



MIĘDZYNARODOWE PRZEPISY ZDROWOTNE – NAJWAŻNIEJSZE PROPOZYCJE ZMIAN

PATRYK IGNASZCZAK

ANALIZA ORDO IURIS



WWW.ORDOIURIS.PL

MIĘDZYNARODOWE PRZEPISY ZDROWOTNE – NAJWAŻNIEJSZE PROPOZYCJE ZMIAN

PATRYK IGNASZCZAK

ANALIZA ORDO IURIS

INSTYTUT NA RZECZ KULTURY PRAWNEJ ORDO IURIS

WARSZAWA 2023

Spis treści

Najważniejsze tezy	5
Wykaz Skrótów	6
Wstęp	8
1. Pojęcie i geneza	10
2. Obecny stan prawny i jego najważniejsze elementy	13
3 Charakter prawny	17
4. Procedura zmian	19
5. Najważniejsze propozycje zmian	22
Podsumowanie	44
Bibliografia	48

Najważniejsze tezy

- Proces rewizji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych zmierza do ostatecznego przekształcenia tej regulacji WHO w quasi-traktat, co przejawia się m.in. daleko idącą ingerencją w suwerenność Państw-Stron.
- W przypadku przyjęcia Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w wersji ze zgłoszonymi poprawkami znacząco wzrośnie zakres kompetencji WHO, w tym jej Dyrektora Generalnego. Za przykład można podać propozycję poprawek, na mocy których rekomendacje wydawane przez WHO byłyby wiążące dla Państw-Stron czy propozycję zmian, wedle których rola Państw-Stron w przypadku ogłaszania Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym uległaby mocnemu ograniczeniu.
- Pojawiają się także propozycje globalnego zwalczania „dezinformacji” w zakresie przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, co budzi liczne obawy związane z ograniczeniem wolności słowa.
- Powyższe uwagi należy rozważać w kontekście faktu, iż Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne to regulacja WHO, a nie umowa międzynarodowa, co ma znaczenie przede wszystkim w kontekście obowiązku ratyfikacji tych innych. Regulacje WHO są bowiem przyjmowane przez tę Organizację i Państwa-Strony w trybie określonym w Konstytucji WHO.

Wykaz Skrótów

- **WHO** (*World Health Organization*) – Światowa Organizacja Zdrowia.
- **WHA** (*World Health Assembly*) – Światowe Zgromadzenie Zdrowia, najwyższy organ WHO.
- **IHR** (*International Health Regulations*) lub **MPZ** – Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne, regulacja WHO mająca na celu zwalczanie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych o znaczeniu międzynarodowym.
- **PHEIC** (*Public Health Emergency of International Concern*) lub **Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym** – zdarzenie nadzwyczajne, stanowiące zagrożenie w związku z międzynarodowym rozprzestrzenianiem się chorób, potencjalnie wymagające skoordynowanej, międzynarodowej reakcji.
- **Krajowy Punkt Centralny IHR** (*National IHR Focal Point*) – jednostka funkcjonująca w ramach Państwa-Strony, odpowiedzialna za kontakt z Punktami Kontaktowymi IHR WHO w zakresie spraw związanych z przedmiotem regulacji MPZ.
- **Punkt Kontaktowy IHR WHO** (*WHO IHR Contact Point*) – jednostka funkcjonująca w ramach WHO odpowiedzialna za kontakt z Krajowym Punktem Centralnym IHR WHO (jego odpowiednik po stronie WHO).
- **WGIHR** (*Working Group on Amendments to the International Health Regulations 2005*) lub **Grupa Robocza ds. zmian w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych** – jednostka organizacyjna WHO odpowiedzialna za koordynację prac nad zmianami w MPZ.
- **Komisja Recenzyjna** (*Review Committee*) – specjalne ciało eksperckie, mające za zadanie doradzać Dyrektorowi Generalnemu WHO m.in. co do rewizji MPZ.
- **Komitet Nadzwyczajny** (*Emergency Committee*) – specjalne ciało eksperckie, mające za zadanie doradzać Dyrektorowi Generalnemu WHO w kwestiach związanych z ustanawianiem Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym.

- **Krajowy Organ Właściwy IHR** (*National IHR Competent Authority*) – proponowany organ, którego zadaniem miałyby być wdrażanie MPZ.
- **Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Regionalnym** (*Public Health Emergency of Regional Concern*) lub **PHERC** – proponowany stan zagrożenia, który miałby odnosić się do rozprzestrzeniania chorób zakaźnych na skalę regionalną.
- **Pośredni Alarm Zdrowotny** (*Intermediate Public Health Alert*) – proponowany stan, który miałby być ogłaszany w przypadku zdarzeń o mniejszym znaczeniu niż PHEIC, ale niosących pewne zagrożenie.

Wstęp

Pandemia COVID-19 przyniosła bardzo wiele daleko idących i nieodwracalnych zmian odnoszących się do szeregu różnych aspektów życia. Mające wówczas miejsce szybkie, jak i bardzo rozległe w aspekcie geograficznym, rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 doprowadziło do istotnych przeobrażeń gospodarczych, odnoszących się zwłaszcza do międzynarodowego handlu i turystyki.

To bezprecedensowe w historii wydarzenie wymusiło wprowadzenie różnych istotnych zmian, również w dziedzinie prawa. W omawianym kontekście na szczególną uwagę zasługują prace, jakie toczą się obecnie nad Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi, czyli podstawowym instrumentem Światowej Organizacji Zdrowia służącym wykrywaniu i zapobieganiu rozprzestrzenianiu chorób zakaźnych o zasięgu globalnym.

Celem wspomnianych prac jest przyjęcie nowej wersji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych na 77 sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia, które ma mieć miejsce w maju 2024 roku. Regulacje, na mocy art. 60 (b) Konstytucji WHO są przyjmowane przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia zwykłą większością głosów, chyba że przedstawiciel jakiegoś Państwa-Strony uzna, iż materia będąca przedmiotem regulacji zalicza się do kategorii „ważnych spraw” (*important questions*), wówczas wymagana większość ulega podniesieniu do 2/3. W przypadku przyjęcia nowej wersji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych Państwa-Strony, na podstawie art. 22 Konstytucji WHO w związku z art. 59, art. 61 oraz art. 62 MPZ będą miały 10 miesięcy -od dnia notyfikacji przez Dyrektora Generalnego WHO -na zgłoszenie zastrzeżeń lub odrzucenie poprawek. W takim przypadku przepisy, co do których dane Państwo-Strony złożyło zastrzeżenia lub po prostu je odrzuciło, nie będą względem tego Państwa-Strony wiążące (*opcja opt out*). W tym kontekście warto również pamiętać, iż Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne to regulacje WHO, które ze względu na szereg czynników nie mogą być zaliczone do kategorii umów międzynarodowych. Regulacje WHO są przyjmowane na podstawie art. 21 Konstytucji WHO w celu szeroko rozumianego przeciwdziałania globalnemu rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych¹. Tymczasem umowy międzynarodowe są negocjowane i przyjmowane przez suwerenne podmioty prawa międzynarodowego, bardzo

1 Constitution of the World Health Organization, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>, dostęp: 9 września 2023.

często państwa i co najważniejsze, z reguły wymagają procedury ratyfikacyjnej. Tymczasem regulacje WHO są przyjmowane najpierw przez tę Organizację, a potem przez Państwa-Sto-ny w odmiennej procedurze. O tej fundamentalnej różnicy, która zostanie przeanalizowana w dalszej części pracy należy pamiętać mając na uwadze charakter poprawek zgłoszonych do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych.

W związku z dużą doniosłością omawianej regulacji, mającej fundamentalne znaczenie w obszarze zwalczania chorób zakaźnych dla państw członkowskich WHO, w tym także dla Rzeczypospolitej Polskiej, autor niniejszego artykułu zdecydował się na zwięzłe omówienie najważniejszych z zaproponowanych zmian.

1. Pojęcie i geneza

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (*International Health Regulations*, w skrócie IHRs lub MPZ) stanowią zbiór obowiązków nałożonych na państwa członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO)². Mają one na celu zapobieganie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, stanowiących zagrożenie na skalę międzynarodową oraz wspólne wzmocnienie szeroko rozumianego międzynarodowego systemu ochrony zdrowia (art. 2). Regulują one m.in. przekazywanie i wymianę informacji w kwestii zagrożeń zdrowotnych między państwami członkowskimi oraz zasady przeciwdziałania szerzeniu się chorób zakaźnych. Odnosi się to zwłaszcza do wykrywania, oceniania, powiadamiania oraz odpowiedzi na tego typu niebezpieczeństwa we współpracy z WHO. Szczególnym zadaniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych jest realizacja powyższych celów, w sposób, który nie powoduje niepotrzebnych zakłóceń w międzynarodowym transporcie oraz handlu (art. 2 MPZ). Obecnie obowiązująca rewizja omawianej regulacji została przyjęta w 2005 roku.

Za genezę, a właściwie za początek długiej drogi, prowadzącej do finalnego przyjęcia Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, należy uznać Międzynarodową Konferencję Sanitarną, zwołaną po raz pierwszy w 1851 roku w Paryżu³. Potrzeba nowego, ponadnarodowego podejścia do zagadnień związanych z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych, wykraczającego poza granice poszczególnych krajów i dotychczasowe rozwiązania, wynikała z mających miejsce w ówczesnej Europie problemów, związanych z wybuchami epidemii cholery w latach 30. i 40. XIX wieku, która znacząco dotknęła międzynarodowy handel oraz spowodowała wysoką śmiertelność w wielu krajach starego kontynentu⁴. Okazało się bowiem, iż poszczególne państwa nie są w stanie poradzić sobie z kolejnymi falami cholery samodzielnie, dlatego stosowane wówczas środki, takie jak kwarantanny statków i osób były niewystarczające, powodując w dodatku duże problemy natury gospodarczej i zdrowotnej. Mówiąc innymi słowy uznano, iż z zakaźnymi chorobami szybko roznoszonymi pomiędzy poszczególnymi krajami, można efektywnie walczyć tylko poprzez międzynarodową współ-

2 WHO *International Health Regulations* (2005), file:///C:/Users/Ordoiuris/Downloads/9789241580496-eng%20(13).pdf, dostęp: 9 września 2023.

3 D.P. Fidler, *From International Sanitary Conferences to Global Health Security: The New International Health Regulations*, "Chinese Journal of International Law", No. 2 (2005), s. 329.

4 D.P. Findler, dz. cyt., s. 329.

pracę, ustanawiając odpowiednie środki, bez nadmiernego zakłócania międzynarodowego handlu oraz przepływu osób⁵.

W okresie od 1851 do 1939 roku zwołano 14 takich konferencji, które można uznać za pierwowzór współpracy międzynarodowej zmierzającej do walki z chorobami zakaźnymi w wymiarze globalnym. W tym kontekście warto wspomnieć zwłaszcza o Międzynarodowych Regulacjach Sanitarnych (*International Sanitary Regulations*), mających niewiążący charakter i składający się ze 137 artykułów, podpisanych przez przedstawicieli 12 państw w 1852 roku⁶. Dokument ten stanowi podwaliny dla przyjętych ponad 100 lat później Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych.

Sytuacja dla wprowadzania tego typu norm mających na celu przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych zmieniła się diametralnie po drugiej wojnie światowej, kiedy to w 1948 roku utworzono Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization*, w skrócie WHO). Na mocy art. 21 Konstytucji WHO jej najwyższy i najważniejszy organ, Światowe Zgromadzenie Zdrowia (*World Health Assembly*) zyskało kompetencję do przyjmowania odpowiednich przepisów w omawianej materii, w tym wspomnianych wcześniej regulacji (o ich charakterze prawnym więcej w rozdziale trzecim).

Efektem tego było przyjęcie pierwszych Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w 1969 roku (w literaturze anglojęzycznej znanych powszechnie pod skróconą nazwą *IHRs* 1969). Finalnie odnosiły się one tylko do trzech enumeratywnie wskazanych chorób⁷, mianowicie do cholery, dżumy i żółtej febry oraz nakładały na państwa członkowskie WHO obowiązki odnośnie informowania o wybuchach wspomnianych chorób zakaźnych. Szybko okazało się jednak, iż Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne wprowadzone w 1969 roku miały wiele istotnych wad, wśród których wymieniono przede wszystkim zbyt małą liczbę chorób zakaźnych objętych tą regulacją a także brak sformalizowanych i adekwatnych środków mających na celu międzynarodowe, skoordynowane zapobieganie rozprzestrzenianiu się tego typu zagrożeń. Znaczącym problemem był także fakt, iż w przypadku zgłaszania wybuchu epidemii wspomnianych wcześniej chorób WHO była praktycznie całkowicie zależna od państw członkowskich, które niejednokrotnie powstrzymywały się od podejmowania takich działań⁸. W tym kontekście istotne znaczenie miały także coraz częściej pojawiające się kolejne pandemie, związane z nowymi czynnikami zakaźnymi, takimi jak rozprzestrzenianie się wirusa Ebola w latach 90. poprzedniego wieku. Towarzyszyły im nawiątywania do zmiany obowiązujących wówczas Międzynarodowych Przepisów Zdro-

5 Tamże, s. 329.

6 N. Ersoy, Y. Gungor, A. Akpınar, *International Sanitary Conferences from Ottoman Perspective (1951-1938)*, "Hygiea Internationalis An Interdisciplinary Journal for the History of Public Health", Nr 10 (2011), s. 57.

7 Początkowo w tekście MPZ wskazano 6 zakaźnych, których liczba została potem zredukowana do trzech.

8 M. Broberg, *A Critical Appraisal of the World Health Organization's International Health Regulations (2005) in Times of Pandemic: It Is Time for Revision*, "European Journal of Risk Regulation", Nr 11 (2020).

wotnych. Powolny proces zmierzający do stworzenia poprawek rozpoczął się w 1995 roku⁹, a gwałtownie przyspieszył po pandemii wirusa SARS w 2003 roku, kiedy to Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję wzywającą do przeprowadzenia odpowiednich zmian w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych z 1969 roku¹⁰.

9 L. Forman, B.M. Meier, *The World Health Organization, International Human Regulations and Human Rights Law*, "International Organizations Law Review", Nr 1 (2022), s. 45.

