfogadni azon orvosprofesszorok véleményét, akik a pandémia elleni harcban a rizikócsoportokra fókuszáltak volna, és a nem veszélyeztetett többségnek meghagyták volna a szokásos életét (Great Barrington Declaration 2020)¹⁰.

Végezetül, visszatérve a pandémia-időszak főbb problémáihoz, az sem hagyható említés nélkül, hogy bár a professzionális véleményformálók (a főáramú médiában megjelenő politikusok, tudósok, újságírók) elemzéseikkor állandóan a tudományra hivatkoztak, az egyes kérdésekben illetve intézkedések kapcsán alternatív véleményt megformáló tudósok, illetve praktizáló orvosok nem kaptak lehetőséget az értelmes vitára – sőt sokukat lejáratták, megbélyegezték vagy ellehetetlenítették. Anélkül hogy állást foglalnánk abban a kérdésben, hogy kinek volt igaza, hangsúlyozni kell, hogy a tudomány éppen a viták által halad előre, és egy új vírus/betegség felbukkanásakor különösen fontos a vélemények ütköztetése, az egymástól való folyamatos tanulás. Ha adott kérdésben – és egyre több ilyen látunk, legyen az COVID, klímapolitika vagy ukrajnai háború – csak egyféleképpen lehet gondolkodni, akkor az már nem tudomány, hanem totalitarizmus (Arendt 1973).

Bár a környező európai országokban szinte mindenhol hasonló, a fent részletezett problémákkal terhes COVID-menedzselést tapasztalhattunk, szerencsére maradt egy uniós tagország, amely bizonyos szempontból mégis „kontrollcsoportként” szolgálhat, ahol legalább részben a többi országtól eltérően álltak hozzá a pandémia által támasztott kihívásokhoz. A vele szembeni összehasonlításhoz – nyelvi okokból, valamint a rendelkezésre álló ismeretanyag miatt – Franciaországot választottuk „állatorvosi lónak”.

A COVID-válság menedzselése Franciaországban és Svédországban

Mielőtt részletesen megvizsgálánk a pandémiával kapcsolatos „haditerveket”, illetve azok eredményességét, érdemes emlékeztetni arra a nem elhanyagolható tényre, hogy mind a COVID előtti gazdasági és egészségügyi állapotokat tekintve, mind pedig a válság leküzdése érdekében alkalmazott gazdaságmentési, illetve egészségügyi intézkedések terén, igen sok a két ország közötti hasonlóság.

¹⁰ Ide tartozik, hogy egy oltásnak két dolog adhat értelmet: az egyik, hogy profitál belőle az, aki kapja – vagyis a kockázatok és előnyök mérlegében ez utóbbiak bizonyulnak jelentősebbeknek. A másik, hogy megállítja a járvány terjedését – vagyis aki oltott, az már nem fertőz. A COVID-vakcinák esetében a másodiknak említett jelenséget nem is vizsgálták, és a gyakorlatban láthattuk, hogy az oltottak is fertőznek. Az első jelenségről pedig kiderült, hogy kizárólag az idősek (általában 75 éves kor fölött) és/vagy a valamelyik rizikócsoportba tartozók esetében van több haszon, mint hátrány (BFMTV 2023). Ezzel kapcsolatban megjegyzendő, hogy a fiatalabb korosztályoknál egy sor mellékhatás elkerülhető lett volna, ha a legnagyobb arányban beadott ún. mRNS (Pfizer/Moderna) vakcinákat – hatásmechanizmusuknak megfelelően – génterápiás termékeknek (GTP) tekintik, és átésnek az ennek megfelelő (pl. terhes anyákra, anyatejre, magzatokra vonatkozó) ellenőrzéseken. Bár a fertőzőbetegségekre kifejlesztett oltásokat (mind Európában, mind az USA-ban) idejekorán (2009/2013) kivették a GTP-szabályozás alól, a jövőben érdemes lenne megfontolni, hogy minden mRNS-termékre – függetlenül attól, hogy vakcinának minősülnek-e vagy sem – ugyanazok a szabályozások és ellenőrzések vonatkozzanak. Ugyanis nem indokolt szigorú ellenőrzés alá vonni a terápiás mRNS-eket, ha azokat az emberi populáció kis hányadát képviselő (pl. rákos) betegeknek szánják, és felmenteni az ellenőrzések alól az mRNS-oltásokat, ha azokat az emberi populáció többségét adó, jó egészségben lévők embereknek szánják (NCI 2023).

Gazdasági szempontból a 2020-at megelőző három évben mindkét országot viszonylag jó ütemű (1,5-2,5%-os), bár tendenciájában lassuló növekedés, stabil, illetve (a franciák esetében) lassú ütemben javuló munkaerőpiaci helyzet, alacsony (2% alatti) infláció és biztató exportdinamika jellemezte. Különbség legfőképpen a fenntarthatóságot befolyásoló makrogazdasági (folyó fizetések, államháztartási) mérlegek terén volt megfigyelhető, ahol a svéd gazdaság egyensúlyi vagy pozitív, a francia pedig negatív egyenlegeket mutatott (Bizottság 2021).

A COVID-előtti közegészségi helyzetről elmondható, hogy mindkét ország egyértelműen Európa élvonalába tartozott. Egy 2018-as, 35 országra kiterjedő felmérés – a Health Consumer Powerhouse által előállított ún. „Európai egészségügyi fogyasztói index” (EHCI) – alapján Svédország a nyolcadik, Franciaország pedig a tizenegyedik helyen állt a rangsorban (HCP 2019). Ugyanakkor megjegyzendő, hogy a jó helyezések által sugallt kedvező képet mindkét országban árnyalták a már említett, a hatékonyságot és a profitot a betegellátás elé helyező egészségügyi, illetve kórházreformok.

