



ORDO IURIS
INSTYTUT NA RZECZ KULTURY PRAWNEJ

Anna Kubacka

**„Strategia UE w dziedzinie zdrowia na świecie. Lepsze zdrowie
dla wszystkich w zmieniającym się świecie” – analiza**

Spis treści

- I. Wstęp: informacje ogólne i proces konsultacji
- II. Komunikat Komisji Europejskiej „Rola UE w kontekście zdrowia na świecie” z 2010 r.
- III. Program globalnego zarządzania nie tylko zdrowiem
- IV. Globalna strategia to globalne zasoby
- V. „Globalny ład” pod opieką UE i WHO
- VI. Zasady przewodnie
 - Zasada przewodnia 1
 - Zasada przewodnia 12
 - Zasada przewodnia 14
- VII. Zdrowie na świecie - podsumowanie

I. Wstęp: informacje ogólne i proces konsultacji

Z końcem czerwca 2022 r. Komisja Europejska (KE) opublikowała tzw. zaproszenie do zgłaszania uwag dotyczące inicjatywy „Strategiczne ramy UE dotyczące zdrowia na świecie”¹.

Założeniem tego typu dokumentów jest stosunkowo krótkie, lecz treściwe przedstawienie inicjatywy, motywacji jakie za nią stoją, celów, jakie Komisja chce osiągnąć oraz środków ich realizacji, co ostatecznie pozwala na przewidzenie ogólnego kształtu aktu prawnego, jaki na koniec procesu konsultacji Komisja najprawdopodobniej przedstawi. Również w tym przypadku, ten zaledwie trzystronicowy dokument dostarczył informacji rodzących uzasadnione obawy, że KE po raz kolejny podejmuje się prac nad aktem, który zmierzać będzie do przekroczenia zakresu powierzonych UE kompetencji, czy wręcz do przyznania UE kompetencji, które są zastrzeżone państwom członkowskim. Opublikowany 30 listopada 2022 r. komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów pt. „Strategia UE w dziedzinie zdrowia na świecie. Lepsze zdrowie dla wszystkich w zmieniającym się świecie”² potwierdza te obawy.

Jednocześnie nie sposób przemilczeć przebiegu procesu przyjmowania dokumentu przez Komisję Europejską. Do 19 września 2022 r. otwarte były konsultacje publiczne, w ramach których każdy zainteresowany mógł wypełnić kwestionariusz odnoszący się do propozycji KE. Tego samego dnia kończył się też etap przesyłania opinii w odpowiedzi na wspomniane wyżej zaproszenie. Zwyczajowo w procesie opracowywania i przyjmowania różnych dokumentów te dwie formy konsultacji (kwestionariusz – w którym znajdują się zarówno pytania zamknięte, jak i otwarte, lecz z bardzo ograniczonym limitem co do objętości wypowiedzi, skupiające się przede wszystkim na kwestii potrzeby stworzenia nowych regulacji prawnych w danym zakresie lub jej braku oraz opiniowanie – będące formą umożliwiającą wyrażenie opinii na temat inicjatywy w sposób niemalże dowolny, nieograniczony objętościowo, wraz

¹ Informacje o inicjatywie: *Zdrowie na świecie – nowa strategia UE*, https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13506-Zdrowie-na-swiecie-nowa-strategia-UE_pl, (dostęp: 22.12.2022).

² KE, Communication - COM(2022)675, https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13506-Global-health-new-EU-strategy_en, (dostęp: 22.12.2022), dalej jako: „Strategia”.

z możliwością udostępniania Komisji załączników) następują po sobie kolejno, a nie odbywają się równolegle, jak miało to miejsce w tym przypadku.

Zakończenie etapu konsultacji publicznych (kwestionariusz oraz możliwość nadsyłania opinii) nie oznacza jednak końca prac nad projektem. W rzeczywistości dopiero wtedy, teoretycznie z uwzględnieniem opinii i stanowisk nadesłanych przez obywateli, Komisja powinna przystąpić do prac nad właściwym projektem strategii. O tym, że dokument w znacznej mierze jest już przygotowany, świadczyło jednak planowane tempo zakończenia prac nad inicjatywą. Według podanego przez KE kalendarium przyjęcie przez Komisję inicjatywy planowane było na czwarty kwartał 2022 roku. Niezwykle dynamiczne tempo prac, które pozwoliło na przyjęcie strategii przez KE już 30 listopada 2022 r. potwierdza, że w przypadku tego konkretnego projektu prawdopodobieństwo przyspieszonych i ukierunkowanych na określone rozwiązania prac legislacyjnych przy jednoczesnym braku zainteresowania składanymi w toku prac opiniami było bardzo wysokie. Takie działanie nie tylko całkowicie wypacza ideę konsultacji inicjatyw i projektów, ale przede wszystkim – poprzez zamknięcie się Komisji na niezależne stanowiska z zewnątrz, sprzyja przyjmowaniu nieprzemyślanych i pochopnych rozwiązań.

II. Komunikat Komisji Europejskiej „Rola UE w kontekście zdrowia na świecie” z 2010 r.

Przyjęta z końcem listopada 2022 r. strategia zdrowotna nie jest pierwszym tego typu dokumentem unijnym. W marcu 2010 r. KE wydała komunikat do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów pt. „Rola UE w kontekście zdrowia na świecie”³. Dokument ten stanowił zapowiedź działań UE w dziedzinie ochrony zdrowia w kontekście ogólnosiwiatowym.

³ Komunikat KE: Rola UE w kontekście zdrowia na świecie, KOM(2010)128, <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0128:FIN:PL:PDF>, (dostęp: 22.12.2022).

Warto zwrócić uwagę, że w dokumencie z 2010 r. ani razu nie pojawiają się takie hasła jak rzekome „zdrowie i prawa reprodukcyjne i seksualne” (SRHR – ang. *sexual and reproductive health and rights*), nieskrępowany dostęp do aborcji, kwestie związane z ideologią *gender* czy realizacją postulatów tzw. środowisk LGBT. Zamiast tego komunikat konkretnie wskazuje cele, obszary działania oraz środki jakie UE zamierza w ramach swych kompetencji podjąć na rzecz globalnej ochrony zdrowia. I tak m.in. wskazuje się na konieczność zapewnienia powszechnego dostępu do usług medycznych w kontekście lepszego rozdziału środków, skuteczności systemów opieki zdrowotnej i ich finansowania, konieczności zapobiegania chorobom zakaźnym, czy też rozwoju badań i technologii. Osiągnięcie wyników zaplanowano „poprzez wzmożoną koordynację, monitorowanie i budowanie potencjału”.

