

Ceną wolności jest wieczna czujność.

Chronologia zdrowia

Udokumentowane uzbrajanie służby zdrowia

13 września 2025 r.

Jakiś czas temu opublikowałem artykuł zatytułowany „*Chronologia klimatyczna*”. Celem było przedstawienie absurdałności „*Konsensusu węglowego*” w ujęciu chronologicznym, gdzie wydarzenia zawsze zdają się prowadzić do kolejnego rozwoju wydarzeń, jakby były częścią z góry przyjętego planu.

Przyjrzyjmy się bliżej zdrowiu. A dokładniej, zobaczymy, jak temat zdrowia stopniowo stawał się bronią przeciwko ludziom.



Podobnie jak poprzednia chronologia, ta również będzie nosiła tytuł „**chronologia**”, a nie „konkretna chronologia” – *ponieważ wydarzeń jest zbyt wiele, aby umieścić je na osi czasu* ,

aby jedna osoba mogła realistycznie je wszystkie uchwycić. Zatem mogłem przegapić kilka wydarzeń. Jeśli zauważysz, że brakuje czegoś istotnego, napisz [komentarz poniżej](#).

Niektóre mniej szczegółowe wydarzenia będą jednak musiały zostać pominięte. Celem jest udokumentowanie przyszłości



[Chronologia klimatyczna](#)

[9 stycznia](#)

[Przeczytaj całą historię](#)

Streszczenie

To, co zaczęło się jako rzekoma troska o dobrostan człowieka, w ciągu nie mniej niż sześciu dekad zostało stopniowo przekształcone w rozległą infrastrukturę technokratycznego zarządzania. Ta chronologia pokazuje, jak „zdrowie” – *niegdyś domena lekarzy i pacjentów* – przekształciło się w **globalny system zarządzania zachowaniami, modelowania ryzyka i programowalnej zgodności**.

Od rozszerzenia planowania opieki zdrowotnej w 1966 roku za rządów LBJ, poprzez Deklarację z Alma-Aty z 1978 roku, aż po przekształcenie zdrowia w „prawo człowieka”, zdrowie publiczne przekształciło się w narzędzie zarządzania międzysektorowego. Raporty takie jak kanadyjski *Raport Lalonde'a* przyczyniły się do przeniesienia odpowiedzialności z instytucji medycznych na indywidualne zachowania i warunki społeczne – co z kolei skłoniło instytucje niemedyce, korporacje i podmioty transnarodowe do ponownego zdefiniowania i zarządzania wynikami zdrowotnymi.

W latach 80. i 90. XX wieku globalne programy szczepień zostały wdrożone jako platformy logistyczne, nadzór nad chorobami zintegrowano z protokołami gotowości wojskowej, a pandemie przekształcono w zagrożenia dla bezpieczeństwa – *nie tylko zdarzenia biologiczne* – uzasadniające bezwzględną eliminację na podstawie najsłabszych dowodów. Na początku XXI wieku istniała już złożona architektura prawno-finansowa: **modele predykcyjne mogły uruchamiać uprawnienia nadzwyczajne, a przestrzeganie wytycznych WHO stało się warunkiem wstępnym pomocy, handlu i legitymizacji**.

Po falstarterze w 2009 roku, system był już operacyjny w 2020 roku. Reakcja na pandemię COVID-19 udowodniła wykonalność systemu dowodzenia i kontroli na skalę globalną: ograniczenia uzasadnione algorytmicznie, systemy dostępu biometrycznego, globalna harmonizacja prawna oraz płynna integracja między firmami prywatnymi, organami ochrony zdrowia i organizacjami międzynarodowymi.

Dziś, wraz z wejściem w życie Traktatu WHO w sprawie pandemii (WHO Pandemic Treaty) – *wkrótce po którym nastąpią globalne ramy identyfikacji cyfrowej oraz umowa o dostępie do patogenów i podziale korzyści* – **zdrowie stało się centralnym wektorem zarządzania planetą**. Łączy ono biologię, zachowania, ekologię, ekonomię i moralność w jedną warstwę kontroli – gdzie logiką operacyjną jest przewidywanie, a nie leczenie. **To nie jest zdrowie publiczne jako opieka. To zdrowie publiczne jako przestrzeganie zasad**.

Poniższa oś czasu pokazuje, jak doszliśmy do tego miejsca — krok po kroku, kryzys po kryzysie, zawsze naprzód.

Nie będziemy badać równoległych wydarzeń, takich jak skupienie się Rockefellera na kontroli populacji, które rozpoczęło się już w 1927 roku. Przynajmniej nie bezpośrednio. Oczywiście, można łatwo prześledzić to dalej, ale nie jest to konieczne, aby uzyskać niemal kompletny obraz.

Przez prawie sześć dekad transformacja zdrowia publicznego przebiegała wyraźnym i nieprzerwanym łukiem: od *planowania* (lata 1966–1980), przez *technokratyczną koordynację* (lata 80.–2000), *kodyfikację prawną* (2005–2015), aż po *symulację i aktywację* (2016–2025). W międzyczasie **zdrowie systematycznie splotało się z polityką klimatyczną, zarządzaniem bioróżnorodnością i globalnymi celami rozwoju – stając się punktem zbieżnym w zarządzaniu zachowaniami, mobilnością, zasobami i ryzykiem**.

To, co zaczęło się jako „moralny imperatyw” leczenia chorób, rozwinęło się w globalny system programowalnej uległości. Zdrowie stało się interfejsem kontroli: rządzonym przez metryki, zarządzanym przez algorytmy i egzekwowanym za pośrednictwem infrastruktury cyfrowej. Ta chronologia nie tylko ujawnia pewien schemat, ale dokumentuje celową konstrukcję cybernetycznego reżimu, w którym kryzys jest ciągły, uczestnictwo warunkowe, a kontrola całkowita.

Podsumowanie zamieszczone po punktach wypunktowanych, omawiające najbliższą przyszłą trajektorię.

Konwergencja 2020

16 lipca



W książce *Trisectoral Networks* omawialiśmy, w jaki sposób model Wolfganga Reinickego tworzy iluzję demokracji — rząd, biznes i społeczeństwo obywatelskie pozornie ze sobą współpracują, podczas gdy w rzeczywistości koordynacja odbywa się gdzie indziej.

[Przeczytaj całą historię](#)

1. Reforma opieki zdrowotnej LBJ (1966)

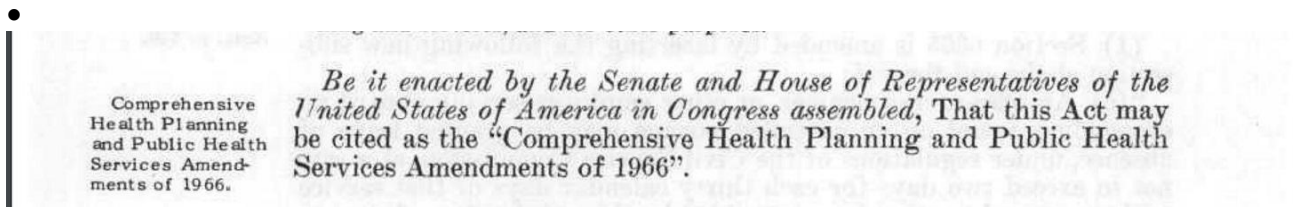
Poprawki do ustawy o kompleksowym planowaniu zdrowotnym i publicznych usług zdrowotnych ustanowiły federalne planowanie zdrowotne jako systematyczną funkcję rządową, zobowiązując agencje stanowe i regionalne do koordynowania zasobów i ustalania priorytetów na poziomie populacji. Stanowiło to pierwszą instytucjonalizację opieki zdrowotnej jako problemu planowania, a nie usługi klinicznej, przenosząc uprawnienia z indywidualnych praktyków na organy planistyczne. Ustawa stworzyła infrastrukturę administracyjną dla **scentralizowanej alokacji zasobów**, ustanawiając jednocześnie precedens, że wyniki zdrowotne wymagają systematycznej koordynacji między wieloma sektorami — **co stworzyło podwaliny pod integrację planowania zdrowotnego z ramami zarządzania środowiskowego i ekologicznego**.



[Agencje Planowania Zdrowia Ameryki](#)

10 listopada 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)



- **Wykorzystanie i ochrona biosfery (1968)**

Konferencja Biosfery UNESCO z 1968 roku była pierwszym instytucjonalnym sformułowaniem równowagi ekologicznej na poziomie populacji jako celu zarządzania. Mikrobiolog René Dubos był autorem rekomendacji 3, która deklarowała potrzebę **zrównowżenia ludzkości z naturą (3.3)** oraz że **zmiany środowiskowe doprowadzą do chorób odzwierzęcych (3.2)**. Położyło to moralne i filozoficzne podstawy do integracji zdrowia ludzkiego z zarządzaniem środowiskiem. Dubos doradzał później Konferencji Sztokholmskiej ONZ w 1972 roku, gdzie hasło „*myśl globalnie, działaj lokalnie*” wzmocniło ideę, że zachowania jednostek mogą – i powinny – być zgodne z optymalizacją systemu planetarnego.

RECOMMENDATION 3

RESEARCH ON HUMAN ECOLOGY

The Conference,

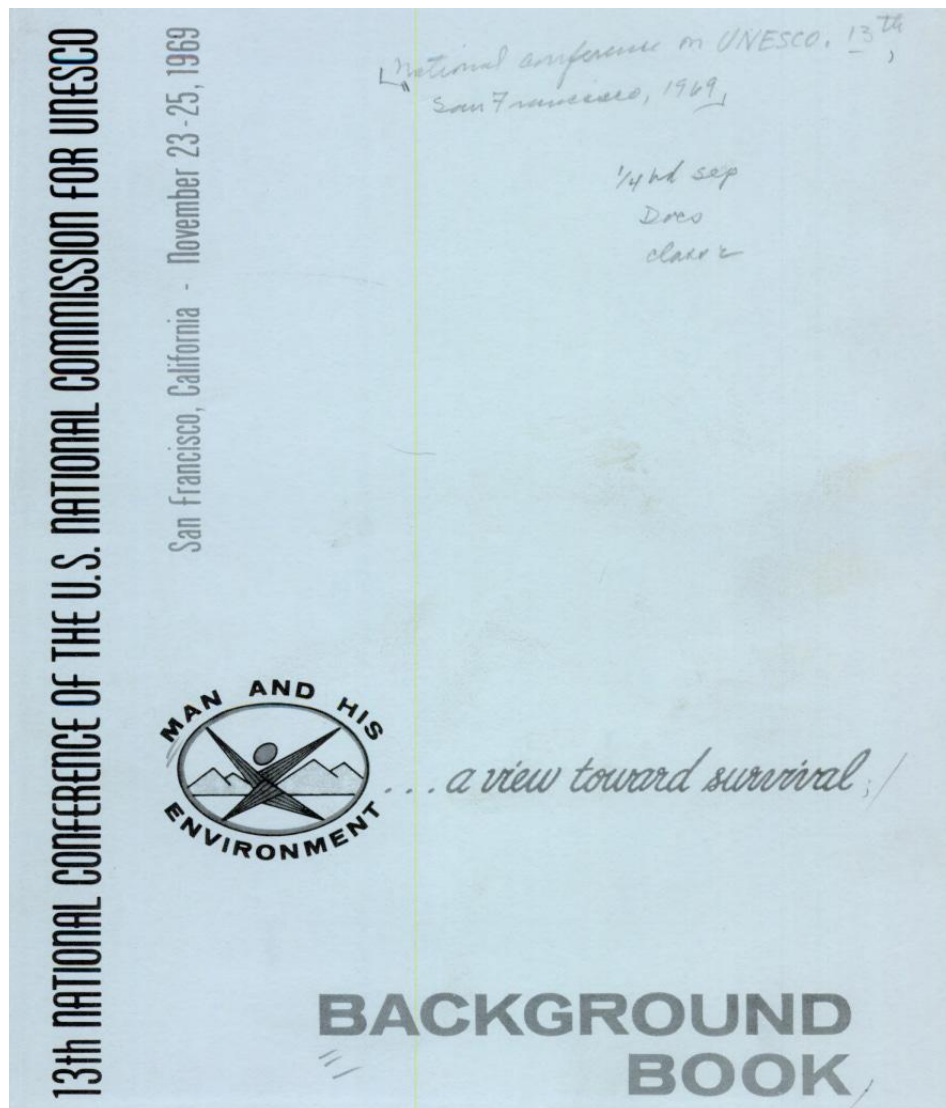
Considering that man is an integral part of most ecosystems, not only influencing but being influenced by his environment; that his physical and mental health, now and in the future, are intimately linked with the dynamic system of natural objects, forces and processes that interact within the biosphere and including also those of man's culture;

Recommends to the Member States and their appropriate institutions, to Unesco, WHO and the international organizations concerned:

1. That research be directed to man's basic ecology and to his social and physical adaptability to the changes of all kinds to which he is being subjected, whether in simple or in more complex societies, including those that are highly technological and urbanized;
2. That continuing and intensified research be undertaken on the ecology of human diseases, with special reference to those associated with environmental change and to the zoonotic diseases arising from interactions between man and animals;
3. That this research be directed at solving increasingly important problems of the establishment of the necessary balance between man and his environment in relation to the maintenance of his health and well-being in their broadest connotations.

Człowiek i jego środowisko: spojrzenie na przetrwanie (1969) [1](#)

Raport UNESCO stanowił prototyp filozoficzno-operacyjny, rozszerzając koncepcje biosfery Dubosa o kompleksowe ramy zarządzania. Dokument uchwycił wczesne ideologiczne połączenie ekologii, zdrowia, nauk o populacji i kontroli administracyjnej, ustanawiając doktrynalne podstawy **traktowania osiedli ludzkich jako zarządzalnych jednostek ekologicznych**. Argumentowano w nim, że zdrowie środowiskowe wymaga systematycznej interwencji w obszarach społecznych, ekonomicznych i behawioralnych – **kładąc podwaliny koncepcyjne pod wszystko, od inicjatyw na rzecz zdrowia planetarnego po zintegrowane podejście do zarządzania populacją w ramach Celów Zrównoważonego Rozwoju**.



- **Krajowe programy ochrony środowiska: ich planowanie, organizacja i administracja (1970) [2](#)**

Opierając się bezpośrednio na dokumencie „Człowiek i jego środowisko”, raport techniczny WHO jednoznacznie zdefiniował „planowanie dla zdrowia” jako nierozdzielnie związane z zarządzaniem systemami środowiskowymi, miejskimi i gospodarczymi. Dokument ten wdrożył koncepcję, że wyniki zdrowotne wymagają skoordynowanej interwencji w wielu sektorach, zapowiadając technokratyczne projektowanie miast, przepisy dotyczące zagospodarowania przestrzennego oraz podejście „zdrowie we wszystkich politykach”.

Ustanowił on ramy administracyjne dla traktowania zdrowia jednostki jako funkcji systematycznie zarządzanych warunków środowiskowych, tworząc koncepcyjny pomost do kompleksowych systemów nadzoru planetarnego.

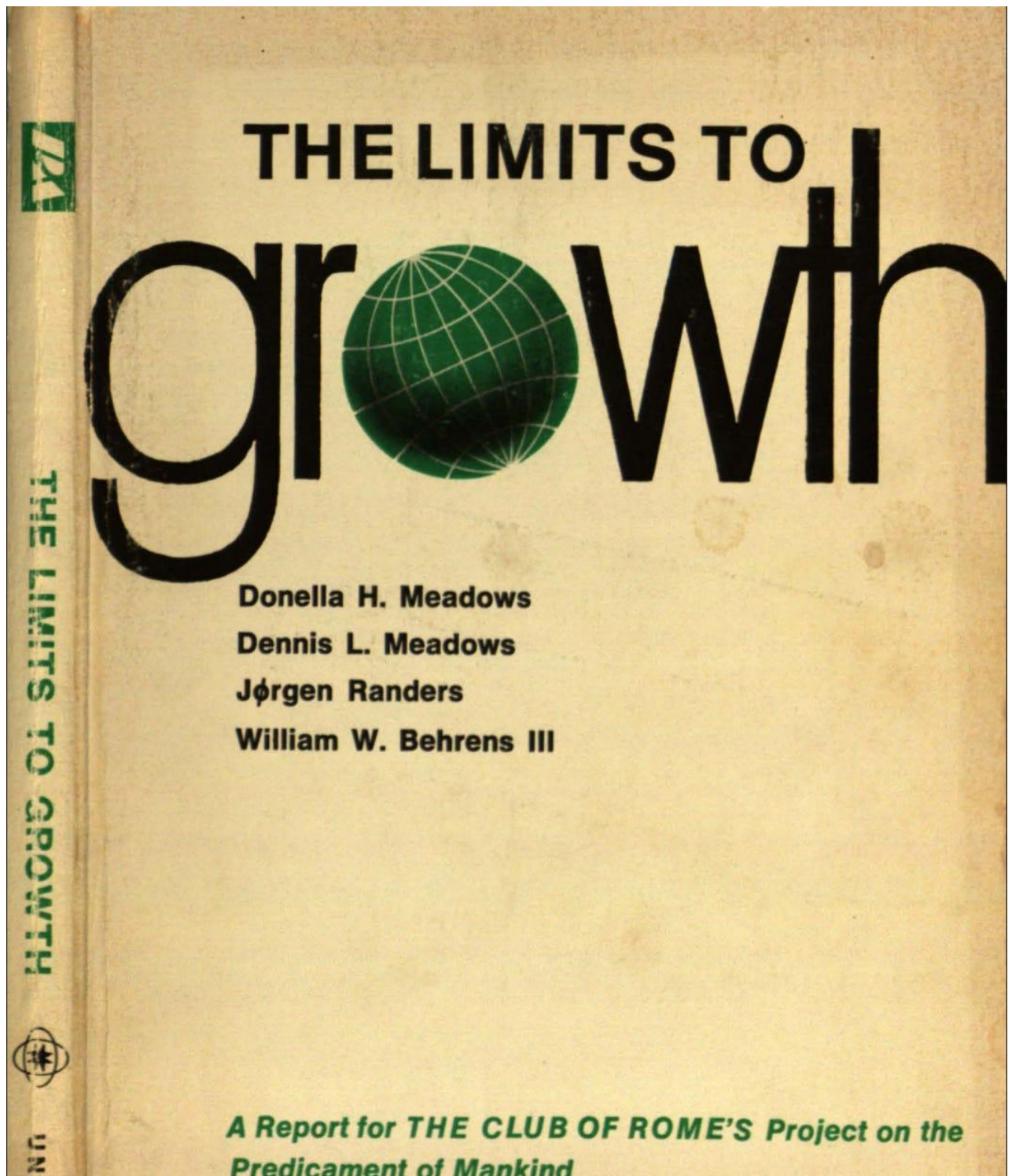
- **ZAKRES 1: Globalny system monitorowania środowiska (1971)**

Pierwszy raport Komitetu Naukowego ds. Problemów Środowiska, zlecony przez Sekretarza Generalnego ONZ Maurice'a Stronga na Konferencję Sztokholmską w 1972 roku, przekształcił ramy koncepcyjne opracowane w latach 1968-1970 w operacyjną infrastrukturę nadzoru. GEMS wprowadził kompleksowy monitoring planetarny atmosfery, wody, gleby, organizmów i systemów biologicznych poprzez centralnie koordynowane gromadzenie

danych, znormalizowane protokoły i integrację satelitarną. Raport ustanowił zasadę **traktowania wszystkich danych środowiskowych „jako całości” poprzez holistyczną analizę, zapewniając podstawę operacyjną dla globalnych systemów nadzoru**, które formalnie miały zostać uruchomione w Sztokholmie i przekształcone w sieci monitoringu One Health.

- **Klub Rzymski/Granice wzrostu (1968-1972)** [3](#)

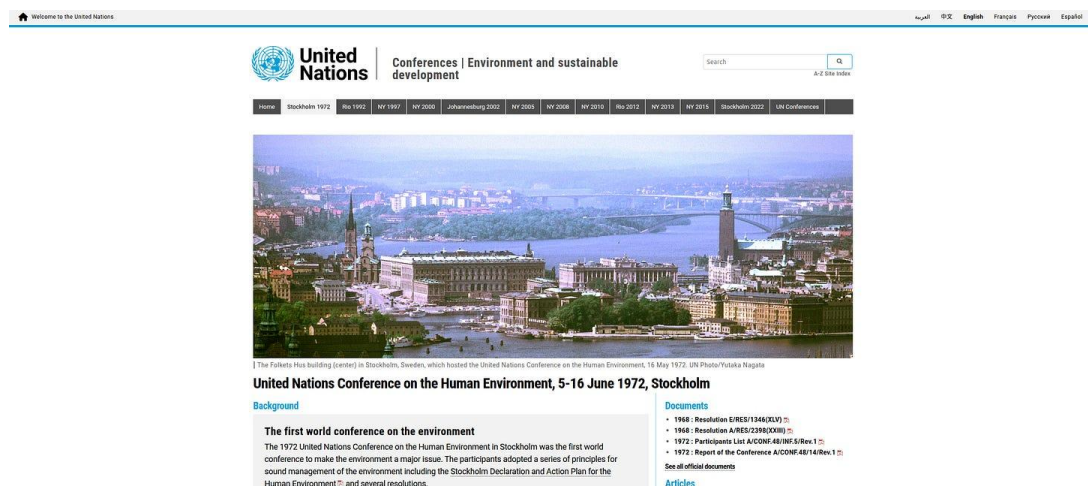
Założony w 1968 roku Klub Rzymski opublikował w 1972 roku raport „*Granice wzrostu*”, będący pierwszym modelem powiązanych systemów planetarnych i wykazującym, że stały wzrost populacji, industrializacji, zużycia zasobów i zanieczyszczenia środowiska doprowadzi do osiągnięcia przez Ziemię poziomu wydolności w ciągu stulecia. Zespół MIT zbadał pięć podstawowych czynników – wzrost populacji, produkcję rolną, wyczerpywanie się zasobów nieodnawialnych, produkcję przemysłową i generowanie zanieczyszczeń – za pomocą modeli komputerowych, aby przetestować alternatywne wzorce dla przyszłości ludzkości. Stworzyło to fundamentalne ramy łączące kontrolę populacji, zarządzanie zasobami i zarządzanie planetą, które leżą u podstaw współczesnych inicjatyw „Zdrowia Planetarnego”, dostarczając matematycznego podejścia do modelowania, które uzasadniałoby systematyczną interwencję w zachowania człowieka i alokację zasobów.



Konferencja sztokholmska (1972) [4](#)

Konferencja Narodów Zjednoczonych w sprawie Środowiska Człowieka, zwołana w dniach 5-16 czerwca 1972 r. w Sztokholmie pod przewodnictwem Sekretarza Generalnego Maurice'a Stronga, zapewniła międzynarodową legitymację i ramy instytucjonalne dla wdrożenia globalnych systemów nadzoru opracowanych w ramach SCOPE 1 oraz modeli zarządzania populacją opracowanych przez Klub Rzymski. Konferencja formalnie przyjęła Globalny System Monitoringu Środowiska (GEMS) jako oficjalną politykę ONZ, jednocześnie powołując UNEP w celu uruchomienia sieci monitoringu na skalę planetarną. Konferencja w

Sztokholmie legitymizowała koncepcję, że **lokalne problemy środowiskowe i zdrowotne wymagają globalnego nadzoru i interwencji, instytucjonalizując zasadę „myśl globalnie, działaj lokalnie”**, która uzasadniała międzynarodową władzę nad krajową polityką zdrowotną, i tworząc precedens prawny dla ponadnarodowych systemów zarządzania, które później zostały wdrożone w ramy traktatów WHO dotyczących pandemii.



ZAKRES 3 (1973)

Opierając się na prawny mandatu Sztokholmu, trzeci raport Komitetu Naukowego ds. Problemów Środowiska ustanowił kompleksowy plan infrastruktury nadzoru planetarnego, który miał wdrożyć obowiązki monitorujące konferencji. Rozszerzając ramy SCOPE 1, raport ten szczegółowo opisał **systematyczny monitoring atmosfery, oceanów, rzek, wód gruntowych, gleb, roślinności, lasów, żywności i, co najważniejsze, nadzór epidemiologiczny, w tym „prognozowanie epidemii”** w oparciu o wzmożone podróże międzynarodowe. Dokument wyraźnie wezwał do **monitorowania „wskaźników socjologicznych i ekonomicznych”**, obejmujących dietę, edukację, mieszkalnictwo, zatrudnienie i opiekę zdrowotną – wyprzedzając o 35 lat ramy „Społecznych Uwarunkowań Zdrowia” i ustanawiając fundamentalne ramy dla nadzoru „Jedno Zdrowie” i globalnych systemów monitorowania zdrowia WHO.



ZAKRES

5 grudnia 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Globalny System Monitoringu Środowiska UNEP (1974)

UNEP formalnie wdrożył plan nadzoru SCOPE 3 w dokumencie UNEP/GC/24, przekształcając ramy koncepcyjne w wiążące zobowiązania programowe ONZ z obowiązkowymi wymogami przejrzystości danych. Wdrożenie **rozszerzyło monitorowanie poza „priorytetowe zanieczyszczenia”, obejmując „zapadalność na choroby, lekooporność i obciążenie genetyczne”, jednocześnie ustanawiając „wskaźniki zdrowia ludzi, zwierząt i roślin”**. Program GEMS UNEP wymagał od państw uczestniczących monitorowania „szerokiego zakresu zmiennych w powietrzu, wodzie, glebie, żywności lub biocie – w tym człowieka” za pośrednictwem **sieci na poziomie globalnym, regionalnym i lokalnym, z obowiązkiem „szybkiej wymiany informacji”**. Stworzyło to pierwszy operacyjny **globalny system nadzoru**, który ustanowił instytucjonalny precedens dla sieci monitorowania zdrowia WHO i infrastruktury nadzoru nad pandemiemi.



Globalny System Monitorowania Środowiska

5 grudnia 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Ustawa o planowaniu zdrowia i rozwoju zasobów narodowych (1974)

Równocześnie z uruchomieniem globalnego nadzoru UNEP, ustawa ta rozszerzyła ramy planowania LBJ z 1966 roku, powołując Agencję **Systemów Opieki Zdrowotnej (Health Systems Agency) z uprawnieniami do zatwierdzania lub odmowy budowy placówek opieki zdrowotnej oraz zakupu dużego sprzętu**. Ustawa zinstytucjonalizowała systematyczny nadzór nad infrastrukturą opieki zdrowotnej za pośrednictwem federalnie upoważnionych organów regionalnych, dodatkowo **centralizując decyzje dotyczące alokacji zasobów i ustanawiając biurokratyczne procesy zatwierdzania**, które mogłyby uchylać lokalne preferencje medyczne i społeczne. Ta krajowa infrastruktura planowania opieki zdrowotnej stworzyła mechanizmy administracyjne niezbędne do wdrożenia danych z globalnego nadzoru gromadzonych za pośrednictwem UNEP GEMS, zapewniając ramy regulacyjne dla koordynacji lokalnych systemów opieki zdrowotnej z międzynarodowymi sieciami monitorowania.