A COVID okozta recesszióra válaszul kidolgozott gazdasági mentőcsomagokat illetően, sem azok méretében – 2020/2021-ben a GDP 4-5, illetve 8-10 százaléka, attól függően, hogy a fiskális vagy a monetáris intézkedéseket vesszük számításba – sem azok összetételében (közterhek átütemezése, kölcsönök és hitelgaranciák nyújtása, bérköltségek egy részének átvállalása a nagyobb, közvetlen támogatás a kisebb vállalkozások részére) nem volt lényegi különbség a két ország között. A legnagyobb állami transzfer (a többi fejlett országhoz hasonlóan) az egészségügyhöz, és a válság által leginkább sújtott szektorokhoz (turizmus, szállásadás, vendéglátás, szórakoztatóipar, légitözlekedés, nemzetközi értéklánca kapcsolódó iparok stb.) került (Danske Bank 2020, IMF, 2021, France Stratégie 2021, Nordea 2021).

A válsággal kapcsolatos egészségügyi intézkedések zömében, pontosabban a COVID19-cel kapcsolatos hivatalos hozzáállásban (mit lehet tenni? mi használ?) szintén nem mutatkoztak lényeges különbségek a francia és a svéd gyakorlat között. A járvány kezdetétől fogva kvázi az volt kormányzati álláspont, hogy lehetőleg mindenki maradjon otthon, a régi generikus vírusgyógyszerek alkalmazását a nemzeti hatóságok nem ajánlják, következésképpen a járvány megfékezését egyedül az oltástól lehet remélni.

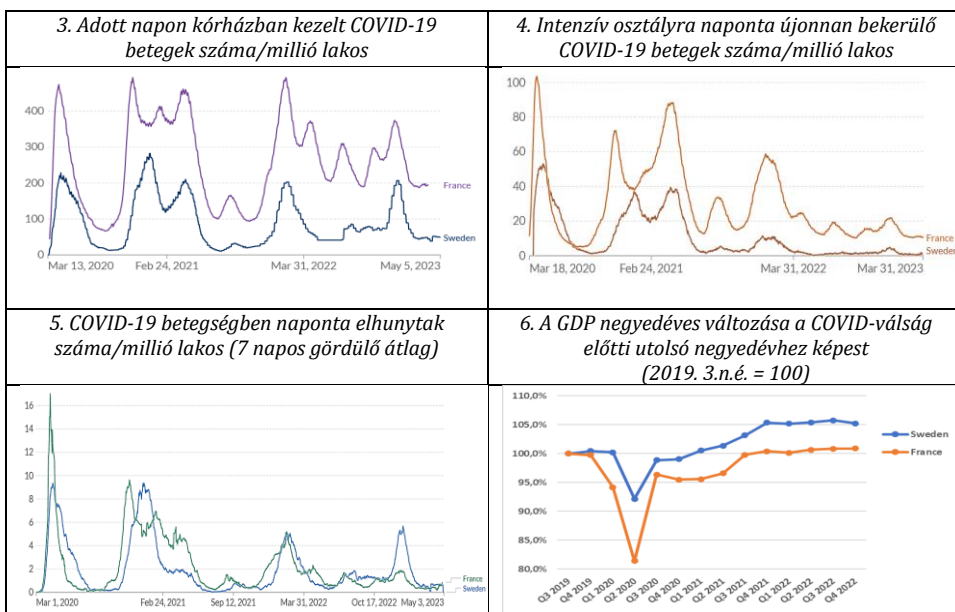
Amiben a két ország válságmenedzselése között jelentős különbség volt, az a gazdasági és egészségügyi intézkedéseken túlmutató, de azoknak fontos keretet adó, az emberek szabadságjogait érintő, politikai ihletésű döntések és rendeletek gyakori vagy kevésbé gyakori alkalmazásában keresendő. Fontos leszögezni, hogy Svédországban az emberek bizalommal vannak az intézményeik iránt – nem véletlen, hogy az ország általában az első 5-6 hely valamelyikét foglalja el az érzékelt korrupciót mérő nemzetközi rangsorban, míg a Franciaország általában a huszonvalahányadikat (Transparency International 2022). A svédek a franciákkal ellentétben ahelyett, hogy szükségállapotot rendeltek volna – az alkotmányuk ezt csak háború esetén teszi lehetővé – vagy a COVID-válság levezénylésére szakértői-tanácsadói csúcsszervezetet (ún. tudományos tanácsot) hoztak volna létre, hagyták, hogy a meglévő, jól működő intézményeik oldják meg ezt a feladatot. Az egyes intézkedéseket jellemzően ajánlások formájában közvetítették a lakosság felé, szemben a franciákkal, akik gyakran rendeleti úton kormányoztak, és a rendeletek megszegőit súlyos bírságokkal fenyegették.

Ami az emberek mindennapi életét érintő beavatkozásokat illeti, a svédek általában igyekeztek minden téren a lehető legkisebb korlátozást alkalmazni. A

franciákkal ellentétben például soha nem zárták be a boltokat, vagy bénították meg (pl. kijárási tilalommal) a gazdaságot. Soha nem zárták be az óvodákat és az általános iskolákat (16 éves korig), nem tették kötelezővé a maszkhasználatot (kivéve 2021 első felében a tömegközlekedésen csúcsidejében), szociális távolságtartás helyett megelégedtek a fizikai távolságtartással (például az öregotthonok lakóival a családtagok találkozhattak az intézmény falain kívül), és a családi/baráti összejövetelekre sem találtak ki speciális korlátozásokat. Egyedül a gyülekezést korlátozták (időben változó mértékben), ami főként a zárt térbe szervezett kulturális és sporteseményeket törölte a naptárból ideiglenesen (Ludvigsson 2023).