W komunikacie tym znajdujemy stwierdzenie, że wskazane działania „wymagają bardziej wyrazistego i skutecznego przywództwa globalnego”⁴, które o ile w realiach roku 2010 nie powoduje sprzeciwu, to dziś w obliczu doświadczeń związanych z pandemią COVID-19⁵ budzi niepokój. Odpowiedzią na te doświadczenia są bowiem prace nad tzw. traktatem antypandemicznym, który ma nadać Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „centralną rolę w zakresie zapobiegania, gotowości i reagowania na pandemię jako organu kierującego i koordynującego na poziomie międzynarodowym” (co oznacza nadanie uprawnień ograniczających swobodę państw w doborze skutecznych środków walki z epidemiami i przekazanie znacznego zakresu suwerennych kompetencji państw organizacji międzynarodowej, w dodatku organizacji, której status niezależności jest poddawany w wątpliwość)⁶.

⁴ Ibidem, s. 5.

⁵ Zob. raporty Instytutu Ordo Iuris: Ł. Bernaciński, J. Kwaśniewski (red.), *Ograniczenie praw i wolności w Polsce w związku z epidemią Covid-19. Część pierwsza – aspekty prawne*, Warszawa 2021, https://ordoiuris.pl/sites/default/files/inline-files/Raport_OI_COVID_cz1_0.pdf, (dostęp: 22.12.2022), Ł. Bernaciński, J. Kwaśniewski (red.), *Ograniczenie praw i wolności w Polsce w związku z epidemią Covid-19. Część druga – aspekty zdrowotne*, Warszawa 2021, https://ordoiuris.pl/sites/default/files/inline-files/Raport_OI_Raport_OI_COVID_cz2_aspekty_zdrowotne_2.pdf, (dostęp: 22.12.2022), Ł. Bernaciński, J. Kwaśniewski (red.), *Ograniczenie praw i wolności w Polsce w związku z epidemią Covid-19. Część trzecia – aspekty ekonomiczne*, Warszawa 2022, https://ordoiuris.pl/sites/default/files/inline-files/Raport_OI_Raport_OI_COVID_cz3_aspekty_ekonomiczne_0.pdf, (dostęp: 18.08.2022).

⁶ Zob. J. Kwaśniewski, *Traktat pandemiczny WHO kolejnym instrumentem nacisku*, 16.08.2022, <https://ordoiuris.pl/ordoiuris.pl/traktat-antypandemiczny-who-kolejnym-instrumentem-nacisku>, (dostęp: 22.12.2022).

III. Program globalnego zarządzania nie tylko zdrowiem

Nowa strategia dotycząca zdrowia na świecie znacząco odbiega od modelu przyjętego przez UE przed ponad dekadą. KE sama wskazała w swoim zaproszeniu do składania uwag, że „od czasu komunikatu Komisji z 2010 r. (...) nastąpiły istotne zmiany w zakresie zdrowia na świecie i geopolityki”, a treść dokumentu z 2010 r. wydaje się mocno „nieaktualna” jako zasadniczo wolna od ideologicznych wtrętów, które dziś stały się nie tylko obowiązkowym, ale wręcz podstawowym elementem treści wszelkich dokumentów przygotowywanych przez Komisję Europejską.

Strategia z szumnym podtytułem „Lepsze zdrowie dla wszystkich w zmieniającym się świecie” jest ukierunkowana na trzy główne priorytety⁷:

1. Inwestowanie w dobrostan wszystkich ludzi,
2. Osiągnięcie powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego dzięki sprawniejszym systemom opieki zdrowotnej oraz
3. Zwalczenie obecnych i przyszłych zagrożeń dla zdrowia⁸.

Komisja podkreśla przy tym, że „sytuacja różni się znacznie od tej z 2010 r.”. Wskazuje m.in. że oprócz „tradycyjnych przyczyn złego stanu zdrowia, takich jak ubóstwo i nierówność społeczna” należy w „zintegrowany sposób reagować na inne czynniki powodujące zły stan zdrowia”. Wśród tych „innych czynników” jednym tchem wymienione zostały zmiany klimatu i degradacja środowiska oraz (niesprecyzowany) kryzys humanitarny i brak bezpieczeństwa żywnościowego. Co do ostatnich podkreślono, że zostały wzmożone przez kryzysy takie jak rosyjska agresja na Ukrainę. W związku z tak zdiagnozowanymi problemami KE przekonuje,

⁷ Zob. Strategia, s. 2-3, 6.

⁸ Priorytety te w znacznej mierze odpowiadają programowi WHO w zakresie celów „potrójnego miliarda”: *Thirteenth General Programme of Work 2019-2023*, <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>, (dostęp: 22.12.2022).

że „niezbędna jest mobilizacja szeregu strategii politycznych w celu rozpoczęcia pracy nad programem w dziedzinie zdrowia na świecie”.

Warto w tym miejscu podkreślić, że KE proponuje w ten sposób opracowanie programu, który – legitymując się troską o dobrostan wszystkich ludzi i chęcią zwalczania obecnych i przyszłych zagrożeń dla ich zdrowia, obejmie niemal każdą dziedzinę życia. Dość spojrzeć na skutki jakie niosą tworzone przez UE regulacje związane ze zmianami klimatycznymi i ochroną środowiska (pakiet „Fit for 55” i m.in. radykalne ograniczenie dostępu do samochodów spalinowych, drastycznie rosnące koszty energii). W kontekście kryzysu humanitarnego najświeższym przykładem działań UE jest reakcja na masową migrację obywateli Ukrainy, kryzys migracyjny na granicy Polski i Białorusi w ostatnich miesiącach 2021 r. Pamiętać należy także o polityce otwartych granic i próbie przymusowej relokacji imigrantów w 2015 r.⁹ Wreszcie, działania UE w kontekście bezpieczeństwa żywnościowego, których jednym z najnowszych przykładów jest zablokowanie w ostatnich miesiącach 2022 r. prac Komitetu ds. Światowego Bezpieczeństwa Żywnościowego ONZ. UE i Stany Zjednoczone zablokowały porozumienie żądając zawarcia w dokumencie terminów odnoszących się do ideologii *gender* oraz m.in. „praw reprodukcyjnych i seksualnych”¹⁰. Działanie takie niezwykle jaskrawo podkreśla specyficzną hierarchię wartości leżącą u podstaw działań podejmowanych przez UE. Skumulowanie wszystkich wymienionych wyżej typów działań w ramach jednego programu, motywowanego troską o zdrowie może oznaczać próbę kreacji rzeczywistości opartej na szeregu ideologicznych postulatów od lat propagowanych przez UE, a dotychczas konsekwentnie odrzucanych przez liczne państwa członkowskie UE, które tym razem będą miały być zaakceptowane w ramach większego dobra jakim jest „inwestowanie w dobrostan wszystkich ludzi”.

