

Światowa Organizacja Zdrowia

Geneza – Struktura – Kontrowersje

Patryk Ignaszczak



RAPORTY INSTYTUTU ORDO IURIS

Światowa Organizacja Zdrowia

Geneza – Struktura – Kontrowersje



www.ordoiuris.pl

Światowa Organizacja Zdrowia

Geneza – Struktura – Kontrowersje

Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

Warszawa 2025

Autor

Patryk Ignaszczak

Recenzenci

Jerzy Kwaśniewski

Janusz Roszkiewicz

Redakcja językowa

Agnieszka Bernacińska

Monika Radecka

Opracowanie graficzne, skład i łamanie

Ursines – Creative Agency. Błażej Zych

www.ursines.pl

Wydawca

Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

ul. Zielna 39, 00-108 Warszawa

www.ordoiuris.pl

ISBN 978-83-68211-54-2

CIP – Biblioteka Narodowa

Ignaszczak, Patryk

Światowa Organizacja Zdrowia : geneza, struktura,
kontrowersje / [autor Patryk Ignaszczak].

- Warszawa : Wydawnictwo Naukowe Instytutu
na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris, 2025

Spis treści

Główne tezy	7
Wprowadzenie	9
1. Rys historyczny i powstanie Światowej Organizacji Zdrowia	11
1.1. Międzynarodowe Konferencje Sanitarne jako początek zainteresowania prawa międzynarodowego publicznego problematyką zdrowia	11
1.2. Pierwsze międzynarodowe organizacje ochrony zdrowia publicznego	13
1.3. Powstanie Światowej Organizacji Zdrowia	15
2. Charakter prawny, cel i funkcje Światowej Organizacji Zdrowia	17
2.1. Charakter prawny Światowej Organizacji Zdrowia	17
2.2. Cel Światowej Organizacji Zdrowia	18
2.3. Funkcje Światowej Organizacji Zdrowia	19
3. Struktura organizacyjna Światowej Organizacji Zdrowia	21
3.1. Światowe Zgromadzenie Zdrowia	21
3.2. Rada Wykonawcza	22
3.3. Sekretariat	23
3.4. Dyrektor Generalny	24
3.5. Biura Regionalne	25
3.6. Organy pomocnicze	26
3.7. Niezależne organy doradcze	27
3.8. Biura Krajowe	28
4. Źródła prawa Światowej Organizacji Zdrowia	29
4.1. Konstytucja WHO	29
4.2. Umowy międzynarodowe	31
4.3. Przepisy przyjmowane na podstawie art. 2 pkt (k) Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia	33

4.4. Akty miękkiego prawa (<i>soft law</i>)	35
4.5. Sankcje za naruszenie prawa WHO	37
5. Finansowanie Światowej Organizacji Zdrowia	39
6. Kontrowersje związane z działalnością Światowej Organizacji Zdrowia.	43
6.1. Promowanie aborcji	43
6.1.1. Pierwsza aktywność WHO w obszarze aborcji. Raport <i>Usunięcie ciąży. Wytyczne dotyczące świadczenia opieki i usług</i> (1979).	43
6.1.2. Konferencja na temat bezpiecznego macierzyństwa w Nairobi (1987). „Niebezpieczna aborcja” jako zagrożenie dla zdrowia i życia kobiet	44
6.1.3. Koncepcja „praw reprodukcyjnych i seksualnych” jako narzędzie promowania tzw. prawa do aborcji.	45
6.1.4. Wytyczne w sprawie opieki aborcyjnej (2022).	46
6.1.5. Współpraca z podmiotami zaangażowanymi w promowanie aborcji	47
6.2. Promowanie edukacji seksualnej	48
6.2.1. Międzynarodowe wytyczne techniczne dotyczące edukacji seksualnej	48
6.2.2. Standardy edukacji seksualnej w Europie	49
6.3. Prace nad Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi oraz nad tak zwanym traktatem pandemicznym	50
6.4. Zarzuty dotyczące wpływów Chin w WHO.	51
6.5. Krytyka WHO w kontekście zmagania się organizacji z chorobami zakaźnymi.	54
7. Podsumowanie.	57
Biogram autora.	61