Ha ezek után megnézzük, hogy a két ország hogyan vészelte át a COVID-időszakot, azt találjuk, hogy az állampolgárokkal szemben megengedőbb svéd hozzáállás sem egészségügyi téren, sem az értékteremtés terén nem hozott rosszabb eredményt a jóval korlátozóbb franciánál (lásd 3-6. ábra). A 3-as és 4-es ábrából látható, hogy a svédek általában jobban ellenálltak a kórnak, lakosságárányosan kevesebbszer kerültek kórházba, vagy sürgősségi osztályra, mint a franciák. Ugyanakkor a halálozási arányok görbéi (5. ábra) eléggé átfedésben futnak, ebben nincs lényegi különbség. Bár a svéd adatok itt is jobbak: a pandémia kezdetétől 2023 májusának végéig 1 millió lakosra vetítve Franciaországban 2550, Svédországban pedig 2380 halálesetet regisztráltak (Wordometer 2023). A reálgazdaság növekedésének alakulását tekintve szintén Svédország teljesített jobban (6. ábra). Tény, hogy a franciák a COVID miatt többször is „lezárták” az országukat – gazdasági és társadalmi értelemben egyaránt – ami jelentősen megviselte az üzleti szférát. A svédeknel soha nem volt ilyen totális „leállás”. Csupán a nagyobb befogadóképességű színházakat és sportcsarnokokat tartották ideiglenesen zárva, hogy megfeleljenek a gyülekezési rendeleteknek (Somai 2021).

3-6. ábra: A COVID19 társadalmi és gazdasági hatása Francia- és Svédországban



Forrás: Our World in Data 2023, FRED 2023

Amikor azt látjuk, hogy a francia gazdaság viszonylag gyengébben teljesít, miközben ugyanolyan nagyságrendű állami segítséget kapott a COVID okozta recesszióból való kilábalásra, mint a svéd, gyanús, hogy egyéb tényezők is állnak a háttérben. Az ember ilyenkor késztetést érez arra, hogy betekintsen más tudományterületek világába, hátha fontos összefüggésekre bukkan.

Az orvostudomány számára ma már egyértelmű, hogy a be- és elzártság, a kilátástalanság, a cselekvési szabadság sorozatos korlátozása rendkívül káros hatással lehet az emberi pszichére. A hosszan tartó krónikus stressz szakadást okozhat az agy különböző funkciókért felelős területei között, ami a munkamemória és általában a kognitív képességek egy részének az elvesztéséhez vezethet (Oliveira et al. 2013). Az is tudható, hogy a társadalmi kötelékek mennyisége és minősége alapvető fontosságú az emberek egészségének a megőrzésében, és hogy a megfelelő társas kapcsolatokkal rendelkező egyének túlélési esélye *ceteris paribus* 50 százalékkal nagyobb, mint a rossz vagy elégtelen szociális kapcsolatokkal rendelkezőké. Ez a hatás nagyságrendileg összemérhető azzal, mint amikor valaki felhagy a dohányzással, vagy leszokik a mértéktelen alkoholfogyasztásról, és abszolút értékben nagyobb mint a mortalitás számos egyéb, jól ismert kockázati tényezője (pl. elhízás, fizikai inaktivitás) (Holt-Lunstad et al. 2010). Végül, ma már arra is van bizonyíték, hogy a gyulladási folyamatok és a szociális viselkedés egymás erőteljes szabályozói. A társadalmilag fenyegető helyzeteknek való kitettség fokozza a testben a gyulladási folyamatok kialakulásának az esélyét, emiatt a szociálisan elszigetelt, magányos személyek könnyebben betegszenek meg (Eisenberger et al. 2017).

Megkockáztatjuk, hogy az ismételt lezárások és az emberek szabad mozgásának korlátozása, mely eszközök a franciák (és sok más fejlett nemzet) COVID-dal kapcsolatos válságkezelési gyakorlatában oly nagy szerepet játszottak, nem csupán rövid távon fékeztek az ország növekedési dinamikáját, de a társadalmi kapcsolatok szétzilálásával közép és hosszú távon is ronthatják a gazdaság fejlődési esélyeit. Eközben a megengedőbb szabályozásra épülő svéd válságkezelési modell, mely a társadalom és az intézmények közötti kölcsönös bizalmon alapult, egészségesebb társadalmat, és robusztusabb gazdasági alapokat kínál a válságból való minél gyorsabb és teljesebb kilábalásra.

Hogyan történhetett meg?

2020 és 2022 között számos, az emberek életét és munkáját erőteljesen korlátozó intézkedést fogadtak el világszerte azzal a céllal, hogy megakadályozzák a SARS-CoV-2 vírus terjedését. A tapasztalatok halmozódásával azonban egyre világosabbá válik, hogy ezek az agresszív stratégiák olyan, súlyosan negatív mellékhatásokkal járhatnak, mint a szegénység, az éhezés és az egyenlőtlenségek meredek ívű növekedése. Különösen rosszul jártak a gyermekek, a diákok és általában a viszonylag fiatalabb munkavállalók, valamint azok a csoportok, amelyek gazdasági/egészségügyi/képzettségi tekintetben már a COVID előtt is hátrányos helyzetben voltak, mint például az alacsony jövedelmű családok, az etnikai kisebbségek és a nők. A válságintézkedések pedig – melyek a tanulási és karrierlehetőségek, valamint az anyagi értelemben vett egyéb előrelépési lehetőségek beszűküléséhez, a munkanélküliség növekedéséhez, és sok esetben az életcélok elvesztéséhez vezettek – csak még tovább növelték az egyenlőtlenségeket és a meglévő problémákat. Például megnőtt a családon belüli erőszak, mivel a rosszul

működő családok tagjai több időt voltak kénytelenek egymással tölteni (Schipers 2022)¹¹.

Kérdés, hogyan jutott el a fejlett világ nagyrésze ahhoz, hogy ilyen, a COVID előtti orvoslás tapasztalatait, a jogi és egyéb társadalmi normákat teljesen figyelmen kívül hagyó, alapvetően hibás intézkedésekről döntsön sorozatban, és miért tűnik úgy, hogy az országok többségében a véleményformáló körök továbbra is úgy tekintenek ezekre az intézkedésekre, mint amelyek követendő példaként szolgálhatnak majd a jövőbeni válságok kezelésére.