⁹ O działaniach podjętych przez UE podczas wielkiego kryzysu migracyjnego w 2015 r. zob. więcej: P.A. Łukaszewski, *Ingerencja UE w kwestie polityki migracyjnej*, [w:] B. Zalewski, T. Zych, *Pomiędzy Europą narodów a superpaństwem. Doktrynalne, prawne i ekonomiczne aspekty projektu „głębszej integracji” w Unii Europejskiej*, Warszawa 2021, s. 100 i n.

¹⁰ Zob. Ordo Iuris, *ONZ: Próba włączenia postulatów ideologii gender do porozumienia w sprawie bezpieczeństwa żywnościowego*, <https://ordoiuris.pl/rodzina-i-malzenstwo/onz-proba-wlaczania-postulatow-ideologii-gender-do-porozumienia-w-sprawie>, (dostęp: 22.12.2022).

IV. Globalna strategia to globalne zasoby

W strategii znalazła się stosunkowo niewinnie brzmiąca zapowiedź odpowiedzi na „nowe” i „zmieniające się” wyzwania, która w rzeczywistości jest odpowiedzią na sformułowane podczas Konferencji o Przyszłości Europy (dalej jako: CoFoE – ang. *Conference on the Future of Europe*) niebezpieczne postulaty związane z przepływem personelu medycznego pomiędzy granicami państw członkowskich UE.

Jak czytamy w Strategii sytuacja dzisiejsza różni się od tej z 2010 r. ze względu na „[n]owo pojawiające się wyzwania, takie jak odporność na środki przeciwdrobnoustrojowe i kwestie zdrowia psychicznego, lub **zmieniające się wyzwania związane z systemami opieki zdrowotnej i opieki społecznej**, w tym **brak równowagi siły roboczej i niedobór zasobów** [podkr. AK], należy traktować priorytetowo, a jednocześnie trzeba maksymalizować nowe możliwości w zakresie ochrony zdrowia, z których możemy korzystać dzięki takim czynnikom jak badania naukowe i transformacja cyfrowa, w tym wykorzystanie sztucznej inteligencji”¹¹.

W kontekście Konferencji o Przyszłości Europy szczególną uwagę zwracają kwestie związane z brakiem równowagi siły roboczej i niedoborem zasobów w systemach opieki zdrowotnej. W ramach propozycji nr 8 „Wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej” znalazł się cel „wzmocnienie odporności i jakości systemów opieki zdrowotnej”, który realizowany miałby być m.in. poprzez:

„Odpowiednie warunki pracy, w szczególności poprzez silne negocjacje zbiorowe, w tym w zakresie wynagrodzeń i organizacji pracy, oraz harmonizację standardów szkoleń i certyfikacji pracowników służby zdrowia; **należy rozwijać programy tworzenia sieci kontaktów i wymiany, takie jak Erasmus dla szkół medycznych, które przyczyniają się przede wszystkim do rozwoju umiejętności. Aby zapewnić zatrzymanie talentów, wiedzy i doświadczenia zawodowego młodych specjalistów, należy ustanowić unijne programy**

¹¹ Strategia, s. 3.

wymiany, które zmotywują nasze najlepsze umysły w dziedzinie nauk przyrodniczych, unikając tym samym ich wyjazdu do krajów trzecich.”¹² [podkr. AK].

Pomysł ten, w zakresie odpowiednich warunków pracy, dążenia do zrównania płac i jakości usług w zawodach medycznych w państwach członkowskich (do poziomu państw najlepiej rozwiniętych w tym zakresie) należy oczywiście ocenić pozytywnie. Wobec narastającego problemu braku dostępności lekarzy specjalistów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ale także przedstawicieli innych zawodów medycznych, na uwzględnienie zasługuje również propozycja poprawy ich warunków pracy w państwach członkowskich. Należy jednak z rozwagą wdrażać środki mające na celu zatrzymanie przedstawicieli zawodów medycznych w szeroko pojętej UE, a nie konkretnie w państwie członkowskim, które danego medyka wykształciło. Warunki pracy, zarówno płacy jak i np. nowoczesności placówek zawsze będą bowiem w pewnym stopniu zróżnicowane, a swoisty prestiż pracy w małej miejscowości nigdy nie będzie porównywalny z możliwościami, jakie może dać podjęcie pracy w większym mieście, często poza granicami własnego państwa. Łącznie z przepisami umożliwiającymi swobodną wymianę kadr i zachęcającymi do podejmowania pracy także poza granicami państwa pokrywającego koszty kształcenia, powinny zostać opracowane i wdrożone przepisy państwowe, które obligują – na analogicznych zasadach jak w przypadku sędziów czy prokuratorów kończących Krajową Szkołę Sądownictwa i Prokuratury – do wykonywania pracy zawodowej w wyuczonym za państwowe środki zawodzie na terenie Polski przez określony czas (np. 10 lat).

Tymczasem Strategii zdrowotnej zdaje się przyświecać cel zgoła odmienny – siła robocza i zasoby sektora zdrowotnego powinny być „równoważone”, co może w dalszej perspektywie oznaczać próby stworzenia warunków zachęcających medyków wykształconych w jednym państwie członkowskim (a co za tym idzie najczęściej na koszt podatnika tego państwa) do wykonywania pracy w innym państwie, które z różnych przyczyn mierzy się z deficytem personelu medycznego. Jest to rozwiązanie z pewnością korzystne dla części państw

¹² Zob. A. Kubacka, W. Przebierała (red.), *Komentarz od wybranych propozycji Konferencji o Przyszłości Europy*, Warszawa 2022, s.14, https://ordoiuris.pl/sites/default/files/inline-files/Raport_OI_CoFoE.pdf, (dostęp: 22.12.2022).

członkowskich, jednakże z perspektywy Polski szkodliwe, jako pogłębiające i tak już znaczny problem, jakim jest opuszczanie Polski przez wykształconych tu lekarzy.