Główne tezy

- Utworzenie Światowej Organizacji Zdrowia w 1948 roku było zwieńczeniem niemal 100-letniego procesu, w ramach którego kwestie związane z ludzkim zdrowiem stawały się przedmiotem zainteresowania prawa międzynarodowego publicznego. Ważnymi etapami tej długiej drogi były: pierwsza Międzynarodowa Konferencja Sanitarna (1851), powstanie Międzynarodowego Biura Higieny Publicznej (1907) oraz utworzenie Organizacji Zdrowia Ligi Narodów (1923).
- Celem Światowej Organizacji Zdrowia, określonym w art. 1 jej konstytucji, jest „osiągnięcie przez wszystkie ludy możliwie najwyższego poziomu zdrowia”. Działalność WHO koncentruje się wokół spraw związanych z szeroko pojmowanym zdrowiem publicznym.
- Światowa Organizacja Zdrowia cechuje się wielopoziomową, skomplikowaną i zbiurokratyzowaną strukturą. Jedynym organem WHO, w którym państwa członkowskie posiadają bezpośrednią reprezentację, jest Światowe Zgromadzenie Zdrowia.
- Na mocy postanowień swej konstytucji Światowa Organizacja Zdrowia posiada szerokie kompetencje prawotwórcze, obejmujące uprawnienie do proponowania umów międzynarodowych, przyjmowania specyficznych tylko dla niej, prawnie wiążących przepisów oraz wydawania rekomendacji.
- Na podstawie analizy niemal 80-letniej działalności prawotwórczej WHO widać jednak wyraźną niechęć Organizacji do przyjmowania aktów o charakterze prawnie wiążącym. Światowa Organizacja Zdrowia realizuje swoje zadania głównie poprzez przyjmowanie aktów o charakterze „miękkiego prawa” (*soft law*).
- Zasady i tryb finansowania Światowej Organizacji Zdrowia określa jej konstytucja. W ostatnich latach sposób finansowania WHO spotyka się z coraz większą krytyką ekspertów oraz opinii publicznej, co wynika z wielu kontrowersyjnych działań podejmowanych przez tę organizację.
- Znaczna część budżetu Organizacji jest finansowana przez podmioty prywatne, takie jak Bill & Melinda Gates Foundation czy Rotary International. W budżecie WHO na lata 2023–2025 wśród 10 największych płatników podmioty prywatne odpowiadają za ok. 37,5% wpłacanych środków. Budzi to liczne kontrowersje ze względu na potencjalne uzyskiwanie wpływu na prace WHO przez finansujące ją podmioty i osoby prywatne.

- Wysoce kontrowersyjna jest również sama działalność Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie promowania tak zwanego prawa do aborcji i wspierania permissywnej edukacji seksualnej, a także niska efektywność organizacji w przypadku przeciwdziałania chorobom zakaźnym. Liczne zastrzeżenia i wątpliwości budzą również domniemane wpływy Chińskiej Republiki Ludowej w WHO.
- Już w latach 70. ubiegłego wieku WHO wskazywała, iż „dostępność legalnej aborcji po niskich lub zerowych kosztach stanowi pozytywną korzyść zdrowotną dla kobiet znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej”. Niedługo później rozpoczęła promowanie koncepcji praw reprodukcyjnych i seksualnych, zgodnie z którą tak zwane prawo do bezpiecznej aborcji należy zakwalifikować do kategorii praw człowieka.
- WHO wspiera również wdrażanie w państwach członkowskich założeń permissywnej edukacji seksualnej opartej na postawieniu seksualności człowieka w centrum jego życia i koncentracji na własnych emocjach. W ramach tych założeń pojawiają się także postulaty ruchu LGBT dotyczące „respektowania różnorodności seksualnych, różnorodności związanych z płcią i świadomości dotyczącej tożsamości seksualnej i ról przypisywanych płciom”.
- Opisana powyżej krytyka wzmogła się na przestrzeni ostatnich lat, czego rezultatem są decyzje władz Stanów Zjednoczonych oraz Argentyny o rezygnacji przez te państwa z członkostwa w Światowej Organizacji Zdrowia. Warto zauważyć, że Stany Zjednoczone były dotąd największym płatnikiem WHO.
- Wskazane powyżej okoliczności implikują potrzebę rozważenia gruntownej reformy Światowej Organizacji Zdrowia. Reforma ta mogłaby sprowadzać się przede wszystkim do wzmocnienia pozycji państw członkowskich w strukturze WHO, jasnego określenia zasad finansowania organizacji oraz wyznaczenia ścisłego zakresu jej kompetencji.
- Taka reforma w skonkretyzowanej postaci mogłaby polegać między innymi na zwiększeniu wymogów dotyczących większości przy podejmowaniu decyzji w Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, wprowadzeniu zakazu finansowania budżetu WHO ze środków pochodzących od podmiotów prywatnych (niepaństwowych) czy zmianie przepisów konstytucji WHO w odniesieniu do kompetencji tej organizacji.
- Należy jednocześnie zauważyć, że gruntowna reforma Światowej Organizacji Zdrowia byłaby procesem skomplikowanym, wymagającym zmiany jej statutu, czyli konstytucji. Tworzenie i zmiana traktatów są bowiem działaniami żmudnymi, których nie sposób przeprowadzić bez zdecydowanej woli politycznej oraz zaangażowania suwerennych państw.