Sajnálatos módon a fenti kérdésekre nem lehet nem szubjektív válaszokat adni, mert nem állnak rendelkezésre milliók, hogy a kutató beutazza a világot, és személyes interjúkat készítsen az intézkedéseket támogató, illetve ellenző szakértőkkel, és a különböző intézmények munkatársaival. Egy, az internet segítségével megírt cikkben nyilván azokat a forrásokat használok, amelyekbe beleolvastva vagy behallgatva érdeklődni kezdtem a folytatás iránt. Persze, az sem lenne garancia a pontos képalkotásra, ha hatalmas mennyiségű pénz és apparátus állna a rendelkezésemre. A világ egyik legtöbbet idézett tudósa éppen az egyik legtöbbet idézett cikkében magyarázza el, hogy minél több tudományos csoport (és persze forrás) bevonásával folyik a kutatás, annál kevésbé valószínű, hogy a kutatási eredmények megbízhatóak lesznek (Ioannidis 2005)¹².

Véleményem szerint rendszerszintű problémáról van szó, ami igen sok elemből tevődik össze. Az egyik elem az elitképzés. Világszerte néhány tucat nagyhírű egyetem adja ki azokat a diplomákat, amelyekkel komoly karriert lehet csinálni a politikában, médiában, tudományban, bank- és biztosítási szektorban, reálgazdaságban. A fejlett világ döntési pozícióiba többnyire nagyon hasonló kultúrájú és gondolkodású emberek kerülnek, akik jobban megértik egymást, mint a társadalom többségét adó dolgozói tömegeket. Ez egy idő után nyilvánvalóan felveti, illetve megnöveli a rendszerszintű korrupció kialakulásának a lehetőségét.

A másik elem már konkrétan a gyógyszeripar helyzetében keresendő. Az iparág az új molekulák kikísérletezésére épül, amelyek kolosszális összegekbe kerülnek. A kutatás 80 százaléka az Egyesült Államok gyógyszeripari óriáscégeiben folyik. Az utóbbi évtizedekben egyre nehezebb eredményeket elérni, új gyógyszereket előállítani. Eközben ott vannak a régi molekulák, amelyeken már nincs haszon, generikus gyógyszerekké váltak, bárhol előállíthatók, lejárt a rájuk vonatkozó szabadalmi oltalom. Ráadásul egyre több mindenre lehet őket használni. Európában, ha lehet még rosszabb állapotban van a gyógyszeripar. A közegészségügy igyekszik mindenben spórolni (lásd kórházreform), generikus gyógyszereket használni, illetve a betegségek korai felismerésével elkerülni a magas költségekkel járó kezeléseket (Valverde 2013). Ugyanakkor a helyzet kilátástalanságát enyhíti, hogy a gyógyszeripar a világon mindenütt az egyik legnagyobb lobbierővel rendelkező szektor, amely egyaránt jó kapcsolatokat ápol a politikával és a tudománnyal¹³. Ma az

¹¹ És akkor még nem beszéltünk a gyermekek pszichéjében a rendkívül káros narratívával (pl. a bűntudatkeltéssel), a szabad mozgást korlátozó intézkedésekkel, vagy az egésznapos iskolai maszkviseléssel okozott károkról (Dupont 2022).

¹² Az ilyen megaprojekteknel jelentős pénzügyi és karrier érdekek forognak kockán, és az összeférhetetlenség és az előítélet növeli az elfogultságot. Továbbá az egyes csoportok hajlamosak inkább a pozitív eredményeiket megosztani a többi csoporttal, illetve a kudarcaikat eltitkolni, ami végül ellentmondásos eredményekhez vezethet (Ioannidis 2005).

¹³ Ha megvizsgálánk a COVID-válság alatt magas (tanácsadói) pozícióba kerülő professzorok, valamint a főáramú médiában megszólaló szakértők kapcsolódását a Big Pharma világával, nagy eséllyel jelentős összeférhetetlenségeket találnánk.

orvosi kutatások már nem is létezhetnének a gyógyszeripari kapcsolódások és támogatások nélkül, mivel az állam szinte teljesen kivonult erről a területről. Ennek megfelelően a legnagyobb orvosi szaklapokban megjelenő cikkek jelentős hányada a Big Pharma megrendelésére íródik, és inkább tekinthető marketinganyag, semmint tudományos publikációnak. A gyógyszeripar és a kutatóorvosok közötti munkamegosztás egyszerű: a lényeg, hogy az ipar adja a pénzt (kutatásra, utazásra, konferencián való részvételre), az orvosok „adják” a kísérletekhez szükséges emberanyagot, illetve végzik el az embereken a megfelelő teszteket (UPR TV 2023).

További elem a puzzle-ben a tulajdonosi struktúra, amely az egész rendszert összefogja. Ha valaki veszi a fáradságot, és kikeresi a Yahoo Finance honlapon a tőzsdén jegyzett amerikai cégek tulajdonosi struktúráját, érdekes felfedezést tehet: szinte minden nagyvállalatban a legnagyobb tulajdonosok között, általában az első két helyen ott szerepel a világ két legnagyobb vagyonekezelő társasága, a Vanguard és a Black Rock. A harmadik hely általában a State Street Corporationé. Ez a három óriásbefektető cég a S&P500-as listán szereplő cégek közel 90 százalékában bír tulajdonnal. Ugyanők az amerikai médiapiac 90 százalékát ellenőrző hat médiatársaságból négynek a top-befektetői között is ott vannak (Mercola 2021).

