

 POLICY BRIEF

---

# ODRZUCENIE WŁADZY MONOPOLU NAD ZDROWIEM PUBLICZNYM

---

On the proposed IHR (2005) amendments  
and WHO pandemic treaty

April 2023

# Zawartość

I. Wstęp .....	3
II. Zmiany w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych .....	7
A. Środki przymusowe i suwerenność państwa .....	8
B. Nadzór: (cyfrowe) świadectwa zdrowia i formularze lokalizacyjne .....	10
C. Globalne przeciwdziałanie sprzeciwowi .....	12
D. Prawa i regulacje kartelowe .....	13
E. Niezamówione oferty i obowiązek współpracy .....	14
F. Udostępnianie próbek patogenów i danych dotyczących sekwencji genetycznych .....	15
G. Odrzucenie praw człowieka .....	16
III. Traktat/porozumienie w sprawie pandemii (WHO CA+) .....	17
A. Uznanie autorytetu WHO i globalnego zarządzania zdrowiem .....	17
B. Zwalczanie odmiennych poglądów na całym świecie i identyfikacja profili .....	18
C. Globalny łańcuch dostaw i sieć logistyczna WHO .....	18
D. Standaryzacja regulacji i przyspieszenie homologacji .....	19
E. Wsparcie badań nad wzmocnieniem funkcji .....	20
F. Udostępnianie próbek patogenów i danych o sekwencji genetycznej .....	21
G. One Health i analiza pierwotnych przyczyn pandemii/epidemii .....	22
IV. Odrzucenie władzy monopolu nad globalnym zdrowiem .....	25
A. Zagrożenie ze strony monopolu .....	25
B. Kto kieruje WHO – rzeczywistość strukturalna .....	26
C. Korupcja, złe decyzje i fatalne błędy .....	28
V. Lepszy sposób na globalne zdrowie publiczne .....	33
A. Decentralizacja kontroli i prawa jednostki .....	33
B. Prawo do prywatności: identyfikator cyfrowy, certyfikaty cyfrowe i dane prywatne (zdrowotne) .....	35
C. Wolność słowa i prawo do sprzeciwu .....	36
D. Międzynarodowe udostępnianie i integralność procesów regulacyjnych .....	39
E. Odmowa finansowania i wstrzymanie badań nad zwiększeniem funkcjonalności .....	40
F. Ramy ideowe i podejścia do zdrowia na świecie.....	40
VI. Zakończenie .....	41

## I. Wstęp

Trwają negocjacje w celu znacznego rozszerzenia kontroli Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nad globalnymi reakcjami i myśleniem w zakresie zdrowia publicznego poprzez a) poprawki do Międzynarodowych przepisów zdrowotnych (2005) oraz b) traktat/porozumienie dotyczące pandemii (WHO CA+). Oba instrumenty można postrzegać jako komplementarne. Podczas gdy przedłożone poprawki do IHR, jeśli zostaną zatwierdzone, znacznie wzmocniłyby uprawnienia WHO, a także jej Dyrektora Generalnego wobec państw i podmiotów niepaństwowych, traktat pandemiczny w swojej obecnej formie stworzyłby nowy, kosztowny intensywną ponadnarodową biurokrację i narzucił ideologiczne ramy działania w sprawach zdrowia na świecie.

Światowe Zgromadzenie Zdrowia wyznaczyło termin do maja 2024 r. na poddanie pod głosowanie proponowanych poprawek do IHR i traktatu pandemicznego. Niektóre poprawki do IHR mogłyby już zostać poddane pod głosowanie i przyjęte w maju 2023 r. Poprawki do IHR są przyjmowane zwykłą większością głosów przez delegatów w Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, bez dalszych krajowych procedur ratyfikacyjnych. Państwa zachowują prawo do indywidualnej rezygnacji w określonym czasie (10 miesięcy). Jeśli tego nie zrobią, poprawiona wersja zostanie automatycznie zastosowana do nich. Tymczasem traktat wymaga większości dwóch trzecich głosów z późniejszą ratyfikacją narodową. Jednak zgodnie z art. 35 projektu zerowego traktatu umowa może wejść w życie tymczasowo przed zakończeniem procesów ratyfikacyjnych.

Oficjalnie poprawki IHR i traktat pandemiczny są przedstawiane jako instrumenty zwiększające współpracę międzynarodową, sprawną wymianę informacji i równość w przypadku kolejnego globalnego kryzysu zdrowotnego. De facto mogą przekształcić się w instrumenty zastępujące współpracę międzynarodową scentralizowanymi dyktaturami, zachęcające do tłumienia sprzeciwu i legitymizujące kartel, który narzuca populacjom produkty zdrowotne oparte na zainteresowaniach, które generują zyski w porównaniu z tymi, które działają lepiej, ale są mniej opłacalne.

W szczególności przedłożone poprawki do IHR zapewniają ramy prawne dla monopolistycznej władzy nad aspektami globalnego zdrowia publicznego w czasach rzeczywistego i potencjalnego kryzysu. Gdyby te poprawki zostały zatwierdzone, uprawnienia te byłyby wykonywane przez kilku potężnych głównych darczyńców WHO, którzy sprawują znaczącą kontrolę nad organizacją. Należą do nich garstka krajów o wysokich dochodach, takich jak Stany Zjednoczone, Chiny i Niemcy, a także prywatni interesariusze, tacy jak Fundacja Billa i Melindy Gatesów oraz korporacje farmaceutyczne. Wszyscy wyżej wymienieni państwowi i prywatni sponsorzy mają poważne konflikty interesów, jeśli chodzi o globalną politykę zdrowia publicznego. Te specjalne

interesy zagroziły organizacji. W tym kontekście warto zauważyć, że WHO ma pełną kontrolę jedynie nad mniej więcej jedną czwartą własnego budżetu. Reszta składa się z celowych dobrowolnych składek jej fundatorów.

Jeśli zostanie to uzgodnione, niektóre z poprawek IHR umożliwiłyby szczególnym interesom, które skompromitowały organizację, standaryzację i narzucenie sposobu, w jaki państwa, a nawet podmioty niepaństwowe na całym świecie, powinny reagować na sytuacje kryzysowe związane ze zdrowiem publicznym i ogólnie podchodzić do różnych globalnych kwestii zdrowotnych. Na przykład niektóre z proponowanych poprawek do IHR (2005) zmieniłyby charakter tymczasowych i stałych zaleceń, o których mowa w artykułach 15 i 16, które mogą być wydawane przez WHO i jej dyrektora generalnego (obecnie współpracownika Gates) niewiążące porady, które są obowiązkowe do wdrożenia przez Państwa-Strony. Jeżeli poprawki dotyczące charakteru i zakresu tych zaleceń zostaną przyjęte, zapewnią one ramy, w ramach których potencjalne środki, które należy zalecić, wymienione w art. 18 IHR (2005), takie jak leczenie, szczepienia, izolacja i nadzór, mogłyby zostać KTO.

Chociaż WHO nie dysponuje skutecznym mechanizmem egzekwowania wobec krajów o wysokich dochodach, proponowane poprawki do IHR mogą doprowadzić do tego, że potężne rządy będą zgodne z dyrektywami WHO lub nawet za nimi, argumentując, że należy ich przestrzegać i egzekwować wewnątrz ze względu na ich prawnie wiążący na mocy instrumentu prawa międzynarodowego. Potężne państwa narodowe i prywatni interesariusze w zgodzie z dyrektywami, a także sama WHO mogą dalej wykorzystywać zrewidowany IHR jako ramy prawne, próbując legitymizować kolonializm zdrowotny i wywierając finansową presję na kraje o niskich dochodach, aby się dostosowały – poważnie podważając przy tym ich suwerenność. Niektóre z proponowanych poprawek do IHR rodzą zatem poważne pytania dotyczące suwerenności i przyszłości demokratycznych rządów, którymi należy się zająć.

Różnorodne inne przedłożone propozycje zachęcają do systematycznej globalnej współpracy w celu przeciwdziałania sprzeciwowi wobec stanowisk zajmowanych przez rządy i WHO – która jest agencją ONZ – promując w ten sposób skoncentrowaną władzę nad informacjami. Melissa Fleming, zastępca sekretarza generalnego ONZ, podczas spotkania Światowego Forum Ekonomicznego w Davos w 2022 r. (2022: 1) wyraziła następujące przekonanie: „Nasza nauka jest naszą własnością i uważamy, że świat powinien ją poznać”. Projekt traktatu pandemicznego zachęca nawet wszystkie państwa-strony – w tym państwa demokratyczne, autorytarne i dyktatorskie – do określenia profili tego, co WHO lub państwa-strony postrzegają jako dezinformację, oraz do zajęcia się informacjami, podejściami i opiniami odbiegającymi od oficjalnej linii. Dodatkowe poprawki do IHR (2005) również przewidują rozszerzony system nadzoru z (najlepiej

cyfrowe) świadectwa zdrowia i formularze lokalizacyjne, aby zapewnić masową zgodność ze scentralizowanymi dyrektiwami.

Szereg poprawek IHR, jeśli zostanie zatwierdzonych, dodatkowo przekazałoby WHO władzę nad identyfikacją, produkcją i przydziałem produktów zdrowotnych w określonych okolicznościach, skutecznie przekształcając ją w kartel. W ramach zmienionego IHR WHO mogłaby na przykład nakazać państwom-stronom zwiększenie produkcji określonego środka farmaceutycznego – zwiększając zyski producenta i/ lub akcjonariuszy, którzy mogą mieć relacje z WHO – aby WHO następnie dystrybuować według własnego uznania, budując system patronatu nad odbiorcami.

W szczególności projekt traktatu ma ponadto negatywne konsekwencje dla globalnego bezpieczeństwa (zdrowotnego), ponieważ wspiera badania nad rozwojem funkcji pomimo wyjątkowych zagrożeń dla bezpieczeństwa biologicznego. Ucieczka lub uwolnienie zmodyfikowanych patogenów ze środowiska laboratoryjnego nie jest odpowiednio sklasyfikowane ani skupione jako poważne zagrożenie i potencjalna przyczyna pandemii, mimo że wyciek laboratoryjny wirusa stworzonego przez człowieka jest najprawdopodobniej odpowiedzialny za pandemię COVID, która doprowadziła do śmierci około 6,8 mln osób.

Proponowane poprawki IHR i traktat pandemiczny (WHO CA+) – jeśli zostaną uzgodnione – nieuchronnie zostaną wykorzystane do realizacji interesów kilku potężnych aktorów kosztem innych. Stanowią one bezprecedensową próbę legalizacji koncentracji niedemokratycznej władzy pod fałszywym pretekstem, która wymaga szybkiej, skutecznej i zdecydowanej reakcji. Przewidywane ramy prawne dla władzy monopolistycznej nad aspektami globalnego zdrowia publicznego nie doprowadzą do lepszego przygotowania na pandemię, ale do powtórzenia niektórych z najgorszych decyzji podjętych podczas pandemii COVID w przypadku przyszłej sytuacji nadzwyczajnej. Przewidywane ramy prawne władzy monopolistycznej nad aspektami globalnego zdrowia publicznego nie są oznaką postępu, ale cofnięciem się w rozwoju ludzkości do czasów systemów feudalnych, kolonializmu i scentralizowanego

imperium.

The **World Council for Health (WCH)** zrzesza ponad 190 koalicjantów na całym świecie. WCH wzywa do odrzucenia poprawek do IHR (2005) przedstawionych w rozdziale II niniejszego dokumentu, jak również do odrzucenia proponowanego obecnie traktatu dotyczącego pandemii. Reprezentują ramy dla nielegalnego sprawowania globalnej władzy rządowej bez powszechnej zgody, konstytucyjnych mechanizmów kontroli lub odpowiedzialności. W związku z tym, jeśli zostaną uchwalone, tworzą niebezpieczny precedens. Nie należy rozszerzać zakresu mandatu doradczego WHO i uprawnień przyznanych WHO za pośrednictwem IHR (2005).

Przyczyną niepowodzeń w reagowaniu na niedawne globalne zagrożenia zdrowotne są te same podmioty, które zostałyby dodatkowo wzmocnione przez proponowane instrumenty, gdyby zostały przyjęte. Niepowodzenia zarówno państw narodowych, jak i biurokratów WHO w reagowaniu na niedawne stany zagrożenia zdrowia publicznego oraz szczególne interesy zagrażające zarówno organizacji, jak i krajowym agencjom zdrowia, muszą zostać dokładnie zbadane.

Światowa Rada Zdrowia wzywa ponadto do podjęcia natychmiastowych działań legislacyjnych przeciwko wszelkim próbom lub istniejącym monopolom globalnego lub krajowego zdrowia i związanych z nim dziedzin, czy to za pośrednictwem WHO, czy w inny sposób. Powszechnie wiadomo, że władza monopolistyczna eliminuje wolny wybór i konkurencję, naruszając w ten sposób prawa jednostki, jednocześnie dramatycznie obniżając jakość i innowacyjność. Niewiele jest dziedzin, w których ma to tak tragiczne konsekwencje, jak w dziedzinie zdrowia ludzkiego.

Ponadto nadmierna koncentracja władzy stanowi zagrożenie dla systemów demokratycznych i prawa ludzi do samorządności. Demokracje są zachowywane poprzez zapobieganie gromadzeniu się skoncentrowanej władzy i rozbijanie monopolu, przy jednoczesnej ochronie podstawowych demokratycznych wartości. Bez odpowiednich środków legislacyjnych konsolidacja władzy, a tym samym korupcja procesów politycznych przez nielicznych, trwa nieprzerwanie ze zgubnymi konsekwencjami. Własność jakiegokolwiek formy rządzenia spoczywa na ludziach, jak również na osobach, które wybierają, by służyć im jako przedstawiciele, którzy z kolei muszą podlegać skutecznym mechanizmom kontroli, aby zapobiec nadmiernemu zasięgowi. Przede wszystkim sprawowanie rządów musi zawsze opierać się na godności jednostki i podstawowych wartościach demokratycznych. Globalne zarządzanie nie może odbywać się kosztem rządów demokratycznych.

## Cel niniejszego dokumentu

Niniejszy dokument prezentuje – z oryginalnymi odniesieniami – najważniejsze zaproponowane poprawki do IHR, a także główne części projektu traktatu pandemicznego (WHO CA+) i wyjaśnia, dlaczego różnią się one w znaczący sposób od poprzednich podejść do globalnego zdrowia publicznego. Ponadto ilustruje to, dlaczego nadmierna koncentracja władzy w dziedzinie globalnego zdrowia publicznego oraz zapewnienie ram prawnych dla takiego wykorzystania WHO stanowi zagrożenie dla zdrowia, suwerenności i demokracji, którym należy się pilnie zająć. Ponadto w niniejszym dokumencie zalecane są środki legislacyjne i edukacyjne w celu wzmocnienia zdrowia publicznego i osiągnięcia lepszej gotowości, skutecznej współpracy międzynarodowej i wymiany informacji w odniesieniu do globalnych sytuacji kryzysowych w zakresie zdrowia, przy jednoczesnym uniknięciu monopolizacji i zapewnieniu solidności ideałów demokratycznych w czasach kryzysu.

## II. Zmiany w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych

Koncepcja Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych wywodzi się z serii Międzynarodowych Konferencji Sanitarnych, które po raz pierwszy odbyły się w Paryżu w 1851 r. w następstwie europejskich epidemii cholery. Konferencje te koncentrowały się na ograniczeniu rozprzestrzeniania się cholery, dżumy i żółtej febry poprzez ujednoczenie przepisów dotyczących kwarantanny przy jednoczesnej ochronie międzynarodowego handlu i podróży. Konferencje stanowiły również forum dyskursu naukowego. Uczestnicy ostatecznie wynegocjowali szereg międzynarodowych konwencji sanitarnych. Według Gostina i Katza (2016: 266) „racja bytu najwcześniejszych traktatów wyrosła z postrzeganego imperatywu bezpieczeństwa dla potężnych krajów. Najważniejsza była samoobrona przed zagrożeniami zewnętrznymi [tj. rozprzestrzenianiem się tak zwanych chorób azjatyckich w Europie], a nie ochrona zdrowia publicznego w każdym regionie świata”. Stany Zjednoczone.