Wprowadzenie

Początków czy genezy dostrzeżenia przez środowiska naukowe oraz polityków potrzeby współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego można doszukiwać się co najmniej od połowy XIX wieku. Wtedy to kraje europejskie trapione licznymi problemami związanymi z szybkim rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych zdecydowały się po raz pierwszy w historii podjąć sformalizowaną współpracę w zakresie działań antypandemicznych. Zwołana w 1851 roku Międzynarodowa Konferencja Sanitarna była początkiem długiego i trudnego procesu, którego końcowym etapem (a raczej końcem pierwszego etapu) było powstanie Światowej Organizacji Zdrowia niemal 100 lat później¹.

Twórcom ustanowionej w 1946 roku Światowej Organizacji Zdrowia przyświecał jeden szczytny ideał: podjęcie ponadnarodowego wysiłku w celu działania na rzecz wspólnego zdrowia. Niemal 80 lat funkcjonowania WHO przełożyło się na tysiące dokumentów, rezolucji oraz innych aktów mających zasadnicze znaczenie dla zdrowia obywateli ponad 190 państw członkowskich tworzących tę organizację.

WHO ustanawia bowiem różne wiążące akty prawne oraz wydaje liczne akty o charakterze tak zwanego miękkiego prawa odnoszące się do wielu różnych obszarów zaliczanych do szeroko pojmowanej materii „zdrowia publicznego”. Przykładem różnego typu aktów wydawanych przez WHO mogą być standardy, regulacje antypandemiczne czy aktualnie opracowywana umowa międzynarodowa mająca na celu ustanowienie globalnego systemu zapobiegania chorobom zakaźnym, wykrywania ich oraz przeciwdziałania ich rozprzestrzenianiu się w skali międzynarodowej („traktat pandemiczny”).

W tym kontekście warto zauważyć, że sama WHO jest organizacją o skomplikowanej strukturze i złożonym układzie instytucjonalnym oraz przyjmującą specyficzne dla siebie akty normatywne. Taki stan rzeczy skutkuje niezrozumieniem istoty tej organizacji, mechanizmów jej działania oraz znaczenia aktów prawnych przez nią przyjmowanych. Stało się to widoczne zwłaszcza na przestrzeni dwóch ostatnich lat, przy okazji niedawno zakończonego procesu rewizji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, kiedy to w przestrzeni publicznej pojawiało się wiele nieprawdziwych czy też mylących informacji².

¹ K. Stowman, *International Sanitary Regulations*, „Public Health Reports” 1952, Vol. 67, No. 10, s. 972.

² P. Ignaszczak, *Trwają prace nad nową wersją Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. Nieprawdziwe informacje rozpowszechniane w mediach*, Ordo Iuris, 30 listopada 2023 r., <https://ordoiuris.pl/wolnosc-obywatelskie/trwaja-prace-nad-nowa-wersja-miedzynarodowych-przepisow-zdrowotnych>, dostęp: 18 marca 2025 r.