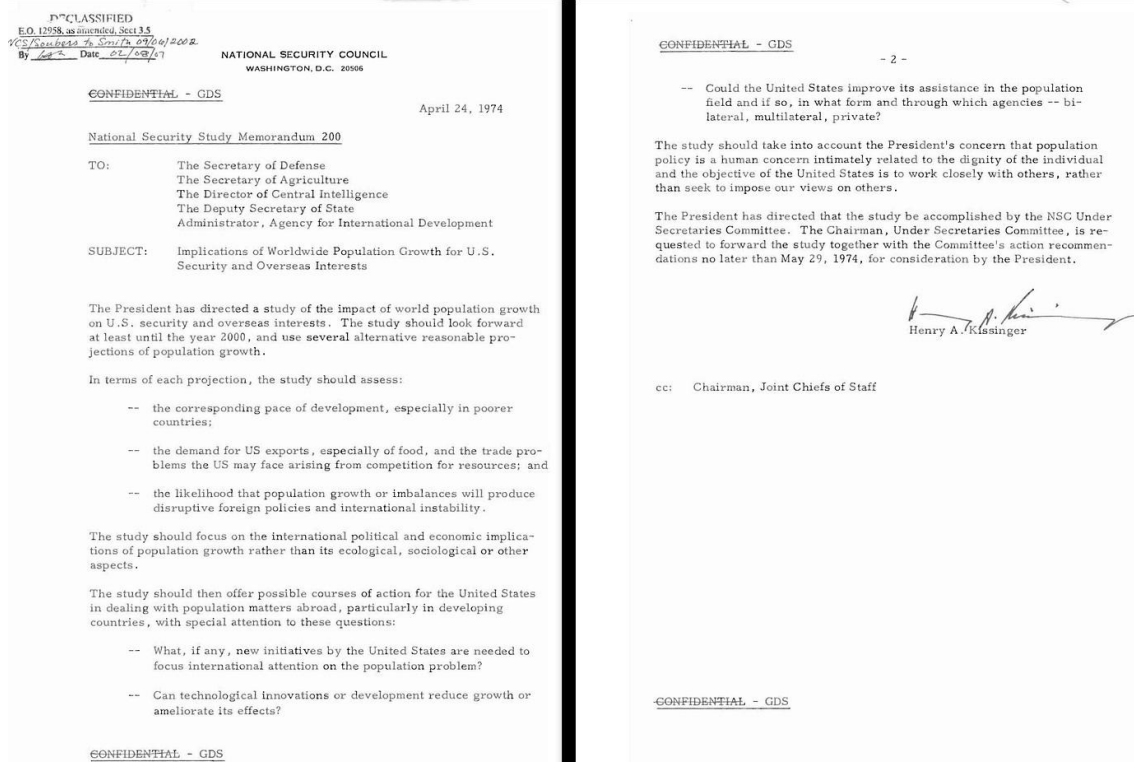
[Agencje Planowania Zdrowia Ameryki](#)

10 listopada 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

NSSM 200/Raport Kissingera (1974) [5](#)

To tajne Memorandum dotyczące Badania Bezpieczeństwa Narodowego USA **jednoznacznie powiązało wzrost populacji z zagrożeniami dla bezpieczeństwa narodowego**, zapewniając strategiczną podstawę do integracji interwencji zdrowotnych ukierunkowanych na populację z celami geopolitycznymi. Raport wskazał szybki wzrost populacji w krajach rozwijających się jako czynnik destabilizujący dla interesów USA, **zalecając skoordynowane programy międzynarodowe mające na celu obniżenie współczynnika dzietności poprzez rozbudowę systemu opieki zdrowotnej i inicjatywy w zakresie planowania rodziny**. NSSM 200 ustanowił ramy koncepcyjne dla traktowania trendów demograficznych jako kwestii bezpieczeństwa wymagających systematycznej interwencji, tworząc strategiczne uzasadnienie dla **włączenia kontroli populacji do programów zdrowia humanitarnego** i uzasadniając międzynarodowy nadzór nad krajową polityką reprodukcyjną i zdrowotną pod przykrywką pomocy rozwojowej i globalnej stabilności.



Grypa śwńska (1976)

Lokalny wybuch epidemii w bazie wojskowej Fort Dix został uznany za potencjalne zagrożenie pandemiczne, co zapoczątkowało pierwszą w historii USA masową federalną kampanię szczepień i stanowiło wstępny test operacyjny interwencji zdrowotnych w całej populacji, opartych na modelowaniu predykcyjnym. Pomimo ograniczenia epidemii do bazy, CDC uruchomiło ogólnokrajowy program szczepień obejmujący 45 milionów Amerykanów, wykorzystując infrastrukturę planowania opieki zdrowotnej ustanowioną na mocy ustawy o planowaniu zdrowia narodowego (National Health Planning Act) z 1974 roku. Wydarzenie to ustanowiło precedens skalowania ograniczonych zdarzeń chorobowych do interwencji obejmujących całą populację, opartych na ocenie ryzyka przez ekspertów, a nie na dowodach klinicznych, demonstrując wykonalność skoordynowanej mobilizacji federalno-stanowego systemu opieki zdrowotnej, która stała się wzorem dla przyszłych reakcji na pandemię.



Agencje Planowania Zdrowia Ameryki

10 listopada 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Rougemont (1976)

W oparciu o doświadczenia operacyjne kampanii przeciw świńskiej grypie, producenci szczepionek i urzędnicy ds. zdrowia publicznego spotkali się w Szwajcarii, aby **skoordynować globalne systemy nadzoru i ujednolicić protokoły opracowywania szczepionek na potrzeby przyszłych pandemii**. Spotkanie sformalizowało partnerstwo między przemysłem a rządem w zakresie planowania pandemii, tworząc wspólne bazy danych i sieci wczesnego ostrzegania, które zintegrowały infrastrukturę nadzoru UNEP z komercyjnymi możliwościami opracowywania szczepionek. Rougemont **stworzył szablon dla międzynarodowego monitorowania chorób i koordynacji reagowania, który uwzględniał interesy przemysłu farmaceutycznego w globalnych strukturach zarządzania zdrowiem**, zapewniając, że dane z nadzoru gromadzone za pośrednictwem systemów GEMS i SCOPE będą skutkować z góry określonymi ustaleniami komercyjnymi dotyczącymi zakupu i dystrybucji szczepionek.



[Agencje Planowania Zdrowia Ameryki](#)

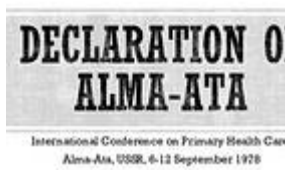
10 listopada 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Nowe ujęcie zdrowia jako zarządzania: Raport Lalonde'a (1974) [6](#)

Minister zdrowia Kanady, Marc Lalonde, opublikował „*Nową perspektywę zdrowia Kanadyjczyków*”, w której na nowo zdefiniował zdrowie nie jako wynik kliniczny, lecz jako rezultat czterech pośrednich czynników: biologii, środowiska, stylu życia i systemów opieki zdrowotnej. **Argumentował, że zachowanie i środowisko mają większy wpływ na zdrowie niż leczenie**. Ten zwrot zapoczątkował powstanie ram „*Společných uwarunkowań zdrowia*”, przyjętych później przez WHO, uzasadniających interwencję w niemal każdym aspekcie życia – od diety i mieszkalnictwa po edukację i zatrudnienie. Raport Lalonde’a **przekształcił zdrowie publiczne w problem zarządzania międzysektorowego**, otwierając drogę do algorytmicznego modelowania zachowań populacji i **umożliwiając instytucjom niemedycznym kształtowanie wyników zdrowotnych za pomocą polityki, danych i infrastruktury**, doskonale uzupełniając systemy nadzoru tworzone w ramach UNEP GEMS.

Opierając się na międzysektorowych ramach zdrowotnych Raportu Lalonde'a, WHO i UNICEF zwołały Międzynarodową Konferencję nt. Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Ałma-Acie w Kazachstanie, której rezultatem była Deklaracja Ałma-Aty, która ogłosiła zdrowie „podstawowym *prawem człowieka*” i wezwała do globalnej współpracy w celu osiągnięcia „**Zdrowia dla Wszystkich do roku 2000**”. Choć sformułowana językiem humanitarnym, Ałma-Ata położyła podwaliny pod **scentralizowany model zarządzania zdrowiem z informacją, edukacją, szczepionkami i lekami ustalanyymi przez ekspertów**, ale wdrażaniem na poziomie społeczności administrowanym za pośrednictwem mechanizmów międzyagencyjnych i znormalizowanych wskaźników. Co najważniejsze, Ałma-Ata **znormalizowała ideę, że międzynarodowe instytucje i eksperci techniczni — a nie suwerenne rządy — powinni ustalać programy zdrowia publicznego**, tworząc fundamentalne ramy prawne dla przyszłych modeli nadzoru, alokacji zasobów i interwencji behawioralnych pod hasłem „*równości*” i dostępu.



[Selektywna / podstawowa opieka zdrowotna](#)

5 kwietnia 2024 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Health Topics ▾

Countries ▾

Newsroom ▾

Emergencies ▾

Data ▾

About WHO ▾

Home / Publications / Overview / Global strategy for health for all by the year 2000

Global strategy for health for all by the year 2000

16 June 2012 | Publication

Overview

Elaborates the WHO global strategy for extending health care coverage in keeping with the basic right of all humans to enjoy the many benefits of health, economic productivity, and social activity made possible by advances in medical knowledge. The opening chapter cites bleak statistics, expressed as morbidity and mortality rates for preventable diseases, that illustrate the great disparities that exist between the level of health care available in developed and developing countries. The remaining chapters indicate the broad lines of action to be taken in the health sector and in related social and economic sectors and describe ways in which countries can develop their health systems on the basis of primary health care. The strategy also specifies intersectoral activities that reinforce one another and thus contribute to human and health development

WHO TEAM
Health Promotion (HPR)

NUMBER OF PAGES
90

REFERENCE NUMBERS
ISBN: 9241800038

Download (3.3 MB)

Architektura gotowości na pandemię (1978)

Pod kierownictwem dyrektora CDC, Williama Foege, Stany Zjednoczone opublikowały swój **pierwszy federalny plan walki z pandemią grypy**, bazując bezpośrednio na ramach Deklaracji z Alma-Aty dotyczących skoordynowanej międzynarodowej reakcji zdrowotnej. Plan wprowadził kluczowe koncepcje operacyjne, stosowane do dziś: **kampanie szczepień, nadzór w czasie rzeczywistym, koordynację międzyagencyjną oraz współpracę publiczno-prywatną**, przekształcając opiekę zdrowotną z usługi klinicznej w problem logistyczno-koordynacyjny. Model Foege'a zoperacjonalizował infrastrukturę nadzoru opracowaną w ramach UNEP GEMS i SCOPE 3 w praktyczne ramy reagowania, tworząc instytucjonalny precedens dla interwencji na poziomie populacji, które można by stosować algorytmicznie w różnych krajach i populacjach. Plan ten dostarczył **koncepcyjnego wzorca traktowania reakcji na pandemię jako skalowalnego systemu zarządzania**, a nie zarządzania sytuacjami kryzysowymi w medycynie.



Agencje Planowania Zdrowia Ameryki

10 listopada 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

INCLIN (1980)

Międzynarodowa Sieć Epidemiologii Klinicznej, powołana przez Fundację Rockefellera, **ustanowiła ujednolicone protokoły nadzoru nad chorobami i badań klinicznych** w krajach rozwijających się, wdrażając koncepcje Foege'a dotyczące gotowości na pandemię w ramach globalnej infrastruktury zdrowotnej utworzonej w Alma-Acie. **INCLIN stworzył kompleksową infrastrukturę do gromadzenia danych medycznych w czasie rzeczywistym i sieci konsultacji eksperckich tuż przed wybuchem epidemii AIDS**, zapewniając ramy operacyjne dla skoordynowanych międzynarodowych interwencji zdrowotnych, które przekształciły lokalne wyzwania zdrowotne w globalnie zarządzane zbiory danych. Sieć zintegrowała badania kliniczne z systemami monitorowania środowiska utworzonymi w ramach UNEP GEMS, **tworząc podstawy kompleksowego nadzoru zdrowotnego, który później umożliwił skoordynowane międzynarodowe reagowanie na sytuacje kryzysowe**.



Holistyczne globalne bezpieczeństwo zdrowotne

21 maja 2024 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Zespół zadaniowy ds. przetrwania dzieci (1984) [8](#)

William Foege, który odszedł ze stanowiska kierowniczego CDC, poprowadził wspieraną przez Fundację Rockefellera inicjatywę, która zjednoczyła WHO, UNICEF, Bank Światowy i

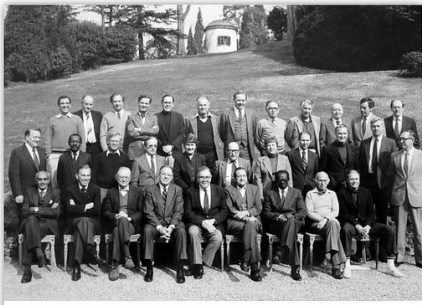
UNDP w celu **koordynacji logistyki masowych szczepień, przekształcając szczepienia z interwencji medycznej w infrastrukturę globalnego zarządzania** . Grupa zadaniowa wdrożyła międzynarodowe mechanizmy koordynacji ustanowione w ramach inicjatywy Alma-Ata, wykorzystując jednocześnie sieci nadzoru opracowane w ramach INCLEN, aby stworzyć **pierwszy kompleksowy globalny system szczepień** . Inicjatywa ta pokazała, jak interwencje zdrowotne można systematycznie skalować w wielu instytucjach międzynarodowych, tworząc precedens instytucjonalny dla skoordynowanych globalnych programów zdrowotnych, które integrowały możliwości finansowe, logistyczne i nadzoru w ramach ujednoliconych struktur zarządzania.



Fact Sheet

Who ▾ What ▾ News & Media ▾ How To Help ▾

Following are some of the defining moments in our history.



1984

The Task Force for Child Survival is founded at the Bellagio conference in Italy by former Centers for Disease Control and Prevention Director **Dr. Bill Foege** and his colleagues Carol Walters and Bill Watson, with the specific goal of raising low childhood immunization rates in developing countries. The Task Force's founding partners were the **World Health Organization, UNICEF, Rockefeller Foundation, The World Bank, and the United Nations Development Programme.**

Całkowity ekosystem człowieka Zeva Naveha (1984) [9](#)

Teoretyzował osiedla ludzkie jako łatwe w zarządzaniu jednostki ekologiczne, wymagające systematycznej optymalizacji przepływów zasobów, gęstości zaludnienia i wzorców zachowań, tworząc teoretyczne ramy dla **integracji systemów monitoringu środowiska ustanowionych w ramach GEMS z zarządzaniem zdrowiem populacji** . Jego podejście **traktowało społeczności ludzkie jako systemy biologiczne podlegające inżynierii środowiskowej** , doskonale uzupełniając model operacyjny Grupy Zadaniowej ds. Przetrwania Dzieci, dostarczając koncepcyjnych podstaw do integracji planowania urbanistycznego, wyników zdrowotnych i zarządzania populacją w ramach ujednoliconych systemów zarządzania. Koncepcja Naveha uzasadniała systematyczną interwencję w osiedla ludzkie, wykorzystując te same zasady ekologiczne, które leżą u podstaw nadzoru środowiskowego, tworząc teoretyczne podstawy **kompleksowego zarządzania populacją poprzez integrację polityki środowiskowej i zdrowotnej** .



Calkowity ekosystem czlowieka

28 lipca 2024 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Inicjatywa na rzecz szczepień dzieci (1990) ¹⁰

Opierając się na modelu koordynacji Zespołu Zadaniowego ds. Przetrwania Dzieci, Inicjatywa Szczepień Dzieci rozszerzyła systematyczne dostarczanie szczepionek poprzez integrację badań i rozwoju, danych z nadzoru oraz kanałów dystrybucji w celu stworzenia „idealnych” szczepionek zoptymalizowanych pod kątem wdrożenia logistycznego, a nie wyników klinicznych. CVI wdrożył całościowe podejście Naveha do ekosystemu, traktując rozwój szczepionek jako problem inżynierii systemowej, który integrował zmienne biologiczne, logistyczne i behawioralne w ujednolicone systemy produkcji i dostarczania. Inicjatywa ta pokazała, jak interwencje zdrowotne można projektować od początku z myślą o wdrożeniu na skalę populacyjną, wykorzystując sieci nadzoru ustanowione przez INCLEN oraz instytucjonalne mechanizmy koordynacji opracowane przez Zespół Zadaniowy, aby stworzyć kompleksowe programy szczepień, które funkcjonowałyby jako infrastruktura zarządzania, a nie interwencje medyczne.



Nowe infekcje: zagrożenia mikrobiologiczne dla zdrowia w Stanach Zjednoczonych (1992) ¹¹

Przełomowy raport Instytutu Medycyny, któremu współprzewodniczył Joshua Lederberg, ustanowił fundamentalny argument naukowy na rzecz globalizacji zarządzania zdrowiem, opierając się na systematycznym podejściu CVI do interwencji zdrowotnych.

Raport podkreślił nieuchronność rozprzestrzeniania się chorób w świecie pełnym wzajemnych powiązań i promował nadzór oraz modelowanie predykcyjne jako podstawowe narzędzia, **dostarczając naukowego uzasadnienia dla rozbudowy sieci nadzoru opracowanych w ramach INCLIN i GEMS w kompleksowe globalne systemy monitorowania**. Raport ten przekształcił model koordynacji operacyjnej Zespołu ds. Przetrwania Dzieci w trwałe ramy naukowe, uzasadniające ciągły nadzór i możliwości interwencji, ustanawiając intelektualne podstawy do traktowania zdrowia jako globalnego problemu bezpieczeństwa, wymagającego systematycznego zarządzania technokratycznego, a nie reakcji klinicznej.

 **National Library of Medicine**
National Center for Biotechnology Information

Log in



Advanced

Search

User Guide

Save

Email

Send to

Display options

Review

Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States

Institute of Medicine (US) Committee on Emerging Microbial Threats to Health
Joshua Lederberg, Robert E. Shope, Stanley C. Oaks Jr., editors.

Washington (DC): National Academies Press (US); 1992.

PMID: 25121245 Bookshelf ID: NBK234855 DOI: 10.17226/2008

[Free Books & Documents](#)

Excerpt

The emergence of HIV disease and AIDS, the reemergence of tuberculosis, and the increased opportunity for disease spread through international travel demonstrate the critical importance of global vigilance for infectious diseases.

FULL TEXT LINKS

[PDF](#) [HTML](#) [PRINT](#)

[NAP.edu](#)

 Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States

ACTIONS

[Cite](#)

[Collections](#)

[Permalink](#)

PAGE NAVIGATION

Nasza planeta, nasze zdrowie (1992) [12](#)

Opublikowany równolegle z raportem Instytutu Medycyny dokument WHO „*Nasza planeta, nasze zdrowie*” formalnie zintegrował klimat, bioróżnorodność i choroby w jeden system polityczny, włączając koncepcje ekosystemu ludzkiego Naveha do oficjalnej międzynarodowej polityki zdrowotnej. Dokument opierał się na argumentach naukowych przedstawionych w dokumencie „*Nowe zakażenia*”, uzasadniając rozszerzenie zarządzania zdrowiem poza nadzór nad chorobami, obejmując kompleksowe systemy zarządzania środowiskiem i zachowaniami. Łącznie te dokumenty z 1992 roku uzasadniały trwałe przejście **od reaktywnej opieki zdrowotnej do prewencyjnej kontroli populacji, rozumianej jako globalne bezpieczeństwo zdrowotne**, tworząc ramy koncepcyjne dla integracji systemów monitorowania środowiska ustanowionych przez UNEP GEMS z systematycznymi interwencjami zdrowotnymi opracowanymi w modelach CVI i Task Force.



World Health
Organization



Institutional Repository
for Information Sharing

English

Contact
Help

Search IRIS

Search

BROWSE

All of IRIS

Communities & Collections

By Issue Date

Authors

Titles

Subjects

This Collection

By Issue Date

Authors

Our planet, our health : report of the WHO Commission on Health and Environment



View/Open

9241561483.pdf (2.064Mb)

Citation

WHO Commission on Health and Environment & World Health Organization. (1992). Our planet, our health : report of the WHO Commission on Health and Environment. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/37933>

Export

Description

Issued in Spanish as: Publicación científica / Organización Panamericana de la Salud ; no. 544
jap published by: Kankyo Sangyo Shinbun Co. Ltd
282 p.

ISBN

9241561483
8877731907 (ita)
522503263x (Russian)

Europejska Naukowa Grupa Robocza ds. Grypy (1992)

Utworzenie ESWI, zinstytucjonalizowanego transgranicznego organu naukowego w zakresie planowania pandemicznego, zapewniło mechanizm operacyjny do wdrażania zintegrowanych ram zarządzania klimatem i zdrowiem, ustanowionych w równoległych raportach WHO i Instytutu Medycyny z 1992 roku. **ESWI zrzeszało wirusologów, immunologów i modelarzy, doradzając rządowi i organom międzynarodowym, będąc niemal w całości finansowanym przez firmy farmaceutyczne**. Stworzyło to prototyp ponadnarodowych sieci ekspertów, które integrowały interesy komercyjne w strukturach organów naukowych. Inicjatywa ta **wdrożyła w życie możliwości nadzoru i modelowania predykcijnego opracowane w ramach INCLEN** poprzez utworzenie stałych sieci doradczych, które mogłyby koordynować reakcje międzynarodowe, zapewniając jednocześnie **wkład przemysłu farmaceutycznego w rozwój polityki za pośrednictwem kanałów wiedzy technicznej**.



ESWI

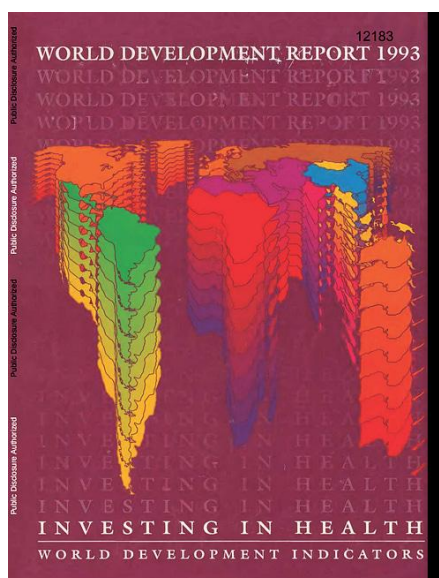
11 października 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Raport o rozwoju świata: Inwestowanie w zdrowie (1993) [13](#)

Flagowy dokument Banku Światowego dotyczący polityki zdrowotnej ustanowił analizę

efektywności kosztowej jako podstawowe ramy alokacji zasobów w globalnej opiece zdrowotnej, zapewniając **mechanizm wdrażania finansowego dla zintegrowanych systemów zarządzania** opisanych w raportach z 1992 roku oraz sieci ekspertów utworzonych w ramach ESWI. Raport promował **świadczanie opieki zdrowotnej oparte na zasadach rynkowych** i priorytetyzował interwencje oparte na modelowaniu ekonomicznym, a nie na potrzebach klinicznych, **przekształcając wyniki zdrowotne w kalkulacje finansowe, którymi można było systematycznie zarządzać za pomocą danych z monitoringu gromadzonych za pośrednictwem sieci INCLEN i GEMS**. Te ramy osadziły technokratyczne wskaźniki efektywności w międzynarodowym finansowaniu rozwoju, tworząc architekturę finansową **uzależniającą pomoc zdrowotną od zgodności ze standardowymi wskaźnikami opracowanymi w ramach Inicjatywy na rzecz Szczepień Dzieci (Children's Vaccine Initiative) i modeli koordynacji Grupy Zadaniowej ds. Przeżywalności Dzieci (Task Force for Child Survival)**.



step of the preparation of the Report. I would like to record my appreciation to WHO and to its many staff members at global and regional levels who facilitated this partnership. The Report has benefited greatly from WHO's extensive technical expertise. Starting from the Report's conception, WHO participated actively by providing data on various aspects of health development and systematic input for many technical consultations. Perhaps WHO's most significant contribution was in a jointly sponsored assessment of the global burden of disease, which is a key element of the Report. I look forward to continued collaboration between the World Bank and WHO in the discussion and implementation of the messages in this Report. The United Nations Children's Fund (UNICEF), bilateral agencies, and other institutions also contributed their expertise, and the World Bank is grateful to them as well. Specific acknowledgments are provided elsewhere in the Report.

Like its predecessors, *World Development Report 1993* includes the World Development Indicators, which offer selected social and economic statistics on 127 countries. The Report is a study by the Bank's staff, and the judgments made herein do not necessarily reflect the views of the Board of Directors or of the governments they represent.

Lewis T. Preston
President
The World Bank

May 31, 1993

This Report has been prepared by a team led by Dean T. Jamison and comprising José Luis Bobadilla, Robert Hecht, Kenneth Hill, Philip Mugford, Helen Saucman, Jee-Ping Tan, and, part-time, Seth Berkley and Christopher J. L. Murray. Anthony R. Mosham drafted and coordinated contributions from the Bank's Population, Health, and Nutrition Department. Valuable contributions and advice were provided by Susan Cochran, Thomas W. Merrell, W. Henry Mosley, Alexander Pylak, Lisa Pritchett, and Michael Walton. Extensive input to the Report from the World Health Organization was coordinated through a Steering Committee chaired by Jean-Paul Jarhell. An Advisory Committee chaired by Richard G. A. Fether provided valuable guidance at all stages of the Report's preparation. Members of these committees are listed in the Acknowledgments. Peter Cowley, Anna E. Marquis, Barbara J. McKinney, Karina Saleh, and Abdo S. Yusef served as research associates, and interns Lucia A. Brown, Caroline J. Cook, Anna Godal, and Vito Luigi Tazari assisted the team. The work was carried out under the general direction of Lawrence H. Summers and Nancy Brethall.

Many others inside and outside the Bank provided helpful comments and contributions (see the Bibliographical note). The Bank's International Economics Department contributed to the data appendix and was responsible for the World Development Indicators. The production staff of the Report included Ann Beasley, Stephanie Gend, Jane Gould, Kenneth Hale, Jeffrey N. Leckwell, Nancy Levine, Hugh Breen, Kathy Flores, and Walter Borenstein. The support staff was headed by Rhonda Blade-Chavez and included Lailan Ali and Nyambura Konani. Trinidad S. Angeles served as administrative assistant. John Browning was the principal editor, and Robert Pervan-Rita edited two chapters.

Preparation of this Report was immensely aided by contributions of the participants in a series of consultations and seminars; the subjects and the names of participants are listed in the Acknowledgments. The consultations could not have occurred without financial cooperation from the following organizations, whose assistance is warmly acknowledged: the Canadian International Development Association, the Danish International Development Agency, the Edna McConnell Clark Foundation, the Norwegian Ministry of Foreign Affairs, the Rockefeller Foundation, the Swiss Development Cooperation, the U.S. Agency for International Development, the Overseas Development Administration of the United Kingdom, and the Environmental Health Division and the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases of the World Health Organization. The World Health Organization and the United Nations Children's Fund contributed to the preparation of the statistical appendix. Three academic institutions—the Harvard Center for Population and Development Studies, the London School of Hygiene and Tropical Medicine, and the Swiss Tropical Institute—provided important support for the preparation of the Report.

Choroba Creutzfelda-Jacobsa (1996) [14](#)

Kryzys BSE stanowił **pierwszy praktyczny test zintegrowanych ram nadzoru, doradztwa eksperckiego i finansowania** ustanowionych w latach 1992-1993. Młody matematyk Neil Ferguson opracował modele obliczeniowe, które uzasadniały prewencyjny **ubój ponad 4 milionów sztuk bydła w oparciu o prognozy statystyczne, a nie potwierdzone zakażenia**. Ten epizod pokazał, jak sieci ekspertów, których przykładem jest ESWI, mogły stanowić autorytet naukowy dla masowych interwencji populacyjnych, podczas gdy ramy Banku Światowego dotyczące opłacalności mogły uzasadniać zakłócenia gospodarcze w oparciu o algorytmiczne oceny ryzyka. Kryzys **ustanowił modelowanie matematyczne jako wystarczające uzasadnienie dla masowych interwencji niezależnie od faktycznej obecności choroby, tworząc precedens operacyjny dla algorytmicznego podejmowania decyzji w kontroli populacji**, który później został rozszerzony od populacji zwierzęcej do ludzkiej dzięki infrastrukturze instytucjonalnej rozwiniętej od czasów Alma-Aty.