Kiedy WHO została utworzona w 1948 roku, przejęła odpowiedzialność za dziedzinę chorób zakaźnych. Organizacja wydała Międzynarodowe Przepisy Sanitarne w 1951 r., ostatecznie rewidując je i zmieniając ich nazwę na Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne w 1969 r. Zgodnie z IHR (1969) podstawowym obowiązkiem Państw-Stron było powiadamianie WHO o niektórych ogniskach chorób zakaźnych, kiedy one wystąpiły i zapewniły pewne możliwości w zakresie zdrowia publicznego w punktach wejścia/wyjścia. Współpraca państw z WHO opierała się na doraźnej dyplomacji i ograniczała się do nielicznych chorób. W 1995 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia zdecydowało, że IHR (1969) nie jest już odpowiednim instrumentem do sprostania współczesnym wyzwaniom związanym z chorobami zakaźnymi i poprosiło o ich znaczną zmianę. Propozycja ta zyskała na znaczeniu podczas wybuchu SARS w 2003 roku.

Proces rewizji zaowocował Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi z 2005 r., które są obecnie wiążące dla 196 Państw-Stron – 194 państw członkowskich WHO oraz Stolicy Apostolskiej i Liechtensteinu. Według Fidera (2005: 343), IHR (2005) „ucieleśnia nową strategię – globalne bezpieczeństwo zdrowotne – wdrażaną poprzez nowe podejście – globalne zarządzanie zdrowiem. [...] Takie zintegrowane zarządzanie jest bezprecedensowe w międzynarodowym zdrowiu publicznym i stanowi koncepcyjny przełom w globalnym zarządzaniu o znaczeniu wykraczającym poza dziedzinę zdrowia publicznego”.

IHR (2005) nadał WHO nowe uprawnienia i rozszerzył zakres przepisów poza zaledwie kilka chorób. Kraje musiały teraz powiadamiać WHO o każdym

zdarzenia, które mogą stanowić zagrożenie zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym (PHEIC). Ponadto dyrektorowi generalnemu WHO przyznano wyłączne uprawnienia do deklarowania PHEIC. Państwa-Strony zgodziły się również na szereg zobowiązań dotyczących ustanowienia podstawowych zdolności do wykrywania, oceny, zgłaszania i reagowania na sytuacje kryzysowe dotyczące zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym. Chociaż IHR (2005) przygotował grunt pod formę globalnego zarządzania zdrowiem, zrobił to w ograniczonym zakresie i bez znaczących wyzwań dla suwerennego statusu państw narodowych. Zmienia się to jednak wraz z poprawkami do IHR (2005) zaproponowanymi pod koniec 2022 r. i obecnie poddawanymi przeglądowi.

W styczniu 2022 r. rząd USA pod przewodnictwem prezydenta Bidena przedstawił daleko idące propozycje nowelizacji IHR (2005). Podczas gdy większość sugestii nie powiodła się na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, głównie z powodu sprzeciwu Afryki, rozpoczęto szerszy proces, w ramach którego wezwano państwa-strony do zaproponowania poprawek do IHR (2005). W sumie 16 państw-stron samodzielnie lub we współpracy z instytucjami regionalnymi (takimi jak UE, Region Afrykański WHO, Euroazjatycka Unia Gospodarcza i MERCOSUR) złożyło wnioski. WHO zleciła swojemu Komitetowi ds. Przeglądu Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (IHRRC) ocenę sugerowanych poprawek. W swoim raporcie opublikowanym 6 lutego 2023 r. IHRRC wyjaśnia, że chociaż niektóre poprawki stanowią powtórzenie istniejących zobowiązań normatywnych, inne „wprowadzają bezprecedensowe obowiązki, a także uprawnienia WHO do kierowania państwami i podmiotami niepaństwowymi” (WHO 2023: 57). Poniżej omówiono najważniejsze propozycje.

## A. Środki przymusowe i suwerenność państwa

Artykuł 15 Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (2005) stanowi: Jeżeli „zostanie ustalone [...], że ma miejsce stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym, Dyrektor Generalny wydaje tymczasowe zalecenia”. Artykuł 16 dodaje, że „WHO może [także] wydawać stałe zalecenia dotyczące odpowiednich środków zdrowotnych [...] do rutynowego lub okresowego stosowania”. W IHR (2005) tymczasowe zalecenia wydawane przez Dyrektora Generalnego oraz stałe zalecenia są zdefiniowane jako niewiążące porady, które należy wziąć pod uwagę.

1

Przyjęcie szeregu nowo zaproponowanych poprawek zmieniłoby charakter zaleceń, które można wydać, czyniąc je obowiązkowymi i prawnie wiążącymi.

---

1 Chociaż Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (2005) są prawnie wiążącym dokumentem, na mocy którego Państwa-Strony zgadzają się wypełniać określone w nim obowiązki, nie dają one WHO ani jej Dyrektorowi Generalnemu uprawnień do wydawania zobowiązań w razie pojawiających się sytuacji. Zamiast tego WHO i jej dyrektor generalny mogą w takich sytuacjach, zgodnie z IHR (2005), wydawać jedynie niewiążące zalecenia.



Poprawki osiągnęłyby ten cel poprzez usunięcie deskryptora „niewiązący” z definicji terminów zalecenia tymczasowe i stałe zalecenia w art. 1, przy jednoczesnym dodaniu mandatu do ich przestrzegania w różnych kolejnych artykułach. Na przykład IHRRC (2023: 55) w swoim raporcie zauważa w odniesieniu do proponowanego Nowego Artykułu 13A: „Niniejsza propozycja [...] czyni obowiązkowymi tymczasowe i stałe zalecenia, o których mowa w Artykułach 15 i 16”. W odniesieniu do ustępu 7 przedłożonego artykułu Komitet kontynuuje, że „te propozycje skutecznie dają WHO uprawnienia do instruowania państw” (ibid.: 57). W odniesieniu do sugerowanej poprawki do art. 42 IHRRC (2023: 67) wyjaśnia podobnie: „Proponowana zmiana polegająca na uwzględnieniu odniesienia do tymczasowych i stałych zaleceń wydaje się sprawiać, że stosowanie tych zaleceń jest obowiązkowe”.

Różne poprawki również znacznie rozszerzyłyby uprawnienia dyrektora generalnego. Na przykład poprawka do art. 15 umożliwiłaby dyrektorowi generalnemu wydawanie zaleceń nie tylko podczas zadeklarowanej przez niego PHEIC, ale we wszystkich sytuacjach, które w jego ocenie mogą się nią stać (WHO 2023a: 15). Tymczasem dodatek do artykułu 42 stanowi, że środki WHO, takie jak zalecenia Dyrektora Generalnego, nie tylko „zostaną wszczęte i zakończone bezzwłocznie przez wszystkie Państwa-Strony”, ale że „Państwa-Strony podejmą również środki w celu zapewnienia niepaństwowych Podmioty działające na ich odpowiednich terytoriach stosują się do takich środków” (tamże: 22). IHRRC pisze, że „podmioty niepaństwowe nie są stronami rozporządzeń” oraz że „Komitet jest zaniepokojony tym, że proponowana poprawka posuwa się za daleko, sugerując, że państwa-strony muszą zobowiązać podmioty niepaństwowe poprzez ustawodawstwo lub inne środki regulacyjne do przestrzegania środków wynikających z rozporządzeń” (WHO 2023: 67).

Artykuł 18 IHR zawiera niewyczerpującą listę środków, które WHO może nakazać państwom-stronom wdrożyć poprzez zalecenia dotyczące osób. Wykaz ten obejmuje między innymi wymagania badań lekarskich, przegląd dowodów badań lekarskich i analiz laboratoryjnych, wymóg szczepień lub innej profilaktyki, przegląd dowodów szczepień lub innych środków zapobiegawczych, umieszczanie osób pod obserwacją zdrowia publicznego, wdrażanie kwarantanny lub innych środków ochrony zdrowia oraz wdrożenie izolacji lub leczenia (por. WHO 2023a: 17).

Proponowane poprawki, które uczyniłyby zalecenia wydawane przez WHO lub jej dyrektora generalnego obowiązkowymi, rodzą poważne pytania dotyczące ich konsekwencji dla suwerenności państwa i demokratycznych rządów, którymi należy się pilnie zająć. Odpowiedzi mogą się różnić w zależności od kraju, niektóre są bardziej podatne niż inne.

## B. Nadzór: (cyfrowe) świadectwa zdrowia i formularze lokalizacyjne

Aby zapewnić i monitorować masowe przestrzeganie scentralizowanych dyrektyw i mandatów, szereg państw-stron – w szczególności Unia Europejska, której przewodniczy przewodnicząca Komisji Europejskiej Ursula von der Leyen (laureatka nagrody Gates Foundation Goalkeepers Award, której mąż pracuje dla firmy biotechnologicznej zajmującej się produkcją produktów Pfizer mRNA COVID) – wprowadziły zmiany mające na celu ustanowienie systemu kontroli, preferowany cyfrowy, oparty na świadectwach zdrowia i formularzach lokalizacyjnych. Propozycje obejmują zaświadczenia o szczepieniach, zaświadczenia o profilaktyce, zaświadczenia o badaniach laboratoryjnych, zaświadczenia o wyzdrowieniu oraz formularze lokalizatora pasażerów.

IHRRC zauważa, że niektóre „państwa-strony zaproponowały ukierunkowane poprawki, aby uwzględnić między innymi certyfikaty cyfrowe lub certyfikaty z kodem szybkiej odpowiedzi (QR)” i chociaż cyfrowe certyfikaty lub formularze mogą nie być technicznie wykonalne w każdym zakątku świata „cyfryzacja powinna być stosowana wszędzie tam, gdzie to możliwe” (WHO 2023: 21). W szeregu poprawek zaproponowano wykorzystanie stron internetowych i/lub kodów QR jako środków kontroli i nadzoru. Niektóre mają na celu „wykorzystanie technologii cyfrowej; i wprowadzenie standardowych procedur operacyjnych dla wszystkich punktów wejścia” (tamże: 82). Podczas gdy niektóre poprawki sugerują, że Światowe Zgromadzenie Zdrowia powinno określić wymagania techniczne dla globalnych cyfrowych świadectw zdrowia (tj. dotyczące środków weryfikacji, interoperacyjności itp.), IHRRC przedkłada do rozważenia „czy Zgromadzenie Zdrowia jest najbardziej odpowiednim organem” rozwiązać to zadanie, „czy też powierzyć tę odpowiedzialność dyrektorowi generalnemu [Tedrosowi Adhanomowi Ghebreyesusowi]” (tamże: 62).

Poprawki dotyczące stosowania (cyfrowych) świadectw zdrowia lub formularzy lokalizacyjnych do celów kontroli i nadzoru zaproponowano nie tylko w odniesieniu do artykułów dotyczących międzynarodowych stanów zagrożenia zdrowia, ale także w odniesieniu do art. 23, który dotyczy ogólnych środków zdrowotnych w przypadku przyjazdu i wyjazdu. Według IHRRC ten artykuł dotyczy wszystkich sytuacji, nie tylko sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym (PHEIC). Zgłoszone poprawki do art. 23 obejmują na przykład „nowy proponowany ust. 6 [który] wprowadza konkretne odniesienie do formularzy lokalizatora pasażerów jako części dokumentów, które mogą być wymagane, i preferuje, aby były one w formie cyfrowej” (ibid.: 61). Kolejna poprawka sugeruje umieszczenie informacji dotyczących badań laboratoryjnych w dokumentach zdrowotnych podróżnych. IHRRC udaje się zauważyć: „[Z]ważywszy, że artykuł 23 ma zastosowanie do wszystkich sytuacji, nie tylko PHEIC, Komitet jest zaniepokojony, że takie wymóg może nadmiernie obciążać podróżnych, a nawet budzić obawy natury etycznej i związanej z dyskryminacją”. (ibid.: 62) Ogólnie rzecz biorąc, IHRRC również

uznaje troskę o „odpowiedni poziom ochrony danych osobowych” (tamże: 66).

Jak wyjaśnił indonezyjski minister zdrowia Sadikin podczas szczytu G20 na Bali w listopadzie 2022 r., wprowadzenie globalnych cyfrowych świadectw zdrowia stanowi główny cel rewizji IHR (2005). Sama Indonezja już zaczęła wdrażać obowiązkowe cyfrowe świadectwa zdrowia za pomocą aplikacji, którą można pobrać na Androida i Apple. Kraj ten stanowi przykład tego, jak globalne cyfrowe świadectwa zdrowia, jeśli zostaną przyjęte w ramach poprawek do IHR, mogą być nadużywane przez osoby sprawujące władzę, aby zmuszać ludzi, w tym dzieci, do poddania się leczeniu, ograniczać ich przemieszczanie się, zmuszać do osobistego użytku niektórych aplikacji cyfrowych i w ten sposób wydobywać prywatne dane (zdrowotne).

Od stycznia 2023 r. w celu (ponownego) wjazdu do kraju, Indonezja nakłada na własnych obywateli w wieku 18 lat i więcej – wbrew dowodom naukowym i podstawowym zasadom etycznym – obowiązek przedstawienia dowodu otrzymania trzech dawek szczepionki na COVID-19 oraz zainstalowania tzw. Peduli Lindungi (aplikacja zdrowia obywateli) z danymi osobowymi i statusem szczepień (por. Ambasada Indonezji 2023). W przypadku pasażerów lotów krajowych, pociągów i promów dzieci w wieku 6–17 lat muszą przedstawić dowód jednej dawki szczepionki przeciwko COVID-19 (choć jest to przeciwwskazane i potencjalnie szkodliwe), osoby w wieku 12 lat i starsze muszą przedstawić taki dowód za pośrednictwem Peduli Lindungi aplikacji zdrowia obywateli (por. UK.GOV 2023).

Cyfrowe świadectwa zdrowia są narzędziem wzmocnienia pozycji nielicznych i poddania się masom. Bardziej ogólnie, cyfrowa opieka zdrowotna staje się również branżą, w której prywatne dane pacjentów stają się produktem w gospodarce nadzoru. Na przykład rząd Indonezji jest w trakcie cyfryzacji całego systemu opieki zdrowotnej, w ramach którego otrzymuje wsparcie i koordynację między innymi z Fundacją Billa i Melindy Gatesów. Zmiany obejmują szerokie, częściowo obowiązkowe korzystanie z aplikacji zdrowia obywateli oraz aplikacji zawierających cyfrową dokumentację medyczną osób fizycznych.

„Więc miejmy cyfrowe świadectwo zdrowia potwierdzone przez WHO. Jeśli zostałeś odpowiednio zaszczepiony lub przetestowany, możesz się przemieszczać. [...] Indonezja osiągnęła, kraje G20 zgodziły się na posiadanie tego cyfrowego certyfikatu zgodnie ze standardami WHO i przedstawimy go na następnym Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w Genewie jako rewizję międzynarodowych przepisów zdrowotnych”.

– minister zdrowia Indonezji  
Sadikin (listopad 2022)

## C. Globalne przeciwdziałanie sprzeciwowi

Oprócz kontroli środków i masowego podporządkowania się, proponowane zmiany IHR (2005) mają również na celu kontrolę informacji. Wprowadzone poprawki wzywają do „przeciwdziałania rozpowszechnianiu fałszywych i nierzetelnych informacji” (WHO 2023a: 25, 26) oraz do wzmocnienia przez WHO w skali globalnej swoich zdolności do „przeciwdziałania dezinformacji i dezinformacji” (tamże: 40). IHRRC sugeruje nawet, że WHO może mieć obowiązek „weryfikacji informacji pochodzących z innych źródeł niż państwa-strony” (WHO 2023: 21).

IHRRC wyjaśnia, że „[m]zinformacja i dezinformacja mogą [...] podważyć zaufanie społeczne do wytycznych rządowych lub WHO i ich przestrzeganie” (WHO 2023: 21).