Wysiłki UE jako organizacji międzynarodowej są w naturalny sposób skoncentrowane na unijnym „uwspólnotowieniu” przedstawicieli zawodów medycznych. Podejmowanie tych działań przez UE powinno być wyraźnym znakiem dla władz państw członkowskich, że **muszą zmaksymalizować swoje wysiłki w celu przekonania lekarzy do pozostawania w państwie, które ich wykształciło**. Oznacza to, że obok regulacji chroniących interes państwa (zobligowanie do wykonywania zawodu w państwie, które sfinansowało kształcenie) należy także adekwatnie poprawić warunki pracy lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych w państwach członkowskich, w tym warunki płacowe.

Studia medyczne wraz ze specjalizacją trwają dziś w Polsce nawet 12 lat (6 lat studiów medycznych i od 2 do 6 lat specjalizacji) i jest to bez wątpienia nie tylko najdłuższy ale i najtrudniejszy kierunek kształcenia. Pomimo wagi zawodu i braków kadrowych, państwo nie inwestuje wystarczająco w jakość tego kształcenia. Pensje wykładowców są bardzo niskie, w efekcie uczelnie zatrudniają na etaty wykładowców-specjalistów lekarzy rezydentów. Skutkiem jest obniżanie poziomu kształcenia.

Również proces organizacji praktyk klinicznych często nie spełnia swojej roli – toczące polski system zdrowia patologie nie pozwalają na poświęcenie przez lekarzy i pielęgniarki czasu na naukę i praktyczne wdrożenie do zawodu młodych medyków. Do czasu uzyskania specjalizacji lekarz rezydent otrzymuje wynagrodzenie nieproporcjonalne do jego kwalifikacji i odpowiedzialności, jaką ponosi za zdrowie pacjentów (około 5000 zł netto). Warunki kształcenia i pracy dla lekarzy w Polsce nie są zatem atrakcyjne. Każdy z wymienionych wyżej problemów można jednak rozwiązać stosunkowo prostym sposobem – doinwestowaniem zarówno kształcenia (pensje wykładowców) jak i wynagrodzeń (pensje lekarzy i pielęgniarek). Dopiero w systemie *win-win*, gdzie zarówno jedna jak i druga strona osiąga korzyść, możliwe jest zdrowe funkcjonowanie przedstawicieli zawodów medycznych w strukturach publicznej opieki zdrowotnej.

Reformy w powyżej zarysowanym kształcie powinny stać się podstawą dalszej polityki państwa w zakresie kształcenia medyków i utrzymania ich aktywności zawodowej w Polsce. Kroki na arenie międzynarodowej sprzeciwiające się „uwpólnotowieniu” lekarzy, czyli *de facto* ich odpływowi poza granice Polski powinny być jedynie działaniem zabezpieczającym interes państwa, z pewnością jednak nie mogą stać się działaniem jedynym i podstawowym, bowiem nie ogranicza w żadnym stopniu problemów i trudności z jakimi borykają się medycy w Polsce.

V. „Globalny ład” pod opieką UE i WHO

Trzeci priorytet wskazany w Strategii, czyli „zwalczanie obecnych i przyszłych zagrożeń dla zdrowia” definiowany jest jako m.in. zapewnienie większej równości dostępu do szczepionek i innych przeciwwskładków.

Warto odnieść tę propozycję do stosunkowo niedawnej polityki szczepionkowej UE związanej z pandemią COVID-19. Już 17 czerwca 2020 r. Komisja Europejska przyjęła „Strategię UE dotyczącą szczepionek przeciwko COVID-19”¹³ opartą w dużej mierze na polityce masowego zakupu szczepionek (w tym zakupów z wyprzedzeniem i z wykorzystaniem przyspieszonej procedury udzielania pozwoleń), całkowicie pomijając kwestie realnego zapotrzebowania na te produkty oraz wysuwanych przez licznych naukowców wątpliwości co do skuteczności i jakości wypuszczanych na rynek preparatów przeciwko COVID-19.

Już w sprawozdaniu za rok 2020 Europejski Rzecznik Praw Obywatelskich (ERPO), Emily O'Reilly zwracała uwagę na brak przejrzystości podczas negocjacji zakupu szczepionek przeciwko COVID-19 pomiędzy UE a koncernami farmaceutycznymi¹⁴. Postępowanie

¹³ Komunikat Komisji, Strategia UE dotycząca szczepionej przeciwko COVID-19, COM(2020) 245 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?qid=1597339415327&uri=CELEX%3A52020DC0245>, (dostęp: 22.12.2022).

¹⁴ Szerzej zob. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 16 lutego 2022 r. w sprawie sprawozdania rocznego z działalności Europejskiego Rzecznika Praw Obywatelskich w 2020 r. (2021/2167(INI)), https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0031_PL.html, (dostęp: 22.12.2022) oraz A. Kubacka, *Nieprawidłowości w działaniach Komisji Europejskiej i Rady – na podstawie sprawozdania Europejskiego Rzecznika Praw Obywatelskich za rok 2020*, 23.02.2022, https://ordoiuris.pl/wolnosc-gospodarcza/nieprawidlowosci-w-dzialaniach-komisji-europejskiej-i-rady-na-podstawie#_ftn1, (dostęp: 22.12.2022).

analizujące działania KE podczas kryzysu COVID-19 wykazało liczne nieprawidłowości. O'Reilly wystąpiła do KE o informacje dotyczące m.in. przejrzystości interakcji Komisji z przedstawicielami grup interesu, podejmowania przez Komisję decyzji w sprawie udzielania zamówień publicznych w sytuacjach nadzwyczajnych oraz przejrzystości i niezależności porad naukowych w sprawie pandemii. W ocenie Rzecznika Komisja nie zapewniła przejrzystości ani w negocjacjach dotyczących szczepionek przeciwko COVID-19, ani w ich zakupie, ani w dystrybucji. Luki w tym zakresie KE usiłowała tłumaczyć domniemanymi prawami przedsiębiorstw farmaceutycznych i Komisji do ukrycia i nieujawnienia niektórych informacji związanych z tymi umowami lub szczepionkami przeciwko COVID-19 – w umowach zawieranych z producentami szczepionek miały się bowiem znaleźć, na wniosek producentów, klauzule o nieujawnianiu informacji. Odmowa udostępnienia dokumentów stanowiła naruszenie prawa do informacji i prowadziła do ograniczenia zaufania wobec KE – na co zwrócił uwagę nawet PE¹⁵. Nie ulega wątpliwości, że obywatele państw członkowskich UE mają pełne prawo do informacji, a instytucje UE obowiązek zachowania pełnej przejrzystości. Prawo to przeważa nad rzekomym prawem do ukrycia czy nieujawniania pewnych informacji przez koncerny lub instytucje UE. Jawność i przejrzystość to główne zasady leżące u podstaw UE. Także Trybunał Sprawiedliwości UE jasno zaznacza w swym orzecznictwie, że brak przejrzystości i informacji osłabia przekonanie obywateli o legitymacji unijnego procesu ustawodawczego jako całości – co niewątpliwie jest prawdą.