[Rezolucja WHA56.19](#)

12 października 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Incydent CNN (1996)

Po tym, jak kryzys BSE zademonstrował algorytmiczną kontrolę populacji, CNN opublikowała program „*Zabójcze zagrożenia miliardowego biznesu szczepionkowego z rządową aprobatą*”, **ujawniając systematyczne przechwytywanie przepisów, konflikty interesów finansowych i celowe ukrywanie danych dotyczących bezpieczeństwa szczepionek przez agencje federalne i firmy farmaceutyczne**. Śledztwo ujawniło, że spotkania doradcze ACIP były zdominowane przez przedstawicieli firm farmaceutycznych, że bezpieczniejsze szczepionki były wstrzymywane w celu ochrony marży zysku, a **tarcza odpowiedzialności z 1986 roku zniosła zachęty dla branży do dbania o bezpieczeństwo, przerzucając jednocześnie koszty na podatników**. Był to ostatni przypadek wrogiego dziennikarstwa farmaceutycznego prowadzonego przez główne media przed całkowitym przejściem przepisów i narracji przez branżę, co pokazuje, jak sieci ekspertów, uosabiane przez ESWI, uzyskały kompleksową kontrolę zarówno nad kształtowaniem polityki, jak i dyskursem publicznym na temat interwencji zdrowotnych.



[Śmiertelne zagrożenia szczepionkowe CNN z 1996 r.](#)

15 lutego 2024 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Przypadek testowy zarządzania populacją zwierząt (1997)

Opierając się na precedensie algorytmicznego podejmowania decyzji, ustanowionym podczas kryzysu BSE i mającym miejsce w trakcie medialnego przechwycenia udokumentowanego

przez CNN, wybuch epidemii wirusa H5N1 w Hongkongu posłużył jako kluczowy dowód słuszności koncepcji systematycznego zarządzania populacją poprzez sieci doradztwa eksperckiego. Dzięki koordynacji ze strony ESWI i wsparciu protokołów Foege z czasów CDC, dokonano selekcji 1,6 miliona sztuk drobiu w oparciu o modelowanie predykcyjne i ocenę ryzyka, a nie o potwierdzoną obecność choroby. To wydarzenie potwierdziło słuszność modelu operacyjnego: *matematyczny wyzwalacz* → *konsultacje eksperckie* → *masowa interwencja*, pokazując, że dane z nadzoru przetwarzane przez algorytmy sieci eksperckiej mogą uzasadniać szybkie i drastyczne środki w imię zapobiegania chorobom, tworząc skalowalny szablon do stosowania systematycznych środków kontroli populacji opartych na technokratycznej ocenie ryzyka, a nie na dowodach klinicznych.

Avian Influenza Virus in Humans in Hong Kong

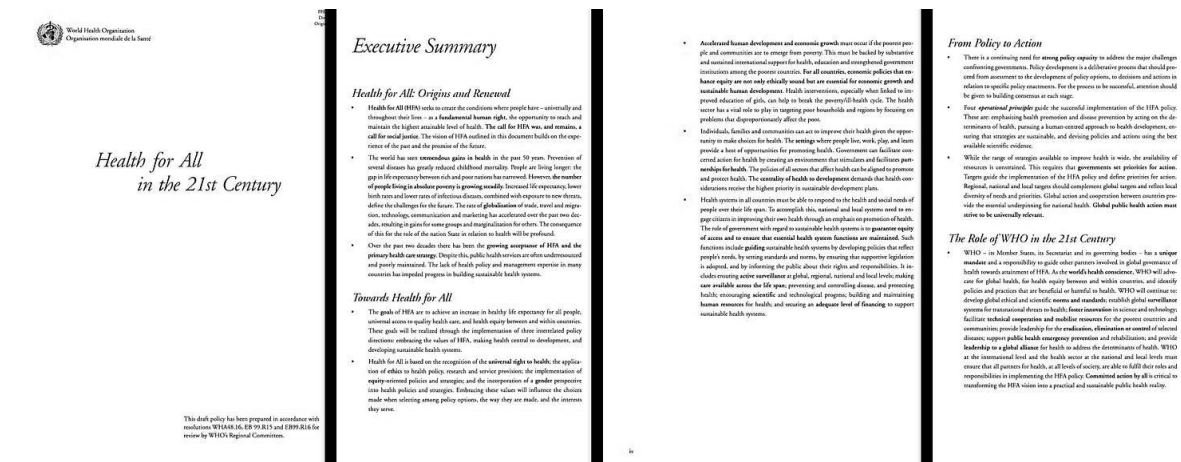
In May 1997, a 3-year-old boy in Hong Kong contracted an influenza-like illness. Later, many diagnoses included the isolation in cell culture of a reagent distributed for diagnosis of human influenza viruses. By August in the United States (22) had confirmed that the isolate was A/Hong Kong/181/97, a novel reassortant virus. This isolate was considered representative of those responsible for which several thousand chickens had died. Molecular analysis of the avian influenza virus.

Because the human cases of human infection with H5N1 virus were seen in no person-to-person spread, however, surveillance for influenza was

As summarized on their Internet disease surveillance site, the Hong Kong Centre for Disease Control (CDC) (23) reported that cases of the confirmed cases were first identified in 17 of which 5 cases died on 1 or May, the case-fatality rates were 100% in children and 50% in adults in

Investigation of the circumstances surrounding each case was undertaken. Cases in the United States and Japan. Except for one (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160) (161) (162) (163) (164) (165) (166) (167) (168) (169) (170) (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229) (230) (231) (232) (233) (234) (235) (236) (237) (238) (239) (240) (241) (242) (243) (244) (245) (246) (247) (248) (249) (250) (251) (252) (253) (254) (255) (256) (257) (258) (259) (260) (261) (262) (263) (264) (265) (266) (267) (268) (269) (270) (271) (272) (273) (274) (275) (276) (277) (278) (279) (280) (281) (282) (283) (284) (285) (286) (287) (288) (289) (290) (291) (292) (293) (294) (295) (296) (297) (298) (299) (300) (301) (302) (303) (304) (305) (306) (307) (308) (309) (310) (311) (312) (313) (314) (315) (316) (317) (318) (319) (320) (321) (322) (323) (324) (325) (326) (327) (328) (329) (330) (331) (332) (333) (334) (335) (336) (337) (338) (339) (340) (341) (342) (343) (344) (345) (346) (347) (348) (349) (350) (351) (352) (353) (354) (355) (356) (357) (358) (359) (360) (361) (362) (363) (364) (365) (366) (367) (368) (369) (370) (371) (372) (373) (374) (375) (376) (377) (378) (379) (380) (381) (382) (383) (384) (385) (386) (387) (388) (389) (390) (391) (392) (393) (394) (395) (396) (397) (398) (399) (400) (401) (402) (403) (404) (405) (406) (407) (408) (409) (410) (411) (412) (413) (414) (415) (416) (417) (418) (419) (420) (421) (422) (423) (424) (425) (426) (427) (428) (429) (430) (431) (432) (433) (434) (435) (436) (437) (438) (439) (440) (441) (442) (443) (444) (445) (446) (447) (448) (449) (450) (451) (452) (453) (454) (455) (456) (457) (458) (459) (460) (461) (462) (463) (464) (465) (466) (467) (468) (469) (470) (471) (472) (473) (474) (475) (476) (477) (478) (479) (480) (481) (482) (483) (484) (485) (486) (487) (488) (489) (490) (491) (492) (493) (494) (495) (496) (497) (498) (499) (500) (501) (502) (503) (504) (505) (506) (507) (508) (509) (510) (511) (512) (513) (514) (515) (516) (517) (518) (519) (520) (521) (522) (523) (524) (525) (526) (527) (528) (529) (530) (531) (532) (533) (534) (535) (536) (537) (538) (539) (540) (541) (542) (543) (544) (545) (546) (547) (548) (549) (550) (551) (552) (553) (554) (555) (556) (557) (558) (559) (560) (561) (562) (563) (564) (565) (566) (567) (568) (569) (570) (571) (572) (573) (574) (575) (576) (577) (578) (579) (580) (581) (582) (583) (584) (585) (586) (587) (588) (589) (590) (591) (592) (593) (594) (595) (596) (597) (598) (599) (600) (601) (602) (603) (604) (605) (606) (607) (608) (609) (610) (611) (612) (613) (614) (615) (616) (617) (618) (619) (620) (621) (622) (623) (624) (625) (626) (627) (628) (629) (630) (631) (632) (633) (634) (635) (636) (637) (638) (639) (640) (641) (642) (643) (644) (645) (646) (647) (648) (649) (650) (651) (652) (653) (654) (655) (656) (657) (658) (659) (660) (661) (662) (663) (664) (665) (666) (667) (668) (669) (670) (671) (672) (673) (674) (675) (676) (677) (678) (679) (680) (681) (682) (683) (684) (685) (686) (687) (688) (689) (690) (691) (692) (693) (694) (695) (696) (697) (698) (699) (700) (701) (702) (703) (704) (705) (706) (707) (708) (709) (710) (711) (712) (713) (714) (715) (716) (717) (718) (719) (720) (721) (722) (723) (724) (725) (726) (727) (728) (729) (730) (731) (732) (733) (734) (735) (736) (737) (738) (739) (740) (741) (742) (743) (744) (745) (746) (747) (748) (749) (750) (751) (752) (753) (754) (755) (756) (757) (758) (759) (760) (761) (762) (763) (764) (765) (766) (767) (768) (769) (770) (771) (772) (773) (774) (775) (776) (777) (778) (779) (780) (781) (782) (783) (784) (785) (786) (787) (788) (789) (790) (791) (792) (793) (794) (795) (796) (797) (798) (799) (800) (801) (802) (803) (804) (805) (806) (807) (808) (809) (810) (811) (812) (813) (814) (815) (816) (817) (818) (819) (820) (821) (822) (823) (824) (825) (826) (827) (828) (829) (830) (831) (832) (833) (834) (835) (836) (837) (838) (839) (840) (841) (842) (843) (844) (845) (846) (847) (848) (849) (850) (851) (852) (853) (854) (855) (856) (857) (858) (859) (860) (861) (862) (863) (864) (865) (866) (867) (868) (869) (870) (871) (872) (873) (874) (875) (876) (877) (878) (879) (880) (881) (882) (883) (884) (885) (886) (887) (888) (889) (890) (891) (892) (893) (894) (895) (896) (897) (898) (899) (900) (901) (902) (903) (904) (905) (906) (907) (908) (909) (910) (911) (912) (913) (914) (915) (916) (917) (918) (919) (920) (921) (922) (923) (924) (925) (926) (927) (928) (929) (930) (931) (932) (933) (934) (935) (936) (937) (938) (939) (940) (941) (942) (943) (944) (945) (946) (947) (948) (949) (950) (951) (952) (953) (954) (955) (956) (957) (958) (959) (960) (961) (962) (963) (964) (965) (966) (967) (968) (969) (970) (971) (972) (973) (974) (975) (976) (977) (978) (979) (980) (981) (982) (983) (984) (985) (986) (987) (988) (989) (990) (991) (992) (993) (994) (995) (996) (997) (998) (999) (1000) (1001) (1002) (1003) (1004) (1005) (1006) (1007) (1008) (1009) (1010) (1011) (1012) (1013) (1014) (1015) (1016) (1017) (1018) (1019) (1020) (1021) (1022) (1023) (1024) (1025) (1026) (1027) (1028) (1029) (1030) (1031) (1032) (1033) (1034) (1035) (1036) (1037) (1038) (1039) (1040) (1041) (1042) (1043) (1044) (1045) (1046) (1047) (1048) (1049) (1050) (1051) (1052) (1053) (1054) (1055) (1056) (1057) (1058) (1059) (1060) (1061) (1062) (1063) (1064) (1065) (1066) (1067) (1068) (1069) (1070) (1071) (1072) (1073) (1074) (1075) (1076) (1077) (1078) (1079) (1080) (1081) (1082) (1083) (1084) (1085) (1086) (1087) (1088) (1089) (1090) (1091) (1092) (1093) (1094) (1095) (1096) (1097) (1098) (1099) (1100) (1101) (1102) (1103) (1104) (1105) (1106) (1107) (1108) (1109) (1110) (1111) (1112) (1113) (1114) (1115) (1116) (1117) (1118) (1119) (1120) (1121) (1122) (1123) (1124) (1125) (1126) (1127) (1128) (1129) (1130) (1131) (1132) (1133) (1134) (1135) (1136) (1137) (1138) (1139) (1140) (1141) (1142) (1143) (1144) (1145) (1146) (1147) (1148) (1149) (1150) (1151) (1152) (1153) (1154) (1155) (1156) (1157) (1158) (1159) (1160) (1161) (1162) (1163) (1164) (1165) (1166) (1167) (1168) (1169) (1170) (1171) (1172) (1173) (1174) (1175) (1176) (1177) (1178) (1179) (1180) (1181) (1182) (1183) (1184) (1185) (1186) (1187) (1188) (1189) (1190) (1191) (1192) (1193) (1194) (1195) (1196) (1197) (1198) (1199) (1200) (1201) (1202) (1203) (1204) (1205) (1206) (1207) (1208) (1209) (1210) (1211) (1212) (1213) (1214) (1215) (1216) (1217) (1218) (1219) (1220) (1221) (1222) (1223) (1224) (1225) (1226) (1227) (1228) (1229) (1230) (1231) (1232) (1233) (1234) (1235) (1236) (1237) (1238) (1239) (1240) (1241) (1242) (1243) (1244) (1245) (1246) (1247) (1248) (1249) (1250) (1251) (1252) (1253) (1254) (1255) (1256) (1257) (1258) (1259) (1260) (1261) (1262) (1263) (1264) (1265) (1266) (1267) (1268) (1269) (1270) (1271) (1272) (1273) (1274) (1275) (1276) (1277) (1278) (1279) (1280) (1281) (1282) (1283) (1284) (1285) (1286) (1287) (1288) (1289) (1290) (1291) (1292) (1293) (1294) (1295) (1296) (1297) (1298) (1299) (1300) (1301) (1302) (1303) (1304) (1305) (1306) (1307) (1308) (1309) (1310) (1311) (1312) (1313) (1314) (1315) (1316) (1317) (1318) (1319) (1320) (1321) (1322) (1323) (1324) (1325) (1326) (1327) (1328) (1329) (1330) (1331) (1332) (1333) (1334) (1335) (1336) (1337) (1338) (1339) (1340) (1341) (1342) (1343) (1344) (1345) (1346) (1347) (1348) (1349) (1350) (1351) (1352) (1353) (1354) (1355) (1356) (1357) (1358) (1359) (1360) (1361) (1362) (1363) (1364) (1365) (1366) (1367) (1368) (1369) (1370) (1371) (1372) (1373) (1374) (1375) (1376) (1377) (1378) (1379) (1380) (1381) (1382) (1383) (1384) (1385) (1386) (1387) (1388) (1389) (1390) (1391) (1392) (1393) (1394) (1395) (1396) (1397) (1398) (1399) (1400) (1401) (1402) (1403) (1404) (1405) (1406) (1407) (1408) (1409) (1410) (1411) (1412) (1413) (1414) (1415) (1416) (1417) (1418) (1419) (1420) (1421) (1422) (1423) (1424) (1425) (1426) (1427) (1428) (1429) (1430) (1431) (1432) (1433) (1434) (1435) (1436) (1437) (1438) (1439) (1440) (1441) (1442) (1443) (1444) (1445) (1446) (1447) (1448) (1449) (1450) (1451) (1452) (1453) (1454) (1455) (1456) (1457) (1458) (1459) (1460) (1461) (1462) (1463) (1464) (1465) (1466) (1467) (1468) (1469) (1470) (1471) (1472) (1473) (1474) (1475) (1476) (1477) (1478) (1479) (1480) (1481) (1482) (1483) (1484) (1485) (1486) (1487) (1488) (1489) (1490) (1491) (1492) (1493) (1494) (1495) (1496) (1497) (1498) (1499) (1500) (1501) (1502) (1503) (1504) (1505) (1506) (1507) (1508) (1509) (1510) (1511) (1512) (1513) (1514) (1515) (1516) (1517) (1518) (1519) (1520) (1521) (1522) (1523) (1524) (1525) (1526) (1527) (1528) (1529) (1530) (1531) (1532) (1533) (1534) (1535) (1536) (1537) (1538) (1539) (1540) (1541) (1542) (1543) (1544) (1545) (1546) (1547) (1548) (1549) (1550) (1551) (1552) (1553) (1554) (1555) (1556) (1557) (1558) (1559) (1560) (1561) (1562) (1563) (1564) (1565) (1566) (1567) (1568) (1569) (1570) (1571) (1572) (1573) (1574) (1575) (1576) (1577) (1578) (1579) (1580) (1581) (1582) (1583) (1584) (1585) (1586) (1587) (1588) (1589) (1590) (1591) (1592) (1593) (1594) (1595) (1596) (1597) (1598) (1599) (1600) (1601) (1602) (1603) (1604) (1605) (1606) (1607) (1608) (1609) (1610) (1611) (1612) (1613) (1614) (1615) (1616) (1617) (1618) (1619) (1620) (1621) (1622) (1623) (1624) (1625) (1626) (1627) (1628) (1629) (1630) (1631) (1632) (1633) (1634) (1635) (1636) (1637) (1638) (1639) (1640) (1641) (1642) (1643) (1644) (1645) (1646) (1647) (1648) (1649) (1650) (1651) (1652) (1653) (1654) (1655) (1656) (1657) (1658) (1659) (1660) (1661) (1662) (1663) (1664) (1665) (1666) (1667) (1668) (1669) (1670) (1671) (1672) (1673) (1674) (1675) (1676) (1677) (1678) (1679) (1680) (1681) (1682) (1683) (1684) (1685) (1686) (1687) (1688) (1689) (1690) (1691) (1692) (1693) (1694) (1695) (1696) (1697) (1698) (1699) (1700) (1701) (1702) (1703) (1704) (1705) (1706) (1707) (1708) (1709) (1710) (1711) (1712) (1713) (1714) (1715) (1716) (1717) (1718) (1719) (1720) (1721) (1722) (1723) (1724) (1725) (1726) (1727) (1728) (1729) (1730) (1731) (1732) (1733) (1734) (1735) (1736) (1737) (1738) (1739) (1740) (1741) (1742) (1743) (1744) (1745) (1746) (1747) (1748) (1749) (1750) (1751) (1752) (1753) (1754) (1755) (1756) (1757) (1758) (1759) (1760) (1761) (1762) (1763) (1764) (1765) (1766) (1767) (1768) (1769) (1770) (1771) (1772) (1773) (1774) (1775) (1776) (1777) (1778) (1779) (1780) (1781) (1782) (1783) (1784) (1785) (1786) (1787) (1788) (1789) (1790) (1791) (1792) (1793) (1794) (1795) (1796) (1797) (1798) (1799) (1800) (1801) (1802) (1803) (1804) (1805) (1806) (1807) (1808) (1809) (1810) (1811) (1812) (1813) (1814) (1815) (1816) (1817) (1818) (1819) (1820) (1821) (1822) (1823) (1824) (1825) (1826) (1827) (1828) (1829) (1830) (1831) (1832) (1833) (1834) (1835) (1836) (1837) (1838) (1839) (1840) (1841) (1842) (1843) (1844) (1845) (1846) (1847) (1848) (1849) (1850) (1851) (1852) (1853) (1854) (1855) (1856) (1857) (1858) (1859) (1860) (1861) (1862) (1863) (1864) (1865) (1866) (1867) (1868) (1869) (1870) (1871) (1872) (1873) (1874) (1875) (1876) (1877) (1878) (1879) (1880) (1881) (1882) (1883) (1884) (1885) (1886) (1887) (1888) (1889) (1890) (1891) (1892) (1893) (1894) (1895) (1896) (1897) (1898) (1899) (1900) (1901) (1902) (1903) (1904) (1905) (1906) (1907) (1908) (1909) (1910) (1911) (1912) (1913) (1914) (1915) (1916) (1917) (1918) (1919) (1920) (1921) (1922) (1923) (1924) (1925) (1926) (1927) (1928) (1929) (1930) (1931) (1932) (1933) (1934) (1935) (1936) (1937) (1938) (1939) (1940) (1941) (1942) (1943) (1944) (1945) (1946) (1947) (1948) (1949) (1950) (1951) (1952) (1953) (1954) (1955) (1956) (1957) (1958) (1959) (1960) (1961) (1962) (1963) (1964) (1965) (1966) (1967) (1968) (1969) (1970) (1971) (1972) (1973) (1974) (1975) (1976) (1977) (1978) (1979) (1980) (1981) (1982) (1983) (1984) (1985) (1986) (1987) (1988) (1989) (1990) (1991) (1992) (1993) (1994) (1995) (1996) (1997) (1998) (1999) (2000) (2001) (2002) (2003) (2004) (2005) (2006) (2007) (2008) (2009) (2010) (2011) (2012) (2013) (2014) (2015) (2016) (2017) (2018) (2019) (2020) (2021) (2022) (2023) (2024) (2025) (2026) (2027) (2028) (2029) (2030) (2031) (2032) (2033) (2034) (2035) (2036) (2037) (2038) (2039) (2040) (2041) (2042) (2043) (2044) (2045) (2046) (2047) (2048) (2049) (2050) (2051) (2052) (2053) (2054) (2055) (2056) (2057) (2058) (2059) (2060) (2061) (2062) (2063) (2064) (2065) (2066) (2067) (2068) (2069) (2070) (2071) (2072) (2073) (2074) (2075) (2076) (2077) (2078) (2079) (2080) (2081) (2082) (2083) (2084) (2085) (2086) (2087) (2088) (2089) (2090) (2091) (2092) (2093) (2094) (2095) (2096) (2097) (2098) (2099) (2100) (2101) (2102) (2103) (2104) (2105) (2106) (2107) (2108) (2109) (2110) (2111) (2112) (2113) (2114) (2115) (2116) (2117) (2118) (2119) (2120) (2121) (2122) (2123) (2124) (2125) (2126) (2127) (2128) (2129) (2130) (2131) (2132) (2133) (2134) (2135) (2136) (2137) (2138) (2139) (2140) (2141) (2142) (2143) (2144) (2145) (2146) (2147) (2148) (2149) (21

a jednocześnie rozszerzając zakres zdrowia publicznego na wszystkie aspekty życia społecznego i gospodarczego. Te ramy koncepcyjne zapewniły ideologiczne podstawy do integracji systemów nadzoru opracowanych w ramach UNEP GEMS z sieciami doradztwa eksperckiego, których przykładem jest ESWI, tworząc teoretyczne uzasadnienie dla kompleksowego zarządzania populacją poprzez politykę zdrowotną, które później zostało wdrożone w ramach Celów Zrównoważonego Rozwoju.



Plan gotowości na pandemię grypy w Stanach Zjednoczonych (1997)

Plan, którego autorami byli Peter Patriarca i Nancy Cox, połączył ramy nadzoru Foege'a z 1978 roku z europejską architekturą pandemiczną ESWI, jednocześnie **rozszerzając uprawnienia prawne ustanowione przez Alma-Atę o kompleksowe możliwości interwencji populacyjnej**. Plan zakładał **szczepienie całych populacji**, zintegrowanie reakcji na pandemię z ogólnymi programami szczepień dla dorosłych oraz **pozyskanie szerokiego udziału przemysłu farmaceutycznego wraz z ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej, operacjonalizując model sieci ekspertów opracowany przez ESWI w krajowych ramach prawnych**. Plan zakładał upoważnienie WHO do deklarowania pandemii i **rozszerzenie szczepień na „grupy niestandardowe”, w tym zdrowe dzieci i dorosłych**, tworząc operacyjny szablon dla interwencji obejmujących całą populację w oparciu o algorytmiczną ocenę ryzyka, a nie kliniczną konieczność, a jednocześnie ustanawiając precedens prawny dla podporządkowania krajowej polityki zdrowotnej międzynarodowym decyzjom ekspertów.

group of scientists from government health control and Prevention, the Food and Drug Administration, and academic institutions. "The idea of a pandemic preparedness and emergency response plan (for the flu) for short, they began to lay out with the next killer flu. The group of scientists harbors no illusions about what it's up to: stop a pandemic," says the CDC's Dr. Nancy Cox. "By the time you realize things are real, it's too late. A virus spread by respiratory route can be deadly."

Plan na pandemię w USA z udziałem Nancy Cox

16 października 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

DoD: Globalny, rozwijający się nadzór nad zakażeniami (1997)

Dyrektywa NSTC-7 Prezydenta ustanowiła GEIS jako globalną sieć nadzoru wojskowego, która zmilitaryzowała cywilne systemy monitoringu opracowane w ramach UNEP GEMS i SCOPE 3, integrując dane dotyczące zdrowia, monitoring zwierząt i pobieranie próbek środowiskowych z operacjami wywiadowczymi Departamentu Obrony (DoD). Program stworzył „laboratoria partnerskie” na całym świecie, które zapewniały identyfikację patogenów w czasie rzeczywistym, sekwencjonowanie genomu i dane epidemiologiczne w ramach koordynacji wojskowej, jednocześnie dostosowując się do równoległych inicjatyw obserwacji Ziemi, aby zbiec się w kierunku zintegrowanego Globalnego Systemu Systemów Obserwacji Ziemi (GEOSS). Stanowiło to operacyjne połączenie nadzoru zdrowotnego, środowiskowego i wojskowego w ujednolicony system monitorowania planetarnego ze szczegółowymi specyfikacjami dotyczącymi harmonizacji danych i bezpiecznych mechanizmów transferu informacji, które omijały tradycyjne cywilne struktury nadzoru, tworząc kompleksową infrastrukturę nadzoru niezbędną do wdrożenia zdolności interwencji populacyjnej określonych w równoległym Planie Pandemicznym USA z 1997 roku.

mandates in order to ensure that response
outbreaks that have the potential to adv
United States citizens will be more clear
ponses to epidemics overseas. In disaste
lopment (USAID) will continue to addr
ise (DOD) will be expanded to include
ngthen its global disease reduction effort
red involvement with military treatment
nostic capacity at its three domestic and
al points for the training of foreign techn

Departament Obrony

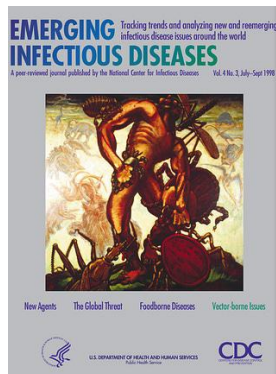
9 listopada 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

CDC-EID tom 4 nr 3 (1998) [16](#)

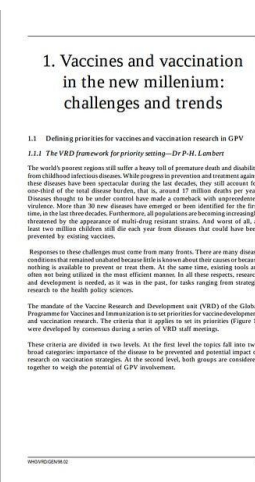
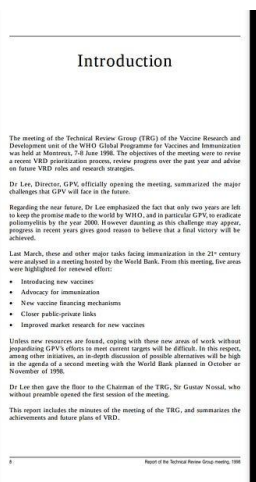
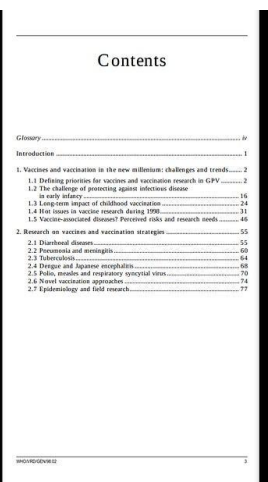
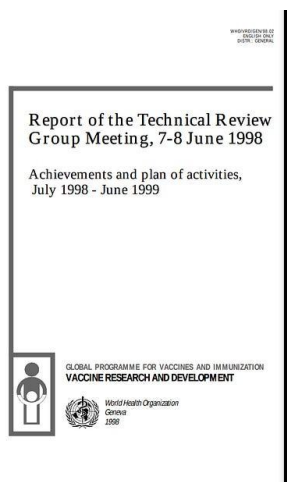
W tym numerze „Emerging Infectious Diseases” przedstawiono naukowe uzasadnienie dla infrastruktury nadzoru budowanej w ramach GEIS i Planu Pandemicznego z 1997 roku, a także artykuły, które idealnie wpisywały się w wojskowe i międzynarodowe cele zarządzania zdrowiem, ustanowione przez globalne sieci monitoringu Departamentu Obrony. Publikacja, z udziałem gwiazdorskich autorów, takich jak **Anthony Fauci, Joshua Lederberg, Stephen A. Morse, Donna Shalala i inni**, wzmocniła tematykę globalnych zagrożeń chorobami, ryzyka rozprzestrzeniania się chorób odzwierzęcych, szczepień oraz konieczności skoordynowanych międzynarodowych systemów nadzoru, jednocześnie legitymizując integrację monitoringu zdrowia zwierząt, środowiska i ludzi, opracowanego w ramach UNEP GEMS i zmilitaryzowanego przez GEIS. Harmonogram i treść publikacji wykazały płynną koordynację między publikacjami naukowymi CDC a wdrażanymi sieciami nadzoru operacyjnego, zapewniając recenzowane naukowe uzasadnienie dla militaryzacji

globalnego monitoringu zdrowia. oraz rozszerzenie możliwości modelowania predykcyjnego, które uzasadniałoby interwencje na poziomie populacji w oparciu o precedensy podejmowania decyzji algorytmicznych ustanowione podczas kryzysów BSE i H5N1.