10 World Health Assembly Resolution No WHA56.28, Revision of the International Health Regulations.

2. Obecny stan prawny i jego najważniejsze elementy

Obecnie obowiązująca wersja Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, przyjęta w 2005 (*IHRs 2005*), weszła w życie dwa lata później, wprowadzając dużą liczbę daleko idących zmian. Przede wszystkim mocno zwiększono kompetencje WHO przy jednoczesnym ograniczaniu suwerenności państw w wielu aspektach, takich jak chociażby monitorowanie zagrożeń czy informowanie o potencjalnych źródłach chorób zakaźnych¹¹. Jak pisano w *The Washington Post*, działania wówczas podjęte oznaczają pierwsze znaczące rozszerzenie uprawnień WHO od ponad trzech dekad¹². Na łamach „*Chicago Journal of Law Review*” pisano z kolei, że (...) *Zmiany w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych skutecznie przekształciły WHO z koordynatora usług zdrowia publicznego w międzynarodowy organ zarządzający zdrowiem lub organ regulacyjny o uprawnieniach tak rozległych i szerokich, że tradycyjne pojęcia suwerenności państwa mogą już nie istnieć w kontekście prawa międzynarodowego*¹³.

Najważniejszą ze wszystkich zmian była ta, polegająca na rezygnacji z enumeratywnego wyliczenia chorób zakaźnych oraz wprowadzeniu w ich miejscu nowego, szerszego pojęcia, mianowicie Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym (*Public Health Emergency of International Concern*, w skrócie PHEIC). Zgodnie z definicją z art. 1 MPZ, jest to zdarzenie nadzwyczajne, stanowiące zagrożenie w związku z międzynarodowym rozprzestrzenianiem się chorób, potencjalnie wymagające skoordynowanej międzynarodowej reakcji. Omawiany stan jest ogłaszany przez Dyrektora Generalnego WHO, po zapoznaniu się z opinią specjalnego ciała eksperckiego, czyli Komitetu Nadzwyczajnego (*IHR Emergency Committee*), który doradza mu w przedmiocie podejmowanych działań (art. 12 MPZ). Celem tej nowej instytucji jest zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, przy jednoczesnym ograniczeniu ich wpływu na ludność oraz gospodarkę (np. poprzez wprowadzenie określonych restrykcji w podróżowaniu). Po wprowadzeniu

11 E. Mack, *The World Health Organization's New International Health Regulations: Incursion on State Sovereignty and Ill-Fated Response to Global Health Issues*, „*Chicago Journal of International Law*”, Nr 7 (2006), s. 370, 374.

12 R. Stein, *WHO Gets Wider Power to Fight Global Health Threats*, „*The Washington Post*” (28 maja 2003), dostęp: 9 września 2023.

13 E. Mack, dz. cyt., s. 377.

takiego stanu WHO może wydawać tymczasowe rekomendacje, w celu zapobiegania lub ograniczenia międzynarodowego rozprzestrzeniania się choroby powodującej zagrożenie i uniknięcia niepotrzebnej ingerencji (o ile to możliwe) w pasażerski i towarowy ruch międzynarodowy¹⁴. Tak więc skutkiem wprowadzenia omawianego stanu jest mobilizacja działań na rzecz ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych oraz wzmocnienie współpracy międzynarodowej w omawianej materii, co przejawia się przede wszystkim wprowadzeniem środków bezpieczeństwa i kontroli. Ogłoszenie Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym może mieć daleko idące skutki społeczne i gospodarcze, które mogą wynikać z wprowadzonych wówczas restrykcji, odnoszących się ograniczenia działalności gospodarczej czy ograniczenia funkcjonowania określonych instytucji publicznych (np. szkół). Ewidentnym tego przykładem były restrykcje wprowadzone w związku z pandemią COVID-19.

Zmiana ta była oceniana negatywnie ze względu na zwiększenie czasu reakcji na dane zagrożenie. To z kolei wynika ze zbyt szerokiego zakresu znaczeniowego tego pojęcia, który może prowadzić do niebezpiecznych sytuacji, powodujących daleko idące szkody społeczne i gospodarcze, a mogących być efektem ogłoszenia takiego stanu (art. 12)¹⁵.

Wartą uwagi zmianą było także wprowadzenie nowego ciała, czyli Krajowego Punktu Centralnego IHR (*National IHR Focal Point*), odpowiedzialnego za kontakty pomiędzy poszczególnymi Państwami-Stronami a WHO. Na Państwa nałożono obowiązek wyznaczenia własnych odpowiedników takowych, czyli Punktów Kontaktowych IHR WHO (art. 4 MPZ z 2005 roku). Zadaniem Krajowych Punktów Centralnych IHR jest wysyłanie i odbieranie informacji od Punktów Kontaktowych IHR WHO w imieniu Państwa-Strony, zwłaszcza w przedmiocie istotnych zdarzeń związanych z chorobami zakaźnymi, udzielanie odpowiedzi na pytania z Sekretariatu WHO co do wspomnianych zdarzeń oraz zapewnieniu, że wymiana informacji pomiędzy danym państwem a WHO odbywa się w prawidłowy sposób¹⁶. Podstawowym celem powołania tego ciała była więc potrzeba polepszenia komunikacji pomiędzy Państwami-Stronami a samą WHO¹⁷. Krajowy Punkt Centralny IHR informuje o zagrożeniach bezpośrednio WHO (w teorii, praktyka pokazała jednak, że jest inaczej, o czym bardziej szczegółowo w dalszej części pracy).

W dodatku, w art. 6 ust. 1 MPZ wprowadzono nową regulację, na mocy której Krajowe Punkty Centralne IHR muszą informować WHO o zdarzeniach mogących stanowić Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym w określonym czasie, to jest w ciągu 24 godzin od dokonania oceny informacji o zdrowiu publicznym.

14 WHO International..., s.1.

15 E. Mack, dz. cyt., s. 375.

16 <https://www.who.int/teams/ihr/national-focal-points>, dostęp: 27 sierpnia 2023.

17 E. Mack, dz. cyt., s. 370.

Powyższe rozwiązanie krytykowano m.in. ze względu na jego konstrukcję, jako że dane państwo niekoniecznie zawsze będzie chciało dzielić się z WHO informacjami na temat potencjalnych zagrożeń związanych z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych, np. ze względu czasochłonną mobilizację środków potrzebnych do przeciwdziałania potencjalnemu rozprzestrzenianiu się określonej choroby zakaźnej¹⁸. Zwracano także uwagę, iż art. 4 MPZ zawierający przepisy odnoszące się do zasad funkcjonowania Krajowych Punktów Centralnych IHR zbyt ingeruje w suwerenność państw¹⁹. Natomiast art. 6 ust. 1 oceniano negatywnie ze względu na zbyt szeroki zakres pojęciowy (...**wszystkich zdarzeń mogących stanowić stan zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym na jego terytorium**...) ²⁰.

Z kolei w art. 5 nałożono na Państwa-Strony obowiązek utrzymywania odpowiednich zdolności, koniecznych do wykrywania, oceniania, przygotowywania sprawozdań czy zawiadamiania o zdarzeniach, które mogą kwalifikować się do kategorii Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym. Zdolności te miały zostać osiągnięte w ciągu pięciu lat od wejścia omawianych Przepisów w życie dla danego Państwa-Strony (art. 5 ust. 1).

Art. 5 krytykowano przede wszystkim za przyjęcie nierealistycznego założenia, że każde Państwo-Strona będzie dysponowało odpowiednimi zasobami, zarówno finansowymi jak i personalnymi oraz technicznymi, potrzebnymi do prawidłowego wypełnienia obowiązków przewidzianych w tym przepisie²¹. Mówiąc innymi słowy, zarzut ten odnosił się do stwierdzenia, iż część mniej zamożnych Państw-Stron nie będzie w stanie zrealizować wymagających zadań w zakresie utrzymania zdolności do wykrywania, oceny, powiadamiania i zgłaszania określonych zdarzeń zgodnie z nową wersją Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. Jak pisano w trakcie ówczesnych prac, których efektem była obecnie obowiązująca rewizja Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych z 2005 roku: „*Jedną z najważniejszych kwestii, z jaką musi sobie dzisiaj poradzić rodzaj ludzki, jest pytanie, jak suwerenne państwa mogą połączyć siły, by pracować na rzecz globalnego zdrowia dla wszystkich -nie tylko tych uprzywilejowanych*”²².

W art. 10 ust. 4 MPZ z 2005 roku wprowadzono natomiast przepis, na mocy którego WHO, po otrzymaniu od Państwa-Strony informacji o zdarzeniu, mającym miejsce na jego terytorium i mogącym stanowić Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym, w przypadku odmowy współpracy ze strony tego Państwa-Strony, może podzielić się tymi informacjami z innymi Państwami-Stronami. Tym samym WHO uzyskało kompetencję do upubliczniania informacji co do rzekomych zagrożeń epidemicznych występujących na terytorium danego kraju.

18 Tamże, s. 370.

19 Tamże, s. 370.

20 Tamże, s. 372.

21 E. Mack, dz. cyt., s. 371.

22 L.O. Gostin, *International Health Disease Law: Revision of the World Health Organization's International Health Regulations*, Nr 3(2004), s. 2627.

Także te postanowienia krytykowane jako zbyt daleko idące i naruszające w istocie suwerenność państw, bowiem ujawnienie wspomnianych informacji może mieć negatywne konsekwencje dla tych ostatnich²³. Chodzi tu przede wszystkim o potencjalne straty gospodarcze, związane z ograniczeniem handlu i zahamowaniem turystyki, co mogłoby nastąpić w efekcie pochopnie wydanych rekomendacji czy nawet samej paniki związanej z pojawieniem się niepotwierdzonych informacji o rozprzestrzenianiu się jakiejś choroby zakaźnej.

Mająca miejsce w 2005 roku rewizja Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych spotkała się krytyką, która dotyczy wspomnianego wcześniej ograniczenia suwerenności państw (art. 5 i art. 10) czy daleko idących wymagań stawianych tym ostatnim w zakresie wdrażania postanowień regulacji. Dotyczyło to zwłaszcza państw biedniejszych, gdzie istnieje duże ryzyko, że mogą im po prostu nie sprostać ze względu na wysokie koszty czy konieczność zaangażowania dużej liczby osób w proces nadzoru nad zagrożeniami związanymi z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych²⁴. Zwiększono także zakres obowiązków nałożonych na państwa członkowskie WHO, np. w kwestii zawiadamiania o zagrożeniach lub odpowiedzi na zagrożenia zdrowia publicznego (odpowiednio art. 6 i art. 13)²⁵.

Fundamentalne znaczenie dla oceny obecnie obowiązujących Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych miał wybuch pandemii COVID-19 w 2020 roku. Pojawiły się głosy, iż Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne nie spełniły swych celów, co odnosiło się zwłaszcza do kontroli rozprzestrzeniania się wspomnianego wirusa oraz do wprowadzania niepotrzebnych ograniczeń, powodujących zakłócenia w ruchu i handlu międzynarodowym²⁶. Podkreśla się również potrzebę przyjęcia nowych regulacji, mających za zadanie wsparcie bardziej równe i spójne podejście do tego typu problemów²⁷. W związku z tym państwa członkowskie WHO zdecydowały się w 2022 roku na rozpoczęcie kolejnego procesu rewizji, w celu dokonania odpowiednich zmian w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych²⁸.

23 E. Mack, dz. cyt., s. 374.

24 E. Mack, dz. cyt., s. 371.

25 Tamże, s. 372.

26 K. Wilson, S. Halabi, L., Gostin, *The International Health Regulations (2005), the threat of populism and the COVID-19 pandemic*, "Global Health" nr 70 (2020), s. 1.

27 P.A. Villareal, *Lawmaking at the WHO: Amendments to the International Health Regulations and a New Pandemic Treaty After COVID-19*, "Stiftung Wissenschaft und Politik - SWP- Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit" 2023, s. 1, *Lawmaking at the WHO: Amendments to the International Health Regulations and a New Pandemic Treaty After COVID-19* - Stiftung Wissenschaft und Politik (swp-berlin.org), dostęp 9 września 2023.

28 Executive Board Decision 150(3) (2022), https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150-REC1/B150_REC1-en.pdf#page=30, World Health Assembly Decision WHA75(9) (2022), [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75\(9\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75(9)-en.pdf), dostęp: 9 września 2023.

3 Charakter prawny

Podstawą prawną dla funkcjonowania Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych są art. 2 (k), art. 19 i art. 21 Konstytucji WHO z 1946 roku, które przyznają Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia prawo do przyjmowania prawnie wiążących konwencji i regulacji we wszelkich sprawach wchodzących w zakres kompetencji WHO. Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne zaliczają się do tej drugiej kategorii. Warto jednak zwrócić uwagę na szczególny charakter omawianego unormowania, co przede wszystkim wynika z dwóch czynników. Po pierwsze, jest to jak obecnie jedyny akt zawierający międzynarodowe normy prawne, które upoważniają WHO do działania i nadzoru w kwestii chorób zakaźnych w tak szerokim zakresie oraz w globalnej skali. Po drugie, Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne w wielu miejscach bardziej przypominają traktat niż wspomniane wcześniej regulacje WHO. Jak możemy przeczytać w artykule z 2006 roku (...) *co dziwne, Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne z 2005 roku uległy przekształceniu, bardziej przypominając traktat międzynarodowy, pomimo braku formalnego procesu ratyfikacji przez parlamenty Państw-Stron. Biorąc jednak pod uwagę traktatowy charakter Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, może być tylko kwestią czasu zrzeczenie się suwerenności państwowej na rzecz uniwersalnego dobra publicznego zdrowia, które staje się częścią zwyczajowego prawa międzynarodowego*²⁹.

W kontekście powyższego warto zwrócić uwagę, iż zarówno regulacje jak i traktaty mają charakter wiążący, a podstawowa różnica sprowadza się do faktu, iż regulacje nie podlegają ratyfikacji przez parlamenty Państw-Stron³⁰. Regulacje mogą natomiast zostać odrzucone przez poszczególne państwa lub przyjęte z uwzględnieniem zastrzeżeń w trybie art. 22 Konstytucji WHO.

Choć Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne są obecnie wiążące względem 196 państw, w tym w stosunku do wszystkich członków WHO, co tyczy się również Rzeczypospolitej Polskiej, to jak w przypadku większości tego typu regulacji, nie przewidują one żadnych formalnych kar związanych z ich naruszeniem³¹. Co więcej, istnieje wiele przypadków świad-

²⁹ E. Mack, dz. cyt., s. 377.

³⁰ P.A. Villareal, dz. cyt., s. 3.