A fenti elemeket összerakva – és anélkül, hogy azt állítanánk, a gyógyszeripar maga kreálta volna a vírust vagy a válságot – nem csodálkozhatunk azon, ha az iparág (és „csatolt részei”: a politika, a média és a tudomány világának szereplői), meglövigolva az emberek félelmeit és hiányos természettudományos ismereteit, alaposan kihasználja az új koronavírus kínálta remek alkalmat üzleti eredményének a feltornászására. Nem volt ok nélkül való, hogy az egyik legrangosabb brit orvosi szaklap, a BMJ¹⁴ ügyvezető igazgatója 2020 novemberében „Covid-19: a tudomány átpolitizálása, korrumpálása és elnyomása” címmel írt szerkesztőségi cikkében tiltakozott az ellen, hogy a politikusok és a kormányok – ugyan közérdekre, az innováció támogatására és az új diagnosztikai módszerek és kezelések minél gyorsabb bevezetésére hivatkozva, a valóságban azonban nagyon is kézzel fogható politikai és pénzügyi haszon érdekében – tönkretegyék a tudományt. Szerinte a Covid-válságot kihasználva a politikusok és az ipar képviselői, valamint a tudósok és az egészségügyi szakértők nagyszabású, a közegészségügyet károsító, opportunisták sikkasztásba kezdtek. A világjárvány feltárta, hogyan manipulálható az orvosi-politikai komplexum vészhelyzetben – amikor pedig a tudomány védelme még a szokásosnál is fontosabb lenne (Abbasi 2020).

A gyógyszeripar nagyvállalatai már a COVID-válság előtt sem riadtak vissza törvénytelen eszközök alkalmazásától. Egy, a világ (Global500-listán szereplő) és az USA (Fortune1000-listán szereplő) 26 Big Pharma cégét górcső alá vevő kutatásból kiderül, hogy 2003-2016 között ezen cégeknek (illetve közülük 22-nek, ami 85%-os arány) összesen 33 milliárd dollárnyi büntetést kellett leróniuk főként megvesztegetés, illegális jutalék fizetése, megtévesztő reklám alkalmazása, negatív hatások elhallgatása, hatóságilag nem jóváhagyott célú használat reklámozása, valamint állami megrendelő felé történő túlárazás miatt (Arnold et al. 2020)¹⁵. A probléma csak az, hogy ezek a büntetések nem állnak arányban az iparágban elérhető haszonnal; mondhatni, a cégek „beárazzák” a lebukás lehetőségét. Eközben az

¹⁴ British Medical Journal

¹⁵ Ezen a listán több, a COVID-válság kapcsán ismerős név is szerepel: a Pfizer rögtön a 2. helyen (18 eset, 2,91 milliárd USD büntetés, ami a vizsgált időszakban mért átlagos éves árbevételének 0,36%-a volt, átlagosan 6 évig tartó tevékenységek miatt), a Johnson & Johnson a 3. helyen (15/2,67md\$/0,28%/6 év), az AstraZeneca pedig a 11. helyen (10/1,72md\$/0,28%/8 év) található (Arnold et al. 2020).

emberek tíz- és százezrei halhatnak meg (lásd például a Vioxx-gyulladáscsökkentővel, vagy az opiát-tartalmú fájdalomcsillapítókkal kapcsolatos botrányt), mire jó pár év után a hatóságok végre betiltják a veszélyes gyógyszerek forgalmazását. Amíg a törvényszegő vállalatóriások megússzák a méreteikhez képest elhanyagolható pénzbüntetéssel; illetve, a másik oldalról nézve, amíg a bíróságok nem szabnak ki letöltendő börtönbüntetést az elkövetőkre, addig nehéz belátni, mitől változna a rendszer. És itt a kör bezárul, mivel azok, akik a megfelelő büntetési tételeket kiszabhatnák, éppen azokhoz az elitkörökhöz tartoznak, amelyeknek a tagjait ítéleteikkel sújthatnák.

Napjaink demokratikusnak nevezett politikai rendszerei sajnos nem alkalmasak a fenti rendszerből való kitörésre, mivel a képviselők választási kampányainak (többek között pénzzel és médiamegjelenéssel való) támogatása megengedett, s így általában a vagyonnal és befolyással rendelkező rétegek jelöltjei a befutók. Igazi demokráciáról – a nép valódi uralmáról – csak akkor beszélhetnénk, ha a társadalom összetételét hűen tükröző közintézmények jönnének létre, amire egyedül a politikai posztok sorsolás útján történő betöltése kínál elvi lehetőséget. Realitásérzékünk azonban kétségtelenül azt mondatja velünk, hogy társadalmunk nem efelé halad.

Összegzés – kitekintés

Már a COVID-ot megelőző évtizedekben is sejthető volt, hogy a neoliberális gazdaságpolitika leginkább a jómódú társadalmi rétegeknek kedvez. A 2008-as válság megoldása – az, hogy nem csupán a bankokat, de a bankárokat is kimentették – majd később a görög adósságválság menedzselése – melynek során inkább egy európai országot taszítottak több generációnyi időre adósságcsapdába, csak azért, hogy a német és francia nagybankokat megmenthessék – megmutatta, hogy a piaci erőket és automatizmusokat dicsőítő neoliberális ideológia csupán papíron mutat szépen: a felsőbb osztályok hibáiért az alsóbb osztályok fizetnek.

Azután jött a COVID-válság, amely feltette az i-re a pontot: oly mértékben forgatta fel az emberek mindennapi életét, s egyúttal annyira nélkülözte a tudományos vitát, hogy a téma vizsgálatakor a kutató nem hagyatkozhat csupán a saját szűkebb tudományterületének a vizsgálatára, kénytelen az orvostudomány világába is beleásni magát, mielőtt a saját területén próbálna tanulságokat megfogalmazni.

Az egészségügyi szféra igen kevéssé volt felkészülve egy világjárványra. Az 1980-as évek közepétől beindított, neoliberális ihletésű reformok ugyan növelték a hatékonyságot, ám háttérbe szorították az intézmények eredeti funkcióját, a betegápolást és a gyógyítást. A koronavírus-járvány kitörése azután könnyörtelenül rávilágított a rendszer gyengeségeire: az ágy- gyógyszer-, műszer- és főként a kórházi ápolószemélyzet-hiányra. A legnagyobb problémát azonban a félelem és a tudatlanság, valamint a korrupció, illetve az ezek nyomán hozott, szakmai köntösbe bújtatott, de valójában szakmaiatlan, hibás és káros, sőt, közvetett módon tragikus hatású politikai döntések jelentették. Ilyen volt a pánikkeltés, a lakosság folyamatos ijesztgetése, az addigi orvosi tudás egyik napról a másikra történő semmisnek tekintése, az orvos-beteg kapcsolat szétzilálása, az orvosok eltiltása attól, hogy a betegeiket saját legjobb tudásuk szerint (esetleg meglévő olcsó vírusgyógyszerekkel, de) kezeljék.