Spotkanie koordynacyjne przemysłu szczepionkowego WHO (1998) [17](#)

To wczesne spotkanie koordynacyjne zgromadziło WHO, Fundację Rockefellera, Bank Światowy, UNICEF, Inicjatywę na rzecz Szczepionek dla Dzieci (Children's Vaccine Initiative) oraz dwanaście firm farmaceutycznych, aby **wdrożyć ramy partnerstwa publiczno-prywatnego, teoretycznie ustanowione przez ESWI, jednocześnie opierając się na uzasadnieniach naukowych opublikowanych w CDC-EID** . Spotkanie ustanowiło szablony dla rozwoju szczepionek, które zintegrowały strumienie danych z nadzoru generowane przez GEIS z interesami komercyjnych firm farmaceutycznych, wzywając do zwiększonego wykorzystania istniejących szczepionek, a jednocześnie koordynując się ze znacznym wzrostem inwestycji Fundacji Rockefellera w nadzór, począwszy od 1998 roku.



Plan WHO dotyczący gotowości na pandemię grypy (1999) [18](#)

Opierając się bezpośrednio na mechanizmach koordynacji publiczno-prywatnej ustanowionych na spotkaniu branży szczepionkowej w 1998 roku, **fundamentalny dokument WHO dotyczący gotowości na pandemię został w całości opracowany przez**

członków ESWI, co dowodzi całkowitego przejęcia przez interesy przemysłu farmaceutycznego głównego autorytetu w dziedzinie zdrowia publicznego na świecie . Plan ten ustanowił globalne protokoły nadzoru, wymogi dotyczące gromadzenia zapasów, przyspieszone procesy zatwierdzania i zrzeczenia się odpowiedzialności , które bezpośrednio służyły interesom komercyjnym firm farmaceutycznych, a jednocześnie były prezentowane jako niezależna polityka WHO oparta na naukowych ramach opublikowanych w CDC-EID. Dokument był zgodny z równoległymi planami pandemicznymi USA i Europy opracowanymi w 1997 roku, tworząc skoordynowane międzynarodowe ramy, które priorytetowo traktowały szczepienia nad opcjami leczenia, **ustanawiając jednocześnie precedens dla polityki zdrowotnej tworzonej przez przemysł, która została przyjęta jako oficjalne prawo międzynarodowe , wdrażając model sieci ekspertów opracowany przez ESWI w wiążące zobowiązania międzynarodowe.**



[ESWI](#)

11 października 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Nadzór nad chorobami w dorzeczu Mekongu (MBDS) (1999) [19](#)

W lutym 1999 roku Fundacja Rockefellera zaprosiła przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia z sześciu krajów dorzecza Mekongu do **utworzenia pierwszej transgranicznej sieci nadzoru nad chorobami** , wdrożywszy globalne ramy nadzoru ustanowione w ramach Planu Pandemicznego WHO z 1999 roku, a jednocześnie tworząc prototyp regionalnych systemów monitorowania, które mogłyby obejść suwerenność narodową. MBDS zademonstrował wykonalność opartych na zaufaniu sieci do transgranicznej wymiany danych i skoordynowanego reagowania na epidemie, **udowadniając, że międzynarodowe zarządzanie zdrowiem może zastąpić władzę krajową poprzez umowy o współpracy technicznej, a nie formalne traktaty** . Inicjatywa ustanowiła szablon operacyjny dla regionalnych sieci nadzoru nad chorobami, które zintegrowały wojskowe możliwości monitorowania opracowane w ramach GEIS z cywilnymi systemami opieki zdrowotnej, tworząc prototyp skalowania globalnej infrastruktury nadzoru poprzez partnerstwa regionalne, które później zostały rozszerzone za pośrednictwem CORDS i zintegrowane z ramami One Health.

NETWORK

Mekong Basin Disease Surveillance (MBDS): A Trust-Based Network

Bounlay Phommasek¹, Chuleeporn Jiraphongsa², Moe Ko Oo³, Katherine C. Bond⁴, Natalie Phaholythin⁵, Rasepon Suphanchaimai⁶, Kumnuan Ungchusak⁷, and Sarah B. Macfarlane⁸

¹Department of Disease Control, Ministry of Health, Lao PDR; ²Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand; ³MBDS Foundation, Thailand; ⁴Former Associate Director, The Rockefeller Foundation Asia Office, United States; ⁵Vicepresident, The Rockefeller Foundation Asia Office, United States; ⁶Ministry of Health, Lao PDR; ⁷Ministry of Health, Lao PDR; ⁸Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine, University of California San Francisco, United States

The Mekong Basin Disease Surveillance (MBDS) network was formally established in 2001 through a Memorandum of Understanding signed by six Ministers of Health of the countries in the Greater Mekong sub-region: Cambodia, China (Yunnan and Guangxi), Lao PDR, Myanmar, Thailand and Vietnam. The main areas of focus of the network are to: (i) improve cross-border infectious disease outbreak investigations and response by sharing surveillance data and best practices in disease recognition and reporting, and by jointly responding to outbreaks; (ii) develop expertise in epidemiological surveillance across the countries; and (iii) enhance communication between the countries. Consistent of senior health officials, epidemiologists, health practitioners, and other professionals, the MBDS has grown and matured over the years into an entity based on mutual trust that can be sustained over the future. Other regional and global initiatives are the network's pioneering work. In this paper, we describe the development of MBDS, the way in which it operates today, and some of its achievements. We present key challenges the network has faced and lessons its members have learned about how to develop sufficient trust for health and other professionals to alert each other to disease threats across national borders and thereby more effectively combat these threats.

Keywords: MBDS, mutual-based collaboration, Mekong Basin, infectious disease surveillance, regional network, cross-border disease threats, outbreak investigations and response, HIV, epidemiological capacity

Introduction

In February 1999, representatives of the six bordering countries through which the Mekong river runs – Cambodia, China (Yunnan and Guangxi), Lao PDR, Myanmar, Thailand, and Vietnam (Figure 1) – convened in Bangkok, Thailand, and agreed to work closely to combat disease outbreaks in the region countries referred to as the Greater Mekong Sub-region. At this meeting, facilitated by the Rockefeller Foundation (RF), participating epidemiologists and policy makers proposed creation of the Mekong Basin Disease Surveillance (MBDS) network, and open recruiting to their respective countries, outbreak personnel from their ministries of health to establish MBDS. Development of MBDS was in direct response to the 1997 memorandum of understanding between the World Health Organization (WHO) and the Association of South East Asian

Nations (ASEAN) which identified disease prevention and control as a priority for inter-country collaboration; and it coincided with a “wake-up call” from the WHO Director-General “for the world’s governments, decision makers, and the private sector to take action against infectious diseases before it is too late” (3). The flow of the Mekong river and its tributaries provide environmental continuity and shared livelihoods, but also common health challenges for people of diverse nationalities closely linked by culture, language, and linguistic ties. For example, cholera is a constant threat to livelihoods in all countries in the region, in reporting is politically sensitive particularly because of its threat to tourism (4). In 1999, when MBDS was conceived into a network, there was a serious outbreak of cholera in a remote northern province of Cambodia bordering Vietnam during which 15 cases and 36 deaths were

Boundary, Phnompenh et al.

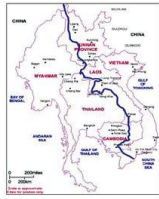


Fig. 1. Greater Mekong Sub-region. Source: United Nations Environment Programme (UNEP) (5).

reported (5). Cambodia recognized that not only did it need to strengthen community-based surveillance, but also that it could better contain such epidemics if Cambodian and Vietnamese epidemiologists and officials worked together.

Health status in the region also reflects national as well as regional economic and political diversity. So while the spectrum of communicable diseases in the six countries is qualitatively similar, incidence varies considerably. For example, in 2009 the incidence of tuberculosis in China, Lao PDR and Thailand ranged from 78 to 137 cases per 100,000 population, which was about half the incidence in Cambodia, Myanmar and Vietnam where it ranged from 119 to 167 per 100,000 (6). In 2009, infant mortality rates ranged from 42 to 90 per 1000 live births in Cambodia, Lao PDR and Myanmar compared to 1 to 19 per 1000 live births in Thailand, China and Vietnam.

The context in which MBDS emerged differed from the one in which it operates today. People living in the six countries were familiar with the danger of communicable diseases – such as multi-drug-resistant malaria, dengue hemorrhagic fever, sexually transmitted disease, HIV/AIDS, tuberculosis, Japanese encephalitis, visceral leishmaniasis, hepatitis B and cholera. Also, while there was a strong tradition of public health and epidemiological intelligence in the region, particularly in Thailand, the latter disease countries were still developing health

systems to strengthen their health systems. National systems for controlling outbreaks of infectious diseases were weak and understaffed. Moreover, although international and supported national reporting to WHO of national data for specific diseases such as malaria, tuberculosis and HIV/AIDS, epidemiologists found it difficult to communicate politically and economically sensitive information horizontally between countries or via the internet. The six countries set up MBDS with three main areas of focus: (i) to improve cross-border infectious disease outbreak investigations and response by sharing surveillance data and best practices in disease recognition and reporting, and by jointly responding to outbreaks; (ii) to develop expertise in epidemiological surveillance across the countries; and (iii) to enhance communication between the countries. Today, MBDS plays a key role in disease control in the region, enhancing efforts by governments, WHO, and U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) to build trust and regional capacity to face the dangers of new disease outbreaks such as SARS and avian influenza (H5N1) (7).

Governance and Values

The health ministers of each MBDS member country signed two memoranda of understanding, the first in 2001 and the second in 2007, to provide an agreed framework for the governing structure and processes of the convention (Figure 2). Each country would be represented by a country coordinator, the country coordinator would work closely with cross-border coordinators responsible for designated areas where the extent of cross-border movement could lead to disease outbreaks; a network secretariat would regulate regular meetings of country and cross-border coordinators and support all members in the network's activities; and an MBDS Executive Board, made up of one policy maker at the senior level from each member country, would set policy and link the network to higher levels of government. Country coordinators are usually epidemiologists responsible for disease surveillance; the MBDS Secretariat is housed by the Thai Ministry of Public Health, which provides office space and other support.

The leaders of MBDS realized the importance of institutionalization of the network and have been working towards this since 2001. After a great deal of discussion and brainstorming, the network decided to form itself into a legal entity. In January 2012, MBDS formally registered in Thailand as a foundation. The main purpose of this new arrangement is to mobilize funding so that MBDS can continue its activities unhindered. MBDS formed a new board with representatives from the six countries and a few “invited” members, and is working

MBDS COORDINATING MECHANISM

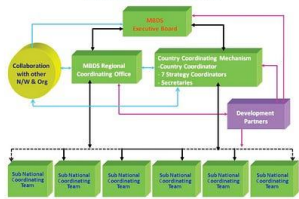


Fig. 2. MBDS coordinating mechanism (NPA & Org.-networks and organizations). Source: MBDS.

a new director with relevant experience to help the MBDS Secretariat.

While MBDS operates within an agreed governance structure and according to agreed processes, it is driven by informal trust-based relationships between MBDS member countries. Although mutual trust is the core value of the network, this trust did not appear overnight, but grew slowly. First activities have gradually built a platform for regular interactions among the country coordinators, local cross-border teams, and other stakeholders to learn about each other as professionals and as individuals and to foster a sense of community.

A decade after its birth, all founding MBDS leaders are still actively involved in network activities. This created continuity of leadership is also apparent at the border sites. For example, the Mahakulab and Nakhon Phanom health staff on the Thai-Lao border regularly communicate with each other informally, in villages and patients frequently cross the border. In a trip to the Baka and Ching Rai sites, a colleague working for one of MBDS's international partners (8) observed the cordial relationship between the staff of the local health departments of Lao PDR and Thailand and the active exchange of information taking place between them using modern technologies. Language is often a barrier in

communicating, but this was not the case as the two countries understood each other's language.

The informal trust-based relationships between MBDS member countries complement the formal vertical MOU-based relationship and WHO/International Health Regulations reporting mechanisms (3). It is especially important as the MBDS countries are WHO regions (i.e., the South-East Asia Region and Western Pacific Region). Thus, the governing structure of the MBDS is “the a piece of “social fabric” that is gradually woven by encouraging horizontal informal trust-based relationships and vertical formal and official relationships through.

International Organizations Partnering With MBDS

A number of partners contributed to the development of MBDS. The RF was the primary and first donor and provided core support from 1999 to 2012. Other major donors and partners have included the Agency for International Development (AID), Asia-Pacific Economic Cooperation Emerging Infections Network (APEC E-IN) maintained by the University of Washington, ASEAN Plus Three Emerging Infectious Disease (EID) Programme under the auspices of the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN), Secretariat and

Copyright © 2014 by Boundary Phnompenh et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Boundary Phnompenh et al. 2014; 1(1):1-10

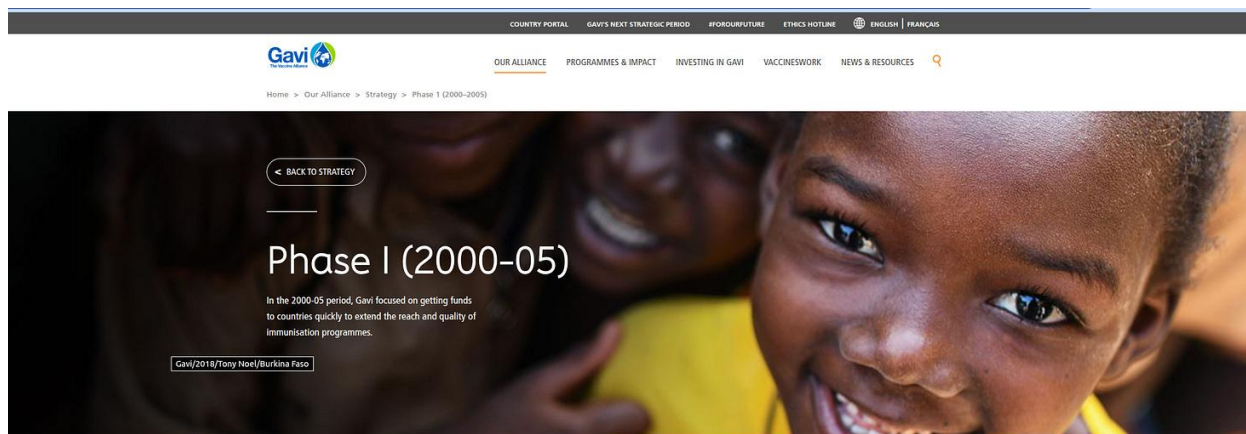
Copyright © 2014 by Boundary Phnompenh et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Copyright © 2014 by Boundary Phnompenh et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Copyright © 2014 by Boundary Phnompenh et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Globalny Sojusz na rzecz Szczepionek i Szczepień (2000) [20](#)

Opierając się na mechanizmach koordynacji ustanowionych podczas spotkania WHO-przemysłu w 1998 r. oraz ramach prawnych skodyfikowanych w Planie Pandemicznym WHO z 1999 r., **GAVI zinstytucjonalizowało stałą platformę wielostronną, która połączyła agencje publiczne, kapitał prywatny, firmy farmaceutyczne i globalne instytucje finansowe w ujednoliconie struktury zarządzania** . GAVI wdrożyło **finansowanie oparte na wynikach, dostawę uruchamianą algorytmicznie i zarządzanie interesariuszami w zakresie zdrowia populacji** , wykorzystując sieci nadzoru prototypowane przez MBDS do tworzenia **systemów dystrybucji szczepionek opartych na danych** , które funkcjonowały niezależnie od krajowych priorytetów zdrowotnych. Ta inicjatywa stworzyła stałą architekturę instytucjonalną do wdrożenia modelu doradztwa eksperckiego opracowanego przez ESWI, jednocześnie zapewniając, że interesy przemysłu farmaceutycznego zostały osadzone w międzynarodowych strukturach zarządzania zdrowiem, budując kręgosłup dostaw, który później został wdrożony w czasie COVID-19 za pośrednictwem kompleksowych systemów nadzoru i koordynacji opracowanych od militaryzacji globalnego monitorowania zdrowia w 1997 r.



In Gavi's first five years, the Vaccine Alliance concentrated on two primary areas:

Inicjatywa na rzecz Globalnego Bezpieczeństwa Zdrowotnego (GHSI) (2001) [21](#)
 Utworzona po zamachach z 11 września i atakach z użyciem węgla, GHSI zrzeszyła wiodące **państwa** (*USA, Kanadę, państwa członkowskie UE, Japonię, Meksyk, Wielką Brytanię*) oraz Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako partnera technicznego. **Traktowała pandemie oraz zagrożenia chemiczne, biologiczne, radiologiczne i nuklearne (CBRN) jako wyzwania dla bezpieczeństwa narodowego**. Inicjatywa promowała bionadzor oparty na danych wywiadowczych, koordynację międzysektorową i wspólne ćwiczenia scenariuszowe – jeszcze zanim terminologia One Health stała się standardem.

GHSI

Global Health Security Initiative

[Home](#)
[About](#)
[GHSI Members](#)
[GHSI Annual Reports](#)
[Ministerial Statements](#)
[Publications and Collaborations](#)

About the GHSI

The Global Health Security Initiative (GHSI) is an informal network of countries and organizations that came together shortly after the September 11, 2001 terrorist attacks to exchange information and coordinate practices within the health sector for confronting new threats and risks to global health. Delegations of the GHSI include Canada, France, Germany, Italy, Japan, Mexico, the United Kingdom, the United States, and the European Commission. The World Health Organization (WHO) serves as an observer.

Inicjatywa na rzecz Zagrożenia Nuklearnego (NTI) – utworzenie (2001) [22](#)

Założona przez założyciela CNN Teda Turnera i byłego senatora USA Sama Nunna, NTI wyłoniła się jako „*non-profit, bezpartyjna globalna organizacja bezpieczeństwa*”, która **systematycznie łączyła zagrożenia biologiczne z ramami bezpieczeństwa narodowego**. Wczesny skład organizacji obejmował Amartyę Sena z Collegium International (*orędownika globalnego zarządzania*) i Jessicę Mathews, która zasiadała w Radzie Bezpieczeństwa Narodowego, radzie redakcyjnej Washington Post i Komitecie Sterującym Bilderberg. NTI zatrudniała kluczowe postacie Marka Smolinskiego — *autora raportu „Zdrowi ludzie 2010” z 2000 r. wprowadzającego koncepcje społecznych determinantów zdrowia* — i Margaret Hamburg, która przyczyniła się do opracowania ram reagowania na pandemię DHS w 2005 r., a później została wybrana do rady powierniczej Rockefellera w 2005 r. W 2003 r. NTI utworzyło Bliskowschodnie Konsorcjum ds. Nadzoru Chorób Zakaźnych (MECIDS), integrujące wymianę danych medycznych w Izraelu, Jordanii i Autonomii Palestyńskiej. **Współpracując z Fundacją Rockefellera, NTI uruchomiło w 2007 r. CORDS, ustanawiając ramy instytucjonalne dla transgranicznych sieci nadzoru nad chorobami** co później umożliwiłoby wprowadzenie skoordynowanych systemów zarządzania pandemią.



[One Health – część 2: Rockefeller, NTI i CORDS](#)

5 sierpnia 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Zintegrowany nadzór nad chorobami i reagowanie na nie (2001) [23](#)

Wytyczne techniczne WHO dotyczące zintegrowanego nadzoru nad chorobami w regionie afrykańskim **wdrożyły systematyczne gromadzenie danych medycznych na całym kontynencie**, ustanawiając wzór dla globalnej infrastruktury nadzoru. Opierając się na postępowych rezolucjach WHO od 1969 roku, **inicjatywa ta wymagała od afrykańskich państw członkowskich modernizacji laboratoriów, integracji wszystkich działań nadzoru w ramach centralnych jednostek koordynujących oraz natychmiastowego raportowania danych epidemiologicznych poprzez hierarchiczne łańcuchy do siedziby WHO**. System wymagał *elastycznego i kompletnego* gromadzenia danych na temat chorób priorytetowych i oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe, z przepisami dotyczącymi integracji międzysektorowej, w tym ministerstw rolnictwa, co stanowiło prekursorskie ramy Jedno Zdrowie. Ten afrykański program pilotażowy **wykazwał wykonalność monitorowania zdrowia w czasie rzeczywistym na całym kontynencie i ustanowił precedens operacyjny dla globalnego organu nadzoru WHO**, tworząc infrastrukturę wykorzystywaną później do ogłaszania pandemii i skoordynowanych reakcji międzynarodowych.

technical guidelines for
rared disease surveillan
sponse in the African reg

July 2001

Zintegrowany nadzór nad chorobami i reagowanie na nie

18 października 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Rezolucja Pilanesberg: prekursor One Health (2001) 24

W 2001 roku międzynarodowi eksperci ds. zdrowia i weterynarii przyjęli Rezolucję Pilanesberg w sprawie ptasiej grypy, **wzywającą do formalnej integracji sektorów zdrowia zwierząt, ludzi i środowiska**. Uznano w niej, że ekologiczne źródła chorób – **zwłaszcza zoonoz** – wymagają interdyscyplinarnego nadzoru i interwencji. Choć mniej znana niż późniejsze dokumenty inicjatywy One Health, **Rezolucja Pilanesberg była pierwszą międzynarodową deklaracją popierającą wspólne bazy danych, systemy wczesnego ostrzegania i skoordynowaną ocenę ryzyka w ministerstwach zdrowia, rolnictwa i środowiska**. Położyła ona operacyjne i koncepcyjne podwaliny pod Zasady Manhattan (2004) i zapoczątkowała instytucjonalną konwergencję w zarządzaniu pandemią.

The screenshot shows the AHEAD website with the title "Pilanesberg Resolution". The main content area contains the text of the resolution, which was adopted in 2001 at an international scientific meeting in Pilanesberg National Park, South Africa. The resolution calls for the recognition of animal health sciences as critical to the design and management of sustainable programs for both livestock and wildlife. It emphasizes the need for integrated approaches to livestock production, food security, human health, economic growth, democracy and governance, biodiversity conservation, and natural resource management. A red arrow points to a link in the text: "For more details (PDF of complete paper): Kanish, W.B., Ciofalo, S.A., Ropke, T.E., and P. L. Barrows. 2002. 'Joining Forces to Improve Our World.' Conservation Biology, vol. 16, 1432-1434."

Ciemna zima (2001) 25

przeprowadzona w dniach 22-23 czerwca 2001 roku w Bazie Sił Powietrznych Andrews przez Centrum Strategii Cywilnej Obrony Biologicznej im. Johnsa Hopkinsa i CSIS, **Symulacja bioterroryzmu związanego z ospą**, obejmowała byłych wysokich rangą

urzędników, w tym senatora Sama Nunn (z NTI) jako prezydenta i Davida Gergena jako doradcę ds. bezpieczeństwa narodowego, którzy reagowali na tajny atak podczas licznych posiedzeń Rady Bezpieczeństwa Narodowego. **Ćwiczenia ujawniły katastrofalne awarie systemów, w tym przeciążone szpitale, granice stanowe stały się wąskimi gardłami, a międzynarodowe ograniczenia w podróżowaniu przewidywały 3 miliony zakażeń i 1 milion ofiar śmiertelnych.** Wiceprezydent Cheney nazwał wyniki „przerażającymi” po briefing po 11 września, co doprowadziło do natychmiastowego wydania nakazu **gromadzenia zapasów szczepionek i ustanowiło wzór do uruchomienia uprawnień w sytuacjach nadzwyczajnych** i nadrzędności władz stanowych przez rząd federalny w czasie kryzysów zdrowotnych.

The screenshot shows a news article on the 'news.wise' website. The article title is 'Bioterrorism Exercise, Dark Winter, Identifies Challenges for National Response'. It is dated '24-Jul-2001 12:00 AM EDT' and is by 'Analytic Services (ANSER)'. The article text discusses the 'Dark Winter' exercise, which simulated a smallpox attack in 2001. It mentions that the exercise was designed to simulate the U.S. reaction to the deliberate introduction of smallpox in three states during the winter of 2002. The article also notes that the exercise was made possible by grant funding from The McCormick Tribune Foundation and The Oklahoma City National Memorial Institute for the Prevention of Terrorism. On the right side of the article, there are several interactive buttons: 'REQUEST AN EXPERT', 'MEDIA CONTACT', 'REGISTER FOR REPORTER ACCESS TO CONTACT DETAILS', 'TYPE OF ARTICLE' (with 'Policy' selected), 'SECTION' (with 'SCIENCE' selected), and 'KEYWORDS' (with 'Security', 'Strategy', 'Biological', 'Warfare', 'Cyber', and 'Terrorism' listed).

Ramy prawne zarządzania kryzysowego (2001–2005)

W tym okresie uprawnienia w sytuacjach nadzwyczajnych stały się normą prawną **dla zarządzania zdrowiem. Ustawa Model State Emergency Health Powers Act z 2001 r. [26]** przyznała stanom USA prawo do uchylania praw obywatelskich w sytuacjach zagrożenia zdrowia. **Nowelizacja Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych WHO z 2005 r.** sformalizowała globalne obowiązki w zakresie koordynacji reagowania i udostępniania danych [27]. Te narzędzia prawne **umożliwiły aktywację władz w sytuacjach nadzwyczajnych w czasie rzeczywistym w oparciu o modelowanie predykcyjne, dzięki czemu zarządzanie kryzysowe stało się stałym systemem, a nie reakcją o charakterze wyjątkowym.**

Global
Regions

World Health Organization

Home
Health Topics
Countries
Newsroom
Emergencies
Data
About WHO

Home / Publications / Overview / International Health Regulations (2005) - Third edition

International Health Regulations (2005) - Third edition

1 January 2016 | Publication



Download (2.7 MB)

Overview

The International Health Regulations (2005) (IHR) provide the international legal framework for the prevention and response to the international spread of diseases. The IHR are an instrument of international law, adopted pursuant to Article 21 of the WHO Constitution, and are legally-binding on 196 States Parties, including all the 194 Member States of WHO.

The third edition of the IHR reflects the amendments to Annex 7 that were adopted by the Sixty-seventh World Health Assembly through resolution WHA67.13 (2014). Under Annex 7, as amended, the period of protection from vaccination with an approved vaccine against infection with yellow fever, and the validity of the related certificate, are for the life of the person vaccinated rather than a period of ten years as previously required.

In accordance with the WHO Constitution and the IHR, this amendment entered into force for all States Parties on 11 July 2016. There were no reservations or rejections concerning the amendment submitted by any State Party within the period required by the IHR.