Stwierdza ponadto, że podstawowe prawa człowieka, takie jak wolność słowa i wolność prasy, muszą być zrównoważone z tym, co WHO i rządy uznają za dokładne informacje w danym momencie (por. *ibid.*: 21). Ta narracja jest niebezpieczna, antydemokratyczna i stanowi dokładną odwrotność tego, co powinno się wydarzyć w oparciu o wnioski wyciągnięte z COVID.



Wybuch epidemii SARS-CoV-2 mógł mieć zostało wcześniej powstrzymane, a zdecydowanej większości tego, co nastąpiło później, można było zapobiec. Nie stało się to wprost z powodu fałszywych i fatalnych w skutkach wytycznych rządowych oraz WHO w pierwszych miesiącach wybuchu epidemii koronawirusa (która prawdopodobnie rozpoczęła się w Wuhan we wrześniu 2019 r.). To również wyraźnie się nie wydarzyło, ponieważ chińskie władze rządowe stłumiły wolność słowa, cenzurując wszelkie próby lekarzy szpitalnych pierwszej linii w Wuhan, aby ostrzec świat o tym, co postrzegali jako ciężkie objawy podobne do SARS u swoich pacjentów pod koniec 2019 r. Sygnaliści, tacy jak dr.

Chiński demaskator Li Wenliang, który wydał wczesne ostrzeżenie, które zostało stłumione przez władze rządowe

Li Wenliang i jego koledzy zostali aresztowani. Jak ujął to jeden z komentatorów w *The Guardian* (2020: 1): „Gdyby Chiny ceniły sobie wolność słowa, nie byłoby kryzysu związanego z koronawirusem”.

IHRRC również nie wspomina, że podczas gdy chińscy demaskatorzy walczyli z rządową cenzurą, aby ostrzec świat, WHO promowała fałszywego urzędnika linii, że w przypadku SARS nie ma dowodów na przenoszenie się wirusa z człowieka na człowieka

CoV-2, pomimo wyraźnych dowodów przeciwnych. W trakcie pandemii WHO popierała szereg fałszywych teorii. The

organizacja, na przykład, utrzymywała, że COVID był

nie w powietrzu, a mówienie inaczej było rozpowszechnianiem błędnych informacji, dopóki nie został zmuszony do zmiany stanowiska po przytłaczających dowodach naukowych, że było inaczej.

Bagatelizował również znaczenie naturalnej odporności.

Mimo to IHRRC i odpowiednie poprawki do IHR (2005) mają na celu legitymizację i uznanie za nowe normy niebezpiecznych odwołań do władzy (rządowej i WHO), jak również tłumienie sprzeciwu. Przygotowuje to grunt pod następne potencjalnie ratujące życie wczesne ostrzeżenie, które jest sprzeczne z interesami rządu – jak to często bywa – do stłumienia, do głosów sprzeciwu, które mogą okazać się słuszne do cenzurowania, oraz do wytykania błędów władzom zostać zmiażdżonym. Wszystkie te rzeczy mają de facto stwierdzające konsekwencje dla dobrobytu społeczeństw i zdolności ludzi do przeciwstawienia się rządowym niesprawiedliwościom. Raport IHRRC, jak również proponowane poprawki IHR rozpowszechniają niepokojący, fałszywy, autorytarny i przestarzały pogląd, że nieliczni mają prawo decydować, co jest prawdą, a co nie, że ich werdykt jest ostateczny i niepodważalny, nawet jeśli zostali udowodnione fałszywie tysiąc razy. W ten sposób dążą do ustanowienia antydemokratycznego monopolu na treść i przepływ informacji.

## D. Prawa i regulacje kartelowe

Niektóre proponowane poprawki mają na celu przekazanie WHO władzy nad globalną identyfikacją, produkcją i przydziałem produktów zdrowotnych w czasach kryzysu (por. WHO 2023a: 13–14). Jeśli zostanie przyjęty, WHO będzie w stanie określić, które produkty „są



wymagane do reagowania na zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym” (tamże: 13). Może ponadto nakazać państwom „zwiększenie produkcji [ręcznie zbieranych] produktów zdrowotnych” (ibid.: 13). W przedłożonych poprawkach stwierdza się, że „na żądanie WHO państwa-strony zapewnią, że producenci na swoim terytorium dostarczają wymaganą ilość produktów zdrowotnych do WHO lub innych państw-stron zgodnie z zaleceniami WHO w odpowiednim czasie, aby zapewnić skuteczną realizację plan alokacji” (tamże: 13). IHRRC zauważa, że „nie jest od razu jasne, czy państwa byłyby w stanie to zrobić bez zmiany krajowych przepisów dotyczących podmiotów prywatnych działających na ich terytorium” (WHO 2023: 57).

Jedna z sugerowanych poprawek przewiduje rolę WHO również w tworzeniu znormalizowanych „wytycznych regulacyjnych dotyczących szybkiego zatwierdzenia wysokiej jakości produktów zdrowotnych” (ibid.: 14). Jeśli chodzi o tę ostatnią sugestię, IHRRC waha się, ponieważ „może być niewskazane z prawnego punktu widzenia wymaganie od WHO opracowania takich wytycznych regulacyjnych, ponieważ odpowiedzialność w przypadku istotnej wady bezpieczeństwa, która pojawi się po wprowadzeniu produktu do obrotu, spadnie głównie na Organizacji” (WHO 2023: 54).

Infrastruktura niezbędna do wdrożenia zmian związanych z mechanizmem alokacji WHO zostałaby ustanowiona w ramach uzupełniającego traktatu pandemicznego. Ten ostatni utworzyłby Globalną Sieć Łańcucha Dostaw i Logistyki WHO (znaną również jako Sieć), gdyby została przyjęta. Sieć jest omówiona w sekcji Traktat o pandemii (WHO CA+) niniejszego dokumentu.

Centralnym aspektem proponowanych poprawek, które odnoszą się do mechanizmu alokacji, jest idea, zgodnie z którą wszelkie środki zdrowotne podejmowane przez same Państwa-Strony nie powinny utrudniać działania mechanizmu WHO (zob. poprawki do art. 43).

W takim przypadku odpowiednie Państwo-Strona przedstawi WHO uzasadnienie. To ostatnie może następnie zwrócić się do Państwa-Strony o zmianę lub uchylenie środków. Jeżeli Państwo-Strona ma sprzeciw, sprawa jest kierowana do Komitetu ds. Sytuacji Kryzysowych WHO, którego decyzja jest ostateczna. Następnie Państwo-Strona złoży sprawozdanie z wykonania wspomnianej decyzji. (WHO 2023a: 23–24)

## E. Niezamówione oferty i obowiązek współpracy

Niektóre z proponowanych zmian w IHR, jeśli zostaną przyjęte, sprzyjają składaniu niezamówionych ofert potencjalnym odbiorcom pomocy i wprowadzają obowiązek współpracy po stronie potencjalnych udzielających pomocy.

Poprawka do art. 13 zdaniem IHRRC „wprowadza obowiązek [a] Państwa-Strony do przyjęcia lub odrzucenia [oferty pomocy] złożonej przez WHO w ciągu 48 godzin, a jeśli oferta zostanie odrzucona, zobowiązanie Państwa-Strony do przedstawienia WHO uzasadnienia odrzucenia”. IHRRC przyznaje: „Zobowiązanie Państw-Stron do przyjęcia lub uzasadnienia odrzucenia oferty pomocy WHO może podważyć suwerenność zainteresowanego Państwa-Strony i grozi podważeniem celu i ducha prawdziwej współpracy i pomocy. Prerogatywą Państw-Stron jest prośenie o pomoc lub jej przyjmowanie, a nie bycie odbiorcą niezamówionych ofert, któremu towarzyszy obowiązek uzasadnienia odmowy i nierealistyczne ramy czasowe na udzielenie odpowiedzi. Ponadto propozycja, aby WHO podzielała uzasadnienie odrzucenia, choć ma na celu promowanie przejrzystości, może nie sprzyjać atmosferze sprzyjającej współpracy. Można to interpretować jako domyślne podejście polegające na nieufności wobec Państw-Stron, które odrzucają oferty pomocy.” (WHO 2023: 50)

Nowy załącznik 10 w części „obowiązek współpracy” stanowi dalej: „Państwa-Strony mogą zwrócić się o współpracę lub pomoc do WHO lub innych Państw-Stron [...]. Obowiązkiem WHO i Państw-Stron, do których kierowane są takie prośby, jest niezwłoczne udzielenie odpowiedzi na taką prośbę oraz zapewnienie współpracy i pomocy zgodnie z żądaniem. Każda niemożność zapewnienia takiej współpracy i pomocy zostanie przekazana państwom wnioskującym i WHO wraz z uzasadnieniem.” (WHO 2023a: 50) IHRRC zauważa, że „obowiązki określone w paragrafie 1 proponowanego nowego załącznika wydają się być bezwzględne i bezwarunkowe” (WHO 2023: 89).

## F. Udostępnianie próbek patogenów i danych dotyczących sekwencji genetycznych

Istnieje szereg sprzecznych poprawek dotyczących udostępniania WHO próbek patogenów i danych o sekwencji genetycznej (GSD). Podczas gdy jedna propozycja stwierdza, że udostępnianie danych o sekwencji genetycznej (GSD) patogenów nie będzie wymagane, „duża grupa poprawek [...] wprowadzonych przez kilka Państw-Stron wprowadza obowiązek udostępniania przez Państwa-Strony GSD WHO (choć różne sformułowania są w różnych propozycjach), a także w niektórych przypadkach udostępniania również dodatkowych danych” oraz „jedna propozycja [...] wprowadza obowiązek dzielenia się przez WHO informacjami otrzymanymi na mocy niniejszego ustępu ze wszystkimi Państwami-Stronami w kontekście badań i ryzyka celów oceny” (WHO 2023: 38). Inne propozycje „wprowadzają specyficzną współpracę w postaci wymiany próbek patogenów i GSD” (tamże: 70).

Podczas gdy IHRRRC zauważa, że „wymaganie dzielenia się próbkami i przekazywania materiału genetycznego do WHO może budzić wątpliwości co do mandatu, możliwości i odpowiedzialności WHO” (ibid: 39), uzupełniający traktat pandemiczny, jeśli zostanie przyjęty, ustanowiłby WHO Pathogen Access and Benefit-Sharing System (system PABS) w tym właśnie celu, podnosząc bezpieczeństwo biologiczne i inne obawy dotyczące bezpieczeństwa. System PABS jest szerzej omówiony w części Traktatu o pandemii (WHO CA+) niniejszego dokumentu.

## G. Odrzucenie praw człowieka

Jest mało prawdopodobne, aby poprawka przedłożona przez Indie była dalej rozpatrywana, ale stanowi wyraźne przypomnienie, że praw jednostki określonych w Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r. nie można uważać za pewnik. Znaczna liczba rządów na całym świecie nie wierzy w te zasady. Zgodnie z art. 3 Indie przedstawiły propozycję, aby skreślić z międzynarodowych przepisów zdrowotnych pełne poszanowanie godności, praw człowieka i podstawowych wolności jako zasad przewodnich.

### *Article 3 Principles*

1. The implementation of these Regulations shall be ~~with full respect for the dignity, human rights and fundamental freedoms of persons~~ **based on the principles of equity, inclusivity, coherence and in accordance with their common but differentiated responsibilities of the States Parties, taking into consideration their social and economic development.**

Proponowana poprawka wykreślająca pełne poszanowanie godności, praw człowieka i podstawowych wolności osób (WHO 2023a: 3)



### III. Traktat/porozumienie w sprawie pandemii (WHO CA+)

Prace nad traktatem pandemicznym WHO zostały publicznie zaproponowane w grudniu 2020 r. przez przewodniczącego Rady Europejskiej Charlesa Michela. Inicjatywę poparł dyrektor generalny WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus. Traktat pandemiczny (obecnie określany jako WHO CA+) jest nowym instrumentem uzupełniającym zmiany IHR. Rozważa się przyjęcie traktatu WHO dotyczącego pandemii na mocy art. 19 (dotyczącego przyjmowania konwencji lub porozumień) Konstytucji WHO z dodatkowym uwzględnieniem przydatności art. 21 (dotyczącego przyjmowania rozporządzeń). Zerowy projekt traktatu został opublikowany w lutym 2023 r.

W oparciu o projekt zerowy traktat, jeśli zostanie przyjęty, ustanowiłby nową ponadnarodową biurokrację. Organem zarządzającym nową biurokracją byłaby tzw. Konferencja Stron (COP), która byłaby jedynym organem decyzyjnym w sprawach związanych z porozumieniem. W dalszej części omawiane są niektóre inne główne punkty proponowanego traktatu pandemicznego.

#### A. Uznanie autorytetu WHO i globalnego zarządzania zdrowiem

Proponowany traktat pandemiczny (WHO CA+), gdyby został przyjęty, scedowałby znaczną i niewłaściwą ilość uprawnień na rzecz WHO. Strony traktatu, zgodnie z projektem zerowym, muszą uznać centralną rolę WHO jako „organu kierującego i koordynującego zdrowie na świecie” (WHO 2023b: 5), a także jej centralną rolę „jako organu kierującego i koordynującego w międzynarodowej pracy zdrowotnej, w zapobieganiu pandemii, gotowości, reagowaniu i odbudowie systemu opieki zdrowotnej oraz w zbieraniu i generowaniu dowodów naukowych” (tamże: 4). Biorąc pod uwagę skompromitowany, niewybrany i nieodpowiedzialny charakter WHO, żadna taka ogólna władza nie powinna być scedowana na organizację.

Projekt zerowy zobowiązuje ponadto strony do „przyczyniania się do badań i informowania polityk o czynnikach, które utrudniają przestrzeganie środków w zakresie zdrowia publicznego i środków socjalnych [takich jak noszenie masek lub blokady], zaufania i stosowania szczepionek [takich jak mRNA firm Pfizer i Moderna produktów], stosowanie odpowiednich środków leczniczych oraz zaufanie do nauki [stanowiska WHO] i instytucji rządowych” (tamże: 24). Wyniki takich badań zostaną wykorzystane do próby zwiększenia zgodności ze scentralizowanymi władzami i dyrektywami.



World Health Organizat...  
@WHO

FACT: #COVID19 is NOT airborne.

The #coronavirus is mainly transmitted through droplets generated when an infected person coughs, sneezes or speaks.

To protect yourself:

- keep 1m distance from others
- disinfect surfaces frequently
- wash/rub your hands
- avoid touching your face

Readers added context they thought people might want to know

Scientific understanding of COVID-19 has evolved. It's now understood that the virus can be transmitted through aerosols that can remain suspended in the air for hours:

[cdc.gov/coronavirus/20...](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/)

This tweet provides information that was not conclusively proven at the time, and is now confirmed false.

Kontrola faktów WHO z 28 marca 2020 r. sama okazała się fałszywa

## B. Zwalczenie odmiennych poglądów na całym świecie i identyfikacja profili

Podobnie jak niektóre ze zgłoszonych poprawek do International Health Regulations (2005), zerowy projekt traktatu pandemicznego na podstawie art. 17 zachęca do walki z tym, co WHO uważa za „fałszywe, wprowadzające w błąd, dezinformację lub dezinformację, w tym poprzez promowanie współpracy międzynarodowej” (WHO 2023b: 23). Proponowany traktat wykracza poza proponowane poprawki, ponieważ wymaga również wyraźnej identyfikacji „profilu dezinformacji” (tamże: 23).

Ani projekt traktatu pandemicznego, ani proponowane poprawki do IHR (2005) nie wskazują na uznanie faktu, że WHO i organy wykonawcze rządu same opublikowały znaczne ilości fałszywych i wprowadzających w błąd informacji w czasie pandemii COVID i poza nią.

Nie bierze się również pod uwagę regularnego stosowania systematycznej propagandy przez rządy przed, w trakcie i po wojnie,

a także innych form konfliktów. Oba proponowane instrumenty zawierają pogląd, że nieodpowiedzialna, skompromitowana organizacja ponadnarodowa, taka jak WHO i rządy krajowe, powinna mieć możliwość pełnienia roli arbitra w sprawie ważności informacji – z implikacjami wykraczającymi poza zdrowie publiczne.