Działania Światowej Organizacji Zdrowia coraz częściej spotykają się z krytyką polityków, ekspertów oraz przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego. Zarzuty kierowane pod adresem WHO koncentrują się na kilku zasadniczych kwestiach, w tym między innymi na przejmowaniu przez organizację kompetencji państw członkowskich, promowaniu szkodliwych ideologii czy próbie wymuszenia na państwach-stronach uznania kontrowersyjnych praw, jak tak zwane prawo do aborcji. Liczne głosy krytyczne pojawiają się również w odniesieniu do finansowania WHO czy niedostatecznej transparentności działań podejmowanych przez tę organizację.

Biorąc pod uwagę powyższe, Instytut Ordo Iuris zdecydował się przygotować raport o Światowej Organizacji Zdrowia. Celem niniejszej publikacji jest przedstawienie w sposób zwięzły i treściwy najważniejszych kwestii dotyczących WHO, zaczynając od jej genezy, poprzez strukturę organizacyjną i tworzone przez nią prawo, aż po jej finansowanie i najbardziej kontrowersyjne elementy jej działalności.

Dostrzegając potrzebę przygotowania pewnej systematyzacji wiedzy dotyczącej Światowej Organizacji Zdrowia oraz kontrowersji towarzyszących jej działalności, autor zdecydował się przedstawić zebrane informacje w formie raportu, który zawiera liczne odniesienia do literatury przedmiotu oraz do dokumentów WHO, a zarazem prezentuje poruszane kwestie w prosty, zwięzły i przystępny sposób. Taka potrzeba wynika bowiem przede wszystkim z faktu, że w polskiej literaturze, zarówno naukowej, jak i popularnonaukowej nie pojawiło się dotychczas żadne opracowanie poświęcone temu zagadnieniu.

Jednocześnie niniejsza publikacja jest szczególnie istotna w perspektywie planowanych zmian regulacji dotyczących zdrowia publicznego na świecie. W tym kontekście należy wskazać na dwa ważne, równoległe procesy: procedury rewizji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (zakończonych na początku lipca 2024 roku) oraz nadal kontynuowanych prac zmierzających do przyjęcia tekstu tak zwanego traktatu pandemicznego.

Przypadająca na lipiec 2026 roku 80. rocznica podpisania aktu założycielskiego WHO, czyli Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, a także wskazane powyżej procesy stanowią doskonałą okazję, by podjąć się próby podsumowania kilkudziesięciu lat działalności tej organizacji w obszarze globalnego zarządzania zdrowiem publicznym.

1. Rys historyczny i powstanie Światowej Organizacji Zdrowia

1.1. Międzynarodowe Konferencje Sanitarne jako początek zainteresowania prawem międzynarodowego publicznego problematyką zdrowia



Paryż, Gare Du Nord, ok. 1850 r. Źródło: Adobe Stock.

Genezy WHO upatruje się w Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej (International Sanitary Conference) zwołanej w 1851 roku w Paryżu z inicjatywy francuskiego rządu³. Potrzeba nowego, wykraczającego poza granice poszczególnych krajów i dotychczasowe rozwiązania podejścia do zagadnień związanych z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych wynikała z problemów ówczesnej Europy związanych z wybuchami epidemii cholery w latach 30. i 40. XIX wieku, która znacząco wpłynęła na międzynarodowy handel oraz spowodowała wysoką śmiertelność w wielu krajach starego kontynentu⁴.

³ J. Barcik, *Ochrona zdrowia w ujęciu powszechnego prawa międzynarodowego* [w:] *Organizacja systemu ochrony zdrowia*, red. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020 („System Prawa Medycznego”, t. 3), s. 4; M. Cueto, T. Brown, E. Fee, *The World Health Organization. A History*, Cambridge 2019, s. 10–11; A. Gałązka, 50 lat Światowej Organizacji Zdrowia, „Przegląd Epidemiologiczny” 1998, 53(3), s. 351; M. McCarthy, *A brief history of the World Health Organization*, „The Lancet” 2002, 360(9340), s. 1111. Zob. też *The first ten years of the World Health Organization*, Geneve 1958, s. 3; N. Howard-Jones, *The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851–1938*, Geneve 1975, s. 9.

⁴ D.P. Fidler, *From International Sanitary Conferences to Global Health Security: The New International Health Regulations*, „Chinese Journal of International Law” 2005, 4(2), s. 329.