Ezzel szemben a gyógyszeripar legdrágább termékei és az új vakcinák rekordidő alatt kaptak piacra viteli engedélyt, beszerzésükre több tízmilliárd euróért

kötötték szerződést az európai intézmények. A fellépő mellékhatásokat igyekeztek eltitkolni vagy elbagatellizálni. Az orvosi etikába ütközően (mivel tesztelés alatt álló szerekről volt szó) több országban korlátozásokat vezettek be az oltatlanokra, és az egészségügyben kötelezővé tették az oltást. Miközben – legalábbis a COVID előtti orvoslási tapasztalat szerint – tudható volt, hogy nem lehet hatékony vakcinát kidolgozni olyan betegségekre, amely maga nem immunizál.

Franciaország és Svédország példája azt mutatja, hogy hasonló fejlettségű – a COVID-nak hasonló gazdasági és egészségügyi közállapotokból nekifutó – és az alkalmazott gazdaságmentési, illetve egészségügyi válságkezelést tekintve is egymáshoz nagyon közel álló országokban milyen jelentőséggel bírhat a válság leküzdésében, hogy a cél érdekében korlátozzák-e, és ha igen mennyire, az emberek szabadságjogait. Tény, hogy az állampolgárokkal szemben megengedőbb svéd hozzáállás sem egészségügyi téren (kórházba vagy intenzív osztályra kerülés, halálozás), sem az értékteremtés (GDP-növekedés) terén nem hozott rosszabb eredményt a jóval szigorúbb franciánál. Megkockáztatjuk, hogy az ismételt lezárások és az emberek szabad mozgásának korlátozása a franciáknál nem csupán rövid távon fékezte az ország fejlődési dinamikáját, de a társadalmi kapcsolatok szétzilálásával közép és hosszú távon is ronthatja a gazdasági növekedés esélyeit. Eközben a társadalom és az intézmények közötti kölcsönös bizalom alapuló svéd modell egészségesebb társadalmat és robusztusabb gazdasági alapokat kínál a válságból való kilábalásra.

A COVID-válságkezelésnek a legtöbb fejlett országban alkalmazott módja két szempontból is tragikus következménnyel járt.

Egyrészt végletesen megosztotta a társadalmat: elfogadókra és ellenállókra, hívókra és tagadókra, „felelősen” és „felelőtlenül” gondolkodókra, „helyesen” gondolkodókra és szimplán csak gondolkodókra. Az alternatív véleményt megformáló tudósok, illetve praktizáló orvosok – például azok, akik a pandémia elleni harcban a rizikócsoportokra fókuszáltak volna, és a nem-veszélyeztetett többségnek meghagyták volna a szokásos életét – nem kaptak lehetőséget az értelmes vitára, sőt gyakran kirekesztés és ellehetetlenítés lett a sorsuk. Pedig a tudomány éppen a viták által halad előre, és egy új vírus/betegség felbukkanásakor különösen fontos lenne a vélemények ütköztetése, az egymástól való folyamatos tanulás. Ha adott kérdésben csak egyféleképpen lehet gondolkodni, akkor az már nem tudomány, az már totalitarizmus.

Másrészt a 2020 és 2022 között az agresszív stratégiák olyan, súlyosan negatív mellékhatásokkal járhatnak, mint a szegénység, az éhezés és az egyenlőtlenségek meredek ívű növekedése. Különösen rosszul jártak a gyermekek, a diákok és általában a viszonylag fiatalabb munkavállalók, valamint azok a csoportok, amelyek gazdasági/egészségügyi/képzettségi tekintetben már a COVID előtt is hátrányos helyzetben voltak. A válságintézkedések a tanulási és anyagi értelemben vett előrelépési lehetőségek beszűküléséhez, a munkanélküliség növekedéséhez, és sok esetben a jövőkép, az életcél elvesztéséhez vezettek.

Kérdés: miként juthatott el a fejlett világ nagyrésze idáig? A COVID előtti orvoslási, jogi és egyéb normák teljes tagadásáig? A szakmailag megalapozatlan döntések sorozatáig? Összetett problémára nem lehet egyszerű választ adni. Valószínűleg rendszerszintű a baj, s a rendszer sok elemből áll. Az elitképzés, a gyógyszeripar lobbijereje, általában a nagyvállalatok tulajdonosi szerkezete – mely olyan szintű (tőke s ezáltal hatalmi) koncentrációt rejt, amely a politika, a média és a tudomány felé kialakított leágazásai révén képes döntő módon befolyásolni a közvéleményt – alkotják ennek a rendszernek a legfőbb elemeit.

A fenti elemeket összerakva – és anélkül, hogy azt állítanánk, a gyógyszeripar maga kreálta volna a vírust vagy a válságot – nem csodálkozhatunk azon, ha az iparág (illetve maga a „rendszer”), meglovagolva az emberek félelmeit és hiányos természettudományos ismereteit, alaposan kihasználta az új koronavírus kínálta remek alkalmat a további gazdagodásra.