Rzecz jasna działania na rzecz dostępności szczepionek oraz innych środków medycznych nie muszą i z pewnością nie oznaczają jedynie działań przeciwcovidowych czy

¹⁵ Op. cit. Rezolucja z 16 lutego 2022 r., Pkt 8: „, [PE] zauważa, że Komisja uznała konkurencyjny charakter rynku szczepionek; uważa, że w interesie obywateli europejskich leży jasność i przejrzystość umów zakupu z wyprzedzeniem i umów zakupu szczepionek przeciwko COVID-19, oraz że musi to przeważać nad wnioskiem producentów o wprowadzenie klauzul o nieujawnianiu informacji; podkreśla, że zaufanie między obywatelami a instytucjami ma ogromne znaczenie, zwłaszcza w kontekście kryzysu związanego z COVID-19; zachęca Rzecznika do kontynuowania postępowań wyjaśniających i zwrócenia się do Komisji o opublikowanie niepozbawionych poufnych danych wersji takich umów zakupu z wyprzedzeniem i umów zakupu; wzywa Komisję do zapewnienia pełnej przejrzystości wszystkich informacji o badaniach nad szczepionkami przeciwko COVID-19, o ich rozwoju, zakupie i dystrybucji, dzięki opublikowaniu niepozbawionych danych poufnych wersji umów zakupu z wyprzedzeniem oraz umów zakupu, a także dzięki uczynieniu z ujawniania wszystkich informacji w przyszłych zamówieniach na szczepionki przeciwko COVID-19 koniecznego warunku przyszłych negocjacji z firmami farmaceutycznymi; podkreśla, że wszelki brak przejrzystości w związku z pandemią COVID-19 narusza prawo obywateli do informacji, a także przyczynia się do dezinformacji i braku zaufania”.

przeciwpandemicznych. Jednakże aktywność UE w latach 2020-2022 to szereg nieprawidłowości, skandali korupcyjnych i nie tylko nieuprawnionych, ale i nieefektywnych prób centralnego zarządzania. Strategia zdrowotna KE zasadniczo powiela schemat stosowany w czasie pandemii, co niesie ryzyko powtórzenia popełnionych wówczas przez UE błędów. Własne przekonanie o skuteczności i dobrej koordynacji działań unijnych w okresie pandemii jakie płynie z komunikatów UE, pozwala przypuszczać, że błędy te nie zostały przez Brukselę zrozumiane i nie przyniosą istotnych zmian w postępowaniu w przyszłości.

Władzę w zakresie „zwalczania obecnych i przyszłych zagrożeń” UE planuje się podzielić ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO). Jak czytamy w Strategii¹⁶ (s. 3):

„Globalny ład będzie wymagał nowego ukierunkowania w celu utrzymania silnego i elastycznego systemu wielostronnego, którego centralnym elementem będzie **finansowana w sposób zrównoważony, odpowiedzialna i skuteczna Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)**. Konsensus należy budować przez pogłębioną współpracę za pośrednictwem grupy G-7, grupy G-20 i innych partnerów globalnych, regionalnych i dwustronnych. **UE powinna kierować zasadniczym procesem usuwania istniejących braków w globalnym ładzie**, unikając powielania działań i zapewniając ich spójność. Będzie to wymagało ścisłej współpracy z sektorem prywatnym, organizacjami dobroczynnymi, społeczeństwem obywatelskim oraz innymi zainteresowanymi stronami, aby wspierać realizację celów przedmiotowej strategii” [podkr. AK].

Strategia wprost nawiązuje w tym miejscu do coraz bardziej zaawansowanych prac nad wspomnianym już „traktatem antypandemicznym”, który ma nadać Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) szereg kontrowersyjnych uprawnień. W połączeniu z rosnącą rolą UE rzeczywiście może to w najbliższym czasie oznaczać nadanie tym dwóm organizacjom faktycznej sprawczości w zakresie wprowadzania „globalnego ładu” w dziedzinie ochrony zdrowia. Narzędzia wykorzystywane do prowadzenia globalnej polityki zdrowotnej będą służyć także ingerencjom w inne dziedziny i polityki – nie ma co do tego wątpliwości zarówno w kontekście obserwacji dotychczasowych aktywności WHO i UE, jak i „zasad przewodnich” określonych w omawianej Strategii.

¹⁶ Strategia, s. 3.

VI. Zasady przewodnie

W komunikacie wprowadzającym Strategię KE zapowiedziała realizację dwudziestu „zasad przewodnich”, aby „osiągnąć ambitne cele zrównoważonego rozwoju [ONZ – przyp. własny] związane ze zdrowiem w skali globalnej”. Wśród celów tych za szczególnie ważne KE uznaje cel 3 (zapewnienie wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowego życia oraz promocja dobrobytu), cel 5 (osiągnięcie równości płci) oraz cel 10 (zmniejszenie nierówności w krajach i między krajami)¹⁷.