Jakkolwiek Międzynarodowa Konferencja Sanitarna w Paryżu zakończyła się fiaskiem, ponieważ nie osiągnięto porozumienia w sprawie zaproponowanych projektów międzynarodowych regulacji sanitarnych, to utorowała drogę do organizacji kolejnych wydarzeń tego typu, w ramach których tworzone podstawy międzynarodowego prawa zdrowia publicznego.

W kolejnych latach zorganizowano kolejne międzynarodowe konferencje sanitarne, który były zwoływane kolejno w: Paryżu (1859), Konstantynopolu (1866), Wiedniu (1874), Waszyngtonie (1881), Rzymie (1888), Wenecji (1892), Dreźnie (1893), po raz drugi w Paryżu (1894), Wenecji (1897) oraz ponownie w Paryżu (czterokrotnie w 1903 roku, w latach 1911–1912, 1926 oraz w 1938)⁵. W tym kontekście warto również wskazać, że rezultatem konferencji przeprowadzonej w 1892 roku w Wenecji było przyjęcie pierwszej w historii wielostronnej umowy międzynarodowej dotyczącej zdrowia publicznego – Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej (International Sanitary Convention)⁶ ustanawiającej ogólne zasady wprowadzania kwarantanny morskiej w przypadku cholery⁷. W trakcie kolejnych konferencji zwiększyła się liczba państw zainteresowanych współpracą w przedmiotowej materii (czego przykładem może być udział między innymi Stanów Zjednoczonych, Chin, Japonii i siedmiu krajów z Ameryki Łacińskiej w V Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej zorganizowanej w 1881 roku w Waszyngtonie)⁸, a także przyjęto kolejne akty prawa międzynarodowego dotyczące zapobiegania określonym chorobom zakaźnym⁹. Wśród tych ostatnich aktów wymienić należy między innymi Konwencję Sanitarną (Sanitary Convention) podpisaną w Dreźnie w 1893 roku¹⁰, Międzynarodową Konwencję Sanitarną (International Sanitary Convention) podpisaną w Paryżu w 1894 roku¹¹ oraz Międzynarodową Konwencję Sanitarną (International Sanitary Convention) podpisaną w Wenecji w 1897 roku¹². Wszystkie cztery wymienione powyżej akty prawa międzynarodowego zostały następnie skonsolidowane w jeden traktat: Międzynarodową Konwencję Sanitarną (International Sanitary Convention), podpisaną w 1903 roku w Paryżu¹³. Omawiane konwencje stworzyły podstawy do tworzenia nowych międzynarodowych gremiów mających za zadanie ochronę zdrowia publicznego, czego przykładem może być powstanie w 1907 roku Międzynarodowego Biura Higieny Publicznej (Office International d'Hygiène Publique, OIHP)¹⁴, stworzonego w oparciu o art. 181 Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej z 1903 roku (w angielskim tekście konwencji występującego pod nazwą International Health Office). Zadaniem Biura mającego siedzibę w Paryżu było udostępnianie państwom informacji mających znaczenie dla zdrowia publicznego, głównie dotyczących chorób zakaźnych, to jest cholery, dżumy i żółtej febry, w tym także informowanie o środkach służących zwalczaniu tych chorób. Dodatkowymi zadaniami biura było sugerowanie zmian w Konwencji Sanitarnej i publikowanie comiesięcznego biuletynu¹⁵.

5 N. Howard-Jones, *The scientific background...*, s. 5.

6 International Sanitary Convention signed at Venice, 30 January 1892.

7 N. Howard-Jones, *The scientific background...*, s. 64–65.

8 N. Howard-Jones, *The scientific background...*, s. 43.

9 J. Barcik, *Ochrona zdrowia w...*, s. 4–5.

10 Sanitary Convention signed at Dresden on April 15, 1893.

11 International Sanitary Convention signed in Paris, April 3, 1894.

12 International Sanitary Convention signed at Venice, March 19, 1897.

13 International Sanitary Convention. Signed at Paris, December 3, 1903.

14 Samo Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej powołano w wyniku ustaleń konwencji rzymskiej z 9 grudnia 1907 roku (International Agreement respecting the Creation of an International Office of Public Health, Rome, 9 December 1907).

15 *The first ten...*, s. 17.