³¹ K. Wilson, S. Halabi, L., Gostin, dz. cyt., s. 2.

czących wręcz o niechęci Państw-Stron WHO do współpracy w tej materii czy przestrzegania zawartych tam postanowień. Najbardziej znaną egzemplifikacją tego stanu rzeczy jest kazus Indonezji, która w 2007 roku odmówiła przesłania WHO próbek wirusa H5N1, znanego jako ptasia grypa³². Warto tutaj zwrócić uwagę na trafne spostrzeżenie, że (...) *nawet jeśli państwa członkowskie WHO w pełni zaakceptują najnowsze przepisy i publicznie demonstrują ich przestrzeganie, prawo międzynarodowe publiczne konsekwentnie pokazuje, iż owe przestrzeganie trwa tylko o ile pozostaje to korzystne dla państwa członkowskiego. Choć Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne z 2005 roku zapewniają dodatkowe narzędzia, które wspomagają zwalczanie ponadnarodowych zagrożeń zdrowotnych, zasadniczym czynnikiem wpływającym na sukces każdego programu pozostają natychmiastowe korzyści ekonomiczne wynikające z przestrzegania przepisów przez dane państwo*³³. Tego typu działania, a bardzo często zaniechania, mogą wynikać m.in. ze strachu związanego z negatywnymi konsekwencjami przedwczesnego czy, faktycznie w danej sytuacji niepotrzebnego, ogłoszenia Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym. Takie z kolei działanie może spowodować daleko idące szkody społeczne i ekonomiczne, będące wynikiem ograniczenia międzynarodowego handlu czy przepływu osób, np. w turystyce, czego doświadczyliśmy w trakcie pandemii COVID-19 w 2020. Na podobnej zasadzie duże kontrowersje wzbudziło ogłoszenie tego Stanu w 2019 roku, kiedy to zachodnia część Afryki zmagająca się z wybuchem epidemii gorączki Ebola³⁴.

32 K. Bright, *International Health Regulations*, "Encyclopedia of Immigrant Health", 2012, s. 931.

33 E. Mack, dz. cyt., s. 366.

34 *The Politics of the PHEIC*, "The Lancet" 2019, Vol. 393, s. 2470, [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)31406-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)31406-0.pdf), dostęp: 9 sierpnia 2023.

4. Procedura zmian

Na mocy art. 21 Konstytucji WHO regulacje są przyjmowane przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia, w skład którego wchodzi przedstawiciele poszczególnych państw, często w randze ministrów zdrowia³⁵. Samo Zgromadzenie, będące najwyższym organem WHO zbiera się regularnie raz do roku w Genewie.

Procedura zmian jest koordynowana przez Grupę Roboczą ds. Zmian w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych (*Working Group in Amendments to the International Health Regulations 2005*), która jest jednostką organizacyjną działającą w ramach Światowego Zgromadzenia Zdrowia.

Regulacje, na podstawie art. 60 (b) Konstytucji WHO są przyjmowane przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia zwykłą większością głosów, chyba że przedstawiciel danego państwa uzna materię będącą przedmiotem ich normowania *ad hoc* za zaliczającą się do kategorii „ważnych spraw” (*important questions*), wtedy wymagana większość wynosi już 2/3 (art. 60a). W praktyce regulacje przyjmowane przez WHO tworzone są na zasadzie konsensusu ustalanego na sesjach plenarnych³⁶.

Zgodnie z art. 21 oraz art. 22 Konstytucji WHO Światowe Zgromadzenie Zdrowia może przyjmować regulacje, które są prawnie wiążące względem państw, chyba że dane państwo wyraźnie je odrzuci lub zgłosi zastrzeżenia (opcja *opt out*)³⁷. Tak więc kiedy upłynie okres przewidziany na zgłoszenie wspomnianych zastrzeżeń lub odrzucenie propozycji zmian, który na mocy art. 22 Konstytucji WHO w związku z art. 59, art. 61 oraz art. 62 MPZ wynosi (a właściwie będzie wynosił)³⁸ 10 miesięcy od dnia notyfikacji przez Dyrektora Generalnego o przyjęciu zmiany do niniejszego regulaminu przez Zgromadzenie Zdrowia. Wszelkie zastrzeżenia wniesione po tym terminie nie wywołają żadnego efektu. W omawia-

35 P.A. Villareal, dz. cyt., s. 2

36 Tamże, s. 2.

37 Tamże, s. 4.

38 Nowe zasady zgłaszania zastrzeżeń wchodzi w życie w listopadzie bieżącego roku, co będzie odnosić się bezpośrednio do przygotowywanych nowych Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, jako że, jeśli zostaną przyjęte, to wejdą w życie w 2025 roku, już w oparciu o nowe reguły, *Amendments to the International Health Regulations (2005)* (who.int), dostęp 10 września 2023.

nym przypadku ratyfikacja zmienionych regulacji przez parlamenty państw członkowskich nie będzie konieczna³⁹.

Do tej pory 16 państw członkowskich, także w imieniu organizacji międzynarodowych, takich jak Unia Europejska czy Mercosur⁴⁰ zgłosiło ponad 300 poprawek, odnoszących się do 33 z 66 artykułów zawartych w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych oraz do 5 z 9 aneksów, będących ich częścią⁴¹. Wszystkie poprawki zostały zebrane w raporcie Komisji Recenzyjnej (*Review Committee*)⁴², czyli specjalnego organu powołanego na podstawie art. 50 MPZ przez Dyrektora Generalnego WHO w celu oceny zgłoszonych propozycji. Dokument ten posłuży za podstawę do opracowania ostatecznych propozycji, przygotowanych przez Grupę Roboczą ds. Zmian w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych. Ta finalna wersja zostanie następnie przedstawiona Dyrektorowi Generalnemu WHO, który udostępni ją wszystkim Państwom-Stronom co najmniej 4 miesiące przed sesją Światowego Zgromadzenia Zdrowia (art. 55 MPZ).

Jako że celem jest przygotowanie projektu nowych Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych do przyjęcia na 77 sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia w maju 2024 roku⁴³, można się spodziewać, iż dostarczanie tekstu omawianych zmian nastąpi co najmniej 4 miesiące przed tym wydarzeniem⁴⁴. Jeśli w trakcie omawianej sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia nastąpi przyjęcie zmienionych Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, to wejdą one w życie i staną się wiążące prawnie dla wszystkich Państw-Stron WHO po 12 miesiącach, chyba że w ciągu pierwszych 10 miesięcy dane państwo wyraźnie je odrzuci bądź zgłosi zastrzeżenia⁴⁵.

Na marginesie omawianych tutaj spraw warto zwrócić uwagę na fakt, iż w tym samym czasie trwają prace nad Traktatem Pandemicznym, który tak jak nowe Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne, ma zostać przyjęty na sesji Międzynarodowego Zgromadzenia Zdrowia w 2024 roku. Trzeba bowiem podkreślić, iż zarówno przygotowywany Traktat Pandemiczny jak i nowe Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne w wielu miejscach normują tę samą materię. Budzi więc zdziwienie, a co najmniej pozostaje niejasne, dlaczego WHO prowadzi równoczesne prace nad dwoma podobnymi dokumentami o tożsamym zakresie i treści⁴⁶.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na Komisję Recenzyjną (*Review Committee*), czyli specjalne ciało złożone z ekspertów, które ma wspierać Dyrektora Generalnego WHO m.in.

39 P.A. Villareal, dz. cyt., s. 4.

40 Wspólny Rynek Południa -międzynarodowa organizacja gospodarcza zrzeszająca państwa Ameryki południowej.

41 Q&A: International Health Regulations: amendments (who.int), dostęp: 9 sierpnia 2023.

42 Report of the Review Committee regarding amendments to the International Health Regulations (2005), 2023. Report of the Review Committee regarding amendments to the International Health Regulations (2005) (who.int) dostęp: 10 września 2023.

43 Strengthening WHO preparedness for and response to health emergencies dostęp: 9 sierpnia 2023

44 P.A. Villareal, dz. cyt., s. 4.

45 Tamże, s. 4.

46 S. Behrendt, *The Proposed Amendments to the International Health Regulations: An Analysis*, "Opinio Iuris" (27 lutego 2023), *The Proposed Amendments to the International Health Regulations: An Analysis - Opinio Iuris*, dostęp: 9 sierpnia 2023.

w procedurze rewizji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. Komisja ta jest ustanawiana przez wspomnianego Dyrektora na podstawie art. 50 MPZ i zgodnie z tym przepisem składa się z ekspertów wybranych wedle kryteriów geograficznych, płci, różnorodności opinii naukowych oraz doświadczenia praktycznego. W takim przypadku (rewizja MPZ), w oparciu o art. 50 oraz art. 52 Komisja przygotowuje Raport, służący za podstawę dalszych prac, a zawierający różne zalecenia i uwagi co do treści proponowanych zmian. Komisja decyzje podejmuje większością głosów, przy czym dopuszcza się opinie odmienne od większości, co powinno być odnotowane w Raporcie (art. 52).

Na gruncie omawianej problematyki warto przytoczyć oświadczenie Ministerstwa Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej z września 2022 roku, w którym to stoi ono na stanowisku, iż: *W przypadku zmian Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (2005), Ministerstwo zgadza się z opinią, że ich aktualizacja jest konieczna. Pandemia COVID-19 pokazała bo-wiem, iż Przepisy nie są dostosowane do obecnej rzeczywistości i zjawisk takich jak duża mobilność ludzi, dezinformacja czy zalew informacji. Jednocześnie poprawki powinny być precyzyjne i wprowadzać modyfikacje o charakterze punktowym, a nie inicjować rewizję całych Przepisów.*

Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia będą nadal uczestniczyć w pracach prowadzonych na forum INB oraz WGIHR. Celem udziału MZ w obu procesach jest - z jednej strony - ustanowienie i wzmocnienie globalnych mechanizmów zapobiegania, przeciwdziałania i reagowania na kryzysy zdrowia publicznego, a z drugiej – ochrona istotnych interesów naszego kraju⁴⁷.

47 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/postepy-w-pracach-nad-tzw-traktatem-pandemicznym-who-oraz-zmianami-miedzynarodowych-przepisow-zdrowotnych-2005--aktualizacja-informacji-stan-na-sierpień-2023-r>, dostęp z dnia 20 sierpnia 2023.

5. Najważniejsze propozycje zmian

Jak słusznie zauważono w Raporcie Komisji Recenzyjnej, w ramach prac członkowie tego gremium ekspertów musieli poddać ocenie ponad 300 poprawek o bardzo szerokim zakresie tematycznym. Dotyczyły one różnych propozycji, od tych odnoszących się do ograniczonych zmian technicznych, aż do istotnych oraz daleko idących nowelizacji, a nawet całkowicie nowych przepisów prawnych⁴⁸. W związku z powyższym autor niniejszego artykułu ograniczył się do najważniejszych zmian zaproponowanych w ramach procesu rewizji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. Za takowe uznano poprawki odnoszące się przede wszystkim do kwestii związanych z nałożeniem istotnych obowiązków na państwa członkowskie oraz znacznym zwiększeniem kompetencji WHO.

Na początku każdego artykułu względem, którego zaproponowano zmiany, najpierw przedstawiono jego obecnie obowiązującą wersję, a potem omówiono poszczególne propozycje. Jeśli proponowany artykuł jest całkowicie nowy, to znaczy nie ma swojego odpowiednika w obecnie obowiązujących przepisach, omawianego zabiegu nie zastosowano. W nawiasach, przy omówieniu zaproponowanych zmian, podano pogrubioną czcionką nazwę państw, będących autorami zgłoszonych poprawek. Poprawki omówiono w oparciu o *Proposed Amendments to the International Health Regulations (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022)*⁴⁹ oraz *Article-by-Article Compilation of Proposed Amendments to the International Health Regulations (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022)*⁵⁰.

• Art. 1 Definicje⁵¹

„stała rekomendacja” oznacza niewiążącą radę wydawaną przez WHO w odniesieniu do konkretnych bieżących zagrożeń zdrowia publicznego, zgodnie z art. 16 w odniesieniu do odpowied-

48 Report ...s., 11.

49 *Proposed Amendments to the International Health Regulations (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022)*, https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf_files/wgihhr1/WGIHR_Submissions_Original_Languages.pdf, dostęp: 9 września 2023.

50 *Article-by-Article Compilation of Proposed Amendments to the International Health Regulations (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022)*, https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf_files/wgihhr1/WGIHR_Compilation-en.pdf, dostęp: 9 września 2023.

51 Z racji obszernego charakteru art. 1, obejmującego swym zakresem tekstowym niemal 5 stron, autor niniejszego artykułu zdecydował się przytoczyć go w bardzo ograniczonym zakresie, tylko co treści pojęć zawierających definicję pojęć „stała rekomendacja” oraz „tymczasowa rekomendacja”.

nich środków zdrowotnych do powtarzalnego bądź okresowego stosowania w celu zapobiegania lub ograniczenia międzynarodowego rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych i minimalizowania zakłóceń w ruchu międzynarodowym,

„tymczasowa rekomendacja” oznacza niewiążącą radę wydawaną przez WHO w odniesieniu do art. 15 do zastosowania w ograniczonym czasie, w oparciu o konkretne ryzyko, w odpowiedzi na stan zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym, w celu zapobiegania lub ograniczania międzynarodowego rozprzestrzeniania się chorób oraz minimalizowania zakłóceń w ruchu międzynarodowym.

Art. 1 zawiera definicje legalne pojęć występujących w tekście Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, w tym m.in. definicje terminów takich jak „stałe rekomendacje” oraz „tymczasowe rekomendacje”.

W ramach poprawek do art. 1 zaproponowano (**Bangladesz**), aby z definicji terminów „stałe rekomendacje” (*standing recommendations*) oraz „tymczasowe rekomendacje” (*temporary recommendations*) usunąć słowo „niewiążące” (*non-binding*). Mogłoby wydawać się, iż taka nowelizacja nie powinna budzić większych zastrzeżeń, jako że rekomendacje ze swej natury mają charakter niewiążący i sugestywny. Biorąc jednak pod uwagę charakter pozostałych zaproponowanych zmian, zabieg ten może sprawić wrażenie i być rozumiany jako celowe działanie, zmierzające do nadania rekomendacjom charakteru obligatoryjnego, co przyznaje sama Komisja Recenzyjna⁵². Taka zmiana mogłaby prowadzić do negatywnej ewolucji charakteru prawnego Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, nadając im specyfikę, jaka w prawie międzynarodowym publicznym zarezerwowana jest dla traktatów i innych podobnych umów międzynarodowych, co zresztą wpisywałoby się we wcześniejsze tendencje. Ma to szczególne znaczenie zwłaszcza z punktu widzenia rekomendacji wydawanych przez WHO w kontekście zaproponowanych w tej kwestii zmian. Należy również pamiętać, iż regulacje WHO, w przeciwieństwie do umów międzynarodowych nie podlegają ratyfikacji. W dodatku sama Komisja Recenzyjna podkreśla, iż najlepszą metodą działania w przypadku ogłoszenia Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym jest wydawanie zaleceń o niewiążącym charakterze, w związku z czym opowiada się przeciwko proponowanym zmianom⁵³.