## C. Globalny łańcuch dostaw i sieć logistyczna WHO

Traktat pandemiczny, jeśli zostanie przyjęty, ustanowiłby Globalną Sieć Łańcucha Dostaw i Logistyki WHO (Sieć). Chociaż mechanizmy ułatwiające sprawiedliwe i terminowe globalne zaopatrzenie w leki i inne produkty zdrowotne potrzebne do zapobiegania chorobom i ich leczenia, jak opisano w art. 6, są niezbędne, skompromitowany charakter WHO oraz wnioski wyciągnięte podczas COVID budzą wątpliwości czy takie mechanizmy powinny zostać powierzone WHO, czy też podlegać jakimkolwiek innemu scentralizowanemu organowi.

Istnieje realne ryzyko, że Światowa Sieć Łańcucha Dostaw i Logistyki WHO – zamiast dystrybuować te produkty, które działają najlepiej i mają najwyższe profile bezpieczeństwa, którymi w niektórych przypadkach mogą być nieopatentowane leki i nieopatentowane środki – zostanie wykorzystana do przeforsowania wybranych rentownych produktów farmaceutycznych o słabo poznanych profilach bezpieczeństwa na szersze spektrum światowej populacji, zwłaszcza jeśli zostaną przyjęte poprawki uzupełniające do IHR (2005), dające WHO większe uprawnienia w tym zakresie.

Fundusze publiczne mogą ostatecznie być systematycznie redystrybuowane do wybranych partykularnych interesów za pośrednictwem sieci WHO. Te fundusze publiczne i mechanizmy dystrybucji mogłyby być lepiej ulokowane i powierzone różnym organizacjom charytatywnym, które mają udokumentowane doświadczenie w sprzeciwianiu się interesom przedsiębiorstw, oferują odpowiednie zdolności reagowania w terenie i cieszą się zaufaniem wrażliwych grup społecznych.

## D. Standaryzacja regulacji i przyspieszenie homologacji

Artykuł 8 projektu traktatu ma na celu harmonizację wymagań regulacyjnych na poziomie międzynarodowym i regionalnym oraz przyspieszenie zatwierdzania i licencjonowania nowatorskich produktów do użytku w sytuacjach awaryjnych podczas pandemii. Ta część proponowanego traktatu koresponduje z kampanią prowadzoną przez Koalicję na rzecz Innowacji w zakresie gotowości na wypadek epidemii (CEPI) kierowaną przez Richarda Hatchetta, który kiedyś pracował pod kierownictwem Anthony'ego Fauci. CEPI została założona w 2017 roku przez prywatne, nieodpowiedzialne Światowe Forum Ekonomiczne (WEF), Fundację Billa i Melindy Gatesów oraz inne podmioty w celu przyspieszenia rozwoju szczepionek i skrócenia tego procesu do zaledwie 100 dni. Dla porównania, regularne opracowywanie szczepionek zajmuje od 5 do 10 lat, podczas których bezpieczeństwo i skuteczność są oceniane w badaniach klinicznych, przechodzą procesy zatwierdzania przez organy regulacyjne i rozpoczyna się masowa produkcja.

Chociaż potencjalne środki lecznicze powinny być udostępniane w przyspieszony sposób tym, którzy chcą je wypróbować w sytuacjach zagrażających życiu lub zmieniających życie (prawo do wypróbowania), wnioski z pandemii COVID pokazują, że obniżenie standardów regulacyjnych dotyczących zatwierdzania nowych produktów wciąż w fazie eksperymentalnej niesie ze sobą znaczne, a nawet śmiertelne ryzyko dla bezpieczeństwa, zwłaszcza gdy potencjalne poważne skutki uboczne są cenzurowane przez rządy i prywatne zainteresowane strony inwestujące finansowo w te produkty. Dodatkowa obawa wiąże się z faktem, że rządy inwestujące w mało zrozumiałe, szybko śledzone eksperymentalne produkty mRNA COVID zatwierdzone do użytku w nagłych wypadkach, starały się nakazać ich przyjęcie, wykorzystując systematyczny przymus i propagandę. Pojawiły się kolejne patologie polityczne wymierzone w osoby, które nie zgodziły się na wstrzyknięcie.

Dziś światowej sławy lekarze i naukowcy wzywają do mRNA COVID

produktów, które mają zostać wycofane z rynku ze względu na rozległe obawy dotyczące bezpieczeństwa i brak skuteczności przeciwko przenoszeniu.

Ogólnie rzecz biorąc, wskazane jest zagwarantowanie indywidualnego prawa do próby w odniesieniu do nowych środków terapeutycznych, jednocześnie zapobiegając podważaniu ostrożnych wymogów regulacyjnych, jeśli chodzi o szersze zatwierdzenie.

## E. Wsparcie badań nad wzmocnieniem funkcji

W projekcie traktatu stwierdza się, że w przypadku „laboratoriów i placówek badawczych prowadzących prace nad genetyczną modyfikacją organizmów w celu zwiększenia ich patogeniczności i przenoszenia” należy przestrzegać standardów w celu „zapobiegania przypadkowemu uwolnieniu tych patogenów”, ale musi zapewnić, że „środki te nie stworzą żadnych niepotrzebnych przeszkód administracyjnych dla badań” (ibid.: 16).

Zapisane w proponowanym traktacie wsparcie dla badań nad zwiększaniem funkcji jest wysoce problematyczne, ponieważ ryzyko związane z nieetycznymi badaniami nad potencjalnymi patogenami pandemicznymi (PPP), takimi jak SARS, znacznie przewyższa korzyści. Kahn (2023: 1) wyjaśnia, że podobnie jak „Ikar lecący zbyt blisko słońca, niektórzy naukowcy pracujący w laboratoriach pchają los, tworząc patogeny (tj. drobnoustroje wywołujące choroby), które są bardziej niebezpieczne niż te występujące w naturze. [...] Badania nad zyskaniem funkcji polegają na nadaniu drobnoustrojom, takim jak bakterie i wirusy, ulepszonych możliwości, których normalnie nie posiadają w przyrodzie. Obecnie badania te nie podlegają prawie żadnemu krajowemu ani międzynarodowemu nadzorowi”.

SARS-CoV-2 został zmodyfikowany genetycznie w Wuhan Institute of Virology w Chinach; jest prawdopodobne, według byłego dyrektora CDC Roberta Redfielda, że amerykańskie podatki zapłaciły za badania nad zwiększeniem funkcji, które stworzyły wirusa. Według WHO pandemia, która najprawdopodobniej była wynikiem naukowo opracowanego wirusa SARS-CoV-2, zabiła około 6,8 miliona ludzi na całym świecie i doprowadziła do naruszenia podstawowych praw człowieka. Proponowany traktat pandemiczny ujawnia niepokojące lekceważenie prawdopodobnych laboratoryjnych źródeł pandemii COVID i wyjątkowych zniszczeń, które mogą być spowodowane zagrożeniami bezpieczeństwa biologicznego związanymi z badaniami nad uzyskaniem funkcji. Świat może być świadkiem ucieczki lub uwolnienia znacznie bardziej śmiertelniejszego wirusa stworzonego przez człowieka niż SARS CoV-2. Jako przykład Kahn (2023: 1) zauważa:

„Przy wskaźniku śmiertelności przypadków wynoszącym około 56 procent, wirus ptasiej grypy H5N1 jest znacznie bardziej śmiertelny niż SARS-CoV-2, dla którego szacowany wskaźnik śmiertelności wynosi poniżej 2 procent. Wirus ptasiej grypy H5N1 pojawił się po raz pierwszy w Hongkongu w 1997 r. od zakażonych ptaków, ale nie był w stanie łatwo przenosić się ze ssaka na ssak.

Gdy patogen uzyska zdolność łatwego rozprzestrzeniania się ze ssaka na ssaka, wzrasta ryzyko jego przeniesienia na ludzi. Oto Ron Fouchier, wirusolog z Erasmus Medical Center w Holandii. W 2011 roku on i jego współpracownicy postanowili nadać wirusowi ptasiej grypy H5N1 zwiększoną zdolność rozprzestrzeniania się drogą powietrzną między ssakami”.

---

## F. Udostępnianie próbek patogenów i danych dotyczących sekwencji genetycznych

Traktat o pandemii, jeśli zostanie przyjęty, ustanowi system dostępu do patogenów i podziału korzyści WHO (system PABS), który zawiera element biznesowy i jest dostępny dla wszystkich państw-stron. Artykuł 10 stanowi:

„1. Uznaje się niniejszym potrzebę wielostronnego, sprawiedliwego, sprawiedliwego i terminowego systemu dzielenia się, na równych zasadach, patogenami o potencjale pandemicznym i sekwencjami genomowymi oraz wynikającymi z tego korzyściami, który ma zastosowanie i działa zarówno w okresie międzypanicznym, jak i pandemicznym . W tym celu uzgodniono ustanowienie systemu dostępu do patogenów i podziału korzyści WHO („system PABS”) w ramach niniejszego CA+ WHO. [...]

2. System PABS obejmuje wszystkie patogeny o potencjale pandemicznym, w tym ich sekwencje genomowe, a także dostęp do korzyści z nich wynikających oraz zapewnia synergiczne działanie z innymi odpowiednimi instrumentami dostępu i podziału korzyści. [...]

Ułatwiony dostęp będzie zapewniany na podstawie Standardowej umowy o transferze materiałów, której wzór zostanie określony w Systemie PABS i która będzie zawierać opcje podziału korzyści dostępne dla podmiotów uzyskujących dostęp do patogenów o potencjale pandemicznym [...] System PABS [...] będzie promować skuteczne, znormalizowane globalne i regionalne platformy działające w czasie rzeczywistym, które promują możliwe do wyszukania, dostępne, interoperacyjne i nadające się do ponownego wykorzystania dane dostępne dla wszystkich stron”. (WHO 2023b: 17)

Podczas gdy dostęp do danych dotyczących sekwencji genetycznych jest na przykład ważny dla szybkiego rozwoju możliwości badawczych, system PABS w obecnej postaci proponowanej i dostępnej dla wszystkich państw-stron – dyktatur, krajów zaangażowanych w wojnę i państw sponsorujących terroryzm – wiąże się z odpowiedzialnością . Projekt traktatu pandemicznego nie odnosi się do znaczących implikacji dla bezpieczeństwa związanych z udostępnianiem patogenów potencjalnie pandemicznych (PPP) i ich danych o sekwencji genetycznej. System PABS stwarza dodatkowe zagrożenie dla bezpieczeństwa biologicznego w stosunku do tego, które wynika z istniejących badań krajowych i między

a nadzór staje się jeszcze mniej adekwatny niż obecnie. WHO nie ma możliwości zagwarantowania, że dane lub materiały nie trafią w niepowołane ręce. Proponowany system PABS wysyła ponadto zły sygnał, ponieważ może zachęcać do rozszerzania badań na rzecz wzmocnienia funkcji, podczas gdy należy je ograniczyć i zatrzymać. WHO nie ma możliwości zapewnienia, że udostępniane materiały lub dane nie będą wykorzystywane w celach naukowych eksperymenty, które stwarzają nowe zagrożenia.

## G. One Health i analiza pierwotnych przyczyn pandemii/epidemii

Podejście „Jedno zdrowie” – stosunkowo nowy termin – jest zakorzenione w starszych koncepcjach, które uznają ścisły związek między zdrowiem ludzi, zwierząt i ekosystemów. W ramach podejścia „Jedno zdrowie” integrowana jest wiedza specjalistyczna w tych dziedzinach. Dobrostan ludzi, zwierząt i ekosystemów jest ze sobą ściśle powiązany. Jednak różne organizacje, takie jak WHO, próbują sprzeniewierzyć to zrozumienie dla własnych celów politycznych.

Projekt zerowy traktatu WHO wykorzystuje język „Jedno zdrowie”, aby promować skupienie się na styku człowiek-zwierzę-środowisko jako na źródle chorób zakaźnych i pandemii. Określa jako „czynniki sprawcze pojawiania się i ponownego pojawiania się chorób na styku człowiek-zwierzę-środowisko”, w szczególności „zmianę klimatu, zmianę użytkowania gruntów, handel dziką fauną i florą, pustyńnienie i oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe” (WHO 2023b: 24).

Artykuł 18 zobowiązuje Państwa-Strony „w kontekście zapobiegania pandemii, gotowości, reagowania i odbudowy systemów opieki zdrowotnej do promowania i wdrażania podejścia „Jedno zdrowie”, które jest [...] skoordynowane i oparte na współpracy wszystkich odpowiednich podmiotów” (WHO 2023b: 24) oraz aby „wziąć pod uwagę podejście Jednego Zdrowia na poziomie krajowym, niższym niż krajowy i na szczeblu placówki” (ibid.: 25). Państwa-strony uznają również w traktacie znaczenie tzw. czterostronnego zespołu składającego się z WHO, Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Wyżywienia i Rolnictwa, Światowej Organizacji Zdrowia Zwierząt i Programu Narodów Zjednoczonych ds. Ochrony Środowiska w rozwiązywaniu kwestii związanych z programem „Jedno zdrowie”.

Poprzez swoją jednostronną koncentrację zerowy projekt traktatu odwraca uwagę od badań nad uzyskaniem funkcji jako najbardziej prawdopodobnego źródła pandemii COVID. W filmie opublikowanym przez WHO w celu zebrania poparcia dla traktatu pandemicznego dyrektor generalny Tedros Adhanom Ghebreyesus odnosi się do pandemii jako „powszechnego zagrożenia, którego nie w pełni stworzyliśmy i którego nie możemy w pełni kontrolować – zagrożenia wynikającego z naszego związku z naturą”. [te słowa są ustawione w filmie, na którym dwoje młodych ludzi spaceruje po lesie]”. Po tym, jak na ironię, następuje stwierdzenie: „Ważne jest, abyśmy wszyscy zrobili

rzetelną ocenę pandemii [COVID] i wyciągnięcie z niej wniosków, abyśmy nie powtarzali ponownie tych samych błędów. Jesteśmy to winni milionom, które straciliśmy”. Ta narracja nie stanowi uczciwej oceny pandemii COVID i jej źródeł, a jednocześnie ujawnia problematyczne, jednostronne rozumienie roli natury dla zdrowia człowieka.

Chociaż w przyrodzie można znaleźć zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, jest ona również istotnym źródłem i motorem zdrowia ludzkiego.

Ze względu na swoją jednostronną koncentrację, zerowy projekt traktatu nie odnosi się do wielu czynników związanych z pojawianiem się i utrzymywaniem się ciężkich chorób zakaźnych. Oprócz eksperymentów laboratoryjnych na potencjalnie pandemicznych patogenach (PPP), które następnie wyciekają, mogą one obejmować rozprzestrzenianie się patogenów wyraźnie ludzkich i brak zapewnienia leczenia. Na przykład najbardziej śmiertelnością chorobą zakaźną, która każdego roku zabija około 1,6 miliona ludzi, jest gruźlica, wywołwana głównie przez ludzki patogen, który istniał przez większą część historii ludzkości. Gruźlica jest w większości przypadków uleczalna, jednak występuje fatalny brak odpowiedniego zaopatrzenia leczenia.

Podejście „Jedno zdrowie”, jeśli jest właściwie stosowane, zajmuje centralne miejsce w zapobieganiu wielu chorobom zakaźnym i zagrożeniom zdrowotnym. Rozsądnie jest jednak nie wykluczać z równania ważnych przyczyn i podtrzymujących epidemie i pandemie, które zwykle nie wchodzą w jego zakres.