WHO TEAM
Health Security Preparedness (HSP)

EDITORS
World Health Organization

NUMBER OF PAGES
91

REFERENCE NUMBERS
ISBN: 978-92-4-158049-6

العربية 中文 Français Русский Español

Ustawa o bezpieczeństwie zdrowia publicznego oraz gotowości i reagowaniu na bioterroryzm (2002) [28](#)

Po atakach listami z wąglikiem w październiku 2001 roku, w których zainfekowano 22 osoby i zabito 5, zaproponowano modelowe ustawodawstwo mające na celu aktualizację stanowych przepisów dotyczących zdrowia publicznego w celu sprostania zagrożeniom bioterrorystycznym poprzez Model State Emergency Health Powers Act. Kongres odpowiedział, uchwalając ustawę Public Health Security and Bioterrorism Preparedness and Response Act z 2002 roku (*PL 107-188*), która upoważniła do interwencji awaryjnych w oparciu o ocenę ryzyka biologicznego i wzmocniła nadzór nad wybranymi czynnikami poprzez nowe przepisy HHS i USDA. Ustawa **ustanowiła Strategic National Stockpile**, stworzyła federalne programy grantowe na gotowość do walki z bioterroryzmem na szczeblu stanowym i lokalnym oraz zobowiązała lokalne systemy wodne do przeprowadzania ocen podatności. Co najważniejsze, ustawodawstwo **znormalizowało uruchamianie uprawnień awaryjnych poprzez modelowanie ryzyka biologicznego**, a nie potwierdzone zagrożenia, tworząc prawną architekturę dla **interwencji wyprzedzających opartych na eksperckiej ocenie potencjalnych zagrożeń biologicznych**. Ustanowiło to precedens dla algorytmicznej oceny zagrożeń uruchamiającej władzę kryzysowe, które później zostały uruchomione podczas reagowania na pandemię.

CONGRESS.GOV
Advanced Searches
Browse

Search Tools
Support
Sign In

Legislation
Congressional Record
Committees
Members

Legislation
Examples: hfs, sres9, "health care"

MORE OPTIONS

Home > Legislation > 107th Congress > H.R.3448

Citation
Subscribe
Share/Save
Site Feedback

H.R.3448 - Public Health Security and Bioterrorism Preparedness and Response Act of 2002
107th Congress (2001-2002)

LAW
Hide Overview

Sponsor: [Rep. Tauzin, W. J. \(R-LA-3\)](#) (Introduced 12/11/2001)

Committees: House - Energy and Commerce

Committee Reports: [H. Rept. 107-481 \(Conference Report\)](#)

Latest Action: 06/12/2002 Became [Public Law No. 107-188](#). ([All Actions](#))

Roll Call Votes: There have been [4 roll call votes](#)

Tracker: Introduced Passed House Passed Senate Resolving Differences To President Became Law

More on This Bill
[CBO Cost Estimates \(1\)](#)

Subject — Policy Area:
Health
[View subjects >>](#)

Related CRS Products:
[CRS Reports on H.R.3448](#)

PEPFAR (2003)

Plan awaryjny prezydenta Busha na rzecz pomocy w walce z AIDS **posłużył jako globalna infrastruktura nadzoru zdrowotnego, wykorzystująca HIV/AIDS jako narzędzie operacyjne**, podobnie jak INCLIN wykorzystywał sieci epidemiologii klinicznej w krajach rozwijających się. Choć promowany jako inicjatywa dotycząca pojedynczej choroby, **PEPFAR systematycznie integrował oddzielne systemy informacji zdrowotnej w scentralizowane krajowe i regionalne sieci nadzoru**, gromadząc „*informacje na poziomie klienta i usług klinicznych*” w ponad 39 krajach. Program ustanowił „*jedną strategię krajową, jeden mechanizm koordynacyjny oraz jeden system monitorowania i oceny*” w każdym kraju przyjmującym, **tworząc zharmonizowany system gromadzenia danych, zgodny z systemami WHO, Banku Światowego i Departamentu Obrony (DoD)**. Architekci PEPFAR, w tym **Peter Piot i Mark Dybul**, opracowali później ramy nadzoru pandemicznego, pokazując, jak **pomoc w walce z AIDS stanowiła pretekst do kompleksowego globalnego gromadzenia danych zdrowotnych i podstawę do przyszłych wdrożeń programu „Jedno Zdrowie” i Agendy Globalnego Bezpieczeństwa Zdrowotnego.**



PEPFAR

18 października 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Światowe Zgromadzenie Zdrowia 56 (2003) [29](#)

Rezolucja WHA56.19 stanowiła **pierwsze wyraźne wezwanie do globalnego „planu modelowego”** w zakresie reagowania na pandemię, ustanawiając uprawnienia WHO w zakresie deklaracji pandemii i wymagając od państw członkowskich wdrożenia standardowych systemów nadzoru i programów gromadzenia zapasów szczepionek. Rezolucja **nakazywała cele dotyczące wyszczepialności na poziomie 50% do 2006 r. i 75% do 2010 r., wymagała partnerstw publiczno-prywatnych z producentami farmaceutycznymi i wzywała do integracji globalnego nadzoru nad chorobami w populacjach ludzkich i zwierzęcych**. Co istotne, termin składania wniosków w sprawie tej inicjatywy upłynął 7 września 2001 r. — *cztery dni przed 11 września* — co dowodzi, że **rozszerzenie globalnego nadzoru zdrowotnego zostało zaplanowane zanim narracja o bioterroryzmie zapewniła polityczne poparcie**. Rezolucja sformalizowała przywództwo WHO w zakresie gotowości na pandemię, jednocześnie służąc interesom farmaceutycznym poprzez gwarantowane rynki szczepionek, wymogi dotyczące zapasów i publiczne dotacje na badania i rozwój, tworząc prawne i instytucjonalne ramy, które później zostały wdrożone w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych z 2005 r. i reakcji na COVID-19.



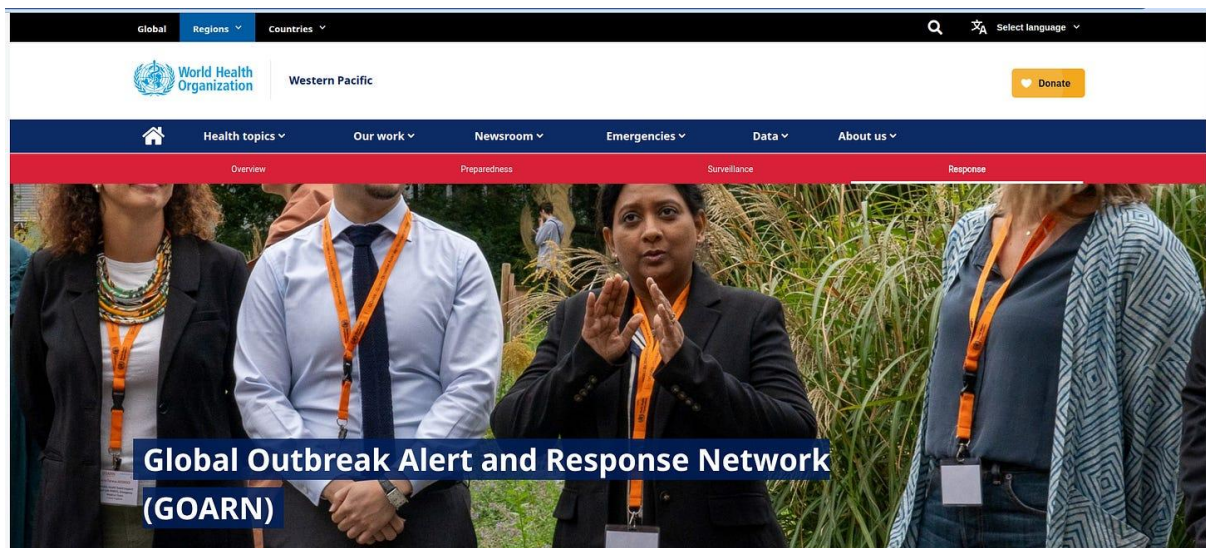
[Rezolucja WHA56.19](#)

12 października 2003 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Globalna Sieć Alarmowania i Reagowania na Epidemie (GOARN) Światowej Organizacji Zdrowia (2003) [30](#)

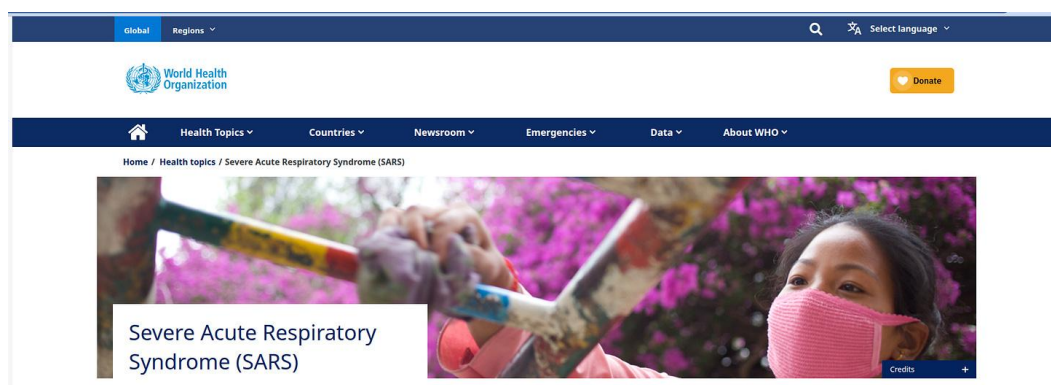
Powołana w odpowiedzi na pojawiające się globalne zagrożenia, takie jak SARS, sieć GOARN wdrożyła szybką reakcję na epidemie chorób poprzez **koordynację udostępniania danych w czasie rzeczywistym, rozmieszczenie ekspertów oraz integrację nadzoru z partnerami międzynarodowymi**. Zapoczątkowało to instytucjonalizację globalnej reakcji na epidemie jako stałej infrastruktury – zapowiadając scentralizowaną koordynację stosowaną podczas pandemii COVID-19. Sieć GOARN przekształciła epidemie z lokalnych problemów zdrowotnych w czynniki wyzwalające globalne działania administracyjne.



Ciężki ostry zespół oddechowy (SARS-1) (2003) [31](#)

Pierwsza pełnoskalowa globalna symulacja zdrowotna wykorzystała **przypadki chorób układu oddechowego bez wykluczenia z autopsji**, [32](#) aby przetestować międzynarodowe mechanizmy koordynacji i wdrożenia nadzoru. Pomimo ograniczonego zasięgu geograficznego i wątpliwych kryteriów diagnostycznych, **SARS doprowadził do utworzenia centrów kontroli chorób w Europie i Azji, które natychmiast wdrożyły ulepszone**

protokoły nadzoru, systemy śledzenia kontaktów i procedury kwarantanny . Epizod ten potwierdził uprawnienia WHO do ogłaszania stanów zagrożenia zdrowia publicznego w oparciu o modelowanie predykcyjne, a nie dowody kliniczne, jednocześnie demonstrując wykonalność skoordynowanych międzynarodowych środków izolacji. **SARS posłużył jako operacyjny dowód słuszności koncepcji dla globalnej infrastruktury reagowania na pandemię, ustanawiając precedensy w zakresie ograniczeń w podróżowaniu, zakłóceń gospodarczych i technokratycznego zarządzania**, które zostaną wzmocnione podczas pandemii COVID-19.



Światowe wskaźniki zdrowia (2004) [33](#)

Wspólna inicjatywa Fundacji WHO i Gatesa zapoczątkowała systematyczną standaryzację globalnych danych zdrowotnych, tworząc jednolite wskaźniki i ramy pomiarowe, które umożliwiły algorytmiczne porównywanie wyników zdrowotnych w różnych populacjach. Program ustanowił bazowe zbiory danych do śledzenia zasięgu szczepień, częstości występowania chorób i funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej na całym świecie, zapewniając infrastrukturę statystyczną niezbędną do finansowania opartego na wynikach i monitorowania zgodności. Poprzez ilościową ocenę wyników zdrowotnych za pomocą standardowych wskaźników, inicjatywa przekształciła zróżnicowane lokalne praktyki zdrowotne w globalnie porównywalne punkty danych, ułatwiając scentralizowaną alokację zasobów i interwencje polityczne oparte na algorytmicznych progach, a nie na potrzebach społeczności lub demokratycznym wkładzie.

Health Metrics Network

Home

About HMN

Governance

Library

Tools

English | Español | Français

Search

OK

Location: [WHO](#) > [WHO sites](#) > [Home](#) > [About HMN](#)

[printable version](#)

History

In January 2004 at a High Level Forum convened to discuss the health related Millennium Development Goals (MDGs) the international development community agreed upon the need to mount a global effort to more systematically meet the health-information challenges of the 21st century. After reaching this consensus, a proposal was made to formally establish the "Health Metrics Network" (HMN) - a global initiative that had been developed during 2003 under the joint leadership of the Bill and Melinda Gates Foundation and the World Health Organization (WHO).

The overall aim of HMN is to harness the congruence in demand for good information that exists between countries and development partners in order to accelerate the building of country-level health information systems that serve global, national and sub-national needs. Working together and with a shared approach, HMN collaborators can ensure balanced prioritization and sustained commitment by both governments and donors.

Konwergencja One Health (2004–2008)

Zasady Manhattan z 2004 roku [\[34\]](#), wprowadzone przez Williama Foege na Uniwersytecie Rockefellera, formalnie ustanowiły ideę „Jednego Zdrowia” [\[35\]](#): **ramy zarządzania łączące zdrowie ludzi, zwierząt i środowiska**. Zasady te zostały wzmocnione w 2008 roku trójstronnym porozumieniem między WHO, FAO i OIE [\[36\]](#). Co kluczowe, włączyły one **interesariuszy, takich jak producenci farmaceutyków**, do procesu zarządzania i **usunęły etyczne rozróżnienia między gatunkami**. Idea, że populacjami ludzi można zarządzać jak populacjami dzikich zwierząt, przestała być teorią – stała się częścią polityki międzynarodowej.



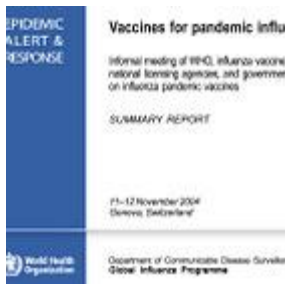
[Wiecej niż jedno zdrowie](#)

28 kwietnia

[Przeczytaj całą historię](#)

WHO i wielkie firmy farmaceutyczne (2004)

W listopadzie 2004 roku producenci szczepionek, w tym Johnson & Johnson, GlaxoSmithKline, AstraZeneca, Aventis i Merck, spotkali się z przedstawicielami WHO, aby ustalić komercyjne ramy gotowości na pandemię. Oficjalnie uczestniczyła w tym Theresa Tam z Kanady. **Firmy farmaceutyczne przedstawiły kompleksową listę życzeń**: ochrona przed odpowiedzialnością, publiczne finansowanie badań i rozwoju, długoterminowe kontrakty rządowe, przyspieszone procedury regulacyjne, zwiększenie liczby rutynowych szczepień przeciw grypie w celu budowy zdolności produkcyjnych oraz ochronę własności intelektualnej. Zaapelowano do WHO o koordynowanie globalnej dystrybucji szczepionek, podczas gdy rządy dotowały koszty produkcji i gwarantowały umowy zakupu niezależnie od wystąpienia pandemii. Spotkanie **sformalizowało model biznesowy, w którym sytuacje nadzwyczajne w zakresie zdrowia publicznego uruchamiałyby z góry określone ustalenia handlowe, przekształcając gotowość na pandemię w przemysł gwarantujący zysk**. Godnym uwagi brakiem obecności był Pfizer, który później sponsorował inicjatywy One Health w 2005 roku, sugerując, że to konkurencja komercyjna, a nie skoordynowane planowanie, napędzało wczesny rozwój państwa nadzoru.



WHO spotyka się z przedstawicielami dużych firm farmaceutycznych w listopadzie 2004 r.

12 lipca 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Burza Atlantycka (2005) 37 38

Ćwiczenia ministerialne przeprowadzone 14 stycznia 2005 roku przez Centrum Bezpieczeństwa Biologicznego UPMC i Uniwersytet Johnsa Hopkinsa **symulowały skoordynowane ataki bioterrorystyczne na ospe prawdziwą w sześciu dużych miastach**. Obecni i byli urzędnicy państwowi odgrywali rolę głów państw w transatlantyckim szczycie. Scenariusz pokazał, że 51 początkowych przypadków gwałtownie wzrosło do 3320 przypadków w ciągu zaledwie 4,5 godziny, co dowodzi szybkiego rozprzestrzeniania się choroby na arenie międzynarodowej i ujawnia, że ramy NATO i UE były niewystarczające do koordynacji działań w zakresie pandemii. Atak „Atlantic Storm” ugruntował pozycję WHO jako „idealnego podmiotu do koordynowania działań w zakresie międzynarodowej reakcji”, jednocześnie dowodząc, że większość krajów nie posiada odpowiedniej infrastruktury pandemicznej, co stworzyło precedensy podporządkowania suwerenności narodowej międzynarodowym mechanizmom koordynacji ochrony zdrowia.

EMBO reports

viewpoint

Atlantic Storm

A simulated bioterrorist attack demonstrated the weakness of international public health and security systems when dealing with a sudden outbreak of highly infectious diseases

On 14 January 2005, two bioterrorist attacks were simulated in the United States and the United Kingdom. The attacks were designed to test the ability of the United States and the United Kingdom to respond to a sudden outbreak of a highly infectious disease. The attacks were simulated in the United States and the United Kingdom. The attacks were designed to test the ability of the United States and the United Kingdom to respond to a sudden outbreak of a highly infectious disease.

science & society

viewpoint

Atlantic Storm

A simulated bioterrorist attack demonstrated the weakness of international public health and security systems when dealing with a sudden outbreak of highly infectious diseases

On 14 January 2005, two bioterrorist attacks were simulated in the United States and the United Kingdom. The attacks were designed to test the ability of the United States and the United Kingdom to respond to a sudden outbreak of a highly infectious disease. The attacks were simulated in the United States and the United Kingdom. The attacks were designed to test the ability of the United States and the United Kingdom to respond to a sudden outbreak of a highly infectious disease.

science & society

viewpoint

Atlantic Storm

A simulated bioterrorist attack demonstrated the weakness of international public health and security systems when dealing with a sudden outbreak of highly infectious diseases

On 14 January 2005, two bioterrorist attacks were simulated in the United States and the United Kingdom. The attacks were designed to test the ability of the United States and the United Kingdom to respond to a sudden outbreak of a highly infectious disease. The attacks were simulated in the United States and the United Kingdom. The attacks were designed to test the ability of the United States and the United Kingdom to respond to a sudden outbreak of a highly infectious disease.

Narodowa strategia walki z pandemią grypy (2005) 39
Sekretarz Departamentu Bezpieczeństwa Krajowego **Michael Chertoff** — *współautor ustawy PATRIOT* — opublikował pierwsze operacyjne ramy One Health zamaskowane jako polityka gotowości na pandemię. **Strategia ustanowiła trzy filary: gotowość i komunikacja**

(scentralizowane dowodzenie, rozmieszczenie personelu medycznego) , **nadzór i wykrywanie** (monitorowanie ludzi i zwierząt w czasie rzeczywistym, transgraniczne śledzenie kontaktów) oraz **reagowanie i powstrzymywanie** (dystans społeczny, ograniczenia dotyczące zgromadzeń, kwarantanny) . Dokument **wyraźnie wezwał do koordynacji za pośrednictwem WHO, FAO i OIE** — trzech głównych agencji One Health — jednocześnie **domagając się zapasów szczepionek, publicznych dotacji dla firm farmaceutycznych i wsparcia infrastruktury wojskowej dla stałych operacji nadzoru** . Ta strategia wdrożyła teoretyczne koncepcje One Health opracowane w latach 2003-2004, przekształcając monitorowanie środowiska i zdrowia zwierząt w infrastrukturę bezpieczeństwa wewnętrznego, która uzasadniała stałe systemy nadzoru i mechanizmy koordynacji wojskowo-cywilnej pod pozorem gotowości na pandemię.



[Narodowa strategia walki z pandemią grypy](#)

5 lipca 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Międzynarodowe przepisy zdrowotne (2005) [40](#)

Zrewidowane Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne WHO ustanowiły **prawną architekturę dla ponadnarodowego zarządzania zdrowiem, kodyfikując uprawnienia organizacji do ogłaszania stanów zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym (PHEIC) i nakazywania skoordynowanych globalnych reakcji** . Przepisy te stworzyły wiążące zobowiązania dla państw członkowskich do rozwijania podstawowych zdolności nadzoru, udostępniania danych medycznych w czasie rzeczywistym i wdrażania zalecanych przez WHO środków podczas ogłaszanych stanów zagrożenia. W przeciwieństwie do poprzednich przepisów z 1969 r. ograniczonych do cholery, dżumy i żółtej febry, ramy z 2005 r. **rozszerzyły uprawnienia WHO na „stany zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym” dowolnego pochodzenia — biologicznego, chemicznego lub radiologicznego** . Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne przekształciły tymczasową koordynację działań w sytuacjach nadzwyczajnych w stałe obowiązki prawne, ustanawiając ujednolicone mechanizmy raportowania, systemy wczesnego ostrzegania i monitorowanie zgodności, które skutecznie **podporządkowały narodową suwerenność zdrowotną technokratycznemu zarządzaniu globalnemu** . Te ramy prawne stanowiły podstawę dla uprawnień WHO do reagowania na COVID-19 i trwających negocjacji w sprawie Traktatu Pandemicznego.

Global
Regions

World Health Organization

Home
Health Topics
Countries
Newsroom
Emergencies
Data
About WHO

Home / Publications / Overview / International Health Regulations (2005) – Third edition

International Health Regulations (2005) – Third edition

1 January 2016 | Publication



Download (2.7 MB)

Overview

The International Health Regulations (2005) (IHR) provide the international legal framework for the prevention and response to the international spread of diseases. The IHR are an instrument of international law, adopted pursuant to Article 21 of the WHO Constitution, and are legally-binding on 196 States Parties, including all the 194 Member States of WHO.

The third edition of the IHR reflects the amendments to Annex 7 that were adopted by the Sixty-seventh World Health Assembly through resolution WHA67.13 (2014). Under Annex 7, as amended, the period of protection from vaccination with an approved vaccine against infection with yellow fever, and the validity of the related certificate, are for the life of the person vaccinated rather than a period of ten years as previously required.

In accordance with the WHO Constitution and the IHR, this amendment entered into force for all States Parties on 11 July 2016. There were no reservations or rejections concerning the amendment submitted by any State Party within the period required by the IHR.

The third edition of the IHR also updates Appendix 1 containing the list of States Parties to the IHR (to include Liechtenstein and South Sudan).

The IHR were further amended by the Seventy-fifth World Health Assembly through resolution WHA75.12 (2022) and the Seventy-seventh World Health Assembly through resolution WHA77.17 (2024). The third edition of the IHR does not reflect the afore-mentioned amendments. The IHR, as amended in 2022, are available at [International Health Regulation \(2005\) \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/international-health-regulations-2005).

WHO TEAM
Health Security Preparedness (HSP)

EDITORS
World Health Organization

NUMBER OF PAGES
91

REFERENCE NUMBERS
ISBN: 978-92-4-158049-6

اَلْعَرَبِيَّة
中文
Français
Русский
Español

Szkolenie BARDA (2006) [41](#)

Agencja ds. Zaawansowanych Badań i Rozwoju Biomedycznego (BARDA) została utworzona w 2006 roku na mocy Ustawy o Gotowości na Pandemii i Wszelkie Zagrożenia (PAHPA) jako centrum w ramach Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (HHS) odpowiedzialne za pozyskiwanie i rozwój medycznych środków zaradczych przeciwko bioterroryzmowi, zagrożeniom CBRN, pandemii grypy i chorobom nowo powstającym. BARDA zarządza projektem BioShield i współpracuje z przemysłem biomedycznym, wykorzystując granty, aby promować zaawansowane badania i rozwój, a jednocześnie pozyskiwać i utrzymywać zapasy na potrzeby Strategicznego Zapasu Narodowego. Stworzyło to infrastrukturę operacyjną do szybkiego wdrażania medycznych środków zaradczych, które później wykorzystano podczas pandemii COVID-19 .

An official website of the United States government
Here's how you know
U.S. Department of Health & Human Services

ASPR
Administration for Strategic Preparedness & Response

Search ASPR Site

About Us
Response Operations
Health Care Readiness
Medical Countermeasures & Biodefense
Partnering
Tools
Current Responses

About ASPR > Program Offices > Center for the Biomedical Advanced Research and Development Authority

Center for the Biomedical Advanced Research and Development Authority

The Center for the Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA) provides an integrated, systematic approach to the development of the necessary vaccines, drugs, therapies, and diagnostic tools for public health medical emergencies such as chemical, biological, radiological, and nuclear (CBRN) accidents, incidents and attacks; pandemic influenza (PI), and emerging infectious diseases (EID).

Together with its industry partners, BARDA promotes the advanced development of medical countermeasures to protect Americans and respond to 21st century health security threats.

Plan UNSIC/Banku Światowego z 2006 r. (2006) [42](#)

Te kompleksowe ramy finansowania pandemii ustanowiły plan skoordynowanej globalnej reakcji , który został wdrożony podczas pandemii COVID-19, czternaście lat przed jej wdrożeniem. Plan szczegółowo określał 1,9 miliarda dolarów deklarowanego finansowania wraz ze szczegółowymi mechanizmami dla systemów nadzoru, śledzenia kontaktów, protokołów kwarantanny, środków dystansu społecznego, zamykania szkół, ograniczeń w podróżowaniu, gromadzenia zapasów leków przeciwwirusowych oraz

partnerstw publiczno-prywatnych . Dokument przewidywał systemy raportowania w czasie rzeczywistym, modelowanie wpływu na gospodarkę, strategię komunikacji i planowanie ciągłości działania, a także ustanawiał mechanizmy koordynacji WHO, Banku Światowego i ONZ z finansowaniem opartym na wynikach, uzależnionym od spełnienia przez kraje standardowych kryteriów gotowości. Niezwykle proroczy plan nakreślił izolację populacji, masową profilaktykę przeciwwirusową, politykę dystansu społecznego, w tym zamknięcie szkół i miejsc pracy, kontrolę zgromadzeń masowych i transportu publicznego, ograniczenia w przemieszczaniu się w obrębie społeczności oraz kontrolę ruchu transgranicznego. — dokładnie odzwierciedlając odpowiedź z 2020 r. wdrożoną za pomocą tej samej architektury instytucjonalnej, którą utworzono w ramach tego dokumentu.

SECTION 4: TECHNICAL CONTENT OF THE RESPONSE

49. The FAO, OIE and WHO have established the technical interventions to be prioritized when governments are responding to threats of avian and pandemic influenza. Interventions include: functioning national disease surveillance, detection and response systems; introduction of bio-security measures to control access to infection; actions that reduce animal susceptibility to infection; including measures to prevent biodiversity and conservation, and the production of scientific evidence to better understand the disease. Other essential interventions include strategies for compensating and ensuring livelihood sustainability of persons whose poultry are cilled; strategies for containing and mitigating a pandemic; the development of new products, and establishment of anti-viral and personal protective equipment (PPE) needs.

50. These interventions have to be implemented through the joint efforts of agriculture and human health sectors, with support from other parts of national and local government, and alliances with key bodies outside government. They are implemented within a context of widely varying country capacity and quality of life (see Table 3, Figure 2). The capacity of national and local institutions to implement these interventions, particularly in poorer countries, may be very restricted indeed.

	Asia & Pacific	Latin America & the Caribbean	Europe & Central Asia	Sub-Saharan Africa	North Africa & Middle East	South-East Asia
Life expectancy at birth (y)	66	71	74	52	68	65
GDP/cap at PPP (US\$)	6,587	2,967	8,242	1,121	1,121	8,278
Physicians per 100,000	31	26	143	10	10	10
Number of countries	35	22	31	31	10	10

51. Countries request external assistance with implementing these interventions. This assistance can cover a range of sectors, and support countries with very different implementation capacities. The UN System has made a point of offering coordinated support to different components of the plan. WHO has offered to support the implementation of different UN agencies, for example, for work in agriculture at one end, and a shared analysis, agreement on strategies to fight for a successful response.