Znaczenie Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej z 1851 roku sprowadza się więc zasadniczo do faktu, że ówcześni decydenci polityczni, rozumiejąc skomplikowany i złożony charakter walki z chorobami zakaźnymi, zdecydowali się po raz pierwszy w historii podjąć w tym celu sformalizowaną współpracę na poziomie międzynarodowym. W tym sensie powstanie Światowej Organizacji Zdrowia stanowi „kulminację wysiłków na rzecz międzynarodowej współpracy w dziedzinie zdrowia, które rozpoczęły się prawie sto lat wcześniej [w stosunku do daty powołania WHO – P.I.], kiedy to 23 lipca 1851 roku w Paryżu otwarto pierwszą Międzynarodową Konferencję Sanitarną”¹⁶.

1.2. Pierwsze międzynarodowe organizacje ochrony zdrowia publicznego



Flaga Ligi Narodów. Źródło: Adobe Stock.



Witold Chodźko. Źródło: Wikipedia.org, autor nieznany, Narodowe Archiwum Cyfrowe, https://pl.wikipedia.org/wiki/Witold_Chod%C5%BAko#/media/Plik:Witold_Chod%C5%BAko.jpg, domena publiczna.



Ludwik Rajchman. Źródło: Wikipedia.org, autor nieznany, Narodowe Archiwum Cyfrowe, https://pl.wikipedia.org/wiki/Ludwik_Rajchman#/media/Plik:Ludwik_Rajchman_-_dyrektor_Sekcji_Higieny_Sekretariatu_Ligi_Narod%C3%B3w_NAC_1-C-56a.jpg, domena publiczna.

Kolejnym przełomowym wydarzeniem dla rozwoju zinstytucjonalizowanej współpracy państw w zakresie zdrowia publicznego było powstanie Ligi Narodów w 1919 roku.

Art. 23 lit. f Statutu Ligi Narodów (Covenant of the League of Nations)¹⁷ zobowiązywał państwa członkowskie do współdziałania w „w sprawach międzynarodowych, dotyczących zapobiegania chorobom i nadzoru nad chorobowością”. W trakcie zwołanej w Londynie w 1920 roku Międzynarodowej Konferencji Zdrowia (International Health Conference) rekomendowano Radzie Ligi Narodów utworzenie Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (International Health Organization), która miałaby między innymi doradzać Radzie w kwestiach: zdrowia, promowania utrzymywania stosunków między krajowymi administracjami zdrowia, organizowania szybkiej wymiany informacji, zwłaszcza poświęconych epidemii, czy też organizowania misji zdrowotnych w zakresie ochrony zdrowia¹⁸. Na marginesie warto odnotować, że w pracach Międzynarodowej Konferencji Zdrowia uczestniczyło dwóch Polaków: psychiatra i neurolog, późniejszy minister zdrowia

¹⁶ N. Howard-Jones, *The scientific background...*, s. 9; I. Popiuk-Rysińska, *Instytucjonalizacja współpracy międzynarodowej na rzecz ochrony zdrowia* [w:] *Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych*, red. W. Lizak, A.M. Solarz, Warszawa 2013, s. 13.

¹⁷ Traktat pokoju między mocarstwami sprzymierzonymi i skojarzonymi i Niemcami, podpisany w Wersalu dnia 28 czerwca 1919 roku [pisownia oryginalna], Dz. U. z 1920 r. Nr 35, poz. 200.

¹⁸ N. Howard-Jones, *International Public Health between the Two World Wars – The Organizational Problems*, Geneve 1978, s. 18–19.

publicznego (wtedy wiceminister), Witold Chodźko oraz bakteriolog Ludwik Rajchman, który w następnym roku miał zostać mianowany dyrektorem medycznym planowanej Międzynarodowej Organizacji Zdrowia¹⁹.

W rezultacie procesów opisanych powyżej w okresie międzywojennym funkcjonowały dwa międzynarodowe podmioty zajmujące się kwestiami dotyczącymi zdrowia publicznego: wspomniane uprzednio Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej (OIHP) oraz ustanowiona w 1923 roku Organizacja Zdrowia Ligi Narodów (Health Organization of the League of Nations). Do powstania tej ostatniej w znacznym stopniu przyczynić się miały doświadczenia pandemiczne w odrodzonej Polsce²⁰.