Warto ponadto zauważyć, że chociaż szkic zerowy traktatu WHO koncentruje się ideologicznie na „Jednym zdrowiu” i interfejsie człowiek-zwierzę-środowisko, wydaje się promować niedostateczne zrozumienie tego podejścia. Stwierdza na przykład, że „większość pojawiających się chorób zakaźnych pochodzi od zwierząt, w tym dzikich i udomowionych” (WHO 2023b: 6), nie wspominając jednocześnie o tym, że nasilenie pojawiających się szczepów jest bardziej odpowiednim wskaźnikiem istotności niż i że w wielu (choć nie we wszystkich) przypadkach poważniejsze zagrożenia nie wynikają ze zwierząt samych w sobie, ale z nadmiernego, nienaturalnego znęcania się nad zwierzętami przez ludzi.

Jednym z przykładów jest chów przemysłowy, w którym zwierzęta pozbawia się ich naturalnych siedlisk i zamiast tego zamyka się dziesiątki tysięcy w klatkach w obiektach zamkniętych o złych warunkach sanitarnych i gospodarowaniu odpadami. Niektórzy eksperci wysunęli tezę, że pandemia A/H1N1 z 2009 roku mogła mieć swoje źródło w fermach przemysłowych. (Inni uważają, że mogła zostać stworzona nieumyślnie przez naukowców zaangażowanych w badania nad rekombinacją wirusa H1N1.) BSE i jej ludzki wariant, forma choroby Creutzfeldta-Jakoba (vCJD), mają swoje korzenie w krowach, które żywią się trawą wraz z innymi naturalnie występującymi

roślinności w przyrodzie, dając przetworzone mózgi zwierząt do spożycia w hodowli przemysłowej.

W odniesieniu do szczepu wysoce zjadliwej ptasiej grypy (HPAI) H5N8, Naukowa Grupa Zadaniowa ds. Ptasiej Grypy (2016: 1) stwierdziła, że typowe ogniska tego niebezpiecznego typu „są związane z intensywną produkcją drobiu [farmy fabryczne] oraz powiązaniem handlem i marketingiem systemów rozprzestrzeniania wysoce zjadliwej grypy ptaków poprzez zakażony drób, produkty drobiowe i przedmioty nieożywione”. Z kolei dzikie ptactwo jest „rezerwuarem [tylko] nisko zjadliwych szczepów wirusów o niskiej częstości występowania” (ibid.: 3). Marius Gilbert, epidemiolog z Université Libre de Bruxelles w Belgii, wyjaśnia: „Większość wirusów krążących wśród dzikiego ptactwa stanowi niewielkie zagrożenie i wywołuje jedynie łagodne skutki”. poprzez zmiany ewolucyjne, związane głównie z warunkami, w jakich zwierzęta są hodowane. Widzieliśmy, jak wirusy o niskiej patogenności zyskują patogenność w gospodarstwach”. (Vidal 2021: 1) Ludzie przekształcili to, co w naturze jest głównie łagodnym wirusem dla dotkniętych zwierząt, z niską częstością występowania u dzikiego ptactwa i z niewielką zdolnością do rozprzestrzeniania się między ssakami, w wysoce zjadliwe, śmiertelne formy poprzez uprzemysłowioną hodowlę zwierząt, jednocześnie czas tworzenia form przenoszonych drogą powietrzną, wysoce przenoszonych ze ssaka na ssaka poprzez eksperymenty na zwierzętach w badaniach nad pozyskiwaniem funkcji. W rezultacie ptasia grypa może teraz stać się pandemią gorszą niż COVID-19.

Hodowla przemysłowa jest również istotnym czynnikiem napędzającym oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe (AMR), ponieważ zdecydowana większość produkowanych antybiotyków (około 75% na całym świecie) jest stosowana w fermach przemysłowych na zwierzętach uwięzionych w nienaturalnych i niehigienicznych warunkach życia, w których patogeny rozwijają oporność. Szacuje się, że w samym 2019 r. oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe zabiła 1,27 mln ludzi (por. RKI 2022: 2).

Ogólnie rzecz biorąc, projekt traktatu nie zwraca uwagi na główne potencjalne przyczyny pojawienia się (takich jak wycieki z laboratoriów z badań nad zwiększeniem funkcjonalności) i utrzymywania się (takich jak brak leczenia gruźlicy u ludzi) śmiertelnych chorób zakaźnych niezwiązane głównie z interfejsem człowiek-zwierzę-środowisko, pomijając podstawowe zasady podejścia „Jedno zdrowie”.



## IV. Odrzucenie władzy monopolu nad globalnym zdrowiem

### A. Zagrożenie ze strony monopolu

Siły monopolistyczne są zniechęcane na tej podstawie, że ludzie powinni mieć wolny wybór i że nikt nie powinien blokować konkurencji swoim własnym projektem. [...] System monopolu to żarłoczna bestia, cykl, który zamienia pieniądze we władzę, w pieniądze we władzę. Musimy przerwać błędne koło.

Fundacja Electronic Frontier (2021)

Demokracja jest chroniona poprzez ochronę podstawowych wartości demokratycznych, w tym w czasach kryzysu, przy jednoczesnym zapobieganiu koncentracji władzy w rękach nielicznych i rozbijaniu monopolu. Sędzia Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych, Louis Brandeis, ostrzegął sto lat temu, że możemy albo skoncentrować bogactwo (a tym samym władzę) w rękach nielicznych albo demokrację, ale nie możemy mieć obu tych rzeczy. Podobnie stwierdził prezydent USA Franklin Roosevelt : „Pierwsza prawda jest taka, że wolność demokracji nie jest bezpieczna, jeśli ludzie tolerują wzrost prywatnej władzy do punktu, w którym staje się ona silniejsza niż samo państwo demokratyczne”.

Systemy antymonopolowe nie tylko chronią demokrację, ale także umożliwiają swobodny wybór pomiędzy konkurującymi ideami, wymagają samodzielnego myślenia, prowadzą do tworzenia wolnych organizacji, lokalnej własności, innowacyjności i jakości usług. Bez skoncentrowanej władzy trudniej jest korumpować procesy polityczne, kompromitować naukę, kontrolować informacje, tłumić konkurencję i eliminować wybór. Niezależne podmioty i organizacje niepowiązane ze scentralizowaną strukturą władzy okazały się ponadto niezbędne w kwestionowaniu i przeciwdziałaniu niesprawiedliwości wynikającej z nadużycia władzy, które jest wszechobecne w historii ludzkości.

W dziedzinie zdrowia na świecie władza monopolistyczna, która z natury ogranicza wybór, dusi konkurencyjne rozwiązania, korumpuje naukę, kompromituje procesy polityczne, dąży do kontrolowania przepływu informacji i tłumienia sprzeciwu, może być szczególnie szkodliwa, ponieważ obszar ten dotyka najbardziej fundamentalne potrzeby człowieka. To jest powód, dla którego międzynarodowa współpraca i dzielenie się z korzyścią dla globalnego zdrowia nie mogą zostać ulepszone poprzez przypisanie skoncentrowanej władzy niewybranej, nieodpowiedzialnej i skompromitowanej organizacji ponadnarodowej, takiej jak WHO. Należy poszukiwać i rozwijać różne formy rozwiązań, aby sprostać wyzwaniom związanym z globalnością zdrowia.

## B. Kto kieruje WHO – rzeczywistość strukturalna

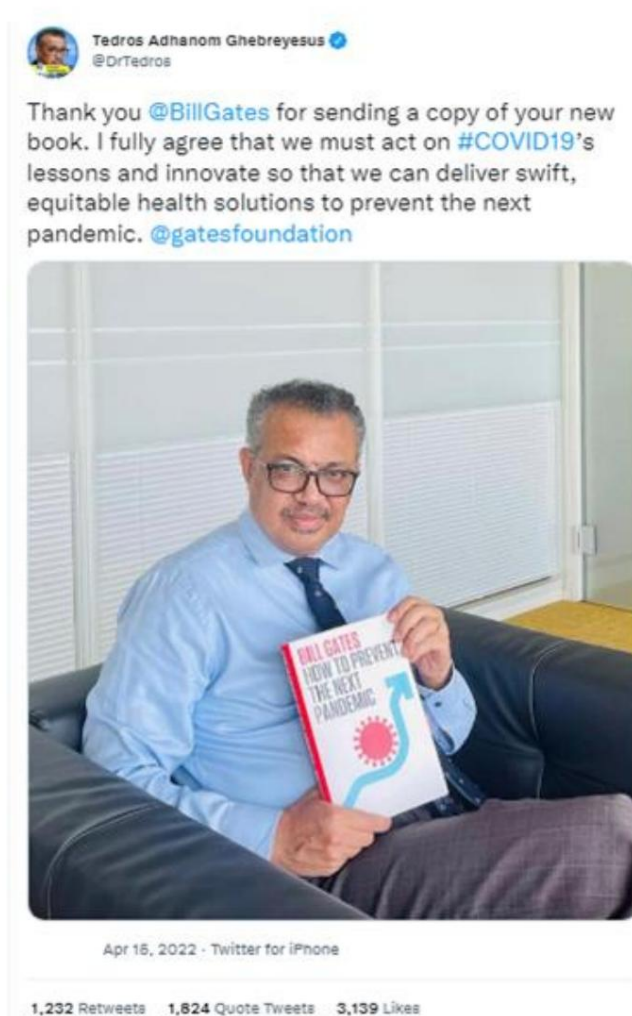
Niegdyś szlachetna idea globalnej organizacji zdrowia działającej w najlepszym interesie ludzkości została zastąpiona podmiotem w dużej mierze kierującym się finansowymi i ideologicznymi interesami ponadnarodowych interesariuszy prywatnych i garstki potężnych państw.

Światowa Organizacja Zdrowia kieruje kursem, który równoważy interesy nielicznych potężne kraje, takie jak Stany Zjednoczone i Niemcy (dwóch największych darczyńców), główni prywatni darczyńcy (głównie Bill i Melinda Gates Foundation i finansowany przez Gates GAVI Sojusz) i Chiny. W latach 2020-2021 Niemcy i Komisja Europejska przewodziły darowiznom w wysokości 1732 mln USD, następnie przedsiębiorstwa zdominowane przez firmę Gates – 1183 mln USD, a Stany Zjednoczone – 693 mln USD (por. WHO 2023c). Chiny są 11. największym darczyńcą z wkładem w wysokości 168 mln USD, ale mają znaczące wpływy geopolityczne, m.in. w Światowym Zgromadzeniu Zdrowia.

WHO rozróżnia składki oszacowane (AC) i składki dobrowolne (VC). Oszacowane składki wynikają z procentu produktu krajowego brutto każdego państwa członkowskiego i pokrywają mniej niż 20% całkowitego budżetu WHO. Dobrowolne wpłaty (VC) pochodzą od państw członkowskich, prywatnych fundacji i przemysłu. Stanowią one ponad 80% budżetu. Prawie 90% dobrowolnych datków jest przeznaczanych na konkretne programy i lokalizacje. (por.

WHO 2023d) W przeszłości 80% całkowitego budżetu WHO pochodziło z naliczonych składek, przy czym WHO decydowała o sposobie ich wydatkowania, podczas gdy tylko 20% stanowiły dobrowolne składki celowe (por. Mischke i Pinzler 2017).

Ponieważ fundusze są teraz objęte zastrzeżeniami, organizacja jest zagrożona w wielu kwestiach, które dotyczą interesów jej darczyńców. Sektor prywatny, a także większość państwa



Dyrektor generalny WHO, Tedros Adhanom Ghebreyesus, wspiera nową książkę Billa Gatesa na Twitterze.

aktorzy powiązani z odpowiednimi korporacjami (np. korporacje niemieckie to Bayer, który kupił Monsanto, BioNTech lub Boehringer Ingelheim; firmy amerykańskie to Pfizer, Moderna, Merck czy Johnson & Johnson) raczej nie zaangażują się, chyba że potencjalne zyski – finansowe lub inne – zaangażowany. Margret Chan, poprzednia dyrektorka WHO, powiedziała w 2015 roku: „Muszę zdjąć kapelusz i jechać po całym świecie, aby błagać o pieniądze, a kiedy dają nam pieniądze [jest to] silnie związane z ich preferencjami, co oni lubią. To może nie być priorytetem WHO, więc jeśli tego nie rozwiążemy, nie będziemy tak wielcy, jak byliśmy”. (Frank 2018)

Szereg czołowych światowych ekspertów ds. zdrowia i prawa antymonopolowego, a także organizacji międzynarodowych od dawna wzywa do kompleksowej reformy WHO. Byli szczególnie krytyczni w odniesieniu do znaczącego wpływu, jaki wywierają na organizację prywatne interesy korporacyjne i konglomerat Gates.

Po tym, jak Gatesowi postawiono zarzuty bezprawnej monopolizacji przeciwko jego korporacji w sprawie Stany Zjednoczone przeciwko Microsoft Corporation, jego wysiłki skierowały się na skoncentrowanie władzy w innych dziedzinach, zwłaszcza w globalnej ochronie zdrowia publicznego i rolnictwie. Fundacja Billa i Melindy Gatesów jest drugim co do wielkości darczyńcą WHO, podczas gdy Gates założył i współfinansuje The Vaccine Alliance (GAVI) i CEPI. Ponieważ wkłady konglomeratu Gates są przeznaczone na konkretne projekty, WHO nie decyduje o tym, jak wydawane są odpowiednie pieniądze, robi to Gates. W konsekwencji płaci WHO za wykorzystanie jej infrastruktury, personelu i międzynarodowej pozycji do swoich celów, przekształcając ją w organizację kontraktową. James Love (Knowledge Ecology International) – który był zaangażowany we wniesienie sprawy antymonopolowej przeciwko Microsoftowi w Stanach Zjednoczonych, wcześniej współpracował z Lekarzami bez Granic i odegrał kluczową rolę w walce o udostępnienie leczenia antyretrowirusowego w Afryce – stwierdza, że pracownicy firmy Gates przyjeżdżają z wyraźnym programem i uważa, że ludzie na ogół nie rozumieją, co w praktyce oznacza wpływ wywierany przez Fundację Gatesa. Bill Jeffery (Centre for Health, Science and Law) wyjaśnia, że jeśli chodzi o Fundację Gatesa, WHO przyjmuje fundusze od organizacji, której dobrobyt finansowy zależy od sukcesu przemysłu żywności przetworzonej i leków farmaceutycznych. Jednocześnie wielu czołowych pracowników Fundacji Gatesa pracowało wcześniej dla firmy Monsanto (obecnie Bayer), która produkuje glifosat i dąży do zdobycia globalnego monopolu na nasiona poprzez ich genetyczną modyfikację. W związku z tym Gates Foundation jest zainteresowana promowaniem przez WHO niektórych produktów farmaceutycznych i chemicznych oraz zapobieganiem ich sztywnym regulacjom.

Thomas Gebauer (medico international) krytykuje nadmierną ilość uznaniowych kompetencji przekazywanych pojedynczej, niewybranej, nieodpowiedzialnej osobie nad globalnym organem: „To przejaw struktur feudalnych. Musimy stawić czoła jako demokratyczne społeczeństwa jakiego rodzaju procesom pozwoliliśmy się teraz rozwinąć”. (Mischke i Pinzler 2017)

Przedsiębiorstwa Gatesa, choć najbardziej rozpowszechnione, nie są jedynymi podmiotami prywatnymi, które kompromitują WHO. Wiele prywatnych fundacji, takich jak Fundacja Rockefellera, również inwestuje w WHO, choć w mniejszym stopniu. Same korporacje farmaceutyczne przekazują ponadnarodowemu organowi miliony dolarów w bliskiej chronologii decyzji WHO, które mogą ich dotyczyć. WHO ceni sobie długoterminowe relacje z branżą i określa ją jako partnera. Nawet najwięksi płatnicy państwowi, z których większość przeznacza swoje dobrowolne datki, są powiązani z pewnymi korporacjami, co naraża ich na poważne konflikty odsetki.

KM Gopakumar (Third World Network) zauważa dalej, że specjalne interesy nie tylko dają wpływ na WHO poprzez darowizny, ale także umieszczają personel wewnątrz organizacji w celu prowadzenia pewnych programów, tym samym kierując ją na dwa fronty (por. *ibid.*).