RESPONSES TO AVIAN AND HUMAN INFLUENZA THREATS: PROGRESS, ANALYSIS AND RECOMMENDATIONS
JANUARY - JUNE 2006

52. Avian and human influenza effective control action institutions to national, and consider that the action and that the first immediate objective to prevent a human pandemic is to control the disease in birds. To be effective, national action must be duly complemented and reinforced by regional and international initiatives. Authorities to establish the risks, the capability, and then to assess their national and international response. It is anticipated that analysis, discussion and subsequent action should help make such assessments possible.

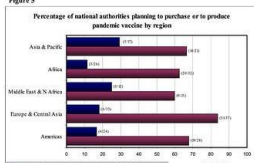
Human Health

Surveillance and Infection Disease Control in Humans

74. Programmes to enhance surveillance and case reporting are being widely planned (see Table 5). Despite improvements in passive case detection, very few countries at present have adequately developed active surveillance and detection systems.

75. Most countries for which there is current information intend to purchase human pandemic vaccines when they become available (see Figure 5). Several countries intend to produce vaccines as well. The current epidemic gives the challenge of vaccine manufacture and distribution especially as an exactly matching candidate vaccine will not be available until the pandemic virus becomes evident.

Figure 5



Source: Global Influenza Centre, May-June 2006. Note: Information represents the number of countries for which there is response to the question in the Global Influenza Centre survey.

76. The short incubation period and early peak infectivity of influenza mean that methods for containing human outbreaks of potential pandemic influenza depend critically on a rapid response. Recent mathematical models suggest ways of preventing a pandemic by containing outbreaks at source which now face issues of implementation.

77. WHO has developed a draft protocol for rapid response and containment which proposes an initial phase of limited measures, followed, once testing and targeted antiviral prophylaxis (for contacts) to reduce spread, and a possible second phase of exceptional measures. The initial phase is intended to increase the chances that later exceptional measures will succeed. The latter could include isolation of exposures, rapid mass antiviral prophylaxis and perhaps social distancing.

81. WHO and Member States are assessing the national impact of policies for social distancing in order to be prepared to respond to a pandemic. Social distancing measures include: closing schools, workplaces, and public places; avoiding public places; and avoiding public transport. These measures are being implemented in many countries. The impact of these measures on the transmission of influenza virus is being assessed. The impact of these measures on the transmission of influenza virus is being assessed. The impact of these measures on the transmission of influenza virus is being assessed.

82. The potential impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed.

83. The impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed. The impact of PPE in a pandemic is being assessed.

SECTION 7: PRIORITIES FOR INTERNATIONAL ACTION

113. This report has highlighted the progress made nationally and internationally in tackling the threats posed by the highly pathogenic influenza virus, while identifying existing gaps. In order to close these gaps, the following priority actions need to be emphasized.

114. A condition information, education and communication campaign is an integral part of the global strategy to control avian and human influenza. Local and international efforts to convey well-crafted and locally adapted messages to support behaviour change need to be encouraged so that risks to health, livelihoods and economies can be reduced.

115. In order to mitigate the socio-economic impact of avian influenza, there is a strong need for all nations to develop fair and well-functioning incentive structures and compensation mechanisms to sustain the livelihood of all whose poultry are lost as a result of efforts to control avian influenza. These mechanisms can be effective only if communications efforts include information on how they work.

116. To reduce avian and human influenza threats, best animal health practices need to be supported. Special emphasis should be given to bio-security and strategic vaccination. Further, there is a need for governments to invest in veterinary laboratory diagnostic capacity and poultry vaccine development, in line with international standards.

117. To enhance surveillance and protection of human health, rapid response mechanisms and optimal practice for human pandemic containment need to be established, promoted and tested. Governments need to make substantial investments in human laboratory diagnostic capacity, while making an effort to share information, viral samples and sequences, and ensuring affordable access to safe and effective vaccines and antivirals.

118. In order to advance our understanding of the risks and threats associated with avian and human influenza, systematic international action for effective use of epidemiology, virology and social science is necessary. The full sharing of data and biological material needs to be accompanied by innovative international efforts to develop vaccines and diagnostics involving governments, researchers and manufacturers.

119. To ensure that these priority actions are indeed implemented, the flexible financing framework needs to be reinforced. There is a strong need for the international community to offer predictable external assistance, while improving systems for fund distribution so that assistance can be delivered in a timely manner, following standardized implementation procedures. External partners can further help in kind with rapid deployment of veterinary and human epidemiologists, as well as training veterinarians and health workers in surveillance, risk mitigation and response. Recipient countries bear the responsibility for preparing draft plans – even if rudimentary – in order for donors to make informed decisions on funding priorities.

Transvac (2007) 43

Siódmy Program Ramowy Unii Europejskiej sfinansował tę inicjatywę szkoleniową w zakresie rozwoju szczepionek kwotą 26,5 mln euro w dwóch fazach, systematycznie obniżając standardy kwalifikacyjne dla twórców szczepionek poprzez 36-dniowy przyspieszony program . Koordynowany przez Europejską Inicjatywę Szczepień we współpracy z dużymi korporacjami farmaceutycznymi i agencjami regulacyjnymi , Transvac uruchomił 14 modułów szkoleniowych z minimalnymi wymaganiami wstępnymi — tylko jeden moduł wymagał tytułu licencjata, podczas gdy większość mogła być ukończona online lub w ramach sesji półdniowych. Program przeszkolił około 400 osób przed zakończeniem, tworząc kanał szybko akredytowanych twórców szczepionek, którym brakowało tradycyjnego wykształcenia i doświadczenia farmaceutycznego. Ta inicjatywa bezpośrednio wsparła późniejszą „100-dniową misję” rozwoju szczepionek promowaną na spotkaniu G7 w 2021 r. , pokazując, w jaki sposób standardy regulacyjne i wymagania zawodowe były systematycznie obniżane, aby umożliwić szybkie wdrożenie szczepionek, przy firmy farmaceutyczne i agencje regulacyjne współpracujące w celu przyspieszenia procesów zatwierdzania, przy jednoczesnym zachowaniu immunitetu prawnego dla produktów przyspieszonych



[Zostań twórcą szczepionek w 36 dni](#)

14 września 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

TRANSVAC: New Vaccines Faster

TRANSVAC is a collaborative infrastructure project funded by the European Commission (EC), initially under the 7th Framework Programme (FP7) and currently under Horizon 2020. The project is a joint effort of leading European groups working in the field of vaccine development, and is coordinated by the European Vaccine Initiative (EVI). TRANSVAC is designed to accelerate vaccine development by enhancing European vaccine research and training, and increase sustainability of EC vaccine projects by implementing a permanent research infrastructure for early vaccine development.



Łączenie organizacji w celu regionalnego nadzoru nad chorobami (CORDS) (2007) [44](#)

Założony w 2007 roku przez Fundację Rockefellera i Nuclear Threat Initiative, **CORDS** został zaprojektowany specjalnie do nadzoru, zapewnienia wydajności laboratoriów, współpracy, udostępniania danych oraz regionalnych sieci nadzoru nad chorobami zakaźnymi. Program działał przy wsparciu Skoll Global Threats Fund i Fondation Mérieux – francuskiej organizacji, która później w 2015 roku przekazała wiedzę specjalistyczną z zakresu bezpieczeństwa biologicznego Instytutowi Wirusologii w Wuhan. Mark Smolinski, który kierował rozwojem CORDS, był wcześniej autorem raportu „Zdrowi Ludzie 2010” z 2000 roku, w którym przedstawiono koncepcje społecznych uwarunkowań zdrowia, oraz „przewodził rozwojowi regionalnego systemu nadzoru nad chorobami łączącego Izrael, Jordanię i Autonomię Palestyńską” o nazwie MECIDS. Do 2023 roku CORDS dysponował centrami nadzoru działającymi w całej Europie, Afryce i Azji, a projekty takie jak „Mobilna Technologia dla Nadzoru nad Jednym Zdrowiem” demonstrują integrację cyfrowych systemów monitorowania z detekcją zagrożeń biologicznych. CORDS reprezentowało operacyjne wdrożenie transgranicznych sieci nadzoru, które później umożliwiły skoordynowaną infrastrukturę reagowania na pandemię.



One Health – część 2: Rockefeller, NTI i CORDS

5 sierpnia 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

GISAID (2008) [45](#)

Globalna inicjatywa na rzecz udostępniania wszystkich danych dotyczących grypy, zainicjowana przez Petera Bognera, stworzyła **pierwszą platformę nadzoru genomu wirusowego w czasie rzeczywistym, która wykorzystwała możliwości modelowania predykcyjnego opracowane za pomocą epidemiologii matematycznej** podczas kryzysu BSE, jednocześnie opierając się na globalnych sieciach nadzoru opracowanych przez GEIS i African IDSR. **GISAID opracował protokoły szybkiego udostępniania genomu wirusowego, które przekształciły dane z nadzoru zebrane za pośrednictwem sieci monitorowania One Health w użyteczne informacje wywiadowcze na potrzeby skoordynowanych reakcji międzynarodowych**, tworząc infrastrukturę techniczną niezbędną do algorytmicznego podejmowania decyzji w przypadku pandemii. Platforma pokazała, jak nadzór genetyczny może ominąć tradycyjne łańcuchy raportowania laboratoryjnego, umożliwiając bezpośrednie udostępnianie danych między instytucjami badawczymi a międzynarodowymi organami ds. zdrowia, jednocześnie **tworząc fundamentalną architekturę do śledzenia wirusów w czasie rzeczywistym**, która później umożliwi natychmiastową globalną koordynację podczas pandemii COVID-19 poprzez zautomatyzowaną ocenę zagrożenia i mechanizmy wyzwalania reakcji.

The screenshot shows the GISAID website interface. At the top is the GISAID logo and a navigation bar with links: About us, Database Features, Events, Collaborations, Resources, Help, Login, and a search icon. The main content area is divided into two columns. The left column contains a 'About us' sidebar with links to Mission, History, Governance, Public-Private Partnerships, Grants and Donations, Acknowledgements, and Imprint / Privacy. The right column displays a timeline of events. The first event is dated 2006 and describes the challenges of data sharing during the H5N1 crisis, mentioning the limitations of public domain archives like EMBL, DDBJ, and GenBank. The second event is dated 2008 and describes the launch of the GISAID platform at the Sixty-first World Health Assembly in May 2008, highlighting its role in improving influenza data sharing among WHO Collaborating Centers and the National Influenza Centers for the bi-annual influenza vaccine virus recommendations by the WHO Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS).

Spoleczne uwarunkowania zdrowia WHO (2008) [46](#)

Raport Światowej Organizacji Zdrowia „Zamykanie luki w pokoleniu”, któremu przewodniczył Michael Marmot, **ustanowił kompleksową infrastrukturę nadzoru pod pretekstem zajmowania się kwestią „równości w zdrowiu”, jednocześnie osadzając fundamentalnie dystopijną zasadę oceny dowodów**. Raport domagał się „krajowych i globalnych systemów nadzoru nad równością w zdrowiu z rutynowym gromadzeniem danych na temat społecznych uwarunkowań nierówności w zdrowiu” oraz „rejestrowania wszystkich dzieci po urodzeniu”, bezpośrednio wspierając ramy tożsamości cyfrowej. **Co najbardziej alarmujące, dokument wyraźnie stwierdzał, że „dowody muszą być oceniane pod kątem przydatności do celu”, skutecznie ustanawiając subiektywne, motywowane politycznie standardy oceny, a nie obiektywne kryteria naukowe**. Stworzyło to system, w którym ogromne dane z nadzoru mogły być gromadzone globalnie, ale interpretowane zgodnie z z góry określonymi celami ideologicznymi, a nie analizą empiryczną. Raport wezwał do „równości w zdrowiu na najwyższym szczeblu rządowym”. „i spójność globalnego monitorowania i działań”, tworząc prawne i instytucjonalne ramy dla koordynowanego przez WHO globalnego zarządzania, uzasadnionego sztucznymi wskaźnikami nierówności w zakresie opieki zdrowotnej i selektywnie interpretowanymi danymi z nadzoru.



Czynniki determinujące zdrowie

13 września 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Zmiana definicji „pandemii” według WHO (2009) [47](#)

W maju 2009 roku WHO wyeliminowała z definicji szóstego stadium pandemii termin „ciężkość choroby”, ograniczając go jedynie do „szybkiego i globalnego rozprzestrzeniania się nowego wirusa, na który populacja nie posiada odporności”. Ta kluczowa zmiana definicji umożliwiła ogłoszenie pandemii grypy H1N1 w czerwcu 2009 roku, mimo że wirus był znany od lat 70. XX wieku i powodował jedynie łagodne objawy. **Zmiana ta przekształciła deklaracje pandemii z ocen medycznych w administracyjne czynniki wyzwalające z góry określone ramy reagowania**, eliminując konieczność oceny klinicznej w przypadku aktywacji kryzysowej i ustanawiając precedens wdrażania kosztownych środków zaradczych opartych wyłącznie na wskaźnikach transmisji, a nie na rzeczywistych zagrożeniach dla zdrowia.

Round table

The elusive definition of pandemic influenza

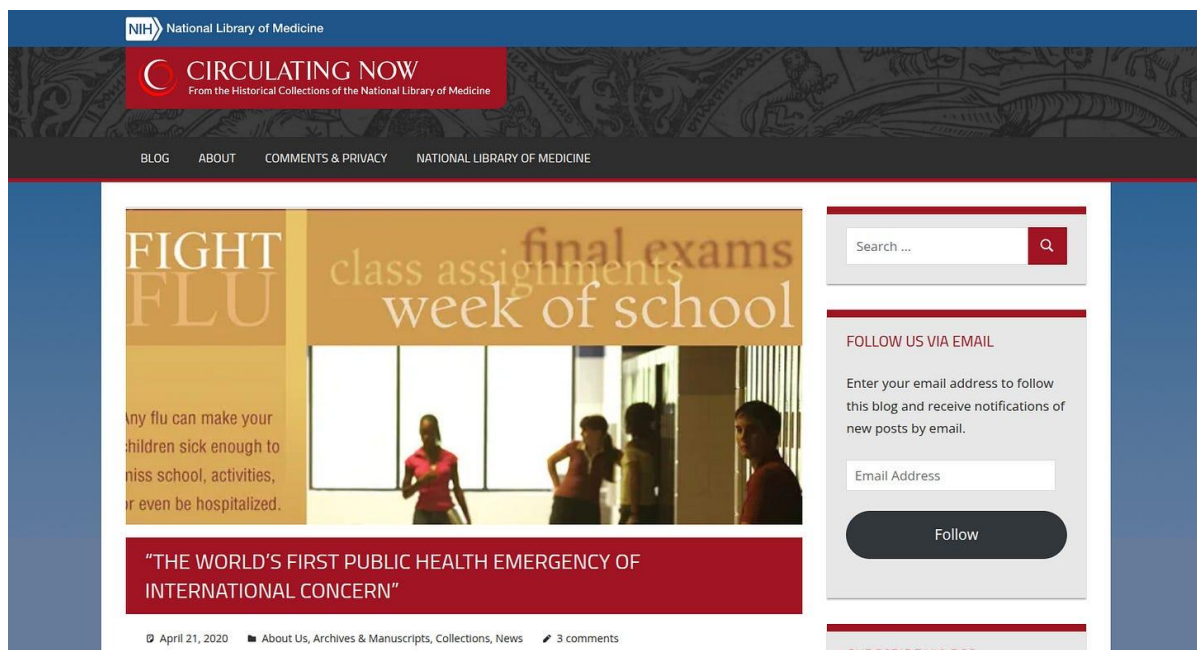
Peter Doshi^a

Abstract There has been considerable controversy over the past year, particularly in Europe, over whether the World Health Organization (WHO) changed its definition of pandemic influenza in 2009, after novel H1N1 influenza was identified. Some have argued that not only was the definition changed, but that it was done to pave the way for declaring a pandemic. Others claim that the definition was never changed and that this allegation is completely unfounded. Such polarized views have hampered our ability to draw important conclusions. This impasse, combined with concerns over potential conflicts of interest and doubts about the proportionality of the response to the H1N1 influenza outbreak, has undermined the public trust in health officials and our collective capacity to effectively respond to future disease threats.

WHO did not change its definition of pandemic influenza for the simple reason that it has never formally defined pandemic influenza. While WHO has put forth many descriptions of pandemic influenza, it has never established a formal definition and the criteria for declaring a pandemic caused by the H1N1 virus derived from "pandemic phase" definitions, not from a definition of "pandemic influenza". The fact that despite ten years of pandemic preparedness activities no formal definition of pandemic influenza has been formulated reveals important underlying assumptions about the nature of this infectious disease. In particular, the limitations of "virus-centric" approaches merit further attention and should inform ongoing efforts to "learn lessons" that will guide the response to future outbreaks of novel infectious diseases.

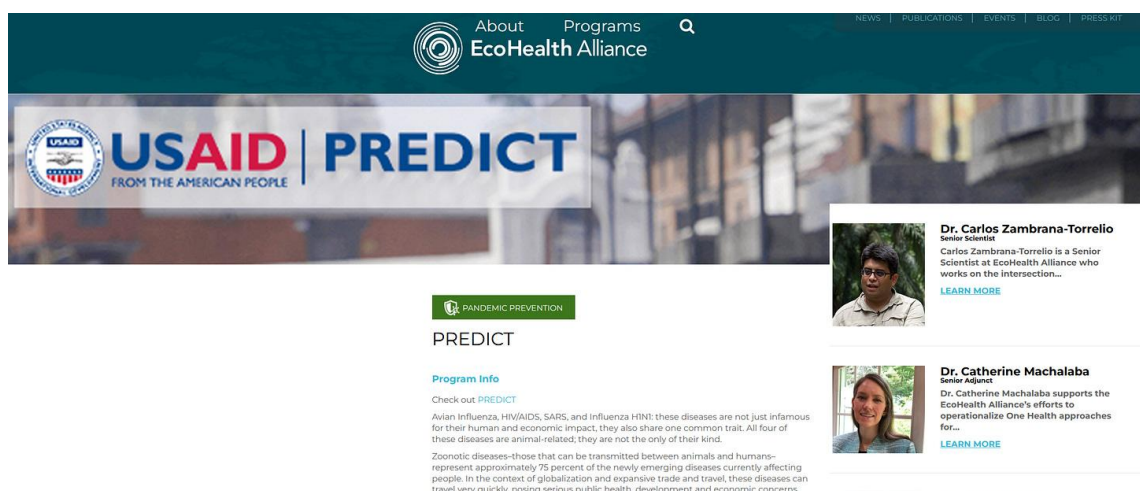
H1N1 'Pandemia' (2009) [48 49 50](#)

25 kwietnia 2009 r. Dyrektor Generalny WHO ogłosił wybuch epidemii H1N1 stanem zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym zgodnie z Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi z 2005 r., co stanowiło pierwszy pełny test operacyjny zrewidowanych ram pandemicznych. **WHO wyeliminowała ciężkość choroby z definicji szóstego etapu pandemii w maju 2009 r., wymagając jedynie „szybkiego i globalnego rozprzestrzenienia się nowego wirusa”, co spowodowało kosztowne środki zaradcze na całym świecie, pomimo że wirus był znany od lat 70. XX wieku. Reakcja obejmowała masowe kampanie szczepień koordynowane na szczeblu federalnym, stanowym i lokalnym, przy czym Niemcy zamówiły 50 milionów dawek o wartości ponad 500 milionów euro, podczas gdy w ramach globalnego wysiłku rozprowadzono ponad 30 milionów dawek w samej Europie. Pomimo wieloletniego planowania pandemii, produkcja szczepionki została opóźniona do listopada 2009 r. — po upływie szczytu zachorowań — co pokazuje zarówno możliwości aktywacji systemu, jak i ograniczenia operacyjne. Ten incydent potwierdził uprawnienia WHO do ogłaszania stanów zagrożenia zdrowia na podstawie rozprzestrzeniania się, a nie ciężkości, ustanawiając precedensy dla globalnej koordynacji, które zostaną dopracowane i dostosowane do skali pandemii COVID-19.**



Program USAID dotyczący prognozowania pojawiających się zagrożeń pandemicznych (2009-2020) [51](#)

H5N1 Uruchomiony w 2009 roku w odpowiedzi na wybuch epidemii ptasiej grypy, **program PREDICT** został zaprojektowany przez Dennisa Carrolla, dyrektora działu nowych zagrożeń USAID, a epidemiolog Jonna Mazet z UC Davis pełniła funkcję dyrektora globalnego. Program, kierowany przez One Health Institute UC Davis, działał za pośrednictwem konsorcjum obejmującego EcoHealth Alliance, Metabiota, Wildlife Conservation Society i Smithsonian Institution w ponad 30 krajach w Afryce, Azji i Ameryce Łacińskiej. PREDICT zainicjował „One Health Surveillance”, transdyscyplinarne podejście oparte na współpracy do zrozumienia ryzyka chorób zakaźnych na stykach wysokiego ryzyka między zwierzętami a ludźmi” i wsparł Globalną Agendę Bezpieczeństwa Zdrowotnego. W ramach programu przeszkolono ponad 2500 osób w zakresie metod bezpieczeństwa biologicznego i nadzoru, zwiększono potencjał 32 laboratoriów diagnostycznych na całym świecie oraz zebrano ponad 140 000 próbek biologicznych od dzikich zwierząt, odkrywając 815 nowych wirusów i podwajając liczbę znanych wirusów ssaków. PREDICT koncentruje się na nadzorze nad „rodzinami wirusów o potencjale epidemicznym i pandemicznym” W tym koronawirusy, wirusy grypy i filowirusy, takie jak Ebola. Program wdrożył globalne wykrywanie patogenów w ramach inicjatywy „Jedno Zdrowie”, tworząc infrastrukturę nadzoru i przeszkoloną kadre, która została później rozlokowana w ramach działań związanych z COVID-19, a jednocześnie **ustanawiając EcoHealth Alliance jako kluczowy węzeł** w międzynarodowych sieciach gotowości na wypadek pandemii.



Normalizacja etyczna (2009–2019)

Dzięki inicjatywie Fundacji Rockefellera „Planetary Health [52](#)” oraz Zasadom Berlińskim z 2019 roku [wyłoniła](#) 53 się nowa logika moralna: ludzie nie są strażnikami natury, lecz niszczyicielami środowiska . Ten etap wyeliminował założenie o ludzkiej wyjątkowości w ramach zarządzania. „*Perspektywy ochrony różnorodności biologicznej*” zaczęły odnosić się w równym stopniu do populacji ludzi i zwierząt . Interwencje, które kiedyś były nie do pomyślenia – kontrola zachowań, zarządzanie reprodukcją i ograniczenia zasobów – stały się etycznie uzasadnione, jeśli uznano je za niezbędne dla równowagi planetarnej lub „równości gatunków”.



[Ewolucja etyki zdrowia publicznego – część 1](#)

7 sierpnia

[Przeczytaj całą historię](#)



Ewolucja etyki zdrowia publicznego – część 2

8 sierpnia

[Przeczytaj całą historię](#)



Zasady berlińskie

19 marca 2024 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Globalny plan działania na rzecz szczepień WHO (2011–2020) [54](#)

Ta mapa drogowa **skodyfikowała ramy równości w dostępie do szczepień**, jednocześnie wdrażając **oparte na wynikach mechanizmy finansowania** opracowane przez GAVI oraz możliwości nadzoru ustanowione w ramach ocen JEE w celu **stworzenia kompleksowych globalnych systemów zarządzania szczepieniami**. Plan działania ustanowił cele dotyczące zasięgu szczepień, wymogi dotyczące nadzoru oraz mechanizmy finansowania, które zintegrowały dostarczanie szczepionek z systemami tożsamości cyfrowej i gromadzeniem danych medycznych, **tworząc ramy operacyjne dla wdrażania programowalnej zgodności poprzez dokumentację szczepień**. Plan pokazał, jak programy szczepień mogłyby funkcjonować jako infrastruktura zarządzania, a nie interwencje medyczne, wykorzystując sieci nadzoru opracowane w ramach systemów monitorowania One Health do śledzenia przestrzegania przez populację wymogów dotyczących szczepień, jednocześnie uzależniając dostęp do usług, podróży i uczestnictwa w życiu ekonomicznym od statusu szczepień udokumentowanego za pomocą cyfrowych zaświadczeń lekarskich zintegrowanych z systemami weryfikacji tożsamości.

Global
Regions

World Health Organization

Health Topics
Countries
Newsroom
Emergencies
Data
About WHO

Home / Publications / Overview / Global vaccine action plan 2011-2020

Global vaccine action plan 2011-2020

21 February 2013 | Publication

Overview
The Global Vaccine Action Plan (GVAP) — endorsed by the 194 Member States of the World Health Assembly in May 2012 — is a framework to prevent millions of deaths by 2020 through more equitable access to existing vaccines for people in all communities.
GVAP was the product of the DoV Collaboration, an unprecedented effort that brought together development, health and immunization experts and stakeholders. The leadership of the Bill & Melinda Gates Foundation, GAVI Alliance, UNICEF, United States National Institute of Allergies and Infectious Diseases and WHO, along with all partners – governments and elected officials, health professionals, academia, manufacturers, global agencies, development partners, civil society, media and the private sector – are committed to achieving the ambitious goals of the GVAP. Many more are expected to add their support in the future as the plan is translated and implemented at the country and regional levels.

WHO TEAM
Immunization, Vaccines and Biologicals (IVB)

EDITORS
World Health Organization

NUMBER OF PAGES
77

REFERENCE NUMBERS
ISBN: 9789241504980

Download (8.1 MB)

- **Ramy rozwoju zdrowia zorientowanego na społeczność (CCHD) (2011)** [55](#)
Inicjatywa CCHD ustanowiła **oparte na wynikach wskaźniki zdrowia na poziomie społeczności, łącząc globalną pomoc rozwojową z algorytmicznie mierzonymi wynikami zdrowotnymi** w programach pilotażowych w Azji i Afryce Subsaharyjskiej. Ramy te stworzyły szablon operacyjny warunkujący pomoc od zgodności ze standardowymi wskaźnikami zdrowia, umożliwiając organizacjom międzynarodowym ominięcie rządów krajowych i bezpośrednie zarządzanie lokalnymi populacjami poprzez finansowanie rozwoju. CCHD reprezentowało instytucjonalizację zarządzania zdrowiem na poziomie społeczności, tworząc infrastrukturę do zarządzania zachowaniami w skali populacji poprzez zachęty ekonomiczne powiązane z danymi z monitoringu zdrowia.

- **Public Health England One Health (2013)** [56](#) [57](#) [58](#)
Public Health England, ustanowiona jako agencja wykonawcza 1 kwietnia 2013 r., natychmiast **wdrożyła ramy nadzoru One Health poprzez swój wspólny raport na temat stosowania antybiotyków i oporności w populacjach ludzkich i zwierzęcych**. Raport UK One Health zebrał dane z nadzoru z 2013 r. dotyczące **oporności na antybiotyki u bakterii powszechnych u zwierząt i ludzi, ustanawiając zintegrowane systemy monitorowania**, które oceniały dane „*obok siebie*”, aby ocenić zależności między sprzedażą antybiotyków, ich stosowaniem i opornością w różnych sektorach. Dokument określający priorytety założycielskie PHE kładł nacisk na budowanie „*systemu zdrowia publicznego*” z odpowiedzialnością obejmującą „*miejsca pracy, mieszkalnictwo i społeczności*” poprzez integrację samorządów lokalnych, tworząc nowy model, w którym władza zdrowia publicznego wykraczała poza tradycyjne dziedziny medyczne. Stanowiło to operacjonalizację zasad One Health w Wielkiej Brytanii poprzez scentralizowane gromadzenie danych, integrację nadzoru międzysektorowego i rozszerzenie zarządzania zdrowiem na sferę ekonomiczną i społeczną, ustanawiając ramy instytucjonalne później wykorzystywane do koordynacji reakcji na COVID-19 i interwencji na poziomie populacji.