Zaproponowane zmiany należy ocenić negatywnie, jako że wprowadziłyby one dodatkowe i niepotrzebne zamieszanie w tekście omawianej regulacji. Wspomniane unormowanie, w obecnie obowiązującym kształcie należy rozpatrywać jak instrument prawa międzynarodowego, zaliczany do tzw. miękkiego prawa (*soft law*), które co prawda nie ma charakteru wiążącego, ale może wywoływać daleko idące skutki, np. poprzez wpływanie na interpretację przepisów.

⁵² Report ...s., 26.

⁵³ Report ...s., 26.

- **Art. 2 Cel i zakres**

Celem i zakresem niniejszych Przepisów jest zapobieganie, ochrona, kontrola i dostarczanie odpowiedzi zdrowia publicznego na międzynarodowe rozprzestrzenianie się chorób w sposób współmierny i ograniczony do zagrożeń zdrowia publicznego, który unika niepotrzebnej ingerencji w międzynarodowy ruch i handel.

Art. 2 zawiera postanowienia ogólne, informujące o celach i zakresie normowania Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, określając między innymi wydarzenia związane z zagrożeniami zdrowia publicznego, które podlegają normowaniu omawianej regulacji.

Wśród czterech zmian zaproponowanych w art. 2, na uwagę zasługuje postulat (**Indie**) zastąpienia terminu „zagrożenie zdrowia publicznego” (*health public risk*), poprzez znacznie szersze pojęcie „wszystkie zagrożenia mogące potencjalnie wpłynąć na zdrowie publiczne” (*all risks with a potential to impact public health*).

Sugerowana zmiana zasługuje na negatywną ocenę, jako że termin ten jest zbyt szeroki, przez co negatywnie wpływa na przejrzystość regulacji. W dodatku zwiększa on znacząco zakres uprawnień WHO, dając wraz z innymi przepisami Dyrektorowi Generalnemu tej Organizacji, prawo do wydawania rekomendacji praktycznie w każdej sprawie odnoszącej się do jakichkolwiek kwestii związanych ze zdrowiem. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt, iż definicja pojęcia, które wedle złożonych propozycji ma zostać usunięte („zagrożenia zdrowia publicznego”) znajduje się w słowniczku w art. 1 MPZ. W dokumencie zawierającym poprawki nie zawarto żadnych propozycji zmian odnośnie definicji z art. 1 („zagrożenie zdrowia publicznego”), co w przypadku jego przyjęcia skutkowałoby brakiem spójności tekstu normatywnego.

Ważna jest także propozycja zmian (**Grupa Krajów Afrykańskich**), polegająca na dodaniu do celów regulacji w art. 2 sformułowania o unikaniu niepotrzebnych ingerencji, odnośnie do „środków do życia, praw człowieka oraz sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej, technologii zdrowotnej i know-how” (*livelihoods, human rights, and equitable access to health products and health care technologies and know how*). Można uznać, iż chodzi o restrykcje i ograniczenia wprowadzone w okresie pandemii COVID-19. I tak, sformułowanie o unikaniu „niepotrzebnych ingerencji w środki do życia” można odczytywać w kontekście mających wówczas miejsce licznych problemów, wynikających z wprowadzonych wtedy restrykcji, które negatywnie odbiły się na poziomie życia wielu ludzi, w tym na możliwości pozyskania odpowiednich środków do życia. Wprowadzenie tego sformułowania do finalnej wersji tekstu Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych zwiększyłoby zakres tej regulacji. Dużym brakiem tego fragmentu jest także brak zawarcia w art. 1 MPZ odpowiednich definicji, wyjaśniających znaczenie poszczególnych terminów proponowanych w nowej wersji art. 2, co zwiększyłoby zrozumiałość przepisu oraz pozwalałoby uniknąć

potencjalnych problemów związanych z wieloznacznością omawianych pojęć. W kontekście propozycji dodania fragmentu traktującego o prawach człowieka warto także zwrócić uwagę na dwa elementy.

Po pierwsze jest on, przynajmniej częściowo, pozytywną odpowiedzią na krytykę Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, odnoszącą się do braku dostatecznego powiązania tej regulacji z systemem praw człowieka, będącego przecież w centrum zainteresowania Organizacji Narodów Zjednoczonych praktycznie od początków jej powołania. Zarzuty te, odnoszące się do różnych kwestii, pojawiały się wielokrotnie i tyczyły się każdej rewizji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych⁵⁴.

Po drugie, omawianą propozycję można odczytywać także w bardziej aktualnym kontekście, odnoszącym się zwłaszcza do niezwykle surowych oraz daleko idących ograniczeń praw i wolności w okresie restrykcji związanych z pandemią COVID-19. Chodzi tu o środki takie jak przymusowe izolacje, kwarantanny, dystansowanie społeczne czy zamykanie szkół, które znacząco ograniczały prawa człowieka. Autorzy Raportu Komisji Recenzyjnej słusznie zauważają, iż wprowadzanie tego typu obostrzeń powinno mieć miejsce zgodnie z obowiązującym prawem oraz z uwzględnieniem zasady legalności, konieczności i proporcjonalności, tymczasowo oraz w niezbędnym zakresie⁵⁵.

- **Art. 3 Zasady**

1. *Wdrażanie niniejszych Regulacji odbywa się z pełnym poszanowaniem dla godności, praw człowieka i podstawowych wolności osób.*
2. *Przy wdrażaniu niniejszych Regulacji należy kierować się Kartą Narodów Zjednoczonych i Konstytucją Światowej Organizacji Zdrowia.*
3. *Wdrażaniu niniejszych Regulacji przyświeca cel ich powszechnego stosowania w celu ochrony wszystkich ludzi na świecie przed międzynarodowym rozprzestrzenianiem się chorób.*
4. *Państwa mają, zgodnie z Kartą Narodów Zjednoczonych i zasadami prawa międzynarodowego, suwerenne prawo do stanowienia i wdrażania ustawodawstwa zgodnie z ich polityką zdrowotną. Czyniąc to, powinny mieć na uwadze cel niniejszych Regulacji.*

Art. 3 zawiera zasady ogólne, będące swoistymi dyrektywami co do interpretowania i wdrażania omawianej regulacji. Z sześciu poprawek zaproponowanych do art. 3, na uwagę zasługują trzy.

⁵⁴ L. Forman, dz. cyt., s. 38 i 40.

⁵⁵ Report...s., 27.

Propozycja zmian dotyczy bowiem wykreślenia z art. 3 ust. 1 (**Indie**) sformułowania odnoszącego się do wdrażania postanowień Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w zgodzie z poszanowaniem dla godności, praw człowieka i podstawowych wolności osób” (*with full respect for the dignity, human rights and fundamental freedoms of persons*), zastępując je nowym wyrażeniem „w oparciu o zasady słuszności, inkluzywności, spójności i w zgodności z ich wspólną, lecz zróżnicowaną odpowiedzialnością Państw-Stron, biorąc pod uwagę ich rozwój społeczny i ekonomiczny” (*based on the principles of equity, inclusivity, coherence and in accordance with their common but differentiated responsibilities of the States Parties, taking into consideration their social and economic development*).

Propozycja tego typu jest niezrozumiała, zwłaszcza że przez wiele lat, praktycznie od momentu powstania Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w 1969 roku, wielokrotnie postulowano większe związanie przedmiotowej regulacji z prawami człowieka. Z tego punktu widzenia proponowana zmiana, opierająca się na wykreśleniu odniesienia do praw człowieka, jest w istocie regresem i nie może zostać zaakceptowana. Dużym zaskoczeniem jest także zastąpienie dotychczasowego brzmienia omawianego przepisu nowymi i niejasnymi pojęciami takimi jak „inkluzywność”. Komisja Recenzyjna mocno krytykuje zaproponowaną poprawkę, zwracając uwagę na doniosłą rolę art. 3, jednocześnie rekomendując zachowanie tego przepisu w dotychczasowym brzmieniu⁵⁶. Warto zwrócić uwagę, iż proponowana poprawka tekstu art. 3 oznacza faktyczną i daleko idącą zmianę w podejściu do praw człowieka w ramach ONZ⁵⁷.

Koncepcja wspólnej, lecz zróżnicowanej odpowiedzialności Państw-Stron, proponowanej w nowym art. 3 ust. 2 bis oraz w zmianach do art. 3 ust 1 i ust. 5 wywodzi się z prawa ochrony środowiska⁵⁸ i odnosi się do wcześniej wspomnianych problemów, związanych ze zróżnicowaniem zasobów poszczególnych państw, a w efekcie ich możliwości co do zapobiegania, wykrywania i zwalczania chorób zakaźnych na tym samym poziomie. Chodzi więc o problemy państw mniej zamożnych, głównie w Afryce i Azji, które nie mają dostatecznych środków materialnych i personalnych do podejmowania odpowiednich działań w tej materii.

Do tej poprawki należy podchodzić sceptycznie, jako że Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne, poza kilkoma wyjątkami (art. 5, 13, 61 i 62) nie dają podstawy do zróżnicowania obowiązków czy szerzej mówiąc - sytuacji prawnej Państw-Stron. Dlatego też, jak zauważyła część członków Komisji, należy zastanowić się, czy omawiana koncepcja nadaje się do zastosowania na gruncie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych⁵⁹. Warto również mieć na uwadze, iż propozycje poprawek sformułowano bardzo ogólnie i niejasno.

⁵⁶ Report..., s. 28.

⁵⁷ D. Bell, *Amendments to WHO's International Health Regulations: An Annotated Guide*, "Brownstone Institute" Amendments to WHO's International Health Regulations: An Annotated Guide 3 Brownstone Institute, dostęp: 10 sierpnia 2023

⁵⁸ H. Winkler, L. Rajamani, *Common but Differentiated Responsibility and Respective Capabilities in a Regime Applicable to All*, "Climate Policy", 2024, s. 103-104.

⁵⁹ Report..., s. 29.

- W całościowym nowym art. 3 ust. 5 (**Malezja**) znajduje się postanowienie w brzmieniu: „Państwa strony wdrażają niniejsze regulacje w oparciu o zasadę słuszności, solidarności jak również i zgodnie z ich wspólną, lecz zróżnicowaną odpowiedzialnością oraz odpowiednim rozwojem państw stron” (*the State Parties shall implement these Regulations on the basis of equity, solidarity as well as and in accordance with their common but differentiated responsibilities and respective level of development of the State Parties*). W tym miejscu, ze względu na podobieństwo do art. 3 ust. 1 oraz ust. 2 warto uwzględnić te same zastrzeżenia, co w przypadku przytoczonych przepisów (co ciekawe, Komisja Recenzyjna odnosi się pozytywnie do zaproponowanych zmian, mimo negatywnej oceny podobnych rozwiązań w ust. 1 tego samego artykułu)⁶⁰.
- **Art. 4 Odpowiedzialne organy**
 1. Każde Państwo-Strona wyznaczy lub ustanowi Krajowy Punkt Centralny IHR i władze odpowiedzialne w ramach swej jurysdykcji za wdrażanie środków zdrowotnych na mocy niniejszych Regulacji.
 2. Krajowe Punkty Centralne IHR są dostępne przez cały czas dla komunikacji z Punktami Kontaktowymi IHR WHO, o których mowa w ust. 3 niniejszego artykułu. Funkcję Krajowych Punktów Centralnych IHR obejmują:
 - a) wysyłanie do Punktów Kontaktowych IHR WHO w imieniu zainteresowanego Państwa-Strony, pilnych komunikatów dotyczących wdrażania niniejszych Przepisów, w szczególności na podstawie artykułów 6-12; oraz;
 - b) rozpowszechnianie informacji, w tym scalanie danych, wśród odpowiednich sektorów administracji Państwa-Strony, włączając w to osoby odpowiedzialne za nadzór i sprawozdawczość, punkty wjazdu, świadczenia zdrowia publicznego, kliniki i szpitale oraz inne departamenty rządowe.
 3. WHO wyznaczy Punkty Kontaktowe IHR, które będą dostępne przez cały czas w celu komunikacji z Krajowymi Punktami Centralnymi IHR. Punkty Kontaktowe IHR WHO przesyłają pilne komunikaty dotyczące wdrażania niniejszych Przepisów, w szczególności na mocy art. 6-12, do Krajowego Punktu Centralnego IHR zainteresowanych Państw-Stron. Punkty Kontaktowe IHR WHO mogą być wyznaczone przez WHO w siedzibie głównej lub na poziomie regionalnym Organizacji.
 4. Państwa-Strony prześlą WHO dane kontaktowe swoich Krajowych Punktów Centralnych IHR a WHO przekaże Państwom-Stronom dane kontaktowe Punktów Kontaktowych IHR WHO. Te dane kontaktowe będą stale aktualizowane i corocznie potwierdzane. WHO udo-

60 Tamże, s. 29.

stępní wszystkim Państwom-Stronom dane kontaktowe Krajowych Punktów Centralnych IHR otrzymanych zgodnie z niniejszym artykułem.

Przepis ten obliguje Państwa-Strony do ustanowienia Krajowego Punktu Centralnego IHR (*National IHR Focal Point*), który ma za zadanie informować WHO o zagrożeniach związanych z chorobami zakaźnymi.

Z serii poprawek zaproponowanych do art. 4 warto przyrzeć się tej, zawartej w nowym art. 4 ust 1bis (**Szwajcaria**) odnoszącej się do postulatu utworzenia nowego rodzaju jednostki, Krajowego Organu Właściwego IHR (*National IHR Competent Authority*), który miałby za zadanie nadzorować wdrażanie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w danym państwie, będąc jednocześnie odpowiedzialnym za informowanie o tym procesie. Jak stanowi nowy art. 4 ust. 1bis „W dodatku, każde Państwo-Strona powinno poinformować WHO o ustanowieniu swojego Krajowego Organu Właściwego, który będzie uznany i odpowiedzialny za funkcjonowanie Krajowych Punktów Centralnych IHR i wykonanie innych zobowiązań wynikających z Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych” (*In addition, each State Party should inform WHO about the establishment of its National Competent Authority responsible for overall implementation of the IHR that will be recognized and held accountable for the NFP’s functionality and the delivery of other IHR obligations*).

Należy zwrócić uwagę na potencjalne problemy związane z myleniem „Krajowego Organu Właściwego IHR” (*National IHR Competent Authority*) z już istniejącym i o wiele szerszym pojęciem, mianowicie „Organem Właściwym” (*Competent Authority*) z art. 1 MPZ, gdzie terminem tym oznacza się organ odpowiedzialny za wdrażanie i zastosowanie środków ochrony zdrowia. W dodatku przepis ten nie definiuje względem kogo odpowiedzialny byłby Krajowy Organ Właściwy IHR, chociaż z kontekstu można domyślać się, iż chodzi o WHO. Dużym problemem jest zbyt ogólny charakter zaproponowanej zmiany, w istocie niezawierającej skonkretyzowanych postulatów, poza jednym, odnoszącym się do powołania wspomnianego „Krajowego Organu Właściwego IHR” (*National IHR Competent Authority*). Samą poprawkę, po uwzględnieniu wcześniejszych uwag należy natomiast oceniać neutralnie, jako że zasadniczo nie zwiększa ona kompetencji WHO kosztem Państw-Stron i nie pociąga za sobą negatywnych konsekwencji.