Działalność Organizacji Zdrowia Ligi Narodów koncentrowała się wokół trzech obszarów:

- 1) epidemiologii, wraz z informowaniem o zagrożeniach pandemicznych,**
- 2) badań technicznych, w ramach których organizacja wydawała rekomendacje dotyczące wdrażania wiedzy w określonych kwestiach medycznych oraz**
- 3) wsparcia technicznego dla państw członkowskich²¹.**

W trakcie swojego kilkunastoletniego istnienia Organizacja Zdrowia Ligi Narodów zajmowała się szeregiem różnych problemów zdrowotnych, czego przykładem może być aktywność w obszarach takich jak: badania nad niedożywieniem, radioterapia nowotworów czy powoływanie komisji technicznych zajmujących się między innymi: standaryzacją biologiczną, mieszkalnictwem, sprawnością fizyczną czy higieną na obszarach wiejskich²². Publikowano również różne raporty poświęcone określonym zagadnieniom. Jako exemplum tej ostatniej działalności można wskazać wydany w 1934 roku raport poświęcony fizjologicznym podstawom żywienia²³. Tematyka tej publikacji ukazuje wyraźnie, że zakres działalności Organizacji Zdrowia Ligi Narodów ulegał stopniowemu rozszerzaniu na kolejne obszary.

Zarówno Organizacja Zdrowia Ligi Narodów, jak i Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej w okresie II wojny światowej przestały praktycznie funkcjonować²⁴. Powstanie i działalność tych organizacji ma jednak duże znaczenie z punktu widzenia zainteresowania prawa międzynarodowego publicznego problematyką zdrowotną. Były one bowiem kolejnym, niezwykle ważnym etapem długiego procesu, którego zwieńczeniem było rozpoczęcie działalności przez Światową Organizację Zdrowia, co nastąpiło w kwietniu 1948 roku.

19 *The first ten...*, s. 23.

20 *Twenty years in South-East Asia 1948–1967*, New Delhi 1967, s.12.

21 *Ibidem*, s. 12–13.

22 *The first ten...*, s. 29–30.

23 League of Nations, *The Problem of Nutrition. Volume II Report on The Physiological Bases of Nutrition Drawn Up by the Technical Commission of the Health Committee at the Meeting Held in London (November 25th–29th, 1935), Revised and Amplified at the Meeting Held at Geneva (June 4th–8th, 1936)*, Geneva 1936.

24 J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013, s. 9.

1.3. Powstanie Światowej Organizacji Zdrowia

Ani Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej, ani Organizacji Zdrowia Ligi Narodów nie przetrwały próby czasu, a nowoczesne podstawy globalnego zarządzania zdrowiem narodziły się dopiero po II wojnie światowej²⁵.

W maju 1945 roku na konferencji w San Francisco, na której utworzono Organizację Narodów Zjednoczonych (United Nations, ONZ), przedstawiciele delegacji Brazylii i Chin zaproponowali ustanowienie międzynarodowej organizacji zdrowia mającej działać w ramach ONZ²⁶.

Po ukonstytuowaniu się Zgromadzenia Ogólnego oraz Rady Gospodarczej i Społecznej Organizacji Narodów Zjednoczonych (United Nations Economic and Social Council) to drugie gremium 15 lutego 1946 roku przyjęło rezolucję, na mocy której zadecydowano o powołaniu międzynarodowej konferencji w celu rozważenia propozycji ustanowienia jednej międzynarodowej organizacji zdrowia Narodów Zjednoczonych, wezwano państwa członkowskie ONZ do wysłania na konferencję ekspertów w dziedzinie zdrowia publicznego oraz ustanowiono Techniczny Komitet Przygotowawczy (Technical Preparatory Committee), powołany z zadaniem przygotowania projektu porządku obrad z uwagami i propozycjami do rozpatrzenia w ramach konferencji (wskazano także osoby mające zasiadać w Komitecie, w tym polskiego lekarza, dr. Marcina Kacprzaka)²⁷.

Prace i obrady Technicznego Komitetu Przygotowawczego prowadzono od marca do kwietnia 1946 roku. Ich rezultatem było opracowanie projektu konstytucji przyszłej organizacji. Wyrażając pogląd, że członkostwo w organizacji powinno być otwarte dla wszystkich państw świata (także tych będących poza ONZ), Komitet wskazał na najszerszą możliwą formułę jej nazwy: „Światowa Organizacja Zdrowia” (World Health Organization).