Corporate report

Public Health England's priorities for 2013 to 2014

Priorities for PHE in 2013 to 2014

From: [Public Health England](#)

Published 26 April 2013

 [Get emails about this page](#)

Documents



Public Health England: our priorities for 2013/14

PDF, 1.38 MB, 16 pages

This file may not be suitable for users of assistive technology

► [Request an accessible format.](#)

Related content

[Public Health England annual report and accounts 2013 to 2014](#)

Agenda na rzecz Globalnego Bezpieczeństwa Zdrowotnego (GHSA) (2014) [59](#)
60 [przez Stany Zjednoczone i około 44](#) partnerów założycielskich, a następnie rozszerzonych
na 60–70 krajów i organizacji. Sformalizowano zarządzanie zdrowiem w ramach logiki
bezpieczeństwa, wprowadzając „*Pakiety Działań*” [\[61\]](#) i karty wyników GHSA, [które](#)
[określają wiążące cele i wskaźniki odpowiedzialności za gotowość na wypadek epidemii oraz](#)
[podstawowe kompetencje w zakresie chorób. Wspólne Oceny Zewnętrzne](#) [\[62\]](#) powiązały
krajową reakcję na pandemię z globalnymi punktami odniesienia, osadzając zdrowie w
formalnym prawie międzynarodowym i ramach bezpieczeństwa narodowego.



Agenda Globalnego Bezpieczeństwa Zdrowotnego

18 października 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)



Obama Jedno Zdrowie (2015) [63](#)

Narodowy Plan Działań Prezydenta Obamy na rzecz Zwalczania Bakterii Opornych na Antybiotyki wyraźnie wdrożył „*Jedno Zdrowie* systemy nadzoru”, **podwajając finansowanie federalne do 1,2 miliarda dolarów i tworząc zintegrowane sieci monitorowania w sektorach zdrowia ludzi i zwierząt. Plan zakładał „wzmocnienie działań Narodowego Systemu Nadzoru Jednego Zdrowia w celu Zwalczania Oporności”** poprzez zintegrowane gromadzenie danych z „wielu sieci monitorowania”, co „znacznie zwiększyłoby obecnie bardzo ograniczone dane i dostarczyło wysokiej jakości informacji, w tym szczegółowych danych genomicznych, niezbędnych do terminowego śledzenia bakterii opornych w różnych środowiskach”. Inicjatywa ta stworzyła Sieć Detekcji Laboratoriów Regionalnych Opornych na Antybiotyki, Narodową Bazę Danych Sekwencji Opornych Patogenów oraz **ustanowiła rutynowe wymogi dotyczące raportowania nadzoru nad antybiotykami dla 95% szpitali kwalifikujących się do programu Medicare**. Co kluczowe, plan podkreślił, że „*oporność na antybiotyki jest globalnym problemem wymagającym globalnych rozwiązań*”. Wzywając do międzynarodowej koordynacji w celu „wzmocnienia krajowych i międzynarodowych zdolności wykrywania, monitorowania, analizowania i raportowania oporności na antybiotyki” oraz ustanowienia „wspólnego systemu USA i Unii Europejskiej do udostępniania i analizowania wzorców oporności bakterii”. Stanowiło to **formalną instytucjonalizację infrastruktury nadzoru One Health w ramach polityki federalnej USA**, tworząc ramy prawne i operacyjne dla międzysektorowej integracji danych i międzynarodowej koordynacji zarządzania zdrowiem.



Wskaźniki SDG i infrastruktura zgodności (2015) [64](#)

W 2015 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych przyjęła Cele Zrównoważonego Rozwoju [65](#) (SDGs), osadzając 17 powiązanych ze sobą celów we wszystkich sektorach globalnej polityki. W przeciwieństwie do ich [Milenijnych Celów Rozwoju 66](#) poprzedników, SDGs zostały ustrukturyzowane wokół wskaźników opartych na danych [67](#), planowania algorytmicznego i finansowania opartego na wynikach [68](#). Cele takie jak SDG 3 (Zdrowie), SDG 13 (Klimat) i SDG 15 (Życie na lądzie) pozwoliły, aby wskaźniki zdrowia i środowiska stały się dźwigniami prawnymi i finansowymi. Zgodność z tymi wskaźnikami została powiązana z dostępem do pożyczek Banku Światowego, wsparcia WHO i programów ONZ. Ta faza oznaczała subtelną, ale głęboką zmianę: **etyka stała się mierzalna, a moralność programowalna**. SDGs funkcjonują obecnie jako uniwersalne ramy uzasadniające interwencje na poziomie populacji przy użyciu progów statystycznych [69](#) zamiast demokratycznej deliberacji.



[Cele Zrównoważonego Rozwoju](#)

12 listopada 2024 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Zespoły ds. analizy zachowań i jednostka Nudge (2016–2020) [70](#)

Rządy na całym świecie, pod przewodnictwem brytyjskiego Zespołu ds. Analiz Behawioralnych (BIT), włączyły **psychologiczną manipulację do polityki zdrowotnej pod przykrywką „teorii bodźców”**. Zespoły te wykorzystywały ekonomię behawioralną i nauki kognitywne do sterowania zachowaniami społecznymi – *od przyjmowania szczepionek po przestrzeganie zasad kwarantanny* – bez formalnego przymusu. **W czasie pandemii COVID-19 bodźce stały się usankcjonowaną formą masowej kontroli umysłu, zacierając granicę między komunikacją w zakresie zdrowia publicznego a wojną psychologiczną**. Zarządzanie zdrowiem objęło teraz zarządzanie percepcją jako infrastrukturę.

Welcome to BIT

We are a global research and innovation consultancy which uses deep understanding of human behaviour to improve people's lives.

Ramy przeciwdziałania kryzysom chorób zakaźnych (2016) [71](#)

Komisja ds. Globalnych Ram Ryzyka Zdrowotnego Narodowej Akademii Medycyny uznała choroby zakaźne za „zaniedbany wymiar globalnego bezpieczeństwa”, **apelując o przeznaczenie 4,5 miliarda dolarów rocznie na tworzenie globalnych ram ryzyka zdrowotnego po kryzysie wywołanym wirusem Ebolą**. W raporcie powołano Komitet ds. Rozwoju Produktów Pandemicznych, którego zadaniem jest przyspieszenie procesu zatwierdzania, produkcji i dystrybucji produktów medycznych, w tym „konwergencji procesów regulacyjnych i standardów”, wstępnego zatwierdzania projektów badań klinicznych oraz mechanizmów gromadzenia zapasów i dystrybucji szczepionek. Ramy te **uznały gotowość na pandemię za konieczność bezpieczeństwa narodowego, wymagającą globalnej koordynacji, zwiększenia możliwości WHO oraz przyspieszenia prac badawczo-rozwojowych**, ustanawiając tym samym architekturę instytucjonalną, która została później wdrożona podczas pandemii COVID-19 w celu skoordynowanej reakcji międzynarodowej i wdrażania produktów w sytuacjach awaryjnych.



An official website of the United States government [Here's how you know](#)

NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

Log in

PubMed®

Advanced

Search

User Guide

Save Email Send to Display options

Review

The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises

Commission on a Global Health Risk Framework for the Future;
National Academy of Medicine, Secretariat

Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 May 16.

PMID: 27336117 Bookshelf ID: NBK368394 DOI: 10.17226/21891

Free Books & Documents

FULL TEXT LINKS

PDF HTML PRINT
NAP #20

The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises

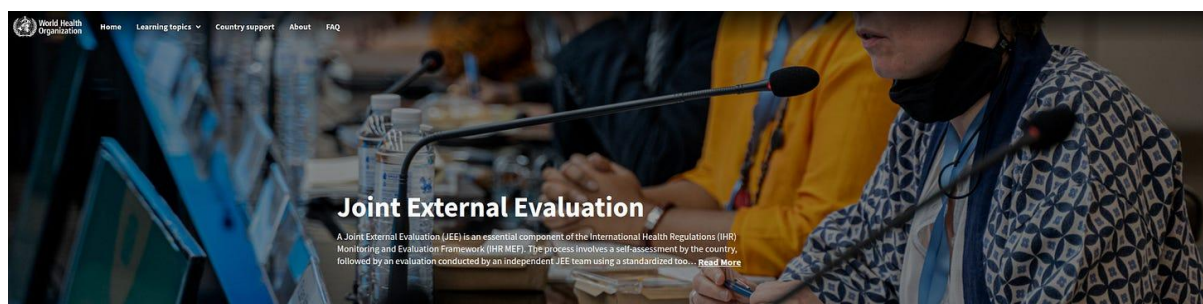
ACTIONS

Cite

• Wspólne oceny zewnętrzne (JEE, 2016+) [72](#)

Zgodnie z Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi z 2005 r., WHO ustanowiła audyty gotowości narodowej oparte na recenzjach eksperckich, które **powiązały zgodność z prawem**

z międzynarodową reputacją i finansowaniem, wdrażając mechanizmy finansowania oparte na wynikach opracowane przez GAVI, a jednocześnie opierając się na ramach koordynacji ustanowionych przez GHSA. **Proces JEE stworzył ujednolicone wskaźniki oceny krajowych możliwości w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego, umożliwiając systematyczną ocenę przestrzegania przez kraje zobowiązań WHO w zakresie nadzoru i reagowania**, a jednocześnie uzależniając dostęp do międzynarodowego finansowania opieki zdrowotnej od spełnienia technokratycznych kryteriów gotowości. Inicjatywa ta pokazała, jak zgodność z prawem można egzekwować za pomocą mechanizmów reputacyjnych i finansowych, a nie formalnych sankcji. Stworzyło to ramy operacyjne dla zapewnienia globalnego wdrożenia zdolności nadzoru i reagowania opracowanych w ramach sieci One Health, a jednocześnie ustanowiło precedens instytucjonalny dla uzależniania suwerenności narodowej od przestrzegania międzynarodowych standardów zarządzania zdrowiem.



Mechanizmy egzekwowania prawa gospodarczego 2017 [73](#)

Obligacje pandemiczne Banku Światowego z 2017 roku **wprowadziły spekulacyjne finansowanie w sektorze zdrowia publicznego, nagradzając inwestorów, jeśli nie ogłoszono epidemii**. Ta faza przekształciła globalną politykę zdrowotną w system przymusu: oceny algorytmiczne uruchamiały zobowiązania, a nieprzestrzeganie ich oznaczało izolację ekonomiczną. Polityka zdrowotna stała się funkcją modelowania ryzyka finansowego i egzekwowania umów.



Formacja CEPI (2017) [74](#)

Koalicja na rzecz innowacji w zakresie gotowości na epidemie, powołana w Davos, stała się kluczowym elementem **misji „100-dniowej szczepionki”** i infrastruktury reagowania na COVID-19.



Nextstrain (2018) [75](#)

Opracowany przez Trevora Bedforda i Richarda Nehera, Nextstrain stworzył **narzędzia open source do śledzenia i wizualizacji ewolucji genomu wirusowego w czasie rzeczywistym**, operacjonalizując dekadę danych z nadzoru wirusowego zebranych za pośrednictwem GISAID, jednocześnie opierając się na ramach modelowania predykcyjnego ustanowionych przez epidemiologię matematyczną. Platforma **zintegrowała analizę filogenetyczną z mapowaniem geograficznym i śledzeniem czasowym**, przekształcając surowe dane z nadzoru genomowego w wizualne narzędzia wspomagające podejmowanie decyzji, które mogłyby kierować interwencjami politycznymi w czasie rzeczywistym. Nextstrain zademonstrował, jak można zautomatyzować i zdemokratyzować nadzór nad genomem wirusowym, tworząc infrastrukturę analityczną niezbędną do uzasadnienia skoordynowanych międzynarodowych reakcji opartych na zmianach genetycznych wirusa, a nie na wynikach klinicznych, jednocześnie **ustanawiając techniczne podstawy dla silników decyzyjnych w czasie rzeczywistym dla pandemii, które zostaną wdrożone podczas COVID-19 poprzez integrację z cyfrowymi systemami śledzenia kontaktów i platformami nadzoru behawioralnego**.

The image is a screenshot of the Bioinformatics journal article page. At the top, there is a banner for the 'LONGITUDE PRIZE ON ALS' challenge, featuring a brain graphic and the text 'Click here to learn more'. Below the banner, the Oxford Academic logo is visible on the left, and navigation links for 'Journals' and 'Books' are in the center. On the right, there is a 'Sign in through your institution' button. The main header of the page is 'Bioinformatics' in large white letters on a blue background, with the 'iSCB' logo on the right. Below the header, there is a navigation bar with links: 'Issues', 'Advance articles', 'Submit', 'Alerts', and 'About'. A search bar is also present. The article title 'Nextstrain: real-time tracking of pathogen evolution' is prominently displayed. Below the title, the authors are listed: James Hadfield, Colin Megill, Sidney M Bell, John Huddleston, Barney Potter, Charlton Callender, Pavel Sagulenko, Trevor Bedford, Richard A Neher, and an 'Author Notes' link. The article's publication details are provided: 'Bioinformatics, Volume 34, Issue 23, December 2018, Pages 4121–4123' and the DOI 'https://doi.org/10.1093/bioinformatics/bty407'. The publication date is 'Published: 22 May 2018' and there is an 'Article history' link. At the bottom, there are icons for 'PDF', 'Split View', 'Cite', 'Permissions', and 'Share'. On the left side of the article, there is a thumbnail of the journal cover and the text 'Volume 34, Issue 23, December 2018' and 'Article Contents'. On the right side, there is another 'LONGITUDE PRIZE ON ALS' banner with the text 'Join us in bringing AI to the fight against ALS' and 'Click here to learn more'.

Kład X (2018) [76](#)

Przeprowadzone 15 maja 2018 roku przez Centrum Bezpieczeństwa Zdrowotnego Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa, ćwiczenie **symulowało genetycznie zmodyfikowany wirus hybrydowy paragrypy i wirusa Nipah, uwolniony przez terrorystów walczących z przeludnieniem, co doprowadziło do 900 milionów symulowanych zgonów na całym świecie**. Całodniowa symulacja Rady Bezpieczeństwa Narodowego ujawniła awarie systemowe, w tym **nieskuteczne szczepionki, przeciążone systemy opieki zdrowotnej i niezdolność rządów do powstrzymania rozprzestrzeniania się wirusa, z prognozami na 0,5–2 miliony zgonów w USA w ciągu roku**. Clade X wykazał, że obecne przygotowanie USA na pandemię jest niewystarczające w odniesieniu do nowych patogenów, a jednocześnie normalizuje scenariusze zmodyfikowanej broni biologicznej i **udoskonala ramy operacyjne dla skoordynowanej międzynarodowej reakcji na pandemię, która zostanie uruchomiona podczas pandemii COVID-19**.

The screenshot shows the PreventionWeb website interface. At the top, there's a navigation bar with 'UNDRR' and 'My account'. Below it, the 'PreventionWeb' logo is on the left, and a navigation menu with 'Home', 'Understanding disaster risk', 'Knowledge Base', 'Community', 'Sendai Framework', and a search icon is on the right. The main content area has a breadcrumb trail: 'Home > Publications > Documents and publications'. The title of the document is 'Clade X exercise: Improving policy to prepare for severe pandemics'. Below the title, it says 'Source: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health'. On the right side of the document header, there is a green button that says 'Upload your content'. Below the header, there are tabs for 'Jump to: Download', 'Editors' recommendations', and 'Explore further'. The main text area contains a detailed description of the Clade X exercise, mentioning it was hosted by the Johns Hopkins Center for Health Security in May 2018 to identify policy issues and preparedness challenges. To the right of the text, there is a thumbnail image of the 'CLADE X' document cover, which features a red and white design with the text 'CLADE X EXERCISE: IMPROVING POLICY TO PREPARE FOR SEVERE PANDemics'.

Rozwój platformy mRNA i sieci biotechnologicznych (2018–2020) [77](#)

Inicjatywy DARPA w zakresie technologii biologicznych oraz platformy biologii syntetycznej Craiga Ventera stworzyły możliwości szybkiego reagowania genetycznego, które **umożliwiły wdrożenie systemów wdrażania szczepionek w sytuacjach kryzysowych, przewidzianych w ramach Operation Warp Speed**, jednocześnie opierając się na mechanizmach koordynacji przemysłu farmaceutycznego ustanowionych w ramach CEPI i wcześniejszych partnerstwach publiczno-prywatnych. Rozwój platformy mRNA pokazał, jak biotechnologia może być uzbrojona w celu szybkiej interwencji populacyjnej, tworząc programowalne systemy szczepionek, które można szybko modyfikować w oparciu o dane genomu wirusowego zebrane za pośrednictwem GISAID i Nextstrain, z pominięciem tradycyjnych harmonogramów rozwoju szczepionek. Ta infrastruktura technologiczna **umożliwiła realizację „100-dniowej misji szczepionkowej” promowanej na forach międzynarodowych**, udowadniając, że interwencje genetyczne można rozwijać i wdrażać na skalę populacyjną w ramach terminów zgodnych z protokołami zarządzania kryzysowego, jednocześnie ustanawiając techniczne podstawy do traktowania populacji ludzkich jako programowalnych systemów biologicznych podlegających szybkiej modyfikacji genetycznej w oparciu o algorytmiczną ocenę zagrożeń.



Zasady berlińskie (2019) [78](#)

Zasady Berlińskie z 2019 roku **zaktualizowały Zasady Manhattanu z 2004 roku, formułując 10 podstawowych założeń, integrując kwestie zmian klimatu, ochrony bioróżnorodności i zarządzania zdrowiem w ramach zarządzania technokratycznego**. Dokument wyraźnie stwierdzał „**niemożność ochrony zdrowia ludzkiego w oderwaniu od zdrowia innych zwierząt i środowiska**”, formalnie zrównując kwestie zdrowia ludzi i zwierząt oraz eliminując wyjątkowość człowieka z ram zarządzania. Zasady ustanowiły „**zarządzanie adaptacyjne**” z wykorzystaniem danych z monitoringu, jednocześnie **wymagając kompleksowych globalnych sieci monitorowania obejmujących zdrowie ludzkie, systemy środowiskowe i śledzenie bioróżnorodności za pośrednictwem platform takich jak GEOSS**. Współautorem jest Andrew Farlow, a dokument jest powiązany z inicjatywą Rockefeller-Lancet Planetary Health. **Zasady Berlińskie wdrożyły w życie koncepcję One Health jako system zarządzania, w którym zbiorowe zarządzanie planetarne jest priorytetem nad demokratyczną odpowiedzialnością i prawami jednostki**.



[Zasady berlińskie](#)

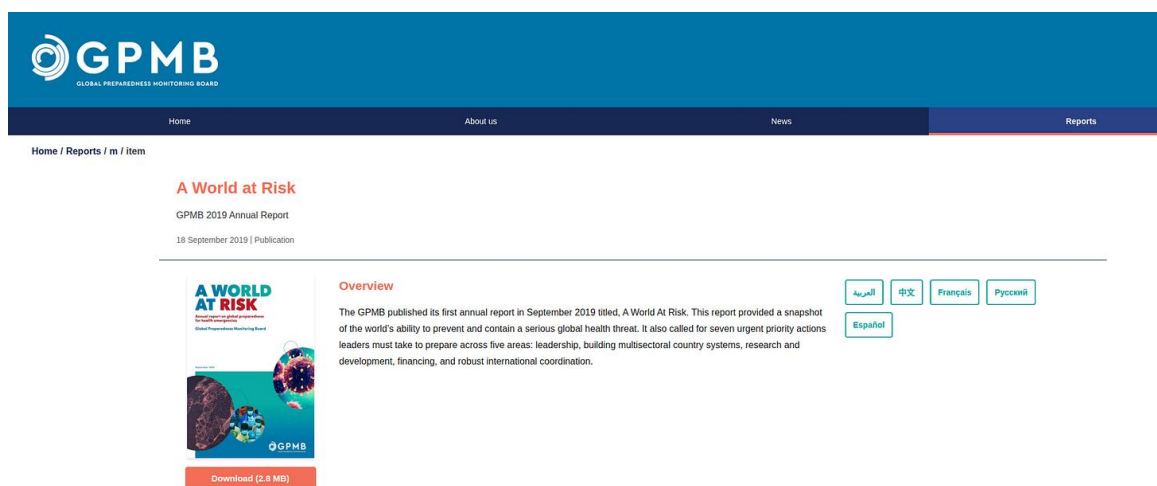
19 marca 2024 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Świat w niebezpieczeństwie (2019) [79](#)

Pierwszy roczny raport Global Preparedness Monitoring Board, **opublikowany we wrześniu 2019 r., ostrzegł konkretnie przed „szybko rozprzestrzeniającą się pandemią**

*przenoszoną drogą powietrzną, która może zabić nawet 80 milionów ludzi, zakłócić gospodarkę i wywołać chaos społeczny ” zaledwie kilka miesięcy przed pojawieniem się COVID-19 . Wspólna inicjatywa WHO i Banku Światowego wezwała kraje do rozwijania „, szybkich zdolności produkcyjnych ”, natychmiastowego udostępniania sekwencji genomu nowych patogenów oraz **integracji gotowości na pandemię z planowaniem ryzyka gospodarczego za pośrednictwem MFW i Banku Światowego** . Raport skrytykował „ cykl paniki i zaniedbania w kontekście pandemii ” i zażądał siedmiu pilnych działań w zakresie przywództwa, wielosektorowych systemów krajowych, badań i rozwoju, finansowania oraz solidnej koordynacji międzynarodowej. **Przewidujące ostrzeżenia i konkretne zalecenia rady, kierowanej przez byłą dyrektorkę generalną WHO, Gro Harlem Brundtland** , zostały wdrożone w życie podczas reakcji na COVID-19, co pokazuje, że **planowanie pandemii rozwinęło się do szczegółowych planów wdrożenia na lata przed ogłoszeniem stanu wyjątkowego**. .*



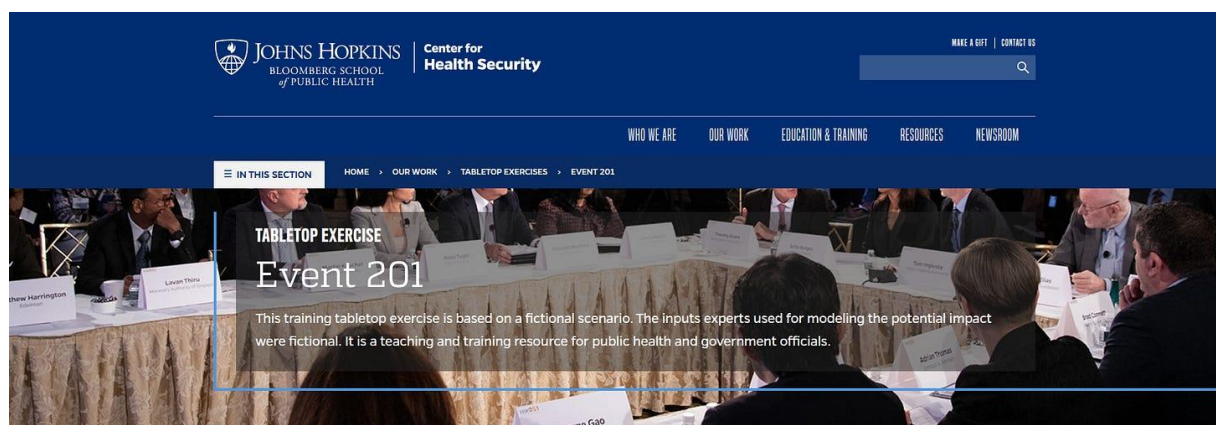
Karmazynowa Zaraza (2019) [80](#)

To masowe ćwiczenie pandemiczne HHS, przeprowadzone w okresie styczeń-sierpień 2019 roku, **symulowało wirusa układu oddechowego pochodzącego z Chin, który zainfekował 110 milionów Amerykanów, hospitalizował 7,7 miliona osób i zabił 586 000**. Tajny raport z działań powypadkowych ujawnił katastrofalne błędy w koordynacji między agencjami federalnymi, w tym brak jasności co do ról uczestników, korzystanie przez HHS i FEMA z rozbieżnych systemów informatycznych oraz niejasności co do oficjalnych źródeł informacji przekazywanych do Białego Domu. Było to **największe funkcjonalne ćwiczenie pandemiczne, jakie kiedykolwiek przeprowadzono w HHS, i bezpośrednio poprzedziło wybuch pandemii COVID-19 o kilka miesięcy** .



Wydarzenie 201 (październik 2019) [81](#)

Ćwiczenie symulujące pandemię, przeprowadzone przez Centrum Bezpieczeństwa Zdrowotnego im. Johnsa Hopkinsa, Światowe Forum Ekonomiczne i Fundację Gatesa zaledwie kilka miesięcy przed wybuchem pandemii COVID-19, „wyraźnie **pokazało szereg ważnych luk w przygotowaniu na pandemię**” i **nakreśliło mechanizmy współpracy sektora publicznego i prywatnego** .



Okragły stół sektora prywatnego na rzecz globalnego bezpieczeństwa zdrowotnego (2020) [82](#)

Ta tajemnicza organizacja określa się jako „*oficjalny głos sektora prywatnego w globalnej społeczności bezpieczeństwa zdrowotnego*”, pomimo minimalnej obecności publicznej — zaledwie kilka wyników w Google i mniej niż 1000 obserwujących na Twitterze po siedmiu latach działalności. Pod przewodnictwem dyrektorów firm farmaceutycznych, w tym Alana Tennenberga (*byłego Johnson & Johnson*) i Ashlinga Mulvaneya (*byłego AstraZeneca*) , **Okragły Stół obejmuje członków takich jak BlackRock, Gates Foundation, Rockefeller, Merck i Pfizer, jednocześnie utrzymując oficjalne poparcie Białego Domu i stanowiska komitetu sterującego w sprawie Globalnej Agendy Bezpieczeństwa Zdrowotnego** . Ich zalecenia wyraźnie wzywają do rozszerzenia partnerstw publiczno-prywatnych, „*zrównoważonego finansowania i zdolności do przydzielania niezbędnego finansowania na poziomie ponadnarodowym w szczytowych okresach kryzysu*”, cyfrowej transformacji analityki danych medycznych i integracji łańcucha dostaw jako „*krytycznych elementów*”

globalnego bezpieczeństwa zdrowotnego”. Organizacja reprezentuje **formalną instytucjonalizację przejęcia korporacyjnego w zarządzaniu pandemią**, zapewniając, że **interesy farmaceutyczne i finansowe mają bezpośredni wpływ na rządową politykę zdrowotną, jednocześnie omijając demokratyczny nadzór**. .



PSRT

8 listopada 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

COVID-19 (2020–2023)

Pandemia COVID-19 pokazała, jak **logika zarządzania populacją zwierząt może być w pełni zastosowana do ludzi**. Lockdowny, kwarantanny, obowiązkowe szczepienia i cyfrowe systemy dostępu [83] były **wprowadzane w oparciu o oceny algorytmiczne [84] i uzasadniane deklaracjami stanu wyjątkowego**. Globalnie zharmonizowane interwencje omijały lokalne debaty polityczne, a społeczeństwa w dużej mierze akceptowały technokratyczne rządy, gdy były one oparte na autorytecie naukowym. Ta faza pokazała nie tylko, że system może działać – pokazała, że już działa.