Przekazanie WHO większej władzy nad globalnym zdrowiem i upoważnienia do kierowania państwami-stronami oraz podmiotami niepaństwowymi działającymi na ich terytorium poprzez proponowane poprawki do Międzynarodowych przepisów zdrowotnych (2005), nieuchronnie nadaje nadmierne i niedemokratyczne uprawnienia niepoliczalnym specjalnym interesom, które narażają organizację na szwank. Specjalne interesy nie musiałyby już próbować skorumpować procesów politycznych w tajnych transakcjach typu backdoor, ale miałyby za sobą pełną moc prawa międzynarodowego. Ta perspektywa stanowi poważne zagrożenie dla ciężko wywalczonych systemów demokratycznych, suwerenności państw o niskich dochodach i samego globalnego zdrowia.

## C. Korupcja, złe decyzje i fatalne błędy

Praca WHO dotycząca zdrowia jest często podporządkowana ograniczeniom politycznym i wszechobecnemu wpływowi grup interesów, które zagrażają organizacji. Jednocześnie ponadnarodowa biurokracja z siedzibą w Genewie cierpi na brak skutecznego, niezależnego nadzoru, odpowiedzialności i pokory. W rezultacie WHO była zaangażowana w nadmierną korupcję i wielokrotnie popełniała błędy, wdrażając polityki o poważnych konsekwencjach dla zdrowia na świecie, bez żadnej odpowiedzialności. Jest to kolejny powód, dla którego nie należy rozszerzać jego władzy; znacznie mniej i

pod żadnym pozorem organizacja – ani żaden inny podmiot – nie powinna mieć monopolu na aspekty zdrowia na świecie, co znacznie przekroczyłoby pierwotny okres sprawowania mandatu. Przykłady bezprawnego wpływu organizacji na proces decyzyjny WHO i śmiertelnych niepowodzeń ze strony organizacji przedstawiono poniżej.

W czerwcu 2009 Margaret Chan, ówczesny dyrektor Generalny WHO, oficjalnie ogłosił

pandemia grypy A/H1N1. Cohen i Carter

(2010: 1) piszą: „Była to kulminacja 10 lat planowania gotowości na pandemię przez WHO – lata spotkań komitetów z ekspertami przylatującymi z całego świata i ryzy projektów dokumentów zawierających wytyczne dla rządów”. WHO pozwoliła sponsorowanym przez przemysł naukowcom kierować swoją polityką dotyczącą grypy.

Państwa, które zastosowały się do zaleceń WHO nabył ogromne ilości produktów farmaceutycznych za pieniądze podatników od korporacji, dla których mieli je naukowcy WHO

wcześniej pracował. Cohen i Carter (2010: 1) kontynuują:

„Ale rok później rządy, które skorzystały z porady WHO, zwiżają swoje kontrakty na szczepionki i gromadzą zapasy oseltamiwiru (Tamiflu) i zanamiwiru (Relenza) warte miliardy dolarów – kupione z budżetów służby zdrowia znajdują się już pod dużymi ograniczeniami — leżą nieużywane w magazynach na całym świecie. Wspólne dochodzenie przeprowadzone przez BMJ i Bureau of Investigative Journalism ujawniło dowody, które rodzą niepokojące pytania dotyczące tego, w jaki sposób WHO zarządzała konfliktami interesów wśród naukowców, którzy doradzali jej w planowaniu pandemii.

Zalecenia WHO w krajach, które prezentują wysoce lukratywne rynki, służyły do generowania miliardów zysków dla koncernów farmaceutycznych powiązanych z samymi naukowcami pracującymi nad radami WHO. Ponadto jeden z zalecanych leków jest przez ekspertów uznawany za nieskuteczny w leczeniu grypy A/H1N1. W 2009 roku zalecenia WHO były niewiążące. Wnioski z pandemii grypy w 2009 roku dostarczają przekonujących powodów, dla których powinno tak pozostać.

the

„Kluczowi naukowcy doradzający Światowej Organizacji Zdrowia w planowaniu pandemii grypy wykonywali płatną pracę dla firm farmaceutycznych, które mogły zyskać na przygotowywanych przez nich wytycznych. Te konflikty interesów nigdy nie zostały publicznie ujawnione przez WHO, a WHO odrzuciła dochodzenia w sprawie traktowanie pandemii A/H1N1 jako „teorii spiskowych”.

Cohen i Carter (2010: 1)  
Brytyjski dziennik medyczny

Podczas wybuchu epidemii eboli w Afryce Zachodniej w 2014 r. WHO nie tylko nie zareagowała w odpowiedni i terminowy sposób, ale także potępiła organizacje międzynarodowe, takie jak Lekarze bez Granic, które to zrobiły. WHO stwierdziło, że epidemia nie doprowadzi do epidemii, która jednak nastąpiła. W ciągu miesięcy Lekarze bez Granic organizowali i przeprowadzali operacje pomocy w nagłych wypadkach, czasami wysyłając do 2400 pracowników. Podczas tej epidemii eboli zmarło ponad 11 300 osób. Dopiero po ogłoszeniu PHEIC w sierpniu 2014 r. społeczność międzynarodowa przystąpiła do działań mających na

„Po tym, jak powiedzieliśmy jako organizacja w czerwcu [2014], że Ebola wymknęła się spod kontroli, dopiero w sierpniu WHO doszła do tego samego wniosku. Zwłaszcza na początku WHO oskarżyła nas jako organizację, mówiąc, że angażujemy się w sianie paniki i że bijemy na alarm z powodu czegoś, co nie jest tak dramatyczne”.

Dr. Tankred Stöbe  
Lekarze bez granic (Mischke  
Pinzler 2017) i

celu skuteczne powstrzymanie choroby.

Gdyby WHO i społeczność międzynarodowa zareagowały w odpowiednim czasie, można by uratować o wiele więcej istnień ludzkich.

(por. Mischke i Pinzler 2017) Gostin i Katz (2016: 274) piszą: „Opóźnienie wyglądało

tylko gorzej z upływem czasu, ponieważ ujawnione dokumenty WHO ujawniły, że

decyzje WHO były wysoce polityczne i brakowało im przejrz

Tankred Stöbe (Lekarze bez Granic) wyjaśnia,

że Ebola należy do tzw. są opłacalne dla przemysłu. W związku z tym fundusze dla sekcji WHO odpowiedzialnej za Ebolę zostały zmniejszone o połowę przed wybuchem epidemii w 2014 roku. (por.

Mischke i Pinzler 2017)

W odniesieniu do pandemii COVID-19 niezależny panel ds. gotowości i reagowania na pandemię (IPPPR) utworzony przez WHO stwierdził, że zarówno rządy, jak i WHO dokonały „niewłaściwych wyborów strategicznych”, co przyczyniło się do powstania „toksycznego koktajlu, który pozwoliły, by pandemia przekształciła się w katastrofalny kryzys ludzki”. (Kupferschmidt 2021: 1) Panel widzi rozwiązanie w jeszcze większej centralizacji i przekazaniu większej władzy WHO. Zamiast tego należy pociągnąć do odpowiedzialności rządy krajowe i WHO; proces decyzyjny musi być zróżnicowany.

Zarówno rządy, jak i WHO od początku dokonywały złych wyborów. Wczesne ostrzeżenia chińskich klinicystów pierwszej linii z Wuhan o niezwykłym i ciężkim SARS-

podobne objawy chorobowe u ich pacjentów były systematycznie tłumione przez chiński rząd. Tłumienie informacji dotyczących rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2 od listopada 2019 r. do końca stycznia 2020 r. – kiedy wirus mógł jeszcze zostać powstrzymany – jest jednym z najgorszych tuszowań w historii, które miały fatalne konsekwencje dla milionów ludzi. WHO szeroko rozpowszechniała dezinformację chińskiego rządu za pośrednictwem mediów społecznościowych, że nie ma dowodów na przenoszenie SARS-CoV z człowieka na człowieka 2, chociaż czołowi naukowcy WHO wiedzieli lepiej i tak stwierdzili. Pomimo tragicznego tuszowania, starszy urzędnik WHO, Bruce Aylward, ogłosił później, że „świat jest winien Chinom wielki dług”, kiedy kraj ostatecznie rozpoczął autorytarne powstrzymywanie środki.

Dopiero 20 stycznia 2020 r. chiński rząd ostatecznie oficjalnie przyznał, że mają miejsce transmisje z człowieka na człowieka. Do 30 stycznia WHO ogłosiła stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym (PHEIC). Podczas następującej po niej pandemii WHO promowała szereg fałszywych teorii (np. brak transmisji z człowieka na człowieka, COVID nie przenosi się drogą powietrzną itp.), bagatelizowała podstawową naturalną odporność, publikowała sprzeczne oświadczenia (jednorazowe ostrzeżenie przed zbyt wczesnym znoszeniem blokad, a następnie wychwalając podejście Szwecji do ignorowania kwarantanny w następnym miesiącu) i pozostawali w tyle za niezależnymi i innowacyjnymi lekarzami pierwszej linii (na przykład, jeśli chodzi o stosowanie kortykosteroidów w warunkach szpitalnych).



WHO początkowo odradzała stosowanie kortykosteroidów w zaawansowanym COVID – podczas gdy lekarze leczyli nimi hospitalizowanych pacjentów (jest to przeciwwskazane we wczesnym COVID) – następnie zrewidowała swoją ocenę, zdecydowanie zalecając je ze względu na ich skuteczność w zmniejszaniu śmiertelności w ciężkim COVID.

Ostatecznie wielu renomowanych lekarzy pierwszej linii – z różnych części świata – odnotowało sukcesy w terapii COVID przy wczesnym leczeniu. Lekarze ci, korzystając z niezależnej oceny klinicznej, wyprzedzili zarówno WHO, jak i krajowe agencje zdrowia. Szanowani lekarze pierwszej linii opracowali i opublikowali bezpieczne i skuteczne protokoły wczesnego leczenia (które zawierały głównie zmodyfikowane leki nieopatentowane), prawie nie tracąc żadnych pacjentów z powodu choroby, gdy terapia została rozpoczęta wcześnie. Niektóre samorządy lokalne, od Misiones w Argentynie po miasto

Meksyk i region Uttar Pradesh w Indiach, z powodzeniem niezależnie zastosowały wersje tych wczesnych protokołów leczenia, osiągając w konsekwencji znaczne zmniejszenie śmiertelności i hospitalizacji.



Grafika przedstawiająca wyniki programu wczesnego leczenia (zielony = wczesne leczenie, niebieski = brak wczesnego leczenia) przeprowadzonego przez argentyńską prowincję Misiones, w którym stwierdzono: „Częstość hospitalizacji i zgonów jest znacznie zmniejszona w populacji, która przeszła leczenie”.

Jedną z największych zbrodni pandemii COVID było utrzymywanie i tłumienie tych wczesnych protokołów leczenia zarówno przez krajowe agencje zdrowia, jak i WHO ze względu na szczególne zainteresowanie i skupienie się na

realizacji ogólnoświatowej kampanii szczepień. Gdyby istniała uznana wczesna terapia COVID, nowatorskie i dochodowe produkty mRNA, w które zainwestowano miliony dolarów zarówno wielu potężnych rządów, jak i prywatnych fundatorów WHO, takich jak Fundacja Billa i Melindy Gatesów, nie mogłyby otrzymały zezwolenie na użycie w sytuacjach awaryjnych.

Niektórzy eksperci szacują, że 70–80% zgonów z powodu COVID-19 na świecie można było uniknąć dzięki systematycznemu i terminowemu leczeniu. Tłumienie bezpiecznych i skutecznych, ale nieopłacalnych protokołów wczesnego leczenia COVID przez federalne agencje rządowe, interesy korporacyjne, a także organizacje takie jak WHO, spowodowało bezprecedensowe cierpienie i utratę życia. Może to stanowić zbrodnię przeciwko ludzkości.

Żadnej władzy monopolistycznej nie należy przekazywać żadnej osobie, instytucji ani organizacji. Gdyby jednostka miała takie moce i dokonywała złych wyborów lub fatalnych błędów, trudno byłoby im przeciwdziałać, a społeczeństwa mogłyby się załamać. To jeden z powodów, dla których tak ważne jest posiadanie zróżnicowanych biegunów władzy i skutecznych mechanizmów kontroli demokratycznej.



## V. Lepszy sposób na globalne zdrowie publiczne

Ten rozdział zawiera porady dotyczące podstawowych działań wymaganych przez krajowych i międzynarodowych przywódców i organizacje. Proponowane środki legislacyjne i edukacyjne opierają się między innymi na wnioskach wyciągniętych podczas różnych faz rozwoju pandemii COVID. Faza 1 dotyczy pochodzenia SARS-CoV-2 – co najprawdopodobniej leży w badaniach nad wzmocnieniem funkcji. Faza 2 dotyczy okresu, w którym można było jeszcze zapobiec rozprzestrzenianiu się pandemii przy pomocy demaskatorów i odpowiednich środków wczesnego reagowania. Faza 3 dotyczy okresu, w którym odnotowano główny wpływ na śmiertelność, którą można było znacznie zmniejszyć dzięki łatwo dostępnemu, bezpiecznemu i skutecznemu wczesnemu leczeniu. Faza 4 dotyczy okresu rekonwalescencji, który wymaga uczciwej oceny i środków rozliczalności.

### A. Decentralizacja kontroli i prawa jednostki

W oparciu o wnioski wyciągnięte z pandemii COVID oraz w celu poprawy gotowości i reagowania na przyszłe międzynarodowe sytuacje kryzysowe dotyczące zdrowia niezbędne jest bardziej zdecentralizowane podejście do zdrowia na świecie i na szczeblu krajowym niż obecnie stosowane. Wiarygodność i przywództwo powinny opierać się na kompetencjach i praktycznych rozwiązaniach, a nie na bezkrytycznym – a także niebezpiecznym – odwoływaniu się do autorytetu.

Podczas gdy rządy federalne i ich agencje ds. zdrowia, a także organizacje ponadnarodowe, takie jak WHO i usamodzielnione podmioty prywatne, poniosły porażkę na wielu poziomach podczas pandemii COVID ze śmiertelnymi skutkami, niektóre samorządy stanowe i lekarze pierwszego kontaktu, a także organizacje wyznaniowe oparte inicjatywy dowiodły swojej wartości. Szereg samorządów lokalnych z powodzeniem dystrybuowało bezpieczne i skuteczne zestawy do wczesnego leczenia. Niektórzy wybitni lekarze pierwszej linii zapewnili protokoły wczesnego ostrzegania i leczenia roboczego, będąc pod znaczną presją, aby dostosować się do oficjalnej linii. Niektóre lokalne inicjatywy, takie jak inicjatywa chrześcijańskiego księdza w Peru, zorganizowały rozpaczliwie potrzebny sprzęt (np. tlen) dla społeczności. Wspomniani aktorzy mają wspólną silną etykę, a także bliski kontakt z tym, co dzieje się w terenie i z ludźmi, których to dotyczy. Nie zrezygnowali ze swojej osobistej odpowiedzialności na rzecz scentralizowanej władzy, tym samym pozytywnie wpływając na życie setek tysięcy ludzi.

Na szczeblu krajowym i międzynarodowym należy podjąć następujące działania:

Proponowane poprawki do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (2005) oraz traktat/porozumienie dotyczące pandemii (WHO CA+) przedstawione w projekcie zerowym muszą zostać odrzucone i poddane pod głosowanie. Jeśli przejdą, kraje muszą zrezygnować ze zmienionych przepisów w ciągu 10 miesięcy i muszą odrzucić ratyfikację traktatu. Ustawodawstwo, które ogranicza organizacje ponadnarodowe do zapewniania forum wymiany, doradztwa i możliwości reagowania, powinno zostać wprowadzone, uchwalone i wdrożone. Organizacje te nie mają popularnej daty mandatu, nie podlegają mechanizmom kontroli demokratycznej i nie są odpowiedzialne za narzucanie zasad lub polityk. Organy ponadnarodowe, takie jak WHO, powinny również generować większość swoich funduszy z państw członkowskich. Te państwa członkowskie nie powinny przeznaczać swoich wkładów na umożliwienie organizacji działania wolnego od interesów narodowych. Aby jeszcze bardziej zapobiegać korupcji, należy również zakazać organowi ponadnarodowemu przyjmowania funduszy od prywatnych interesariuszy i korporacji, które mają interesy finansowe w związku ze sprawami, którymi zajmuje się organizacja.