- **Art. 5 Nadzór**

1. Każde Państwo-Strona rozwinie, wzmocni i utrzyma, tak szybko jak to możliwe, ale nie później niż w ciągu pięciu lat od wejścia w życie niniejszych Przepisów dla tego Państwa-Strony, zdolność do wykrywania, oceny, powiadamiania i zgłaszania zdarzeń zgodnie z niniejszymi Przepisami, jak określono w Załączniku 1.

2. W następstwie oceny, o której mowa w ust. 2 część A Załącznika 1, Państwo-Strona może złożyć raport do WHO na podstawie uzasadnionej potrzeby i planu wdrożenia, a czyniąc to,

uzyskać przedłużenie o dwa lata terminu na wypełnienie obowiązku, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu. W wyjątkowych okolicznościach i popartych nowym planem wdrożenia, Państwo-Strona może zwrócić się o kolejne przedłużenie nieprzekraczające dwóch lat do Dyrektora Generalnego, który podejmie decyzję, biorąc pod uwagę porady techniczne Komisji ustanowionej na mocy art. 50 (zwaną dalej „Komisją Recenzyjną”). Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, Państwo-Strona, które uzyskało przedłużenie, corocznie składa WHO sprawozdanie z postępów poczynionych w kierunku pełnego wdrożenia.

3. WHO pomaga Państwom-Stronom, na ich wniosek, rozwijać, wzmacniać i utrzymywać zdolności, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu.

4. WHO gromadzi informacje dotyczące zdarzeń poprzez swoje działania w zakresie nadzoru i ocenia ich potencjał do spowodowania międzynarodowego rozprzestrzeniania się choroby i ewentualnego zakłócenia ruchu międzynarodowego. Informacje otrzymane przez WHO na mocy niniejszego ustępu są przetwarzane zgodnie z art. 11 i 45, tam, gdzie to stosowne.

Art. 5 stanowi o wymaganiach wobec Państw-Stron w przedmiocie wzmacniania, rozwijania i utrzymania zdolności do wykrywania, oceniania oraz informowania o wydarzeniach, związanych z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych. Przepis ten upoważnia także WHO do globalnego nadzoru w materii związanej z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych.

Poprawka zaprezentowana do art. 5 ust. 1 (**Malezja**) odnosi się do wprowadzenia nowego (dodanie nowego sformułowania do obecnego) mechanizmu nadzoru nad wykrywaniem, ocenianiem oraz informowaniem o wydarzeniach podlegających regulacji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, polegającym na zastąpieniu dotychczasowego mechanizmu nowym, rozwijanym obecnie pod nazwą *Universal Health and Preparedness Review (UHDR)*, który jest jednak dopiero w początkowej fazie testów⁶¹. Sam Powszechny Przegląd Zdrowia i Gotowości (UHDR) to dobrowolny i transparentny mechanizm wzajemnej oceny prowadzony przez państwa członkowskie, który ma na celu ustanowienie regularnego dialogu międzyrządowego między państwami członkowskimi na temat ich krajowych zdolności w zakresie gotowości na wypadek zagrożenia zdrowia. Jest to platforma wspierająca wspólne działania na poziomie krajowym i globalnym.

System ten, jak zauważa Komisja Recenzyjna, nie został jeszcze poparty przez państwa członkowskie, a jego ewentualne przyjęcie dodatkowo komplikowałoby sprawę ze względu na nieprzewidzianą reakcję tych ostatnich⁶². Ma to znaczenie zwłaszcza w kontekście

61 Powszechny Przegląd Zdrowia i Gotowości (UHDR) to dobrowolny, przejrzysty mechanizm wzajemnej oceny prowadzony przez państwa-strony WHO, który ma na celu ustanowienie regularnego dialogu międzyrządowego między tymi państwami na temat ich zdolności w zakresie gotowości na wypadek sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego, <https://www.who.int/emergencies/operations/universal-health---preparedness-review>, dostęp: 20 sierpnia 2023.

62 *Report...*, s. 32.

wcześniejszych, a wspomnianych na łamach tego artykułu apeli, zwracających uwagę na potrzebę stworzenia nowej, bardziej elastycznej i treściwej regulacji. Warto także wspomnieć, iż przyjęcie omawianego mechanizmu znacząco zwiększyłoby zakres obowiązków informacyjnych, nałożonych na państwa członkowskie, co wymagałoby równoczesnego zwiększenia potrzebnych do tego zasobów.

Z kolei poprawka do art. 5 ust. 3 (**Malezja**) nakłada na WHO i państwa rozwinięte, będące Państwami-Stronami WHO obowiązek wspierania pozostałych państw stron, po wystosowaniu wniosku (nie sprecyzowano czyjego), w kwestii zdolności określonych w art. 1 (podobne propozycja, traktująca o wspieraniu znajduje się w ust. 1 omawianego artykułu). Treść tego przepisu wydaje się dziwna, po pierwsze ze względu na równość formalną państw stron (z podanymi uprzednio wyjątkami), która co do zasady nakazuje traktować je równo, po drugie ze względu na brak definicji legalnej oraz stosunkowo szerokie rozumienie terminów takich jak „państwa rozwinięte” czy „państwa rozwijające się”.

- **Art. 6 Powiadamianie**

1. Każde Państwo-Strona dokona oceny zdarzeń mających miejsce na jego terytorium przy użyciu instrumentu decyzyjnego określonego w Załączniku nr. 2. Każde Państwo-Strona powiadomi WHO za pomocą najskuteczniejszych dostępnych środków, za pośrednictwem Krajowego Punktu Centralnego IHR i w ciągu 24 godzin od dokonania oceny informacji o zdrowiu publicznym, o wszystkich zdarzeniach mogących stanowić stan zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym na jego terytorium, w zgodzie z instrumentem decyzyjnym, jak również o wszystkich środkach ochrony zdrowia wdrożonych w odpowiedzi na te zdarzenia. Jeśli powiadomienie otrzymane przez WHO tyczy się kompetencji Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej (IAEA), WHO niezwłocznie powiadamia IAEA.

2. Po otrzymaniu powiadomienia, Państwo-Strona będzie nadal przekazywać WHO terminowe, dokładne i wystarczająco szczegółowe informacje na temat zdrowia publicznego dotyczące zgłoszonego zdarzenia, wyniki badań laboratoryjnych, źródło i rodzaj zagrożenia, liczbę przypadków i zgonów, warunki wpływające na rozprzestrzenianie się choroby i zastosowane środki zdrowotne, a także zgłaszać, w razie potrzeby napotkane trudności i potrzebę uzyskania wsparcia w reagowaniu na stan zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym.

Art. 6 stanowi o obowiązkach informacyjnych państw członkowskich, które powstają w momencie pojawienia się okoliczności, mogących podlegać kwalifikacji jako Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym.

Propozycje odnośnie zmiany art. 6 ust. 1 (**Indie**) tyczą się zwiększenia liczby organizacji międzyrządowych, które powinny być informowane przez WHO o zdarzeniach związanych z przedmiotem niniejszej regulacji. Są to organizacje wyspecjalizowane ONZ, takie jak Or-

ganizacja Narodów Zjednoczonych ds. Rolnictwa (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*, w skrócie *FAO*), Światowa Organizacja Zdrowia Zwierząt (*World Organisation for Animal Health*, w skrócie *WOAH*) czy Program Środowiskowy Organizacji Narodów Zjednoczonych (*United Nations Environment Programme*, *UNEP*) oraz „inne odpowiednie jednostki WHO” (*other relevant UN entities*).

Bardzo ważne są propozycje zmian zaproponowane co do treści art. 6 ust. 2 (**USA/Czechy**), które wprowadzają obowiązek udostępniania przez państwa strony danych GSD (*genetic sequence data*). Jedna z wprowadzonych poprawek w ustępie 2 łączy natomiast obowiązki Państwa-Strony w tej materii z jego możliwościami i jego ustawodawstwem. Z kolei poprawka do całości nowego art. 6 ust. 3 (**Grupa Państw Afrykańskich**) proponuje, ażeby obowiązek udostępniania danych był warunkowy oraz wprowadzony i oparty na bliżej nieokreślonym mechanizmie. Inna poprawka, wprowadzona w art. 6 ust. 2 *in fine* (**Czechy**) postuluje, ażeby WHO było zobligowane do dzielenia się tego typu informacjami, otrzymanymi od poszczególnych państw, z innymi państwami stronami WHO w zakresie badań i oceniania ryzyka.

Choć Komisja Recenzyjna zasadniczo ocenia postulowane zmiany jako właściwe, to zwraca uwagę na kilka czynników. Po pierwsze, należałoby wprowadzić odpowiedni mechanizm spójnie i sprawnie regulujący zasady dzielenia się wspomnianymi informacjami. Po drugie, bazy danych służące do tego typu działań nie znajdują się pod kontrolą WHO, jako że korzysta ona z baz należących do innych podmiotów⁶³.

- **Art. 7 Wymiana informacji podczas nieoczekiwanego lub nietypowego zdarzenia dotyczącego zdrowia publicznego**

Jeśli Państwo-Strona posiada dowody nieoczekiwanego lub nietypowego zdarzenia dotyczącego zdrowia publicznego na swoim terytorium, niezależnie od pochodzenia lub źródła, które może stanowić Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym, Państwo-Strona przekaze WHO wszystkie istotne informacje dotyczące zdrowia publicznego. W takim przypadku postanowienia artykułu 6 stosuje się w całości.

Propozycja przedstawiona przez **Czechy** sprowadza się do zamieszczenia całościowo nowej jednostki redakcyjnej tekstu prawnego, mianowicie art. 7 ust. 2, który nakłada na Państwa-Strony obowiązek udostępniania materiałów i próbek mikrobiologicznych i genetycznych (*microbial and genetic material and samples*) na rzecz WHO. Odnosi się to zdarzeń określonych w art. 6⁶⁴. Jednocześnie pada propozycja, ażeby na wykonanie omawianego obowiązku wyznaczyć pewne ramy czasowe, jakkolwiek zgłaszający nie zaproponowali żadnych konkretnych terminów, poza zaznaczeniem, iż powinny one być wyrażone w godzinach.

⁶³ Report..., s. 35.

⁶⁴ Chodzi o zdarzenia, które mogą kwalifikować się do kategorii Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym.

Komisja Recenzyjna ocenia tą propozycję negatywnie, m.in. ze względu na próbę określenia sztywnych ram czasowych, co mogłoby rodzić problemy natury prawnej czy logistycznej, oraz praktyczne powtórzenie postanowień wspomnianego art. 6⁶⁵. Z tą opinią należy się zgodzić.

- **Art. 8 Konsultacje**

W przypadku zdarzeń mających miejsce na jego terytorium i niewymagających powiadomienia, o którym mowa w art. 6, w szczególności zdarzeń, w odniesieniu do których dostępne informacje są niewystarczające w kontekście uzupełnienia instrumentu decyzyjnego, Państwo-Strona może informować o tym WHO za pośrednictwem Krajowego Punktu Centralnego IHR i konsultować z WHO w sprawie środków zdrowotnych. Takie informacje będą traktowane w zgodzie z 11 ust. 2-4. Państwo-Strona na terytorium którego miało miejsce zdarzenie może zażądać od WHO pomocy w ocenie dowodów epidemiologicznych uzyskanych przez Państwo-Stronę.

Art. 8 pozwala Państwom-Stronom na konsultacje z WHO w przedmiocie zdarzeń, które nie mieszczą się w kategorii Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym.

Propozycja zmian wprowadzona do tego przepisu, traktującego o konsultacjach państw stron z WHO, może być odczytywana jak zmiana ich charakteru, z dobrowolnego na obligatoryjny, przy jednoczesnym ustanowieniu ram czasowych mających wynosić 72 godziny (w odniesieniu do zdarzeń niepodlegających zgłoszeniu w art. 6 i Aneksie nr 2).

Jakkolwiek przepis ten był dotychczas rzadko używany⁶⁶, to należy zachować ostrożność względem tego typu propozycji zwiększających zakres obowiązków nałożonych na państwo, zwłaszcza że ma to miejsce na gruncie regulacji WHO a nie traktatu.

- **Art. 12 Wprowadzanie Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym.**

1. Dyrektor Generalny ustala, na podstawie otrzymanych informacji, w szczególności od Państwa-Strony, na którego terytorium zdarzenie ma miejsce, czy zdarzenie stanowi Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym zgodnie z kryteriami i procedurą określonymi w niniejszych Przepisach.

2. Jeżeli Dyrektor Generalny uzna, na podstawie oceny przeprowadzonej zgodnie z niniejszymi przepisami, że występuje stan zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym, Dyrektor Generalny skonsultuje się z Państwem-Stroną na którego terytorium wystąpiło zda-

65 Report..., s. 39.

66 Report..., s. 40.

rzenie, w sprawie tego wstępnego ustalenia. Jeżeli Dyrektor Generalny i Państwo-Strona są zgodni co do tego ustalenia, Dyrektor Generalny, zgodnie z procedurą określoną w artykule 49, zasięga opinii Komitetu ustanowionego na mocy artykułu 48 (zwanego dalej „Komitetem Nadzwyczajnym”) w sprawie odpowiednich tymczasowych rekomendacji.

3. Jeżeli w wyniku konsultacji, o których mowa w ust. 2 powyżej, Dyrektor Generalny i Państwo-Strona, na którego terytorium wystąpiło zdarzenie, nie osiągną w ciągu 48 godzin konsensusu co do tego, czy dane zdarzenie stanowi stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym, ustalenia dokonuje się zgodnie z procedurą określoną w art. 49.

4. Przy ustalaniu, czy dane zdarzenie stanowi Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym, Dyrektor Generalny bierze pod uwagę:

- (a) informacje dostarczone przez Państwo-Stronę;
- (b) instrument decyzyjny zawarty w Załączniku nr 2;
- (c) rady Komitetu Nadzwyczajnego;
- (d) zasady naukowe, jak również dostępne dowody naukowe i inne istotne informacje; oraz
- (e) ocenę ryzyka dla zdrowia ludzkiego, ryzyka międzynarodowego rozprzestrzeniania się chorób, oraz ryzyka zakłóceń w ruchu międzynarodowym.