Wśród dwudziestu wymienionych w Strategii zasad przewodnich niemal każda sformułowana została w sposób umożliwiający wyprowadzenie z niej legitymacji do działań nie tylko wykraczających poza obszar zdrowia, ale wręcz ukierunkowanych na wdrażanie ideologicznych postulatów – począwszy od ideologii *gender*, po globalistyczne zakusy utworzenia jednego, centralnego rządu światowego. Przynajmniej kilka „zasad przewodnich” wymaga bardziej szczegółowej analizy:

- **Zasada przewodnia 1.** *Priorytetowe traktowanie zwalczania podstawowych przyczyn złego stanu zdrowia, ze zwróceniem szczególnej uwagi na prawa kobiet i dziewcząt oraz na słabsze grupy społeczne i grupy defaworyzowane.*

Odnosząc się do zasady 1 KE zauważa, że jeżeli nie zajmiemy się „podstawowymi przyczynami złego stanu zdrowia, które w pierwszej kolejności sprawiają, że ludzie są podatni na choroby, choroby te będą w dalszym ciągu prześladować wiele grup ludności, szczególnie grupy najsłabsze społecznie” (s. 6). Dlatego też KE zamierza „**priorytetowo traktować podstawowe gospodarcze, społeczne i środowiskowe przyczyny zdrowia i chorób**” – w tym ubóstwa i dyskryminacji, wieku, odżywiania i zdrowej diety, ochrony socjalnej, kształcenia, opieki, wody, sanitacji i higieny, ochrony zdrowia w miejscu pracy – i innych obszarów, takich jak zanieczyszczenie zdrowych ekosystemów lub kontakt z substancjami chemicznymi i odpadami

¹⁷ Cele zrównoważonego rozwoju ONZ, <https://www.un.org.pl/> (dostęp: 22.12.2022).

oraz zagrożenia bezpieczeństwa dostaw energii. Klamrą nadającą kontekst tej zasadzie jest jednak informacja, że **„obejmuje to również szczególny nacisk na prawa i zdrowie reprodukcyjne i seksualne”**.

W ramach realizowanego przez Strategię celu 3 i 5 należy bowiem odnotować, że przyjęta w 2015 r. Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 („Agenda 2030”) zawiera m.in. zadania 3.7 i 5.6 dotyczące zdrowia kobiet, w ramach których państwo winno zagwarantować kobietom i dziewczynkom powszechny i skuteczny dostęp do usług z zakresu „zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego”, a także zapewnić efektywne korzystanie z „praw prokreacyjnych”¹⁸. Po dziś dzień nie powstała jednak definicja legalna (wiążąca) tych pojęć, przez co ich zakres jest odmiennie ustalany przez poszczególne państwa ONZ. Dlatego też tak chętnie podejmowane przez Unię próby wywodzenia „prawa do aborcji” z Agendy 2030 są nieuprawnione¹⁹. Nie zmienia to jednak faktu, że próby takie są regularnie podejmowane, a konsekwentne powtarzanie – nawet w dokumentach niewywierających skutków prawnych, stanowisk wskazujących na istnienie „prawa do aborcji” może skutkować w przyszłości przyjęciem takiej formuły w ramach zwyczaju międzynarodowego.

Posługiwanie się przez UE i inne organizacje międzynarodowe niedookreślonym pojęciem „prawa i zdrowie reprodukcyjne i seksualne” to wytrych umożliwiający propagowanie nie tylko powszechnego dostępu do aborcji. Termin ten występuje bardzo często w ramach postulatów związanych z propagowaniem ideologii *gender*, wulgarnej edukacji seksualnej typu C

¹⁸ „3.7. Do 2030 roku zapewnić powszechny dostęp do świadczeń z zakresu zdrowia seksualnego reprodukcyjnego, w tym planowania rodziny, informacji i edukacji oraz włączyć zdrowie reprodukcyjne do krajowych strategii i programów” oraz „5.6. Zapewnić powszechny dostęp do ochrony zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz korzystanie z praw reprodukcyjnych, zgodnie z Programem Działań Międzynarodowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju, Pekińską Platformą Działania i dokumentami końcowymi ich konferencji przeglądowych” (*Ibidem*, 3.7 i 5.6).

¹⁹ Warto wskazać, że Polska w ramach realizacji celów 3.7 i 5.6 podejmuje działania ukierunkowane na ochronę zdrowia prokreacyjnego kobiet. Uruchomione zostały takie programy jak np. „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży”, czy „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce” (zob. Raport s. 35-36, https://www.unic.un.org.pl/files/259/Polska_VNR_20180615.pdf; dostęp: 22.12.2022). Przyjęcie tego typu rozwiązań wskazuje jednoznacznie na odcięcie się Polski od prób nadania Agendzie 2030 znaczenia kreowanego przez UE, a konsekwentnie powtarzane sformułowanie „prawa prokreacyjne” w miejsce „praw reprodukcyjnych” wydają się stanowić swoisty pryztyczek wobec prób oderwania sfery rodzinnej i emocjonalnej o ludzkiej seksualności.

(promowanej przez WHO), promocji metody zapłodnienia *in vitro* (także łącznie z dostępem do surogacji), czy dostępem do możliwości „zmiany płci”.

- **Zasada przewodnia 12.** *Skuteczne powiązanie wszystkich polityk i środków mających wpływ na zdrowie na świecie w ramach Komisji, agencji UE i instytucji finansowych UE.*

W ramach realizacji powyższej zasady Komisja planuje wzmocnić wewnętrzną koordynację w określaniu ról i obowiązków, polityk i narzędzi oraz sposobu, w jaki pomogą one osiągnąć priorytety strategii.

„Wpływ na zdrowie” obejmuje w opinii KE kierunki działań w takich obszarach polityki jak m.in. dążenie do globalnej neutralności klimatycznej. Pomimo znacznych zmian gospodarczych na świecie, wojny na Ukrainie i co najmniej sceptycznego odbioru przez społeczeństwo pakietu „Fit for 55”, KE nadal zakłada osiągnięcie „neutralności klimatycznej” do 2050 r. Oznacza to kontynuację szeregu aktywności legislacyjnych i politycznych, które w znaczny sposób wpłyną negatywnie na jakość i koszty życia (rosnące koszty energii, czy niemal całkowite wygaszenie produkcji i sprzedaży samochodów spalinowych). W ramach zasady nr 12 mieści się także „wspieranie ambitnych globalnych działań” na rzecz rozwiązania takich problemów jak m.in. utrata różnorodności biologicznej, nielegalny handel dziką fauną i florą, zanieczyszczenia powietrza, wody i gleby, narażanie na substancje toksyczne. Tak skonstruowany katalog problemów wymagających wsparcia ze strony UE zamieszczony w strategii pozwala przypuszczać, że KE doskonale już wie jakie konkretne „ambitne globalne działania” ma zamiar wspierać, a co za tym idzie jakie przedsiębiorstwa i organizacje w ramach strategii zdrowotnej będzie wspierać politycznie i finansowo.