A gyógyszeripar nagyvállalatai már a COVID-válság előtt sem riadtak vissza törvénytelen eszközök alkalmazásától. A problémát az okozza, hogy a kiszabott büntetések nem állnak arányban az iparágban elérhető haszonnal; mondhatni, a cégek „beárazzák” a lebukás lehetőségét. Eközben az emberek tíz- és százazrei halhatnak meg, mire jó pár év után a hatóságok végre betiltják a veszélyes gyógyszerek forgalmazását. Amíg a törvényszegő vállalatóriások megússzák a méreteikhez képest elhanyagolható pénzbüntetéssel; illetve, a másik oldalról nézve, amíg a bíróságok nem szabnak ki letöltendő börtönbüntetést az elkövetőkre, addig nehéz belátni, mitől változna a rendszer. És itt a kör bezárul, mivel azok, akik a megfelelő büntetési tételeket kiszabhatnák, ugyanazokhoz az elitkörökhöz tartoznak, amelyeknek a tagjait ítéleteikkel sújthatnák.

Irodalomjegyzék

Abbasi, K. (2020). Covid-19: politicisation, “corruption,” and suppression of science. *BMJ*, 371. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4425>

Angelini, M., Teglia, F., Astolfi, L., Casolari, G., & Boffetta, P. (2023). Decrease of cancer diagnosis during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10654-022-00946-6>

Arendt, H. (1973). *The origins of totalitarianism*. Harcourt, Brace, Jovanovich New York.

Arnold, D. G., Stewart, O. J., & Beck, T. (2020). Financial penalties imposed on large pharmaceutical firms for illegal activities. *JAMA*, 324(19), 1995-1997. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.18740>

BMFTV (2023). ‘Soupçons d'essais cliniques sauvages: l'interview de Didier Raoult sur BFMTV’ <https://www.youtube.com/watch?v=tNkIoSlEeQ> (Letöltés: 2023.5.31.)

Brousseau (2017). ‘Le retour au franc - Conférence de Vincent Brousseau à Bordeaux le 15 mars 2017’ <https://www.youtube.com/watch?v=kP6IxxvjnBNI&list=PLKVgrNogVYWL9QGvmexTbUe84z33JrB5Q&t=5683s> (Letöltés: 2023.5.15.)

D. Raoult, Million, M., Cortaredona, S., Delorme, L., Colson, P., Levasseur, A., Tissot-Dupont, H., ... & Brouqui, Ph. (2023). Early Treatment with Hydroxychloroquine and Azithromycin: A Real-Life Monocentric Retrospective Cohort Study of 30,423 COVID-19 Patients. *medRxiv*, 2023-04. <https://doi.org/10.1101/2023.04.03.23287649>

Danske Bank (2020). ‘The Big Picture – Global fiscal and monetary responses to COVID-19’ https://externalcontent.blob.core.windows.net/pdfs/The%20Big%20Picture_coronavirus_010520-637239262094125013.pdf (Letöltés: 2023.5.28.)

- Domin, J. P. (2016). La réforme de l'hôpital public. *La vie des idées*, 5
- Dupont, M. E. (2022). 'COVID19: on a perdu la face, on a été indigne de nos enfants !' https://www.youtube.com/watch?v=_8XCDT7_FLs (Letöltés: 2023.5.29.)
- Eisenberger, N. I., Moieni, M., Inagaki, T. K., Muscatell, K. A., & Irwin, M. R. (2017). In sickness and in health: the co-regulation of inflammation and social behavior. *Neuropsychopharmacology*, 42(1), 242-253. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.141>
- Európai Bizottság (2020). 'Coronavirus: Commission signs a joint procurement contract with Gilead for the supply of Remdesivir' https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_1845 (Letöltés: 2023.5.30.)
- Európai Bizottság (2021). 'Spring 2021 Economic Forecast: Rolling up sleeves – Forecast by country', https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip149_en.pdf (Letöltés: 2023.5.28.)
- Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M., ... & Ghani, A. (2020). Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. <https://doi.org/10.25561/77482>
- France Stratégie (2021): 'Chiffres clés de la mise en œuvre des mesures de soutien financier aux entreprises confrontées à l'épidémie de Covid-19', <https://www.strategie.gouv.fr/actualites/chiffres-cles-de-mise-oeuvre-mesures-de-soutien-financier-aux-entreprises-confrontees> (Letöltés: 2023.5.21.)
- FRED (2021). 'Federal Reserve Economic Data: Real GDP for France' ... 'and for Sweden', a St. Louis-i FED kutatócsoportjának online adatbázisa, <https://fred.stlouisfed.org/series/CLVMNACSCAB1GQFR> és <https://fred.stlouisfed.org/series/CLVMNACSCAB1GQSE> (Letöltés: 2023.5.30.)
- Gilardi, F., Fuglister, K., & Luyet, S. (2009). Learning from others: The diffusion of hospital financing reforms in OECD countries. *Comparative Political Studies*, 42(4), 549-573. <https://doi.org/10.1177/0010414008327428>
- Great Barrington Declaration (2020). Martin Kurdoff harvardi, Sunetra Gupta oxfordi és Jay Bhattacharya stanfordi professzorok által útjára indított nemzetközi kezdeményezés (közel egymillió aláírással) <https://gbdeclaration.org/> (Letöltés: 2023.5.30.)
- HCP (2019). 'Health Consumer Powerhouse: Euro Health Consumer Index – 2018 Report', <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> (Letöltés: 2023.5.31.)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

IMF (2021): 'Policy responses to COVID-19', <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19#F> (Letöltés: 2023.5.30.)

Ioannidis, J. P. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS medicine*, 2(8), e124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>

KSH (2023). 'Halálózások a gyakoribb halálokok és nem szerint (22.1.1.10. sz. tábla)' https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html (Letöltés: 2023.5.30.)