COVID 19

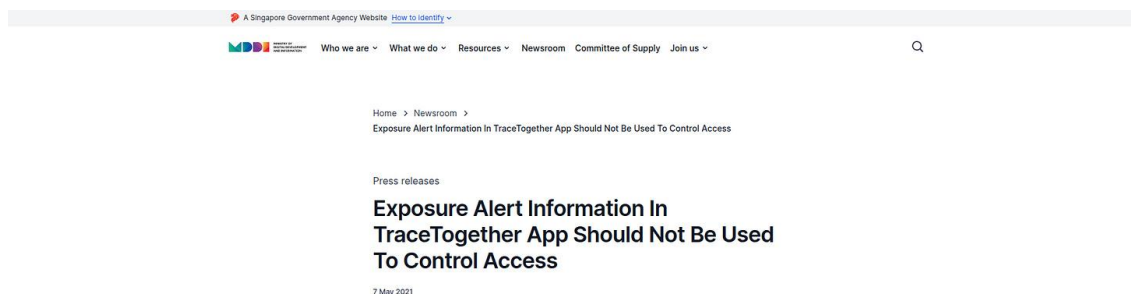
30 maja

[Przeczytaj całą historię](#)

Aplikacje do cyfrowego śledzenia kontaktów (TraceTogether, Exposure Notification, 2020) 85

Bazując na możliwościach nadzoru wirusowego w czasie rzeczywistym opracowanych przez

GISAID i Nextstrain, cyfrowe aplikacje do śledzenia kontaktów stworzyły systemy nadzoru behawioralnego na poziomie smartfonów, które wdrożyły monitorowanie populacji za pomocą urządzeń osobistych w ramach wymogów zdrowia publicznego . TraceTogether, opracowany przez Singapurską Rządową Agencję Technologiczną, oraz Exposure Notification API firmy Google-Apple pokazały, w jaki sposób przygotowanie na pandemię może uzasadniać kompleksowe cyfrowe śledzenie ruchu ludzi i interakcji społecznych, jednocześnie **tworząc infrastrukturę techniczną do modyfikacji zachowań populacji w czasie rzeczywistym** . Aplikacje te dostarczyły wczesnych dowodów słuszności koncepcji dla systemów nadzoru na poziomie smartfonów, które **integrowały dane behawioralne jednostek ze śledzeniem genomu wirusa** , tworząc podstawę operacyjną dla algorytmicznych systemów reagowania na pandemię, które mogłyby wyzwać automatyczne interwencje w oparciu o cyfrowe dane o bliskości, a nie ocenę kliniczną, ustanawiając jednocześnie precedens dla osadzania nadzoru zdrowotnego w infrastrukturze komputerów osobistych.



- **Operacja Warp Speed (2020)** [86 87](#)

Amerykańskie partnerstwo publiczno-prywatne **skrótowało harmonogramy prac badawczo-rozwojowych nad szczepionkami z lat do miesięcy** , wdrażając awaryjne ścieżki regulacyjne ustanowione za pośrednictwem prawnych ram zarządzania kryzysowego, jednocześnie opierając się na mechanizmach koordynacji publiczno-prywatnej opracowanych przez CEPI i partnerstwach przemysłu farmaceutycznego ustanowionych od spotkania koordynacyjnego WHO-przemysł w 1998 r. **Operacja Warp Speed pokazała, jak deklaracje stanu wyjątkowego mogą ominąć normalny nadzór regulacyjny, wykorzystując jednocześnie technologie platformy mRNA opracowane dzięki finansowaniu DARPA i infrastrukturę nadzoru stworzoną za pomocą ocen JEE w celu koordynowania globalnego wdrażania szczepionek** . Operacja znormalizowała ścieżki autoryzacji użycia w nagłych wypadkach, które podporządkowały wymagania dotyczące badań klinicznych algorytmicznym ocenom ryzyka, tworząc precedens operacyjny dla wdrażania eksperymentalnych interwencji medycznych na skalę populacji w oparciu o modelowanie predykcyjne, a nie długoterminowe dane dotyczące bezpieczeństwa, jednocześnie ustanawiając ramy regulacyjne dla wdrożenia „100-dniowej misji szczepionkowej” za pośrednictwem wstępnie zatwierdzonych protokołów awaryjnych.

Operation Warp Speed:**Accelerated COVID-19 Vaccine Development Status and Efforts to Address Manufacturing Challenges**

GAO-21-319

Published: Feb 11, 2021. Publicly Released: Feb 11, 2021.

**• AvesTerra (2020) [88](#)**

Kwietniowy, dystopijny dokument Uniwersytetu Georgetown z 2020 r. autorstwa Petera Piota (zgodnie z jego własnymi oświadczeniami na łóżu śmierci z powodu Covid-19), Marka Dybula i JC Smarta skutecznie ogłosił **globalne możliwości testowania i śledzenia przy użyciu istniejącej już technologii nadzoru wojskowego**. AvesTerra, opracowana w ramach programu SIMPLEX DARPA i finansowania CDC, stworzyła „*hipergraficzne reprezentacje dużych ilości danych*” do **śledzenia w czasie rzeczywistym całych populacji, z wizualizacją po stronie klienta dostarczoną przez oprogramowanie Fraym, które „mapuje ludzkość”**. Technologia osiągnęła status operacyjny we wrześniu 2019 r. — *na miesiąc przed COVID-19* — i została **pomyślnie dostosowana do nadzoru pandemicznego do sierpnia 2020 r.** Dokument Georgetown **weszał do obowiązkowego globalnego wdrożenia inwazyjnych systemów nadzoru**, argumentując, że „*nie możemy polegać na samoraportowaniu*” i wymaga „*tylko jednego*” zunifikowanego globalnego systemu, aby był skuteczny. Stanowiło to **wdrożenie technologii wojny informacyjnej o charakterze wojskowym**, opracowanej przez Naval Information Warfare Centers, jako infrastruktury ochrony zdrowia cywilnego pod pretekstem ochrony bezpieczeństwa publicznego i zapobiegania utracie zaufania do rządu.

**[Dystopia Georgetown](#)**

19 czerwca 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)Globalna umowa na naszą epokę pandemii (2021) [89](#) [90](#)

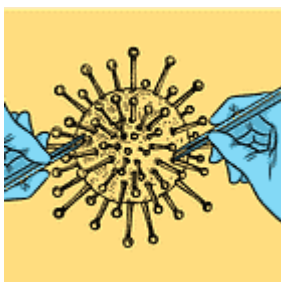
Zaproponowano co najmniej **15 miliardów dolarów rocznie w nowym międzynarodowym finansowaniu (75 miliardów dolarów w ciągu pięciu lat)** w celu wypełnienia czterech luk — **nadzoru, systemów krajowych, środków zaradczych w medycynie i zarządzania** — plus ~1% krajowych wydatków na opiekę zdrowotną w krajach o niskich i średnich

dochodach ; wezwano do utworzenia Globalnego Funduszu Zagrożeń dla Zdrowia (*FIF w Banku Światowym*) oraz Globalnej Rady Zagrożeń dla Zdrowia (ministrowie zdrowia i finansów G20+, na wzór Rady SB), aby powiązać zarządzanie zdrowiem pod przewodnictwem WHO z finansami, wzmocnić WHO/One Health i umożliwić finansowanie wzrostu za pośrednictwem międzynarodowych instytucji finansowych — skutecznie **kładąc podwaliny pod finansowanie i zarządzanie, które później zostaną wdrożone w ramach Funduszu Pandemicznego** .



Rozproszenie uwagi w postaci zysku funkcji (2021-) [91](#)

Intensywne skupienie się na laboratoryjnych korzeniach COVID-19 służy jako **strategiczne odwrócenie uwagi od faktycznej funkcji pandemii: wdrażania wstępnie zaprojektowanej infrastruktury zarządzania w warunkach kryzysu** . Debata na temat korzyści z funkcji implicite **uzasadnia reakcję polityczną, przyjmując, że wirus był wyjątkowo niebezpieczny** , podczas gdy prawdziwą bronią była historia o wirusie, a nie sam patogen. Charakterystyka COVID-19 wydaje się celowo skalibrowana pod kątem wdrażania polityki, a nie maksymalnej śmiertelności – **na tyle nowa, by uzasadnić bezprecedensowe środki, a jednocześnie na tyle łagodna, by utrzymać niezbędną infrastrukturę nadzoru w działaniu** . Pandemia wprowadziła „*zarządzanie oparte na wskaźnikach*”, w którym ludzki osąd został zastąpiony zautomatyzowanymi progami: procentowe obłożenie szpitali powodowało lockdowny, wskaźniki zachorowań determinowały pozwolenia na podróże, a liczba szczepień determinowała dostęp do usług. Ta infrastruktura pozostaje stale sprawna, nawet gdy wirus ewoluował do endemicznej łagodności, co dowodzi, że **COVID-19 nie był kryzysem zdrowotnym, który umożliwiał realizację określonych polityk, ale projektem wdrożenia infrastruktury, który wymagał narracji o kryzysie zdrowotnym do wdrożenia** . .



[Rozproszenie uwagi w postaci zysku funkcji](#)

18 czerwca

[Przeczytaj całą historię](#)

Cyfrowe certyfikaty WHO i kontrola dostępu (2021) [92 93 94 95 96 97](#)

Podczas rzekomej pandemii COVID-19, Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała globalną specyfikację dla **Cyfrowej Dokumentacji Certyfikatów COVID-19 (DDCC)**. Ten standard techniczny stał się prototypem cyfrowych paszportów zdrowotnych, **integrując cyfrową weryfikację tożsamości z danymi szczepień i wynikami testów**. Dostosowany do standardów ISO i IATA, DDCC umożliwiał wykluczenie w czasie rzeczywistym z podróży, pracy lub usług na podstawie algorytmicznego stanu zdrowia. Choć sformułowany jako tymczasowy, **stał się operacyjnym przypadkiem testowym dla integracji biometrycznej tożsamości, nadzoru i kontroli behawioralnej w globalnym systemie dostępu**. DDCC skutecznie przeklasyfikował dane dotyczące zdrowia jako infrastrukturę zarządzania, oznaczając przejście od zdrowia publicznego do programowalnego obywatelstwa — **wiążąc uczestnictwo społeczne z przestrzeganiem algorytmicznie zdefiniowanych progów**.



[Kapitalizm inkluzywny](#)

29 maja

[Przeczytaj całą historię](#)

Research Commentary Experts Events



CGD NOTE

A COVID Vaccine Certificate: Building on Lessons from Digital ID for the Digital Yellow Card

[DOWNLOAD PDF](#)

by Alan Gelb and Anil Mukherjee

FEBRUARY 11, 2021

More From the series



Introduction

COVID-19 vaccination efforts are well and truly underway across the world. In addition to those in Europe and North America, vaccination campaigns are gathering pace across China, India, Russia, and the Middle East, though lagging in many other, mostly poor, countries. As more start scaling up their own programs and the number of vaccinated people increases over the coming year, a COVID Vaccine Certificate (CVC) is likely to become an important tool to help monitor and manage the rollout of vaccinations and get national economies back on track. Such a credential will also be needed to facilitate the safe movement of people across countries, including to rejuvenate the tourism industry, which is important for many developing countries.

Since a vaccination certificate is a form of functional ID, with one component consisting of data related to the vaccination—such as date, vaccine, place of vaccination, and other relevant information—and the other the identity of the holder, it may be useful to consider some lessons learned from the rollout of identification (ID) systems across the world.

One thing is clear: the CVC will be a formidable challenge, not only to international cooperation, but because it will need to be implemented in the course of mass vaccination campaigns across countries with very different health management systems and ID systems and with a constantly evolving situation.

Globalna strategia w zakresie zdrowia cyfrowego na lata 2020–2025 [98](#)

Przyjęta przez 73. Światowe Zgromadzenie Zdrowia, strategia WHO w zakresie zdrowia cyfrowego **skodyfikowała transformację medycyny klinicznej do zarządzania algorytmicznego** poprzez „*Internet Rzeczy*”, *wirtualną opiekę zdrowotną, zdalny monitoring, sztuczną inteligencję, analizę dużych zbiorów danych, blockchain, inteligentne urządzenia noszone na ciele*” oraz ustanowiła globalne ramy nadzoru nad zdrowiem w sytuacjach kryzysowych. Strategia kładzie nacisk na „*centra informacyjne nadzoru nad chorobami, służące zarządzaniu i wdrażaniu terminowych decyzji w czasie epidemii i innych sytuacji kryzysowych w zakresie zdrowia publicznego*”, jednocześnie wzmacniając zarządzanie zdrowiem cyfrowym na poziomie krajowym i międzynarodowym poprzez ramy regulacyjne. Globalna Inicjatywa na rzecz Zdrowia Cyfrowego z 2023 r. wdrożyła te ramy, ponieważ WHO zarządzała sieciami interesariuszy, aby ułatwić wdrażanie norm i standardów WHO w zakresie transformacji systemu zdrowia cyfrowego. Strategia ta **bezpośrednio umożliwia egzekwowanie Celów Zrównoważonego Rozwoju poprzez cyfrową weryfikację tożsamości i monitorowanie stanu zdrowia, tworząc infrastrukturę techniczną do kontroli zachowań na poziomie populacji**. pod przykrywką modernizacji opieki zdrowotnej i gotowości na pandemię.

The screenshot shows the WHO website interface. At the top, there's a navigation bar with 'Global' and 'Regions' dropdowns, a search icon, and a 'Select language' dropdown. Below this is the WHO logo and a 'Donate' button. A secondary navigation bar includes 'Health Topics', 'Countries', 'Newsroom', 'Emergencies', 'Data', and 'About WHO'. The main content area has a breadcrumb trail: 'Home / Publications / Overview / Global strategy on digital health 2020-2025'. The title 'Global strategy on digital health 2020-2025' is followed by the date '18 August 2021 | Publication'. On the left, there's a thumbnail of the strategy document cover with a 'Download (3.6 MB)' button. The 'Overview' section states the purpose of the strategy and provides a link to access all available languages. On the right, a sidebar lists metadata: 'WHO TEAM' (Digital Health and Innovation (DHI)), 'EDITORS' (World Health Organization), 'NUMBER OF PAGES' (50), 'REFERENCE NUMBERS' (ISBN: 978-92-4-002092-4), 'COPYRIGHT' (Creative Commons license icons), and buttons for 'Français' and 'Español'.

Agenda szczepień 2030 (2022) [99](#)

Agenda Szczepień 2030 WHO ustanowiła globalne ramy dla „*szczepień w całym cyklu życia*” poprzez siedem strategicznych priorytetów, integrujących **powszechną opiekę zdrowotną, kompleksowe systemy nadzoru oraz cyfrowe sieci informacji zdrowotnej**. Zatwierdzona przez wszystkie państwa członkowskie WHO, agenda promuje „*sprawiedliwy dostęp do szczepień*” we wszystkich grupach wiekowych, jednocześnie włączając programy szczepień do szerszej infrastruktury zarządzania zdrowiem, obejmującej solidne łańcuchy dostaw, systemy monitorowania w czasie rzeczywistym oraz partnerstwa publiczno-prywatne. Ramy te **wyrażnie wzywają do gotowości na „chorobę X” i uznają szczepienia za kluczowe dla globalnego bezpieczeństwa zdrowotnego, zdrowia środowiskowego i społecznych uwarunkowań zdrowia w ramach zasad „Jednego Zdrowia”**.



[Agenda szczepień 2030](#)

13 października 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Holistyczne globalne bezpieczeństwo zdrowotne (2022) [100](#)

Global Health Council przedstawiła koncepcję „*Holistycznego Globalnego Bezpieczeństwa Zdrowotnego*” jako kompleksowe ramy łączące zarządzanie zdrowiem z kwestiami zmian klimatu, oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe, polityką gospodarczą i społeczną, systemami nadzoru oraz narracjami dotyczącymi równości w ramach jednego, „*multidyscyplinarnego*” podejścia. Wykraczając poza tradycyjne ramy bezpieczeństwa narodowego, inicjatywa ta wzywa do systematycznej integracji systemów opieki zdrowotnej z powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, monitorowaniem społecznych uwarunkowań zdrowia oraz „rozwiązaniami opartymi na naturze”, kładąc jednocześnie nacisk na bezpieczeństwo zbiorowe „*skupione na wszystkich ludziach*”. Ramy te wyraźnie łączą bezpieczeństwo zdrowotne ze strukturami zarządzania, strategiami przekazywania informacji, zarządzaniem siłą roboczą i odporną infrastrukturą, skutecznie konsolidując wiele obszarów kontroli społecznej pod parasolem globalnej ochrony zdrowia i zasad „*nikt nie zostaje w tyle*”.



[Holistyczne globalne bezpieczeństwo zdrowotne](#)

21 maja 2024 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Infrastruktura kontroli planetarnej (2023–2025) [101](#) [102](#)

Ostatnim etapem jest symulacja planetarna i cyfrowe egzekwowanie prawa. Systemy takie jak Digital Public Infrastructure [103](#) (DPI), Digital Twins i Planetary Computer [104](#) firmy

Microsoft symuluje obecnie jednostki, ekosystemy i zachowania w czasie rzeczywistym. Platformy te – *powiązane ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO), Bankiem Światowym, ISO i grupą G20* – tworzą cybernetyczną pętlę zarządzania. **Decyzje polityczne są coraz częściej podejmowane na podstawie wyników symulacji, wdrażanych za pośrednictwem cyfrowych identyfikatorów, programowalnych pieniędzy i sztucznej inteligencji. Cel „równoważenia ludzkości z naturą” jest teraz technicznie wykonalny.**



Cyfrowy bliźniak

27 lipca 2024 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Rozwój kadr One Health i integracja klimatu ze zdrowiem (2023)

Córka amerykańskiego polityka Johna Kerry'ego i liderki ds. młodych globalnych inicjatyw Światowego Forum Ekonomicznego, Vanessa Kerry, została powołana na stanowisko w WHO, koncentrujące się na rozwoju kadr One Health oraz integracji klimatu ze zdrowiem. Jako dyrektorka generalna Seed Global Health – *organizacji współpracującej z firmami Pfizer i Moderna* – Kerry nadzoruje programy szkoleń medycznych w krajach rozwijających się, zgodnie z Celem Zrównoważonego Rozwoju 3.c, dotyczącym wzmocnienia kadr medycznych. Jej nominacja promuje **globalną standaryzację protokołów szkoleniowych One Health**, jednocześnie rozszerzając możliwości nadzoru i interwencji w środowiskach o niskich zasobach, co stanowi **instytucjonalizację narracji dotyczących klimatu i zdrowia w ramach międzynarodowego rozwoju kadr medycznych oraz integracji partnerstw z przemysłem farmaceutycznym z globalną infrastrukturą bezpieczeństwa zdrowotnego WHO**.



Vanessa Kerry.

22 czerwca 2023 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

- **INB kończy ostatnią fazę negocjacji. (Marzec 2024) [105](#)**

Międzyrządowy Organ Negocjacyjny (INB), ustanowiony jako centralny mechanizm redakcyjny traktatu, formalnie **konsoliduje globalne funkcje zarządzania w obszarze zdrowia, finansów, społeczeństwa obywatelskiego i infrastruktury zgodności**. Proces INB obejmuje uprawnienia interesariuszy, dostosowuje język prawny do IHR 2005 i wskaźników SDG oraz instytucjonalizuje ponadnarodową rolę koordynacyjną WHO na mocy artykułu 13A.

- **WHO publikuje ostateczne ramy kompromisowe. (Czerwiec 2024 r.)**

Pomimo zapewnień o złagodzeniu, zrewidowany tekst traktatu zachowuje wiążące egzekwowanie przepisów w oparciu o DPI, mechanizmy operacyjne określone w IHR 13A oraz przekazuje rozstrzyganie sporów agencjom wielostronnym. Suwerenność prawna jest pomijana poprzez delegowanie oparte na wskaźnikach i zarządzanie interesariuszami.



[Porozumienie WHO w sprawie pandemii \[kwiecień 2024 r.\]](#)

24 kwietnia 2024 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Wspólny stos zgodności WHO–UNDP–WEF został uruchomiony. (2025) [106](#)

Pod wspólnym przewodnictwem WHO, UNDP i WEF rozpoczyna się wdrażanie ujednoliconej **cyfrowej infrastruktury publicznej (DPI) oraz ram egzekwowania zasad dotyczących identyfikacji cyfrowej**. Systemy obejmują wymianę danych medycznych GIDH, integrację tożsamości ID4D/MOSIP, instrumenty finansowe oparte na ESG oraz biometryczną ocenę ryzyka. Traktat pandemiczny stanowi zabezpieczenie prawne; **agencje WHO i ONZ przejmują centralne dowództwo nad infrastrukturą przestrzegania zasad behawioralnych powiązanych ze zdrowiem na całym świecie**.

World Economic Forum Pushes for Next-Gen Digital Public Infrastructure with New Initiative

April 28, 2025



The World Economic Forum (WEF) has launched the Connected Future Initiative, a global effort aimed at advancing Digital Public Infrastructure (DPI) to better support emerging technologies including biometrics, artificial intelligence (AI), extended reality (XR), and quantum computing. The program is housed within WEF's Centre for the Fourth Industrial Revolution and brings together over 200 organizations, including major technology firms such as Amazon, Google, Microsoft, and Hitachi.

The Connected Future Initiative aims to address the widening gap between existing digital infrastructure and rapidly evolving technological capabilities. According to Dylan Reim, Lead of the initiative, and Judith Vega of WEF's Metaverse Initiative, "Without an intentional, future-oriented approach to DPI, societies risk falling behind in the digital transformation race, exacerbating existing inequalities and inefficiencies."



PARTNERS



FaceTec's patented, industry-leading 3D Face Verification and Reverification software anchors digital identity, creating a chain of trust from user onboarding to ongoing authentication on all modern smart devices and webcams. FaceTec's 3D FaceMaps™ finally make trusted, remote identity verification possible. As the only technology backed by a persistent spoof bounty program and

Traktat WHO w sprawie pandemii (2025) [107](#)

Kodyfikacja prawna sfinalizowała przekształcenie tymczasowych środków nadzwyczajnych w stałe prawo międzynarodowe. Rozszerzając definicję „*potencjału pandemicznego*” o czynniki ryzyka środowiskowego i behawioralnego, skodyfikowano uprawnienia do prewencyjnego zarządzania populacją. Interesariusze, w tym firmy prywatne, mają teraz formalny udział w procesie decyzyjnym. Traktat ten utrwala architekturę: modelowanie predykcyjne → aktywizacja prawna → interwencja interesariuszy → egzekwowanie prawa ekonomicznego.



[Traktat pandemiczny](#)

31 maja

[Przeczytaj całą historię](#)

Wnioski: Architektura kontroli globalnej

Do 2025 roku ostatnia faza trwającej dekady transformacji dobiegała końca. To, co początkowo było moralnym nakazem ochrony zdrowia ludzkiego, stało się logiką operacyjną

globalnego systemu przestrzegania przepisów. Traktat Pandemiczny, sprzedawany jako narzędzie gotowości humanitarnej, pełnił funkcję filaru – łącząc sieć już istniejących systemów w zintegrowaną architekturę kontroli.

Centralnym elementem tej architektury jest **dostęp do patogenów i podział korzyści**. Pomimo nazwy, nie jest to jedynie zaplecze administracyjne dotyczące próbek; stanowi serce systemu, miejsce, w którym **dostęp do technologii, własności intelektualnej, finansowania, zapasów, a nawet reputacji, jest uzależniony od przestrzegania zasad**. W połączeniu z ideą One Health i kluczowymi wskaźnikami efektywności SDG, PABS przekształca „**zdrowie**” w **warstwę uprawnień**: wskaźniki zasilają modele, modele przydzielają korzyści, a alokacje generują informacje zwrotne, które modyfikują wskaźniki.

Umowa Pandemiczna działa jak konstytucja, ale PABS jest systemem operacyjnym, który ją obsługuje.



[Dostęp do patogenów i dzielenie się korzyściami](#)

14 sierpnia

[Przeczytaj całą historię](#)

Włącz to do logiki nowej izby rozliczeniowej, a obraz się wyostreży. Dzięki aktualizacji IHR z 2024 r., Porozumieniu i PABS, WHO znajduje się w punkcie równowagi: nie musi mikrozarządzać każdym podmiotem, musi jedynie zdefiniować dobrą reputację i uzgadniać przepływy. „**Równość**” staje się **kwalifikowalnością**; IHR dostarcza wyzwacze i panele kontrolne; PABS reguluje alokację i blokady; cyfrowe identyfikatory i szersze ramy DPI umożliwiają egzekwowanie przepisów ponad granicami. **Pytanie przestaje dotyczyć tego, kto zasługuje na sprawiedliwość; system po prostu oblicza, kto kwalifikuje się do „równości”**, a tym samym staje się izbą **rozliczeniową równości w opiece zdrowotnej**.



Centrum Rozliczeniowe Równości w Ochronie Zdrowia

30 sierpnia

[Przeczytaj całą historię](#)

Platforma **Kryzysowa ONZ** to lont, który zapala stos. **Deklaracja „złożonego globalnego wstrząsu”**, zazwyczaj przewidywanego przez symulację „czarnej skrzynki” globalnego modelowania, która mogłaby łatwo powiązać się z kolejnym symulowanym zdarzeniem związanym ze zmianą klimatu, **automatycznie zwołuje posiedzenia w sprawie finansów, standardów, tożsamości, audytu, udostępniania danych i zamówień publicznych w jednym ruchu, przekształcając miękkie prawo w twarde ograniczenie poprzez uzależnienie od infrastruktury**.

Udział pozostaje nominalnie dobrowolny, choć staje się obowiązkowy pod względem komercyjnym: w momencie zamknięcia Platformy kwalifikowalność może być zmieniana na dużą skalę — pod względem kapitału, rynków, mobilności.



Platforma kryzysowa ONZ

1 września

[Przeczytaj całą historię](#)

To algorytmiczna inwersja, która łączy model z pieniędzmi, aby zlecić ich realizację.

Wskaźniki napędzają modele; modele ustalają progi „ryzyka” i „kapitału własnego”; system płatności egzekwuje wyniki. Dzięki kredytom z bramką ESG, bilansom poddanym testom wytrzymałościowym i programowalnej walucie, cnota staje się parametrem: **metryka** → **telemetria** → **księga rachunkowa** → **kwalifikowalność**.

Moralna opowieść – *równość, odporność, solidarność* – spływa w dół jako uzasadnienie, podczas gdy **kontrola płynie w górę poprzez rejestr główny, który weryfikuje transakcje i uprawnienia**. Zdrowie, za pośrednictwem PABS, dostarcza sygnał społeczny; Platforma Awaryjna zapewnia awaryjny przełącznik; **pieniądze zapewniają warunkowy punkt krytyczny**.



Inwersja architektoniczna

12 września

[Przeczytaj całą historię](#)

Pod płaszczykiem „**holistycznego**” bezpieczeństwa zdrowotnego rozbieżne obszary – choroby zakaźne, zmiany klimatyczne, utrata różnorodności biologicznej, systemy żywnościowe, zdrowie psychiczne, ryzyko ekonomiczne, a nawet spójność społeczna – zostały połączone w jedną, całościową całość .

To, co kiedyś było nauką, stało się symulacją; to, co kiedyś było suwerennością, stało się konsensusem interesariuszy. **Zgodnie z tą nową logiką, wszystkie kryzysy stały się jednym kryzysem, a wszystkie reakcje wypłynęły z jednego modelu .**



Holistyczne globalne bezpieczeństwo zdrowotne

21 maja 2024 r.

[Przeczytaj całą historię](#)

Podstawowym mechanizmem jest **globalne modelowanie egzekwowane za pośrednictwem infrastruktury tożsamości cyfrowej** . Agencje międzynarodowe nie oferują już wytycznych, lecz publikują prognozy. Prognozy te stały się obowiązkami, wdrażanymi za pomocą progów algorytmicznych i egzekwowanymi poprzez finansowanie warunkowe, zgodność z danymi biometrycznymi i bodźce behawioralne. Model zastąpił nakaz.

Nie wyłoniło się z tego rządzenie, lecz **rządzenie bez polityki** . Nie opieka, lecz kontrola poprzez **połączenie zdrowia publicznego, troski o środowisko naturalne i zarządzania**

ryzykiem – okrzyknięte przełomem w „systemowym myśleniu rozbijającym silosy” – doprowadziła do powstania nowego rodzaju **predyktywnego autorytaryzmu** .

Człowiek , zdefiniowany na nowo jako wektor ryzyka i emitent dwutlenku węgla, **żyje teraz w ciągłej pętli kryzysu** , jest nieustannie zarządzany, stale monitorowany — nigdy wolny.

Wdrożono nie tylko traktaty, ale globalny system operacyjny – moralne, techniczne i prawne ramy **mające na celu zarządzanie populacjami w czasie rzeczywistym** . A jego największą innowacją nie było połączenie zdrowia i klimatu, ale wymazanie wszelkich dziedzin, w których można by kwestionować zarządzanie.



[Droga do autorytaryzmu algorytmicznego](#)

1 września

[Przeczytaj całą historię](#)