Warto jednak zwrócić uwagę na dalsze wywody Komisji wyjaśniające szerokie znaczenie zasady nr 12²⁰. Komisja deklaruje „wykorzystanie inwestycji w edukację w celu wspierania zdrowia w perspektywie krótko- i długoterminowej, **zgodnie z zobowiązaniami podjętymi na Szczycie w Sprawie Transformacji Edukacji, przy jednoczesnym priorytetowym**

²⁰ Strategia, s. 15 I n.

traktowaniu rozwoju we wczesnym dzieciństwie, edukacji zdrowotnej, praw i zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz posiłków w szkole w ramach programów realizowanych z krajami partnerskimi”. Jest to bezpośrednie nawiązanie do Światowego Szczytu ONZ poświęconego Transformacji Edukacji (*Transforming Education Summit* – TES), który odbył się we wrześniu 2022 r. w Nowym Jorku podczas 77. sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ²¹, odbył się Wydarzenie to zostało poprzedzone szczytem przygotowawczym, który odbył się w siedzibie UNESCO w Paryżu w dniach 28-30 czerwca 2022 r.²². Warto przybliżyć agendę i przebieg Szczytu, bowiem pozwoli to sprecyzować w jakie „zdrowie” i jaką „edukację” KE planuje czynić inwestycję realizując swoją Strategię zdrowotną.

Zgodnie z deklaracjami, zwołanie Szczytu przez Sekretarza Generalnego ONZ miało być okazją do wyniesienia edukacji na szczyt globalnego programu politycznego i zmobilizowania ambicji oraz solidarnych działań dla odrobienia strat w edukacji związanych z pandemią COVID-19. Głównym tematem konferencji miał być globalny kryzys w edukacji oraz podkreślenie, iż „edukacja jest prawem człowieka, podstawą pokoju, tolerancji i zrównoważonego rozwoju”²³. W rzeczywistości w trakcie szczytu wiele uwagi poświęcono *Comprehensive sexuality education* (CSE), tj. modelu nauczania edukacji seksualnej prezentującego ideologiczną wizję ludzkiej płciowości i seksualności. CSE postuluje nauczanie ideologii *gender*, zgodnie z którą normy dotyczące kobiecości i męskości są konstruktami społecznymi ukształtowanymi na przestrzeni dziejów w wyniku dominacji mężczyzn²⁴. W czasie jednej z sesji Szczytu Yona Nestel (z organizacji Plan International), wskazała, iż nauczanie CSE powinno rozpocząć się w jak najmłodszym wieku, nawet 2 lat, aby rozwinąć wychowanie ideologiczne dla dzieci, które nie jest możliwe w systemie binarnym. Wprost mówiła o tym, że płeć to wyuczony konstrukt społeczny, dlatego tak ważnym jest, aby wprowadzać *gender transformative education* u dzieci możliwie najwcześniej.

²¹ The SDG Knowledge Hub, <https://sdg.iisd.org/events/77th-session-of-the-un-general-assembly-unga-77/> (dostęp: 22.12.2022).

²² UNESCO, <https://events.unesco.org/event?id=2180758121> (dostęp: 22.12.2022).

²³ The Center for Family and Human Rights (C-Fam), Education summit, https://c-fam.org/friday_fax/un-education-summit-wants-to-stamp-out-traditional-values/ (dostęp: 22.12.2022 r.).

²⁴ Szerzej o CSE zob. K. Wiśniewska, *CSE – kontrowersyjny przewodnik UNFPA* <https://ordoiuris.pl/edukacja/cse-kontrowersyjny-przewodnik-unfpa> (dostęp: 22.12.2022).

Gender transformative education (GTE) można przedstawić jako edukację prowadzoną w oderwaniu od płci - edukację całkowicie potępiającą podział na kobiety i mężczyzn. GTE polega na oderwaniu tożsamości płciowej (kwestii bycia kobietą lub mężczyzną) od tożsamości biologicznej, a tym samym całkowicie potępia wskazywanie na różnice pomiędzy płciami, przyjęte dotychczasowo wzorce i wartości społeczne. *Gender transformative education* obrazuje się także jako walkę z rzekomymi przejawami stereotypów z uwagi na płeć czy orientację seksualną²⁵. Finalnie, edukacja tego typu zmierza do całkowitego zaprzeczenia nie tylko istnienia różnic pomiędzy płciami, co w ogóle istnienia płci. Swoistą nowością o kluczowym znaczeniu jest jednak fakt, że edukacja tego typu nie ogranicza się do zajęć z edukacji seksualnej. *Gender transformative education* to całościowy plan przewrotu w systemie edukacji na każdym jej polu, od zajęć z wychowania fizycznego, przez technikalia funkcjonowania szkół, po zasady oceniania uczniów. Ideolodzy związani z GTE doskonale zdają sobie sprawę, a nawet podkreślają to w swoich materiałach, że edukacja może być siłą napędową dla zmian społecznych. Wykorzystując to chcą wprowadzać zmiany w ich ujęciu „pozytywne” i wprowadzające „sprawiedliwość genderową”²⁶.

Na podstawie ogólnych stwierdzeń zawartych w Strategii dziś trudno ocenić w jakim stopniu postulaty Yony Nestel, innych uczestników dyskusji w czasie Szczytu, czy też sama koncepcja *gender transformative education* znajdują odbicie w pracach Komisji Europejskiej. Z pewnością jednak nie można ignorować faktu, że tezy i postulaty padające podczas tak znaczących wydarzeń stanowią często podwaliny dla dalszych prac w różnych obszarach, także legislacyjnym.

- **Zasada przewodnia 14.** *Wspieranie silniejszej, skutecznej i odpowiedzialnej WHO.*

„Wszystkie państwa członkowskie UE-27 są członkami WHO i chociaż UE formalnie nie jest członkiem WHO, WHO zawsze otrzymywała nieustające wsparcie ze strony UE, również

²⁵ J. Donville, Guidance Note: Gender Transformative Education and Programming, https://plan-international.org/uploads/sites/28/2022/03/GLO-AOGD-IQE_Gender-Transformative-Education-and-Programming_ENG_2020-08.pdf (dostęp: 22.12.2022).