5. Jeżeli Dyrektor Generalny, po przeprowadzeniu konsultacji z Państwem-Stroną, na którego terytorium wystąpił Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym uzna, że Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym zakończył się, Dyrektor Generalny podejmuje decyzję zgodnie z procedurą określoną w art. 49.

Przepis ten określa procedurę, kryteria i kompetencje Dyrektora Generalnego WHO, a także inne zasady, związane z ogłaszaniem Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym.

Na szczególną uwagę zasługuje propozycja wprowadzenia nowych stanów zagrożenia (USA), mających brzmieć następująco: „Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Regionalnym” (*Public Health Emergency of Regional Concern*) oraz „Pośredni Alarm Zdrowotny” (*Intermediate Health Alert*), które miałyby być ogłaszane przez Dyrektora Regionalnego WHO, zawarta w całości w nowym art. 12 ust. 7A.

Należy zauważyć, iż mankamentem proponowanych zmian jest brak dokładnych definicji omawianych stanów (np. takich jak ma to miejsce w przypadku PHEIC). W dodatku Komisja

Recenzyjna zwraca uwagę, iż dużym problem tych stanów zagrożenia może być brak spójności poszczególnych regionów WHO oraz fakt, że Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym był także używany w przypadku rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych na skalę regionalną (np. wirus Ebola w zachodniej Afryce)⁶⁷. Mówiąc innymi słowy, w tym przypadku nie ma potrzeby wprowadzania nowych rozwiązań, jako że Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym jest wystarczająco pojemny i może być również stosowany w sytuacji, w której rozprzestrzenianie się danej choroby zakaźnej jest ograniczone do danego regionu. W dodatku zaproponowany przepis, zawierający postulat wprowadzenia Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Regionalnym jest sformułowany w sposób bardzo ogólny i brakuje tu jakichś konkretniejszych kryteriów, w oparciu o które wprowadzono by PHERC.

W dodatku, propozycje zmian zawarta w art. 12 ust. 2 (USA) obejmują wykreślenie sformułowania, mówiącego o obowiązku konsultowania przez Dyrektora Generalnego WHO z Państwem-Stroną, na terytorium którego wystąpiło zdarzenie, w przedmiocie zwołania Komitetu Nadzwyczajnego (*Emergency Committee*). W art. 12 ust. 3 (USA) zostaje natomiast wykreślone postanowienie mówiące o potrzebie osiągnięcia konsensusu pomiędzy Dyrektorem Generalnym, a dotkniętym Państwem-Stroną w przedmiocie wprowadzenia Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym.

Jest to tym bardziej niezrozumiałe, że art. 48 ust. 2 MPZ wymaga, ażeby w skład Komitetu wchodził przynajmniej jeden przedstawiciel Państwa-Strony, na terytorium którego wystąpiło zdarzenie. Przyjęcie omawianych propozycji rażąco ograniczyłoby suwerenność Państw-Stron poprzez znaczne zmniejszenie ich roli w omawianym procesie, a problemy tej natury zostały dostrzeżone nawet przez Komisję Recenzijną⁶⁸. Przepis ten zresztą wpisuje się w koncepcję obecnie procedowanej rewizji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, znacząco zwiększającej kompetencje WHO i jej Dyrektora Generalnego. W omawianym kontekście, zwłaszcza co do ograniczania suwerenności, należy również pamiętać o potencjalnych, daleko idących skutkach społecznych i ekonomicznych, związanych z konsekwencjami wprowadzenia Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym, czego ewidentnym przykładem są efekty restrykcji wprowadzonych w 2020 roku, w związku z pandemią COVID-19.

• Art. 13 Reakcja Zdrowia Publicznego

1. Każde Państwo-Strona rozwinie, wzmocni i utrzyma, tak szybko jak to możliwe, ale nie później niż w ciągu pięciu lat od wejścia w życie niniejszych Przepisów dla tego Państwa-Strony,

⁶⁷ Report..., s. 46.

⁶⁸ Tamże, s. 47.

zdolność do szybkiego i skutecznego reagowania na zagrożenia zdrowia publicznego i stany zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym, jak określono w Załączniku 1. WHO opublikuje, w porozumieniu z Państwami Członkowskimi, wytyczne wspierające Państwa-Strony w rozwijaniu zdolności reagowania w zakresie zdrowia publicznego.

2. W następstwie oceny, o której mowa w ust. 2 część A Załącznika 1, Państwo-Strona może złożyć raport do WHO na podstawie uzasadnionej potrzeby i planu wdrożenia, a czyniąc to, uzyskać przedłużenie o dwa lata terminu na wypełnienie obowiązku, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu. W wyjątkowych okolicznościach i w oparciu o nowy plan wdrożenia, Państwo-Strona może zwrócić się o dalsze przedłużenie, nieprzekraczające dwóch lat do Dyrektora Generalnego, który podejmie decyzję, biorąc pod uwagę opinię techniczną Komisji Recenzyjnej. Po upływie okresu, o którym mowa w ustępie 1 niniejszego artykułu, Państwo-Strona, które uzyskało przedłużenie, składa WHO coroczne sprawozdanie z postępów poczynionych w kierunku pełnego wdrożenia.

3. Na wniosek Państwa-Strony, WHO współpracuje w zakresie reagowania na zagrożenia zdrowia publicznego i inne zdarzenia poprzez zapewnienie wytycznych i pomocy oraz oceniając skuteczność stosowanych środków kontroli na miejscu, w tym mobilizację międzynarodowych zespołów ekspertów do pomocy na miejscu, w razie potrzeby.

4. Jeżeli WHO, w porozumieniu z zainteresowanymi Państwami-Stronami zgodnie z artykułem 12, stwierdzi że występuje stan zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym, może zaoferować, oprócz wsparcia wskazanego w ust. 3 niniejszego artykułu, dalszą pomoc dla Państwa-Strony, w tym ocenę dotkliwości międzynarodowego zagrożenia i adekwatności środków kontroli. Taka współpraca może obejmować ofertę mobilizacji pomocy międzynarodowej w celu wsparcia organów krajowych w przeprowadzaniu i koordynowaniu ocen na miejscu. Na wniosek Państwa-Strony, WHO dostarczy informacje potwierdzające taką ofertę.

5. Na prośbę WHO Państwa-Strony powinny zapewnić, w miarę możliwości, wsparcie dla działań będących odpowiedzią, koordynowanych przez WHO.

6. Na żądanie WHO zapewnia odpowiednie wytyczne i pomoc innym Państwom-Stronom dotkniętym lub zagrożonym Stanem Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym.

Przepis ten traktuje o utrzymaniu zdolności Państw-Stron do odpowiedzi na zagrożenia związane z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych.

Wśród licznych zaproponowanych zmian warto zwrócić uwagę na propozycje modyfikacji art. 13 ust. 1 (**Malezja**), podobnego w swej treści do omówionego uprzednio art. 5

ust. 3, poprzez dodanie zdania, nakładającego na „państwa rozwinięte, będące stronami-państwami WHO” oraz na samą WHO obowiązku wspierania „państw rozwijających się, będących stronami WHO”, w zależności od dostępu tych pierwszych do finansów, technologii i know-how.

Propozycję tą należy ocenić negatywnie, w oparciu o argumentację przytoczoną wcześniej odnośnie do art. 5 ust. 3.

Znaczenie ma także propozycja zmian w art. 13 ust. 3 (**Indie**), która nakłada na Państwo-Stronę obowiązek przyjęcia bądź odrzucenia w ciągu 48 godzin oferty wsparcia ze strony WHO, a w przypadku odrzucenia takowej obliuguje to państwa do wyjaśnienia przyczyn podjęcia takiej decyzji.

Przedstawioną propozycję należy ocenić negatywnie, jako że zupełnie niepotrzebnie zobowiązuje Państwa-Strony do przyjęcia nieproszonej oferty pomocy, a w przypadku odmowy nakłada na nie obowiązek wytłumaczenia się z takiego działania w bardzo krótkim terminie, mającym wynosić zaledwie 48 godzin. Tymczasem decyzja o zwróceniu się do WHO i skorzystaniu z pomocy tej Organizacji może być tylko i wyłącznie suwerenną kompetencją Państwa-Strony, co z resztą słusznie zauważa w Raporcie Komisja Recenzyjna⁶⁹. To samo można powiedzieć o potrzebie wyjaśniania odpowiedzi odmownej przez Państwa-Strony.

Jedna z propozycji zmian odnośnie art. 13 ust. 4 (**USA**) nakłada nowy obowiązek na Państwa-Strony odnośnie „ułatwienia krótkoterminowego dostępu” (*facilitate short-term access*), do przeprowadzania oceny ryzyka na miejscu, w zgodzie z ich prawem krajowym. W razie odmowy, państwo-strona powinno uzasadnić jej motywy.

Wspomnianą propozycję należy potraktować ostrożnie, jako że z jednej strony nakłada na państwo określony obowiązek, ograniczając jego suwerenność (co z resztą dostrzegło część ekspertów z Komisji Recenzyjnej)⁷⁰, z drugiej jednak musimy on zostać spełniony zgodnie z przepisami prawa krajowego, a państwo może się uchylić od jego spełnienia w określonych sytuacjach.

Zmiana proponowana w art. 13 ust. 5 (**Grupa Krajów Afrykańskich**) nakłada na Państwa-Strony nowe obowiązki, poprzez zastąpienie słowa *powinien* (*should*) słowem *musi* (*shall*), w zakresie wspierania skoordynowanych działań WHO, co odnosi się m.in. do produktów zdrowotnych czy szczepionek. Państwo, które nie jest w stanie wypełnić nałożonych w tej kategorii wymagań powinno złożyć WHO stosowne wyjaśnienia.

69 Report..., s. 50.

70 Tamże, s. 51.

Zmianę tę można ocenić pozytywnie, jako że daje ona stosunkowo dużą samodzielność Państwom-Stronom, pomimo nałożenia na nie nowych obowiązków, jednocześnie pozwalając się od nich uwolnić w sytuacji, w której nie jest ono w stanie ich wypełnić i po poinformowaniu WHO.

- **Art. 13A Dostęp do produktów zdrowotnych, technologii i know-how w zakresie zdrowia publicznego [wersja 1]**

W ramach poprawek zaproponowano utworzenie całkowicie nowego art. 13A (**Grupa Krajów Afrykańskich**), odnosząc się w jego pierwszej wersji do wielu kwestii związanych z dostępem do produktów zdrowotnych oraz leków, nakładając zobowiązania zarówno na Państwa-Strony jak i na WHO.

Z obszernego tekstu nowego zaproponowanego art. 13A warto zwrócić uwagę na ust. 1, który zakłada, że Dyrektor Generalny WHO w przypadku ogłoszenia Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Międzynarodowym Znaczeniu będzie miał prawo wydawać rekomendacje, w tym te, odnoszące się do ustanowienia mechanizmu przydziału leków, jeśli natychmiastowa ocena dostępności i przystępności cenowej wymaganych produktów zdrowotnych wykaże jakiegokolwiek potencjalne problemy z ich niedoborem.

Komisja Recenzyjna, rozumiejąc idee stojące za tym pomysłem, zwraca jednak uwagę, iż wiąże się to z wieloma potencjalnymi problemami, takimi jak brak odpowiednich definicji, czy faktu, że rekomendacje WHO nie były przewidziane do normowania spraw takich jak mechanizm alokacji produktów zdrowotnych. W dodatku, biorąc pod uwagę wielką liczbę różnego rodzaju produktów zdrowotnych i leków ewentualnie podlegających natychmiastowej ocenie dostępności i przystępności, istnieje ryzyko, że byłoby to niewykonalne⁷¹.

W dalszych ustępach tego przepisu padają propozycje nałożenia na Państwa-Strony szeregu różnych obowiązków, odnoszących się m.in. do wprowadzenia ograniczeń i wyłączeń na gruncie krajowego prawa własności intelektualnej, w celu wytwarzania, eksportowania i importowania produktów zdrowotnych (art. 13A ust. 3).

Propozycje tą należy ocenić zdecydowanie negatywnie. Jak zauważa Komisja Recenzyjna, niektóre postanowienia art. 13 ust. 3 mogą być sprzeczne z Porozumieniem WTO w sprawie handlowych aspektów własności intelektualnej Praw Własności Intelektualnej (WTO Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights)⁷².

⁷¹ Report..., s. 53.

⁷² Tamże, s. 54.

Art. 13A Międzynarodowa reakcja pod kierownictwem WHO w zakresie zdrowia publicznego [wersja 2]

Druga wersja poprawek, zaproponowana także jako art. 13A (**Bangladesz**) zawiera szereg postanowień, mających na celu podkreślenie i zwiększenie pozycji WHO w procesie reagowania na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych.

Warta odnotowania jest treść art. 13A ust. 1, stanowiącym, iż „państwa-strony uznają WHO za organ kierujący i koordynujący międzynarodową reakcję w zakresie zdrowia publicznego podczas stanu zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym i zobowiązują się do przestrzegania zaleceń WHO w ich międzynarodowej reakcji w zakresie zdrowia publicznego (*States Parties recognize WHO as the guidance and coordinating authority of international public health response during Public Health Emergency of International Concern and undertake to follow WHO's recommendations in their international public health response*). Warto zwrócić uwagę, iż państwo, która zaproponowało takie brzmienie art. 13A ust. 1, odpowiada także za zgłoszenie poprawki do art. 1, w której to proponuje się wykreślić z definicji stałych i tymczasowych rekomendacji słowo „niewiążące” (*non-binding*), na co zwróciła uwagę Komisja Recenzyjna⁷³.

Z tych powodów, a także z okoliczności, iż przyjęcie wspomnianych poprawek mogłoby znacząco zwiększyć kompetencje WHO w omawianej materii, należy ocenić je negatywnie.

- **Art. 23 środki zdrowotne przy wjeździe i wyjeździe**

1. Z zastrzeżeniem mających zastosowanie umów międzynarodowych i odpowiednich artykułów niniejszych Przepisów, Państwo-Strona może wymagać dla celów zdrowia publicznego, przy wjeździe lub wyjeździe:

a) w odniesieniu do podróży:

(i) informacji dotyczących miejsca docelowego podróжного, tak aby można było się z nim skontaktować,

(ii) informacji dotyczących trasy podróży podróжного w celu ustalenia, czy podróż odbywała się w obszarze dotkniętym chorobą lub w jego pobliżu lub innych możliwych kontaktów z zakażeniem lub skażeniem przed przyjazdem, a także przegląd dokumentów zdrowotnych podróжного, jeśli są one wymagane na mocy niniejszych przepisów; i/lub

(iii) nieinwazyjnych badań lekarskich, które są najmniej inwazyjnym badaniem, mogącym osiągnąć cel w zakresie zdrowia publicznego;

73 Report..., s. 56.

(b) kontroli bagażu, ładunku, kontenerów, środków transportu, towarów, paczek pocztowych i szczątków ludzkich.