Lanzavecchia, A., Pavarani, E., & Tagliavini, G. (2015). How Euro shrinks Democracy: insights from the Greek crisis. *Journal of Governance and Regulation*, 4(4), 135-146. https://doi.org/10.22495/jgr_v4_i4_c1_p1

Limberg, J. (2019). 'Tax the rich'? The financial crisis, fiscal fairness, and progressive income taxation. *European Political Science Review*, 11(3), 319-336. <https://doi.org/10.1017/S1755773919000183>

Ludvigsson, J. F. (2023). How Sweden approached the COVID-19 pandemic: Summary and commentary on the National Commission Inquiry. *Acta Paediatrica*, 112(1), 19-33. <https://doi.org/10.1111/apa.16535>

Mehra, M. R., Desai, S. S., Ruschitzka, F., & Patel, A. N. (2020). Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. *Lancet*. Published online 2020 May 22. *S0140-6736*, 31180-6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31180-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31180-6)

Mercola, J. (2021). Who owns big pharma and big media? You'll never guess. *Children's Health Defense. org*. <http://www.twptter.com/users/Larry/feed/2021-1026-1035-3244-f-Larry.pdf> (Letöltés: 2023.5.30.)

Móczár, J. (2010). A globális pénzügyi válság anatómiája és tanulságai. *Pénzügyi Szemle*, 55, 727-749

NCI (2023). 'National Citizens Inquiry (NCI | CeNC) Canada May 12,2023 - Hélène Banoun' <https://crowdbunker.com/v/Yg1PfbjFv> (Letöltés: 2023.5.25.)

Nordea (2021): 'Sweden Corona Watch: Overview of measures and comments', <https://corporate.nordea.com/article/56316/sweden-corona-watch-overview-of-measures-and-comments> (Letöltés: 2023.5.25.)

OECD (2023). 'Hospital beds', <https://data.oecd.org/healtheqt/hospital-beds.htm> (Letöltés: 2023.5.31.)

Offord, C. (2020). The Surgisphere scandal: what went wrong. *The Scientist*, 1

Oliveira, J. F., Dias, N. S., Correia, M., Gama-Pereira, F., Sardinha, V. M., Lima, A., ... & Sousa, N. (2013). Chronic stress disrupts neural coherence between cortico-limbic structures. *Frontiers in Neural Circuits*, 7, 10. <https://doi.org/10.3389/fncir.2013.00010>

Our World in Data (2023). 'Coronavirus Pandemic (COVID-19)' <https://ourworldindata.org/coronavirus> (Letöltés: 2023.5.31.)

- Piketty, T. (2015). *A tőke a 21. században*. Kossuth Kiadó.
- Rafai, K. F. (2017). 'A 2008-as pénzügyi-gazdasági válság izlandi kezelésének tanulságai', http://acta.bibl.u-szeged.hu/70872/1/forum_discipulorum_2019_379-408.pdf (Letöltés: 2023.5.29.)
- Reuters (2020). 'EU makes 1 billion-euro bet on Gilead's COVID drug before trial results' <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-eu-remdesivir-idUSKBN26Y25K> (Letöltés: 2023.5.31.)
- Reynolds, A. (2020). 'How One Model Simulated 2.2 Million US Deaths from COVID-19' <https://www.cato.org/blog/how-one-model-simulated-22-million-us-deaths-covid-19> (Letöltés:2023.5.7)
- Schippers, M. C., Ioannidis, J., & Joffe, A. R. (2022). Aggressive measures, rising inequalities, and mass formation during the COVID-19 crisis: An overview and proposed way forward. *Frontiers in public health*, 2715. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.950965>
- Somai, M. (2021). 'Kiskakas vagy jávorszarvas: COVID-válságmenedzselés Franciaországban és Svédországban', KRTK Blog – Portfolio.hu <https://www.portfolio.hu/krtk/20210703/kiskakas-vagy-javorszarvas-covid-valsagmenedzseles-franciaorszagban-es-svedorszagban-490634> (Letöltés: 2021.7.3.)
- Stiglitz, J. (2015). *The great divide*. Penguin UK.
- Transparency International (2022). 'Corruption Perceptions Index 2018-2022' <https://www.transparency.org/en/cpi/2022> (Letöltés: 2023.5.28.)
- UPR TV (2023). 'Quel bilan pour le COVID-19?' <https://www.upr.fr/actualite/entretien-exclusif-francois-asselineau-didier-raoult-quel-bilan-pour-le-covid/> (Letöltés: 2023.5.29.)
- Valverde, J. L. (2013). The pharmaceuticals industry in trouble. *Pharmaceuticals Policy and Law*, 15(1-2), 51-69. <https://doi.org/10.3233/PPL-130361>
- Varoufakis, Y. (2017). *Adults in the room: My battle with the European and American deep establishment*. Farrar, Straus and Giroux.
- WHO (2020/2022). 'WHO recommends against the use of remdesivir in COVID-19 patients' <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-recommends-against-the-use-of-remdesivir-in-covid-19-patients> (Letöltés: 2023.5.31.)
- WMA (2022). 'WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects' <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (Letöltés: 2023.5.29.)
- Worldometer (2023). 'COVID Coronavirus Pandemic'

<https://www.worldometers.info/coronavirus/> (Letöltés: 2023.5.31.)

Yeadon, M. (2020). 'What SAGE Has Got Wrong'

<https://dailysceptic.org/2020/10/16/what-sage-got-wrong/> (Letöltés: 2023.5.31.)

COVID: ECONOMY, HEALTH CARE, SOCIETY

MIKLÓS SOMAI¹⁶

The study examines the socio-economic antecedents of the management of the coronavirus pandemic and the crisis that arose in connection with it, the previous crisis managements that undermined the principles of neoliberal economic policy, the most important mistakes and lessons learned from the COVID period, and how most of the developed countries could go so far as to almost completely abandon the existing legal, social and ethical standards, as well as the by then accumulated knowledge in medicine just to deal with a new virus. Taking the example of two EU members of comparable level of development, it demonstrates how important it may be in overcoming the crisis whether, and if so, to what extent, people's freedoms are restricted to reach the end goal. Due to the complexity of the COVID crisis, the study combined the examination of socio-economic processes with the possibly most complete assessment of the achievements in medicine.

Keywords: Covid, crisis management, global financial crisis, Greek debt crisis, corruption, democracy deficit

¹⁶ Centre for Economic and Regional Studies – Institute of World Economics, senior research fellow
ORCID: 0000-0003-2768-5751