²⁶ Op. cit., J. Donville, Guidance Note: Gender..., s. 6.

w czasach, gdy jej rola była zagrożona. Pandemia COVID-19 pokazała, że WHO jest niezastąpionym fundamentem wielostronnego systemu opieki zdrowotnej – a jednocześnie ujawniła obszary, w których występują pewne niedociągnięcia. Celem niniejszej strategii powinno być zapewnienie dalszego wzmocnienia przywództwa, skuteczności, efektywności i odpowiedzialności WHO oraz dostosowanie priorytetów UE i WHO” – deklaruje KE w Strategii zdrowotnej²⁷. Jest to klarowne stanowisko wyrażające wolę współdziałania i deklarację bezkrytycznego poparcia. Dalej w dokumencie KE deklaruje m.in. dążenie UE do uzyskania formalnego statusu obserwatora zapewniającego pełne prawa uczestnictwa, będące pierwszym krokiem w kierunku pełnego członkostwa w WHO i przyczynianie się do zapewnienia bardziej zrównoważonego finansowania WHO²⁸. Jak zaznacza sama KE „wspólnymi celami będzie się kierować UE w kontekście wnoszenia znacznego dobrowolnego wkładu w działalność WHO. W latach 2020 i 2021 Komisja wniosła czwarty co do wielkości dobrowolny wkład w ujęciu ogólnym, a wkład UE i jej państw członkowskich stanowił 20 % budżetu WHO, co czyni je największym płatnikiem”²⁹.

Komisja Europejska pragnie także przyspieszenia reformy WHO w celu wzmocnienia zarządzania organizacją, jej skuteczności, odpowiedzialności i egzekwowania przepisów, zgodnie z jej charakterem, który jest oparty na członkostwie. KE wskazuje też jako priorytetowe zadanie „położenie przez WHO większego nacisku na jej normatywną rolę w obszarach o znaczeniu globalnym, począwszy od wzmocnienia Międzynarodowych przepisów zdrowotnych i przyszłej umowy w sprawie pandemii do 2024 r., oraz zbadanie innych obszarów, takich jak zarządzanie danymi dotyczącymi zdrowia i siła robocza”³⁰. Na punkt ten warto zwrócić uwagę nie tylko w kontekście tzw. traktatu antypandemicznego, ale także zapowiadanych kolejnych aktów prawnych z zakresu zarządzania danymi z zakresu zdrowia oraz siły roboczej, co zapewne oznaczać będzie m.in. próbę uregulowania przy pomocy WHO kwestii przepływu personelu medycznego między granicami państw.

²⁷ Strategia, s. 18.

²⁸ Zgodnie z decyzjami 75. Światowego Zgromadzenia Zdrowia 71 do roku 2030–2031, WHA75(8): [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75\(8\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75(8)-en.pdf) (dostęp: 22.12.2022).

²⁹ WHO contributors, <https://open.who.int/2020-21/contributors/contributor>, (dostęp: 22.12.2022).

³⁰ Strategia, s. 18.

VII. Zdrowie na świecie – podsumowanie

Nie ma wątpliwości, że Strategia zdrowotna przyjęta przez Komisję Europejską to niemalże komponent i swoiste wsparcie merytoryczne tzw. traktatu antypandemicznego WHO. Treść Strategii odpowiada bowiem postulatom formułowanym podczas prac przygotowawczych nad traktatem, może stanowić uzasadnienie dla postanowień, które zostaną w nim zawarte. Jest kolejnym dokumentem na który autorzy traktatu antypandemicznego mogą się powoływać.

Przypuszczenie takie potwierdza sama KE wskazując konkretny „problem, któremu ma zaradzić inicjatywa”. Zdaniem Komisji „pandemia COVID-19 pokazała, że międzynarodowy wymiar unijnej polityki zdrowotnej stał się kluczowym elementem działań zewnętrznych UE. Zdrowie, dobrostan i zamożność społeczeństwa zależą od zdolności UE do skutecznego zwalczania nierówności w zakresie zdrowia oraz zapobiegania globalnym zagrożeniom dla zdrowia i reagowania na nie. Za sprawą pandemii lepiej radzimy sobie z sytuacjami wyjątkowymi, jednak ujawniła ona także strukturalne słabości i problemy”³¹. Zwłaszcza to ostatnie zdanie warto odczytać w kontekście propozycji sformułowanych w ramach Konferencji o Przyszłości Europy, gdzie wielokrotnie (motywowane na różne sposoby) padło zalecenie przeniesienia kompetencji z zakresu ochrony zdrowia (polityki zdrowotnej) z państw członkowskich na rzecz Unii, co nadałoby jej znacznie szersze uprawnienia niż posiada dzisiaj³². W treści samej Strategii wielokrotnie KE odwołuje się do „globalnego” podejścia - „globalny” ma być zarówno ład, jak i zarządzanie, czy zdrowie.

Nowa Strategia, argumentując to zaangażowaniem na rzecz praw człowieka i „równości w dziedzinie zdrowia, w tym zdrowia kobiet” po raz kolejny wykorzystuje możliwość podjęcia działań na rzecz promocji aborcji i ideologii *gender*. Jednocześnie wyznacza jednak kolejną, znacznie szerszą ścieżkę globalnego poszerzania kompetencji poprzez włączanie do dziedziny zdrowia szeregu (jeśli nie wszystkich) aspektów życia i funkcjonowania zarówno jednostkowego człowieka jak i całych państw. Globalne pole współpracy na linii UE-WHO, które

³¹ Zaproszenie do składania uwag, s. 1-2.

³² Więcej na temat konsekwencji przeniesienia kompetencji z zakresu polityki zdrowotnej zob. A. Kubacka, W. Przebierała (red.), *Komentarz do wybranych propozycji Konferencji o Przyszłości Europy*, Warszawa 2022, https://ordoiuris.pl/sites/default/files/inline-files/Raport_OI_CoFoE.pdf, (dostęp: 22.12.2022), s. 13, 14, 15, 22.

zacieśnia się w dobie intensywnych prac nad traktatem antypandemicznym ma w swym założeniu zrewolucjonizować system ochrony zdrowia na świecie. Jeżeli jednak plan globalnej współpracy UE-WHO (UE-ONZ) rzeczywiście będzie się dalej rozwijał możemy spodziewać się rewolucji, która obejmie nie tylko zdrowie i nie tylko „kryzysy pandemiczne”, jak przedstawiano to do tej pory. Strategia zdrowotna niewątpliwie stanowi krok w tym kierunku.