2. Na podstawie dowodów na istnienie zagrożenia zdrowia publicznego uzyskanych za pomocą środków przewidzianych w ust. 1 niniejszego artykułu lub w inny sposób, Państwa-Strony mogą zastosować dodatkowe środki zdrowotne, zgodnie z niniejszymi Przepisami, w szczególności w odniesieniu do podejrzanego lub dotkniętego podróżnego, poprzez najmniej niepożądane i najmniej inwazyjne badanie lekarskie, które pozwoliłoby osiągnąć cel w zakresie zdrowia publicznego polegający na zapobieganiu międzynarodowemu rozprzestrzenianiu się choroby.

Przepis ten odnosi się do wymagań stawianym osobom wjeżdżającym bądź wyjeżdżającym z terytorium Państw-Stron.

Na mocy zaproponowanych poprawek zawartych w art. 23 ust.1 (**Indie**), Państwo-Strona może wprowadzić określone wymogi dokumentowe obejmujące swym zakresem informacje o wynikach testów laboratoryjnych lub o przyjęciu szczepionki.

Należy mieć na uwadze, że proponowany kształt art. 23 ust. 1 odnosi się do wszystkich sytuacji związanych z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych, a nie tylko do zdarzeń, które mieszczą się w kategorii Stanu Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym. Dlatego też na mocy art. 23 ust. 1 omawiane wymogi dokumentowe, w przypadku ich przyjęcia, mogłyby być wprowadzone w wielu różnych sytuacjach, w tym także wtedy, gdy nie byłoby to konieczne. Mówiąc innymi słowy, wprowadzane często i bez potrzeby wymogi dokumentowe mogłyby negatywnie wpłynąć na międzynarodowy ruch i handel. Dlatego też należy uznać tą propozycję za zbyt daleko idącą.

Komisja Recenzyjna stwierdza ponadto, iż wprowadzenie tego typu wymogów może wywołać wątpliwości natury etycznej oraz odnoszącej się do kwestii dyskryminacji⁷⁴ (nie napisano wprost, o jaki rodzaj dyskryminacji dokładnie chodzi, jednak z kontekstu można wywnioskować, iż autorzy mieli na myśli potencjalne zagrożenie związane z nierównym traktowaniem osób nieposiadających tzw. paszportów szczepionkowych).

- **Art. 42 Wdrażanie środków ochrony zdrowia**

Środki w zakresie ochrony zdrowia podejmowane zgodnie z niniejszymi Przepisami są wprowadzane i znoszone bez opóźnienia oraz stosowane w sposób przejrzysty i niedyskryminujący.

Przepis ten zawiera ogólne zasady wdrażania i znoszenia środków ochrony zdrowia.

⁷⁴ Report..., s. 62.

Poprawki zgłoszone do art. 42 (**Malezja**) obejmują dodanie w zdaniu pierwszym sformułowań „włączając w to rekomendacje wydawane na podstawie art. 15 i 16” (*including the recommendations made under Article 15 and 16*), „przez wszystkie Państwa-Strony” (*by all State-Parties*) oraz słowa o sprawiedliwym (*equitable*) sposobie wdrażaniu tych środków. Tak więc zmiany zaproponowane do omawianego przepisu zdają się zmierzać do uczynienia rekomendacji, wydawanych na podstawie art. 15 i 16 Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w związku z wdrażaniem wspomnianych środków ochrony zdrowia wiążącymi, co wynika z kontekstu i sposobu sformułowania komentowanego przepisu (m.in. użycia słowa *shall*, wyrażającego powinność czy obowiązek). W tym samym zdaniu pojawia się też nowe słowo, stanowiące o sprawiedliwym (*equitable*) wdrażaniu tych środków.

Omawianą poprawkę należy ocenić negatywnie, mając na uwadze przede wszystkim propozycje zmian definicji terminów takich jak „tymczasowe rekomendacje” czy „stałe rekomendacje” zgłoszone do art. 1.

W całościowym nowym zdaniu drugim art. 42 MPZ pojawia się natomiast propozycja zmian w następującym brzmieniu: „Państwa-Strony podejmą również środki w celu zapewnienia, że Podmioty-Niepaństwowe, działające na ich terytorium, przestrzegają tych środków” (*State Parties shall also take measures to ensure Non-State Actors operating in their respective territories comply with such measures*).

Komisja Recenzyjna słusznie zauważa, iż podmioty niepaństwowe nie są stroną Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. W dodatku Komisja jest zaniepokojona, że proponowana poprawka idzie zbyt daleko, sugerując, że Państwa-Strony muszą zobowiązać, poprzez ustawodawstwo lub inne środki regulacyjne, Podmioty Niepaństwowe do przestrzegania środków ochrony zdrowia wynikających z omawianych Przepisów⁷⁵. Stanowisko Komisji należy uznać za trafne.

• Art. 43 Dodatkowe Środki Zdrowotne

1) *Niniejsze Regulacje nie uniemożliwiają Państwom-Stronom wdrażania środków zdrowotnych, zgodnie z ich odpowiednim prawem krajowym i zobowiązaniami wynikającymi z prawa międzynarodowego, w odpowiedzi na szczególne zagrożenia dla zdrowia publicznego lub stany zagrożenia dla zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym, które:*

a) zapewniają taki sam lub wyższy poziom ochrony zdrowia niż zalecenia WHO; lub

b) są w inny sposób zakazane na mocy art. 25, art. 26, art. 28 ust. 1 i 2, art. 30, art. 31 ust. 1 lit. c) i art. 33,

⁷⁵ Report..., s. 67.

pod warunkiem, że takie środki są zgodne z niniejszym Regulaminem.

Środki takie nie mogą być bardziej restrykcyjne w odniesieniu do ruchu międzynarodowego ani bardziej inwazyjne lub ingerujące w życie osób niż racjonalnie dostępne rozwiązania alternatywne, które zapewniłyby odpowiedni poziom ochrony zdrowia. ochrony zdrowia.

2) Przy podejmowaniu decyzji o wdrożeniu środków zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu lub dodatkowych środków zdrowotnych na mocy artykułu 23 ust. 2, artykułu 27 ust. 1, art. 28 ust. 2 i art. 31 ust. 2 lit. c), Państwa-Strony opierają swoje ustalenia na:

a) zasadach naukowych;

b) dostępnych dowodach naukowych na istnienie ryzyka dla zdrowia ludzkiego, lub jeżeli takie dowody są niewystarczające dostępne informacje, w tym od WHO i innych odpowiednich organizacji międzyrządowych i organów międzynarodowych; oraz organizacji międzyrządowych i organów międzynarodowych; oraz

c) wszelkich szczegółowych wytycznych lub poradach WHO;

3) Państwo-Strona wdrażające dodatkowe środki zdrowotne, o których mowa w ustępie 1 niniejszego artykułu, które w znacznym stopniu zakłócają ruch międzynarodowy, przedstawia WHO uzasadnienie dotyczące zdrowia publicznego i odpowiednie informacje naukowe. WHO dzieli się tymi informacjami z innymi Państwami-Stronami oraz udostępnia informacje dotyczące wdrożonych środków ochrony zdrowia. Do celów niniejszego artykułu niniejszego artykułu, znacząca ingerencja zasadniczo oznacza odmowę wjazdu lub wyjazdu międzynarodowych podróżnych, bagażu, ładunków, towarów, środków ochrony zdrowia. podróżnych, bagażu, ładunku, kontenerów, środków transportu, towarów itp. lub ich opóźnienie o ponad 24 godziny.

4) Po dokonaniu oceny informacji dostarczonych zgodnie z ustępami 3 i 5 niniejszego artykułu oraz innych WHO może zwrócić się do zainteresowanego Państwa-Strony o ponowne rozważenie zastosowania tych środków.

5) Państwo-Strona wdrażające dodatkowe środki zdrowotne, o których mowa w ustępach 1 i 2 niniejszego artykułu, które znacząco zakłócają ruch międzynarodowy artykułu, które w znacznym stopniu zakłócają ruch międzynarodowy, poinformuje WHO w ciągu 48 godzin od o takich środkach i ich znaczeniu dla zdrowia, chyba że są one objęte tymczasowym lub stałym zaleceniem.

6) Państwo-Strona wdrażające środek zdrowotny zgodnie z ustępem 1 lub 2 niniejszego artykułu w ciągu trzech miesięcy dokona przeglądu takiego środka, biorąc pod uwagę porady WHO oraz kryteria określone w ust. 2 niniejszego artykułu.

7) Bez uszczerbku dla swoich praw wynikających z artykułu 56, każde Państwo-Strona, na które ma wpływ środek podjęty zgodnie z ustępem 1 lub 2 niniejszego artykułu może zwrócić się do Państwa-Strony wdrażającego taki środek o przeprowadzenie z nim konsultacji. Celem takich konsultacji jest wyjaśnienie informacji naukowych i przesłanek i zdrowia publicznego leżących u podstaw danego środka oraz znalezienie wzajemnie akceptowalnego rozwiązania.

8) Postanowienia niniejszego artykułu mogą mieć zastosowanie do wdrażania środków dotyczących podróży biorących udział w zgromadzeniach masowych.

Przepis ten zawiera szereg różnych postanowień, odnoszących się m.in. do środków zdrowotnych, które wykraczają poza zakres regulacji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych oraz zasad ich przyjmowania przez dane Państwo-Stronę.

Szereg poprawek zgłoszonych do tego przepisu co do jego poszczególnych fragmentów przez **Czechy i Grupę Państw Afrykańskich** zmierza generalnie w kierunku osiągnięcia lepszej równowagi pomiędzy koniecznością wdrażaniem środków ochrony zdrowia na poziomie krajowym a unikaniem niepotrzebnych ingerencji względem innych Państw-Stron. Przykładowo, propozycje zmian zawarte w art. 43 ust. 4 i ust. 6 kreują *quasi-sądową* procedurę, z terminami i wiążącymi rekomendacjami oraz Komitetem Nadzwyczajnym jako organem, który decyduje o zastosowaniu środków ochrony zdrowia.

Propozycje te, jak zauważa Komisja, należy ocenić negatywnie, jako że ograniczają one suwerenność Państw-Stron co do stosowania tych środków oraz są zbyt ogólnie sformułowane, nie wyjaśniając, o jakiego rodzaju rekomendacje chodzi⁷⁶.

- **Art. 44 Współpraca i wsparcie**

1. Państwa-Strony zobowiązują się do wzajemnej współpracy, w możliwym zakresie, co do:

(a) wykrywania i oceny zdarzeń oraz reagowania na nie, zgodnie z niniejszymi Przepisami;

(b) zapewniania lub ułatwiania współpracy technicznej i wsparcia logistycznego, w szczególności w co do rozwoju, wzmacniania i utrzymywania zdolności w zakresie zdrowia publicznego wymaganych na mocy niniejszych Regulacji;

(c) mobilizacji zasobów finansowych w celu ułatwienia realizacji ich obowiązków na mocy niniejszych Przepisów; oraz

76 Report..., s. 68.

(d) formułowania proponowanych ustaw i innych przepisów prawnych i administracyjnych w celu wdrożenia niniejszych Przepisów

2. WHO będzie współpracować z Państwami-Stronami, na ich wniosek, w możliwym zakresie, co do:

(a) ewaluacji i oceny ich zdolności w zakresie zdrowia publicznego w celu ułatwienia skutecznego wdrażania niniejszych Przepisów;

(b) zapewniania lub ułatwiania współpracy technicznej i wsparcia logistycznego dla Państw-Stron; oraz

(c) mobilizacji zasobów finansowych w celu wspierania krajów rozwijających się w budowaniu, wzmacnianiu i utrzymywaniu zdolności przewidzianych w Załączniku 1.

3. Współpraca na mocy niniejszego artykułu może być realizowana za pośrednictwem wielu kanałów, w tym dwustronnie, poprzez sieci regionalne i biura regionalne WHO oraz poprzez organizacje międzyrządowe i organy międzynarodowe.

Art. 44 reguluje kwestie odnoszące się do współpracy pomiędzy Państwami-Stronami a WHO jak i pomiędzy samymi Państwami-Stronami.

Z serii poprawek zaproponowanych do tego przepisu na szczególną uwagę zasługują propozycje zmian zgłoszone kolejno do art. 44 ust. 1 lit. H oraz art. 44 ust. 2 lit. E (**Rosja**), niemal całkowicie identyczne w swej treści. Są to nowe przepisy. Na mocy omawianych poprawek Państwa-Strony powinny współpracować i wspierać się wzajemnie m.in. w przeciwdziałaniu rozpowszechnianiu fałszywych i nierzetelnych informacji na temat wydarzeń związanych ze zdrowiem publicznym, środkami prewencyjnymi i działaniami antypandemicznymi w mediach, sieciach społecznościowych i innych sposobach rozpowszechniania takich informacji.

Jakkolwiek omawiane propozycje zmian zostały sformułowane stosunkowo ogólnie, to sam pomysł wprowadzenia tego typu rozwiązań powinien budzić zastrzeżenia, zwłaszcza w kontekście negatywnych doświadczeń z licznymi ograniczeniami praw człowieka w okresie pandemii COVID-19.

W tym aspekcie propozycję omawianych zmian należy traktować z dystansem, mając na uwadze fundamentalne prawa i wolności człowieka, w tym prawo do publicznego wyrażania swoich poglądów (wolność słowa).

Podsumowanie

Podsumowując powyższe rozważania, Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne, w obecnej wersji tj. przyjęte w 2005 roku, są bardzo ważnym, jeśli nie najważniejszym instrumentem globalnej ochrony zdrowia, mającym na celu zapobieganie, przeciwdziałanie i reagowanie na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych stanowiących zagrożenie na skalę międzynarodową. Regulują one szereg bardzo ważnych kwestii, przede wszystkim takich jak przekazywanie czy wymianę informacji pomiędzy Państwami-Stronami a WHO oraz zasady przeciwdziałania szerzeniu się wspomnianych chorób zakaźnych. Ich zadaniem jest również zwalczanie omawianych negatywnych zjawisk zdrowotnych w sposób, który nie powoduje nadmiernych zakłóceń w międzynarodowym transporcie oraz handlu. Ze względu na wymienione czynniki mają one bardzo dużo znaczenie dla wszystkich Państw-Stron (i nie tylko), wpływając na wiele różnych dziedzin, takich jak zdrowie publiczne, gospodarka (w tym zwłaszcza turystyka i handel) czy nawet prawa człowieka, w tym wolność słowa.