Kontrola nad polityką zdrowotną powinna być zdecentralizowana za pomocą środków legislacyjnych, przy czym lokalne stany, parlamenty stanowe, sądy i referenda powinny odgrywać bardziej centralną rolę niż rządy federalne. Ustawodawstwo powinno również zapobiegać przekazywaniu niewybieralnych organów ponadnarodowych wszelkich uprawnień decyzyjnych, które mogą mieć pierwszeństwo przed krajowymi instytucjami demokratycznymi. Należy wprowadzić, uchwalić i wdrożyć ustawodawstwo, które zapewni solidną ochronę prawną relacji lekarz-pacjent i zapewni pacjentowi wyłączne prawo do decydowania o indywidualnym postępowaniu medycznym w oparciu o ocenę kliniczną i poradę wybranych przez siebie lekarzy oraz podstawę prawną zasada świadomej zgody. Zewnętrzna ingerencja w nienaruszalną relację lekarz-pacjent, przez rząd, przechwycone agencje ochrony zdrowia lub administratorów szpitali, musi być zabroniona. Należy zapewnić ochronę prawną zmianom przeznaczenia bezpiecznych leków/substancji, które nie zostały objęte ochroną patentową, nawet jeśli interesy przemysłu próbują ograniczyć ich stosowanie.

Konflikty interesów, które zagroziły znacznej liczbie rządów, agencji zdrowia, nauki i środowisk akademickich, organizacji międzynarodowych i organów ponadnarodowych, muszą zostać dokładnie zbadane i ujawnione.

## B. Prawo do prywatności: identyfikator cyfrowy, certyfikaty cyfrowe i dane prywatne (zdrowotne).

Mechanizmy totalitarne, takie jak chiński system kredytu społecznego, opierają się na absolutnej kontroli nad wszystkimi prywatnymi danymi przez nielicznych. Jest to możliwe dzięki cyfrowym technologiom nadzoru i sztucznej inteligencji (AI), które w końcu mogą wymknąć się spod kontroli człowieka. Ludzie na świecie nie powinni starać się

żyć w świecie, w którym ten rodzaj totalitarnej kontroli istnieje na całym świecie. Środki takie jak identyfikatory cyfrowe i cyfrowe certyfikaty (zdrowotne) kierują świat w tym złym kierunku, gdzie

każdy aspekt życia człowieka jest zbierany, analizowany i sprzedawany jako produkt przez potężne podmioty prywatne i rząd. Prywatność ludzi jest badana, zarabiana i sprzedawana.

„Atakują nasze życie prywatne poprzez inwigilację, wydobywają z naszego życia, czyniąc to, co wydobywają, jako dane behawioralne, a następnie twierdzą, że te dane behawioralne są ich prywatną własnością”.

Shoshana Zuboff  
(wcześniej Uniwersytet Harvarda)

W końcu niektórzy aktorzy polityczni i korporacyjni uważają jednostki za zwierzęta, które można zhakować, termin ukuty przez ideologa Światowego Forum Ekonomicznego, Yuvala Hararięgo. Oznacza to, że niektóre podmioty prywatne i rządy wierzą, że mogą skłonić ludzi do wszystkiego (czy to w sferze gospodarczej, czy politycznej), manipulując nimi w oparciu o wiadomości psychograficzne i inne narzędzia. Każda forma prywatnych danych jest dla nich atutem do stworzenia pełnego obrazu osoby.

Cyfrowe systemy nadzoru, które w niektórych swoich funkcjach opierają się na formie certyfikatu cyfrowego, są instrumentem wzmocnienia pozycji nielicznych i poddania mas. Podobnie jak w przypadku Chin czy Indonezji, cyfrowe świadectwa zdrowia są wykorzystywane do kontrolowania przemieszczania się i osiągnięcia zgodności ze scentralizowanymi dyrektywami, niezależnie od tego, czy mają one odpowiednie uzasadnienie, czy nie. W wielu krajach cyfrowe świadectwa zdrowia były wykorzystywane – wbrew podstawowym zasadom etycznym – w celu wymuszenia przyjmowania produktów medycznych, co do których później okazało się, że mogą powodować śmiertelne skutki uboczne, że są przeciwwskazane w szerokim spektrum społeczeństwa i nie powstrzymują infekcji ani przenoszenie. W pewnym momencie osoby, które przyjęły produkt medyczny, ale zostały zakażone, nadal mogły chodzić do miejsc, podczas gdy osoby, które go nie przyjmowały, ale nie były zakażone, nie mogły. To pokazuje arbitralność z

jakie dyrektywy, nawet jeśli są negatywne dla zdrowia publicznego, mogą zostać nałożone.

Podczas rzeczywistego globalnego zagrożenia zdrowia testowanie i/lub samokwarantanna w domu, a także dobrowolne wczesne leczenie w razie potrzeby są środkami, które nie wymagają żadnej formy certyfikatu cyfrowego ani przymusowego leczenia i nie wymagają ustanowienia mechanizmów kontroli, które mogą zostać sprzeniewierzone dla celów totalitarnych.

Na szczeblu krajowym i międzynarodowym należy podjąć następujące działania:

Jakakolwiek forma identyfikacji cyfrowej z konsolidacją wszystkich danych dotyczących osoby fizycznej w jednym punkcie odniesienia musi zostać zakazana za pomocą odpowiednich środków legislacyjnych. Taki pojedynczy cyfrowy punkt odniesienia stanowi poważne zagrożenie dla praw jednostek, bezpieczeństwa danych oraz bezpieczeństwa narodowego i może być nadużywany przez podmioty antydemokratyczne i wrogie podmioty. Należy podjąć środki edukacyjne wyjaśniające zagrożenia związane z identyfikatorami zainicjowane i zrealizowane.

Eksploracja cyfrowa, jak również kontrola prywatnych danych (zdrowotnych) musi zostać uznana za przestępstwo poprzez ustawodawstwo. Prawo do prywatności – zwłaszcza jeśli chodzi o kwestie zdrowotne – jest kamieniem węgielnym demokracji. Środki legislacyjne muszą zapewniać, że ludzie zawsze mają prawo własności do swoich danych i że warunki ustalane przez podmioty prywatne lub państwowe, które naruszają tę normę, są zabronione.

Organizacje krajowe i międzynarodowe powinny zobowiązać się do zbadania następujących kwestii: Kto jest właścicielem i kontroluje nasze dane? Kto czerpie korzyści z handlu nimi? I dlaczego nie mamy wpływu na to, kto je otrzyma?

### C. Wolność słowa i prawo do sprzeciwu

Khosla i McCoy (2022: 1–2) piszą:

„Tolerancja sprzeciwu oznacza nie tylko zdolność do kwestionowania i pociągania do odpowiedzialności rządów (i innych potężnych aktorów) oraz gotowość do poszanowania poglądów mniejszości, ale także zachęca do debaty i narady w społeczeństwie w sposób, który napędza pozytywne zmiany społeczne i rozwój. Niezgoda może pomóc w informowaniu opinii publicznej, zmianie polityki, przyspieszeniu reform oraz promowaniu i ochronie innych praw człowieka. Niezgoda miała kluczowe znaczenie dla rozwoju równości płci i praw kobiet oraz odwrócenia ucisku etnicznego i rasowego, czego przykładem jest ruch na rzecz praw obywatelskich w USA i

„Bo nie wystarczy pozwolić na sprzeciw. Musimy tego wymagać. Bo jest z czego się sprzeciwiać”.

Roberta Kennedy'ego (1966)

walki apartheidu w RPA. Był kluczowym składnikiem wielu udanych kampanii mających na celu ochronę środowiska naturalnego przed szkodami i zniszczeniem.

W dziedzinie zdrowia sprzeciw odegrał ważną rolę w zwiększaniu dostępu do leczenia pandemii HIV. [...] Prawo do sprzeciwu musi być szanowane i postrzegane jako zdrowy wyraz demokracji i wolności, i musimy świadomie dążyć do ciągłego monitorowania i ochrony tego prawa. [...]

Co ważne, głosy pracowników służby zdrowia [...] mają kluczowe znaczenie dla zapewnienia, że środki kontroli pandemii nie będą nadużywane jako pretekst do dalszego represjonowania praw człowieka, aresztowań dziennikarzy i aktywistów lub wprowadzania drakońskich przepisów w celu zwalczania „fałszywych wiadomości”. [...] Osoby pracujące w globalnej przestrzeni zdrowia mają do odegrania kluczową rolę w ochronie, zachowaniu i rozwijaniu krytycznej myśli. W obliczu bezprecedensowych wyzwań ważniejsze niż kiedykolwiek jest konsekwentne trzymanie się i obrona tych podstawowych zasad praw człowieka”.

Cenzura wolności słowa i prasy, która nie narusza konstytucji demokratycznych w ich obecnym brzmieniu (np. poprzez nawoływanie do przemocy wobec osoby lub grupy), powinna zostać zdemaskowana jako naruszenie konstytucji i praw człowieka. Wolność słowa i wolna prasa to podstawowe zabezpieczenia przed nadużyciami ze strony osób sprawujących władzę. Ustanowienie kompleksu cenzury przemysłowej – ściśle powiązanego z władzami wykonawczymi, organami bezpieczeństwa narodowego i prywatnymi zainteresowanymi stronami – ma charakter antydemokratyczny i stanowi próbę podważenia podstawowych praw człowieka oraz praw konstytucyjnych pod fałszywym pretekstem. Celem tego kompleksu nie jest walka z fake newsami, ale kontrola treści i przepływu informacji. Naiwnym i niebezpiecznym błędem jest wierzyć, że ci, którzy mają władzę cenzurowania, muszą zawsze stać po stronie prawdy lub zawsze wiedzieć, jaka jest prawda. Informacje najlepiej oddziela się od informacji błędnych poprzez otwartą wymianę i dyskurs, w których wykorzystuje się najlepsze dostępne dowody.

Włączenie różnych kwalifikowanych perspektyw, w tym tych, które odbiegają od oficjalnej linii, przynosi korzyści społeczeństwu w czasach kryzysu i poza nim, zapewnia równowagę i może obalić fałszywe paradygmaty.

Wolność słowa jest również najlepszym gwarantem wczesnego udostępniania informacji w przypadku globalnych zagrożeń zdrowotnych. Gostin i Katz (2016: 279–280) piszą: „Chociaż IHR [2005] wzywa do solidnej wymiany informacji poprzez zgłaszanie potencjalnych PHEIC i późniejsze prośby o dane uzupełniające, kraje nadal opóźniają powiadomienia i/lub ograniczają zgłaszane informacje. [...] Im] szybciej organy ds. zdrowia dowiadują się o nowym zdarzeniu, tym szybciej mogą podjąć skuteczną reakcję, co prowadzi do mniejszej liczby przypadków.

Ale rządy mają ekonomiczne powody, by wstrzymać lub opóźnić przejrzyste informacje

dzielenie się. [...] Jednak niepowodzenie w podniesieniu globalnego alarmu może ostatecznie mieć jeszcze większy wpływ na życie ludzkie i dobro narodowe”.

Sygnaliści i personel pierwszej linii są najważniejszym źródłem wczesnych informacji i ostrzeżeń o potencjalnych zagrożeniach dla zdrowia na świecie, a nie rządy.

Klinicyści w Wuhan w Chinach szybko zauważyli pod koniec 2019 r. niezwykle skupiska zapalenia płuc podobnego do SARS o nieznanym pochodzeniu. Gdyby cieszyli się wolnością słowa i dostępem do międzynarodowego forum i sieci przeglądów, pandemii COVID można by zapobiec. Ani proponowane zmiany IHR, ani projekt traktatu pandemicznego nie odnoszą się w wystarczającym stopniu do tej kwestii. Przekazanie większej władzy dyrektorowi generalnemu WHO w ogłaszaniu globalnych stanów zagrożenia zdrowia nie jest rozwiązaniem, ponieważ w obecnych warunkach strukturalnych nie jest on niezależny od interesów potężnych państw, takich jak Chiny.

Na szczeblu krajowym i międzynarodowym należy podjąć następujące działania:

Ochrona sygnalistów powinna być silniej zapisana w prawie krajowym i międzynarodowym. Zróżnicowane organizacje non-profit powinny zapewnić demaskatorom bezpieczne forum i sieć, a także wzmacniać ich komunikaty po sprawdzeniu siły ich informacji. Sygnaliści powinni korzystać ze specjalnej ochrony międzynarodowej, podobnej do tej przyznawanej świadkom w sprawach dotyczących przestępczości zorganizowanej. Należy zainicjować i wdrożyć środki edukacyjne i legislacyjne mające na celu ujawnienie i położenie kresu naruszaniu wolności słowa i wolnej prasy jako próby podważenia podstawowych praw człowieka i praw konstytucyjnych. Należy podjąć działania edukacyjne i niezwłocznie wprowadzić, uchwalić i wdrożyć środki legislacyjne w celu ujawnienia i demontażu antydemokratycznego kompleksu cenzury przemysłowej. Inwestycje w firmy medialne, czy to poprzez reklamę, czy w inny sposób, przez przemysł farmaceutyczny lub podmioty posiadające akcje w tej branży powinny być zabronione ze względu na ich nadmierny wpływ na czwartą władzę, która ogranicza wyważone relacjonowanie faktów i wydarzeń. Prywatni interesariusze powinni zgodnie z prawem móc przekazywać kwoty powyżej 50 000 USD rocznie łącznie dwóm korporacjom medialnym, jako osoba lub wraz z dowolną z ich jednostek organizacyjnych, aby uniknąć koncentracji władzy przez pojed

## D. Międzynarodowe udostępnianie i integralność procesów regulacyjnych

Istnieje potrzeba lepszej współpracy międzynarodowej i szerszego udostępniania, zarówno w sytuacjach kryzysowych, jak i innych. Prawdziwą globalną współpracę można osiągnąć za pośrednictwem uznanych forów, które umożliwiają udział społeczeństwa obywatelskiego. Globalna wymiana bezpiecznych i skutecznych leków i produktów zdrowotnych z potrzebującymi powinna odbywać się za pośrednictwem zróżnicowanego systemu międzynarodowych, jak również lokalnych organizacji wyznaniowych i innych organizacji non-profit, które mają udokumentowane doświadczenie w przeciwstawianiu się interesom korporacyjnym i krajowym. Organizacje te powinny być zdobyć zaufanie i aprobatę ludności w terenie. Organizacje te powinny również rozwijać zdolności szybkiego reagowania, które w razie potrzeby mogą być wykorzystywane przez państwa i społeczności lokalne, uzupełniające zdolności państw narodowych i organizacji ponadnarodowych. W ten sposób nie ma jednego podmiotu, który mógłby ustanowić wyłączne uprawnienia monopolistyczne i patronackie. Pozwala to na większy wybór i odpowiedzialność. Jednocześnie wyżej wymienione organizacje wyznaniowe i inne organizacje non-profit bez konfliktu interesów powinny współpracować ze społecznościami lokalnymi i państwami w celu systematycznego budowania własnych możliwości. Umożliwi to społecznościom dbanie o swoich ludzi i wyciąganie

Jeśli chodzi o proces regulacyjny dotyczący nowych produktów, wskazane jest zapobieganie podważaniu ostrożnych wymogów regulacyjnych związanych z długością i jakością badań klinicznych. Jednocześnie prawo do próby dla pacjentów cierpiących na choroby zagrażające życiu lub zmieniające życie powinno być zapisane w prawie krajowym i międzynarodowym.

Na szczeblu krajowym i międzynarodowym należy podjąć następujące działania:

Fora omawiające sprawy międzynarodowe powinny umożliwiać silne uczestnictwo społeczeństwa obywatelskiego w procesie decyzyjnym.