Jeżeli chodzi o charakter prawny, Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne to regulacje WHO, przyjmowane przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia na podstawie art. 19 i art. 21 Konstytucji WHO w sprawach znajdujących się w zakresie kompetencji tej Organizacji. Choć same Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne są obecnie wiążące względem 196 państw, w tym także w stosunku do Rzeczypospolitej Polskiej, to za ich naruszenie nie przewiduje się żadnych formalnych sankcji, co jest charakterystyczne dla większości tego typu regulacji. W tym kontekście warto jednak zwrócić uwagę, iż omawiana regulacja w efekcie długiej, liczącej faktycznie ponad 150-lat ewolucji dzisiaj bardziej przypomina umowę międzynarodową, niż regulacje wydawane na podstawie art. 21 Konstytucji WHO, dlatego też można powiedzieć, iż ma ona charakter quasi-traktatowy, ponieważ nakłada na państwa-strony daleko idące zobowiązania. Wynika to z ich charakteru oraz zakresu regulacji. Pomimo to obecnie proponowane zmiany idą jeszcze dalej w omawianym kierunku.

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne, obecnie obowiązujące w wersji przyjętej w 2005 roku, są też przedmiotem wielu kontrowersji, związanych z różnymi aspektami ich funkcjonowania, a odnoszącymi się m.in. do problemów związanych z ich przestrzeganiem przez poszczególne państwa. Dotyczą one kwestii faktycznej możliwości wypełnienia nałożonych przez nie daleko idących obowiązków czy też zbyt nadmiernym ingerowaniem w suwerenność poszcze-

gólnych państw. Negatywnie oceniano również ich niedostateczne powiązanie z prawami człowieka, będącymi przecież fundamentalnym elementem powołania i działalności Organizacji Narodów Zjednoczonych (chodziło o to, żeby walkę z chorobami zakaźnymi połączyć z zapewnieniem ochrony praw człowieka). Duża krytyka Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych dotyczyła się także oceny ich faktycznej przydatności i niedostosowania do bieżących realiów zwalczania chorób zakaźnych w skali globalnej.

Zwłaszcza ten ostatni zarzut, coraz częściej podnoszony w kontekście zmagania z rozprzestrzenianiem się pandemii COVID-19 miał fundamentalne znaczenie dla całościowej oceny Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. Krytykowano zwłaszcza brak efektywności w przeciwdziałaniu rozprzestrzenianiu się wspomnianego wirusa, jak i wprowadzenie bardzo daleko idących oraz często niepotrzebnych ograniczeń, mających charakter dyskryminacyjny, które miały negatywny wpływ na międzynarodowy ruch i handel, prowadzących do negatywnych skutków gospodarczych. W związku z tym w 2022 roku rozpoczęto formalne prace, zmierzające do rewizji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. W trakcie prac nad rewizją Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych 16 państw zgłosiło ponad 300 poprawek. Część z nich miała w istocie charakter techniczny, nie mając większego wpływu na kształt omawianej regulacji, czego przykładem może być propozycja zmian w art. 4 ust. 1, w zdaniu pierwszym, podkreślająca, że Krajowy Punkt Centralny IHR jest jednostką organizacyjną, organem, a nie osobą fizyczną, co ma wpłynąć na odpowiednie działania co do ich ukształtowanie przez państwa-strony⁷⁷. Inne z kolei całkowicie zmieniały brzmienie poszczególnych przepisów, znacząco zwiększając obowiązki nałożone na państwa czy istotnie ingerując w ich suwerenność. Za takowe należy uznać m.in. propozycje z art. 1, zmieniające charakter rekomendacji na obligatoryjny czy propozycje z art. 12, ograniczające rolę Państw-Stron w przypadku ogłaszania PHEIC. Z drugiej strony padły również propozycje wprowadzenia całkowicie nowych przepisów.

Podsumowując zgłoszone poprawki, należy zaznaczyć, iż zmierzają one w pewnych określonych kierunkach, co może przełożyć się na następujące wnioski:

Po pierwsze i najważniejsze, przejawiają one tendencje do poszerzenia zakresu regulacji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych oraz zwiększenia kompetencji WHO w omawianej materii, przy jednoczesnym rozszerzeniu obowiązków nałożonych na Państwa-Strony. Trend ten przejawia się chociażby propozycjami zmian w art. 1, zawierającego definicję bardzo ważnych terminów takich jak „tymczasowe rekomendacje” oraz „stałe rekomendacje”. W myśl zaproponowanych poprawek, polegających na skreśleniu sformułowania stanowiącego o ich niewiążącym charakterze, mogłyby stać się wiążącymi. Podobnie należy traktować poprawki do art. 2, stanowiącym o celu i zakresie regulacji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych.

77 Report..., s. 30. Z kontekstu można wywnioskować, że część Państw-Stron uznała, iż Krajowy Punkt Centralny IHR, a właściwie jego funkcje, może pełnić jakaś określona osoba.

Pada tam propozycja zastąpienia terminu „zagrożenie zdrowia publicznego” poprzez znacznie szersze sformułowanie „wszystkie zagrożenia mogące potencjalnie wpływać na zdrowie publiczne”. To nowe pojęcie miałoby zbyt szeroki zakres znaczeniowy oraz znacząco zwiększałoby uprawnienia WHO. To samo tyczy się postulatu zmian treści art. 6 ust. 2, na mocy których na Państwa-Strony nałożono by obowiązek dzielenia się danymi GSD. Analogiczne zmiany do art. 6 ust. 2 zaproponowano w treści całkowicie nowego art. 7 ust. 2, dzięki którym na Państwa-Strony zobowiązano do udostępniania na rzecz WHO materiałów i próbek mikrobiologicznych i genetycznych. W tym kontekście należy też odczytywać propozycje zmian do art. 8, które sugerują zmianę charakteru omawianych tam konsultacji pomiędzy Państwem-Stroną a WHO z dobrowolnych na obligatoryjne. Warto także zwrócić uwagę propozycję rozbudowy mechanizmów reagowania na globalne choroby zakaźne, poprzez dodanie nowych terminów, takich jak „Stan Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Regionalnym” oraz „Pośredni Alarm Zdrowotny” (art. 12 ust.7). Istotną wadą proponowanych rozwiązań jest brak jasnych definicji oraz faktyczne dublowanie postanowień zawartych w przepisach o Stanie Zagrożenia Zdrowia Publicznego o Znaczeniu Międzynarodowym. Dodatkowo, w art. 12 ust. 2 pada propozycja wykreślenia obowiązku konsultacji Dyrektora WHO z Państwem-Stroną w przypadku ogłaszania PHEIC, co stanowi daleko idącą ingerencję w suwerenność tych ostatnich. Podobnie, w art. 12 ust. 3 zaproponowano wykreślenie sformułowania o potrzebie osiągania konsensusu pomiędzy Dyrektorem Generalnym WHO a Państwem-Stroną co do wprowadzenia takiego Stanu (PHEIC). Ingerencja ta, w obu przypadkach polega na drastycznym zmniejszeniu roli Państw-Stron w procesie ogłaszania Stanu (PHEIC), co może skutkować dalekimi negatywnymi konsekwencjami gospodarczymi czy społecznymi, przejawiającymi się np. ograniczeniem handlu czy wzrostem bezrobocia w związku z zamknięciem miejsc pracy.

Po drugie, poprzez zgłoszone poprawki można dostrzec próbę wprowadzenia na grunt omawianej regulacji, koncepcji wspólnej, lecz zróżnicowanej odpowiedzialności (m.in. art. 3. ust. 5, art. 5 ust. 3, czy art. 13 ust. 1). Koncepcja ta odnosi się do wcześniej wspomnianych problemów, związanych ze zróżnicowaniem zasobów poszczególnych państw, a w efekcie ich możliwości co do zapobiegania, wykrywania i zwalczania chorób zakaźnych na tym samym poziomie. Chodzi więc o wsparcie państw z regionów biedniejszych, które z reguły nie dysponują odpowiednimi środkami do zwalczania chorób zakaźnych. Koncepcja ta mogłaby zasłużyć na aprobatę, gdyż dostrzega istotną potrzebę dopasowania regulacji zdrowotnych WHO do możliwości poszczególnych Państw-Stron. Trzeba mieć jednak na uwadze, iż po pierwsze przepisy nie dają podstaw do różnicowania pozycji prawnej Państw-Stron, po drugie tego typu zmianom powinny towarzyszyć nowelizację odpowiednich definicji oraz jasno wyrażona zgoda bogatszych państw. W dodatku, dużą zaletą byłoby zastosowanie bardziej przejrzystej terminologii.

Po trzecie, propozycje zmian są bardzo często sformułowane zbyt ogólnie i niejasno, cechując się jednocześnie niezwykle szerokim zakresem znaczeniowym. Na uwagę zasługuje brak propozycji wprowadzenia definicji odpowiednich pojęć i terminów w art. 1, pełniącym

rolę słowniczka legalnego definicji, co wpłynęłoby pozytywnie na zrozumiałość zgłoszonych poprawek. Zaproponowane brzmienie nowych pojęć, takich jak chociażby wspomniane „państwa rozwijające się” czy „państwa rozwinięte” z art. 5, cechuje się bardzo dużą liczbą desygnatów, w zależności od sposobu definiowania, co w przypadku przyjęcia poprawek w omawianym kształcie drastycznie obniżyłoby jasność tekstu Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. Powyższe uwagi dotyczą także spójności. W tym kontekście warto podkreślić np. propozycję wprowadzenia w art. 4 nowego pojęcia, mianowicie Krajowego Organu Właściwego IHR, co mogłoby prowadzić do pomyłek, ze względu na podobieństwo językowe, odnośnie zdefiniowanego w art. 1 Organu Właściwego.

Na pozytywną ocenę zasługują natomiast zmiany zaproponowane do art. 2, polegające na dodaniu do celów regulacji sformułowania o unikaniu niepotrzebnych ingerencji, m.in. odnośnie praw człowieka i środków do życia. Zaproponowaną zmianę należy odczytywać w kontekście dotkliwych restrykcji, wprowadzonych w życie w okresie pandemii COVID-19.

Z drugiej strony duży niepokój, jak i daleko idące obawy, budzi propozycja zmian w art. 44 ust. 1 lit. H i art. 44 ust. 2 lit. E, postulujących współpracę Państw-Stron w zakresie m.in. przeciwdziałaniu rozpowszechnianiu fałszywych i nierzetelnych informacji na temat wydarzeń związanych ze zdrowiem publicznym, środkami prewencyjnymi, czy działaniami antypandemicznymi w mediach. Analizując powyższą propozycję, warto mieć na uwadze jej bardzo ogólnikowy i niebezpieczny zarazem charakter. Postuluje ona bowiem działania mogące stać w fundamentalnej sprzeczności z podstawowymi prawami obywatelskimi, w tym z prawem do wolności słowa.

Bibliografia

- » S. Behrendt, The Proposed Amendments to the International Health Regulations: An Analysis, dostęp: 9 sierpnia 2023
- » D. Bell, *Amendments to WHO's International Health Regulations: An Annotated Guide*, "Brownstone Institute", dostęp: 10 sierpnia 2023.
- » K. Bright, *International Health Regulations*, "Encyclopedia of Immigrant Health", 2012, s. 930-933.
- » M. Broberg, *A Critical Appraisal of the World Health Organization's International Health Regulations (2005) in Times of Pandemic: It Is Time for Revision*, "European Journal of Risk Regulation", 2020 Nr 11, s. 1-8.
- » N. Ersoy, Y. Gungor, A. Akpınar, *International Sanitary Conferences from Ottoman perspective (1951-1938)*, "Hygiea Internationalis An Interdisciplinary Journal for the History of Public Health", 2011, Nr 10, s. 53-79.
- » D.P. Fidler, *From International Sanitary Conferences to Global Health Security: The New International Health Regulations*, "Chinese Journal of International Law", 2005 Vol. 4 No. 2, s. 325-392.
- » L. Forman, B.M. Meier, *The World Health Organization, International Human Regulations and Human Rights Law*, "International Organizations Law Review", 2022, s. 37-62.
- » L.O. Gostin, *International Health Disease Law: Revision of the World Health Organization's International Health Regulations*, 291 (2004), s. 2623-2627.
- » E. Mack, *The World Health Organization's New International Health Regulations: Incursion on State Sovereignty and Ill-Fated Response to Global Health Issues*, "Chicago Journal of International Law", 2006, s. 365-377.

- » R. Stein, *WHO Gets Wider Power to Fight Global Health Threats*, "The Washington Post A15" (28 maja 2003).
- » P.A. Villareal, *Lawmaking at the WHO: Amendments to the International Health Regulations and a New Pandemic Treaty After COVID-19*, "Stiftung Wissenschaft und Politik -SWP- Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit" 2023, s. 1-7.
- » K. Wilson, S. Halabi, L., Gostin, *The International Health Regulations (2005), the threat of populism and the COVID-19 pandemic*, "Global Health" nr 70 2020, s. 1-4.
- » H. Winkler, L. Rajamani, *Common but Differentiated Responsibility and Respective Capabilities in a Regime Applicable to All*, "Climate Policy", 2024, s. 102-121.
- » *Constitution of the World Health Organization*.
- » *WHO International Health Regulations (2005)*.
- » Executive Board Decision 150(3) (2022)
- » World Health Assembly Resolution No WHA56.28, *Revision of the International Health Regulations*.
- » World Health Assembly Decision WHA75(9) (2022),
- » *Article-by-Article Compilation of Proposed Amendments to the International Health Regulations (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022)*,
- » *Proposed Amendments to the International Health Regulations (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022)*.
- » *Report of the Review Committee regarding amendments to the International Health Regulations (2005)*, 2023.



WSPARCIE DARCYŃCÓW

Instytut Ordo Iuris jest fundacją i zakres naszej aktywności jest ściśle uzależniony od funduszy, które pozyskamy na działalność statutową. Ceniąc sobie niezależność, nie korzystamy ze środków publicznych i grantów, których pozyskanie mogłoby ją ograniczać. Naszą działalność prowadzimy tylko dzięki hojności naszych Darczyńców, zwłaszcza tych, którzy wspierają nas regularnie co miesiąc w ramach Kręgu Przyjaciół (więcej na: www.przyjaciele.ordoiuris.pl)

RAZEM MOŻEMY REALNIE WPŁYWAĆ NA RZECZYWISTOŚĆ!

DAROWIZNĘ MOŻNA PRZEKAZAĆ NA KONTO

32 1160 2202 0000 0002 4778 1296

Fundacja Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris
ul. Zielna 39, 00-108 Warszawa
oraz za pomocą przelewów internetowych
Tpay i PayPal (szczegóły na stronie www.ordoiuris.pl)



ordoiuris.pl



[/ordoiuris](https://www.facebook.com/ordoiuris)



[@Ordoluris](https://twitter.com/Ordoluris)



[/ordoiuris](https://www.youtube.com/ordoiuris)