Odpowiedzialność za charytatywną dystrybucję bezpiecznych i skutecznych leków oraz innych produktów zdrowotnych powinna spoczywać na różnych organizacjach wyznaniowych i innych organizacjach non-profit, które cieszą się zaufaniem na miejscu, posiadają odpowiednie możliwości i nie mają konfliktu interesów. Te same organizacje powinny współpracować ze społecznościami lokalnymi i państwami do systematycznego budowania własnych zdolności.

Podważanie długości procesu regulacyjnego i jakości badań klinicznych należy zapobiegać.

Prawo do próby powinno być zapisane w prawie krajowym i międzynarodowym.

## E. Pozbawienie finansowania i wstrzymanie badań nad funkcją zysku

W niniejszym dokumencie nakreślono rozległe zagrożenia dla bezpieczeństwa biologicznego związane z badaniami dotyczącymi wzmocnienia funkcji, które były przedmiotem zainteresowania w poprzednich rozdziałach.

Należy podjąć następujące działania na szczeblu krajowym i międzynarodowym:

Należy wdrożyć środki edukacyjne w celu wyjaśnienia natury i zagrożeń dla bezpieczeństwa biologicznego związanych z badaniami dotyczącymi wzmocnienia funkcji. Platformę powinni otrzymać eksperci, którzy nie mają konfliktu interesów i edukują na temat zagrożeń. Należy ujawnić badania dotyczące wzmocnienia funkcji, które miały miejsce w związku z SARS-CoV-2 w Wuhan w Chinach, za pieniądze podatników w USA, a także systematyczne ukrywanie informacji na ten temat. Należy wprowadzić, uchwalić i wdrożyć przepisy prawne zakazujące badań typu „wzmocnienie funkcji”, ich finansowania i outsourcingu.

## F. Ramy ideowe i podejścia do zdrowia na świecie

Ochrona zdrowia ludzkiego, dobrostanu i praw powinna być główną zasadą, wskaźnikiem i wynikiem zapobiegania pandemii, gotowości i reagowania na nią. Wszelkie działania muszą opierać się przede wszystkim na niezbywalnej, nadanej przez Boga godności osoby ludzkiej i prawach człowieka. Tymczasem, jeśli chodzi o to, jak ideowo analizować przyczyny i inne problemy związane z globalnymi zagrożeniami zdrowotnymi, żadne pojedyncze podejście nie może wyjaśnić złożoności sprawy. Państwa narodowe, społeczności i indywidualni badacze powinni zawsze być otwarci na różne punkty widzenia.

Na szczeblu krajowym i międzynarodowym należy podjąć następujące działania:

Planowanie sytuacji kryzysowych musi zmienić priorytety w zakresie zdrowia, godności ludzkiej i praw. Działania edukacyjne powinny przypominać ludziom i koncentrować się na znaczeniu koncepcji ludzkiej godności i praw człowieka, jak również na historii nadużyć ze strony osób sprawujących władzę. Należy rozważyć różne rozsądne podejścia do globalnych zagrożeń zdrowotnych, jednocześnie zapewniając ich integralność przed próbami niewłaściwego ich przywłaszczenia.



## VI. Wniosek

Celem wielu zwolenników nowelizacji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (2005) oraz traktatu/porozumienia dotyczącego pandemii WHO CA+ jest zwiększenie przestrzegania rozsądnych zobowiązań wynikających z IHR (2005) oraz uniknięcie sytuacji, w której interesy narodowe utrudniają skuteczne reagowanie na choroby zakaźne sytuacji kryzysowych poprzez przekazanie bezprecedensowej władzy WHO i umożliwienie dalszej centralizacji kontroli politycznej. Rzecznicy ci nie biorą pod uwagę, że przekazanie większej władzy WHO w tym momencie jest równoznaczne z przekazaniem większej, a nie mniejszej władzy specjalnym interesom (narodowym i prywatnym), które niestety skompromitowały organizację i utrudniły skuteczne reagowanie na szereg nagłych przypadków chorób zakaźnych, a także inne globalne problemy zdrowotne w niedawnej przeszłości.

Nie biorą też pod uwagę tego, że jakakolwiek nadmierna koncentracja władzy lub władzy monopolistycznej w rękach nielicznych bez mandatu powszechnego i ograniczających ją konstytucyjnych mechanizmów kontroli z natury prowadzi do nadużyć władzy, podważa i kompromituje procesy demokratyczne korumpuje naukę, ogranicza wybór, dusi konkurencyjne rozwiązania, umożliwia kontrolę nad przepływem informacji i tłumienie sprzeciwu.

Proponowane poprawki IHR i traktat pandemiczny – jeśli zostaną uzgodnione – nieuchronnie zostaną wykorzystane do realizacji interesów kilku potężnych aktorów, którzy skompromitowali WHO kosztem innych. Mogą wykorzystać te instrumenty do zastąpienia współpracy międzynarodowej niedemokratycznymi, scentralizowanymi dyktaturami, do zachęcania do cenzury i legitymizacji kartelu, który narzuca społeczeństwu produkty zdrowotne oparte na zainteresowaniach, generujące zyski w porównaniu z tymi, które działają najlepiej – pod przykrywką sprawiedliw

Międzynarodowa współpraca i dzielenie się z korzyścią dla globalnego zdrowia nie mogą zostać ulepszone poprzez przypisanie niedemokratycznej skoncentrowanej władzy niewybranej, nieodpowiedzialnej i skompromitowanej ponadnarodowej organizacji. Dlatego należy sprzeciwić się poprawkom do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (2005) omówionym w rozdziale II oraz traktatu pandemicznego (WHO CA+), jak nakreślono w jego zerowym projekcie, i odrzucić je, gdy zostaną poddane pod głosowanie w maju 2023 r. lub w maju 2024 r. Jeśli przejdą, kraje muszą zrezygnować ze zmienionych rozporządzeń w ciągu 10 miesięcy i muszą odrzucić ratyfikację traktatu. Ponadto należy wprowadzić, uchwalić i wdrożyć rozsądne środki legislacyjne i edukacyjne, o których mowa w rozdziale V niniejszego dokumentu, aby przeciwdziałać monopolizacji lub próbom monopolizacji, chronić ideały demokratyczne i przynosić korzyści zdrowiu publicznemu.

## Bibliografia

COHEN, D. i CARTER, P. (2010). WHO i „spiski” grypy pandemicznej. *BMJ*; 340:c2912 doi:10.1136/bmj.c2912.

FIDLER, David P. (2005). From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations, *Chinese Journal of International Law*, tom 4, wydanie 2, LISTOPAD 2005, strony 325–392, <https://doi.org/10.1093/chinesejil/jmi029>.

FRANCK, Lilian (2008). Dokument TrustWHO. <https://vimeo.com/ondemand/trustwho/260921911>.

GOSTIN, LO i KATZ, R. (2016). Międzynarodowe przepisy zdrowotne: ramy regulujące globalne bezpieczeństwo zdrowotne. *Milbank Q*, 94 (2), 264–313. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12186>.

GOV.UK (2023). Porady dotyczące podróży zagranicznych, Indonezja. <https://www.gov.uk/foreign-travel-porady/indonesia/coronavirus#:~:text=You%20will%20need%20a%20doctor's,vaccination%20and%20covid19%20test%20requirements>.

AMBASADA INDONEZJI (2023). Aktualne przepisy sanitarne przy wejściu. <https://indonesianembassy.de/current-health-regulations-on-entry/>.

KAHN, Laura H. (2023). Siedem grzechów głównych badań biomedycznych. *Georgetown Dziennik Spraw Międzynarodowych*. <https://gjia.georgetown.edu/2023/03/03/the-seven-deadly-sins-of-biomedical-research/>.

KHOSLA, R. i MCCOY, D. (2022). Niezgoda i prawo do protestu w kontekście zdrowia na świecie. *Globalne zdrowie BMJ* 2022; 7:e011540. doi: 10.1136/bmjgh-2022-011540.

KUPFERSCHMIDT, Kai (2021). „Toksyczny koktajl”: panel wydaje surowy werdykt w sprawie niepowodzenia świata w przygotowaniu się na pandemię. <https://www.science.org/content/article/toxic-cocktail-panel-delivers-harsh-verdict-world-s-failure-prepare-pandemic>.

MISCHKE, Tatjana i PINZLER, Jutta (2017). Die WHO – Im Griff der Lobbyisten? L'OMS - Dans les griffes des lobbystes? *Arte*. <https://m.imdb.com/title/tt12336562>.

RKI (2022). Ciężar oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w krajach G7 i na świecie. [https://www.rki.de/EN/Content/infections/antibiotic/brochure\\_IHME\\_RKI.pdf?\\_\\_blob=publicationFile#:~:text=Global%20context%3A%20a%20total%20of,directly%20attributable%20to%20antybakteryjne%20odporność](https://www.rki.de/EN/Content/infections/antibiotic/brochure_IHME_RKI.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=Global%20context%3A%20a%20total%20of,directly%20attributable%20to%20antybakteryjne%20odporność).

NAUKOWA GRUPA ZADANIOWA DS. PTASIEJ GRYPY I DZIKICH PTAKÓW (2016). Oświadczenie w sprawie wysoce zjadliwej grypy ptaków (HPAI) H5N8 u drobiu i dzikiego ptactwa. 20 grudnia 2016 r.

[https://www.cms.int/sites/default/files/Scientific%20Task%20Force%20on%20Avian%20Influenza%20and%20Wild%20Birds%20H5N8%20HPAI\\_December%202016\\_FINAL.pdf](https://www.cms.int/sites/default/files/Scientific%20Task%20Force%20on%20Avian%20Influenza%20and%20Wild%20Birds%20H5N8%20HPAI_December%202016_FINAL.pdf).

STRAŻNIK (2020). Gdyby Chiny ceniły wolność słowa, nie byłoby kryzysu związanego z koronawirusem. <https://www.theguardian.com/world/2020/feb/08/if-china-valued-free-speech-there-would-no-coronavirus-crisis>.

WHO (2023). Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej dotyczące zmian w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych (2005). [https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf\\_files/wgihhr2/A\\_WGIHR2\\_5-en.pdf](https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf_files/wgihhr2/A_WGIHR2_5-en.pdf).

WHO (2023a). Kompilacja artykuł po artykule proponowanych poprawek do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (2005) przedłożonych zgodnie z decyzją WHA75(9) (2022). [https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf\\_files/wgihhr2/A\\_WGIHR2\\_7-en.pdf](https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf_files/wgihhr2/A_WGIHR2_7-en.pdf).

WHO (2023b). Projekt zerowy WHO CA+ do rozpatrzenia przez Międzyrządowy Zespół Negocjacyjny na jego czwartym spotkaniu. [https://apps.who.int/gb/inb/pdf\\_files/inb4/A\\_INB4\\_3-en.pdf](https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb4/A_INB4_3-en.pdf).

WHO (2023c). Nasi współpracownicy. <https://www.who.int/about/funding/contributors>.

WHO (2023d). Jak finansowana jest WHO. <https://www.who.int/about/funding>.

ŚWIATOWE FORUM EKONOMICZNE (2022). Spotkania dotyczące wpływu na zrównoważony rozwój 2022. Walka z dezinformacją. <https://www.weforum.org/events/sustainable-development-impact-meeting-2022/sessions/tackling-disinformation>.

## ZAŁĄCZNIK 1: HARMONOGRAM

### Poprawki do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych

- Styczeń 2021: Tak zwany niezależny panel ds. gotowości i reagowania na pandemię stwierdza, że IHR (2005) wymaga aktualizacji, aby zapewnić szybsze reagowanie WHO i jej krajów członkowskich na globalne zagrożenia dla zdrowia. • Styczeń 2022:

Administracja Bidena przedstawia daleko idące propozycje zmian w IHR (2005).

- Maj 2022: Spośród 13 propozycji 75. Światowe Zgromadzenie Zdrowia akceptuje jedynie propozycję skrócenia okresu na odrzucenie poprawek z 18 do 10 miesięcy oraz okresu przed wejściem w życie tych poprawek z 24 do 12 miesięcy. Dalsze sugestie podlegają dodatkowym negocjacjom.

- W negocjacjach nad proponowanymi poprawkami biorą udział państwa członkowskie oraz pozarządowe zainteresowane strony powiązane z WHO. • Październik 2022: Wyznaczony

Komitet ds. Przeglądu Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (IHRRC), który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Generalnemu (DG) WHO Tedrosowi Adhanomowi Ghebreyesusowi, rozpoczyna pracę nad przeglądem propozycji Państw-Stron. Obrady IHRRC są poufne.

- Do stycznia 2023 r. 16 państw-stron samodzielnie lub we współpracy z instytucjami regionalnymi (takimi jak UE, Region Afrykański WHO, Euroazjatycka Unia Gospodarcza i MERCOSUR) złożyło wnioski. • Styczeń 2023: Komisja Rewizyjna – której zadaniem jest

podsumowanie sugestii państw członkowskich i stowarzyszonych interesariuszy – wydaje raport podsumowujący dla DG, która z kolei ma poinformować państwa członkowskie WHO przed 76. Światowym Zgromadzeniem Zdrowia. • Niektórzy eksperci twierdzą, że niektóre proponowane poprawki mogłyby zostać

poddane pod głosowanie na 76. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia – do przyjęcia wystarczy zwykła większość – które odbędzie się w dniach 23–30 maja 2023 r.

- Oficjalny harmonogram przewiduje tymczasem powołanie tak zwanej Grupy Roboczej ds. Poprawek do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (2005) – złożonej z wybranych delegatów z Państw-Stron – w celu opracowania ostatecznej propozycji w ciągu 2023 r. w oparciu o raport Komisji Rewizyjnej. • Ostateczna propozycja poprawek ma trafić do DG na początku 2024 r., która ma przekazać ją państwom członkowskim co najmniej cztery miesiące przed Światowym Zgromadzeniem Zdrowia w 2024 r.

### Traktat o pandemii

- grudzień 2020: przewodniczący Rady Europejskiej Charles Michel proponuje prawnie wiążący traktat pandemiczny WHO; Dyrektor generalny WHO, Tedros Adhanom Ghebreyesus, popiera inicjatywę. • Grudzień 2021: WHO

powołuje tak zwany Międzyrządowy Zespół Negocyjny (INB) w celu pracować nad traktatem.

- Rundy zwrotne ING obejmują państwa członkowskie, podmioty pozarządowe w relacjach z WHO i starannie dobranymi ekspertami w celu opracowania tak zwanego koncepcyjnego

szkicu zerowego. • Listopad 2022: Publikacja koncepcyjnego szkicu zerowego do dalszego rozpatrzenia

przez INB. • Grudzień 2022: państwa członkowskie zgadzają się, aby Biuro INB opracowało projekt zerowy oparty na koncepcyjnym projekcie zerowym dla prawnie wiążącego traktatu. (Biuro INB składa się z sześciu delegatów, po jednym z każdego z sześciu regionów WHO, w tym współprzewodniczących Roland Driee z Holandii i Precious Matsoso z Republiki Południowej Afryki.)

- Negocjacje w sprawie Projektu Zerowego rozpoczną się 27 lutego 2023 r.

- Od marca do kwietnia 2023 r. INB pracuje nad wypracowaniem tekstu konsensusu dla ostatecznego instrumentu. • W maju 2023 r. sprawozdanie z postępów zostanie przedstawione 76. Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia. •

Od maja 2023 r. do marca 2024 r. INB będzie dążyć do sfinalizowania tekstu konsensusu oraz odpowiedniej raport z procesu przed Światowym Zgromadzeniem Zdrowia.

- W maju 2024 r. ostateczna wersja projektu prawnie wiążącego traktatu pandemicznego ma zostać przedstawiona 77. Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia. • Traktat WHO

dotyczący pandemii jest rozważany do przyjęcia zgodnie z artykułem 19 Konstytucji WHO z dodatkowym uwzględnieniem przydatności artykułu 21.

1st Floor, 11 Laura Place, Bath, BA2 4BL  
[WWW.WORLDCOUNCILFORHEALTH.ORG](http://WWW.WORLDCOUNCILFORHEALTH.ORG)