Międzynarodowa Konferencja Zdrowia (International Health Conference), powołana na mocy wspomnianej uprzednio rezolucji Rady Gospodarczej i Społecznej z 15 lutego 1946 roku, rozpoczęła swoją pracę 19 czerwca tego samego roku²⁸. W jej pracach uczestniczyła delegacja Polski Ludowej²⁹.

W trakcie ponad czterech tygodni obrad udało się podjąć szereg znaczących działań. 22 lipca 1946 roku przyjęto tekst Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (Constitution of the World Health Organization)³⁰. Ponadto przyjęto protokół dotyczący rozwiązania Porozumienia Rzym-

25 B.M. Meier, A. Finch, *Seventy-five years of global health lawmaking under the World Health Organization: evolving foundations of global health law through global health governance*, „Journal of Global Health Law” 2024 1(1), s. 28

26 A. Gałązka, *50 lat Światowej...*, s. 352.

27 Resolution of the Economic and Social Council of 15 February 1946 (document E/9 of 12 February 1946), on the calling of an International Health Conference and on the establishment of a Technical Preparatory Committee, supplemented by the action taken by the Council on 18 February 1946, completing paragraph 3 concerning the appointment of experts or their alternates on the Committee.

28 *Official records of the World Health Organization. No. 9. Report of the interim commission to the first world health Assembly. Part I. Activities*, New York–Geneve 1948, s. 25.

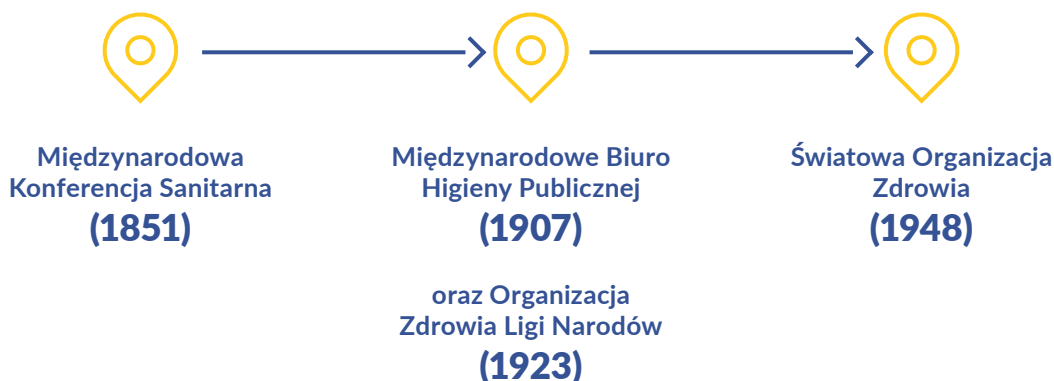
29 Ibidem.

30 Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477).

skiego z dnia 9 grudnia 1907 roku (na mocy którego ustanowiono OIHP)³¹ i powołano Komisję Tymczasową (Interim Commission) w celu przygotowania Pierwszego Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly), a także podjęto decyzję o rozwiązaniu Organizacji Zdrowia Ligi Narodów.

Konstytucja WHO została podpisana przez przedstawicieli 61 państw 22 lipca 1946 roku, po czym została otwarta do podpisu aż do wejścia w życie w dniu 7 kwietnia 1948 roku.

Do dzisiaj ta ostatnia data jest obchodzona jako Światowy Dzień Zdrowia (World Health Day) dla upamiętnienia rocznicy powstania Światowej Organizacji Zdrowia. Warto odnotować, że Polska została jednym z pierwszych członków WHO³². To właśnie ta niezwykle ważna data, 7 kwietnia 1948 roku, może zostać uznana za całkowicie nowy rozdział w historii międzynarodowego prawa zdrowia publicznego.



³¹ Ibidem.

³² A. Gałązka, *50 lat Światowej...*, s. 352.

2. Charakter prawny, cel i funkcje Światowej Organizacji Zdrowia

2.1. Charakter prawny Światowej Organizacji Zdrowia

Światowa Organizacja Zdrowia jest organizacją: 1) rządową, 2) globalną, 3) wyspecjalizowaną i 4) otwartą. Oznacza to odpowiednio, że: 1) zrzesza ona państwa, 2) ma zasięg ogólnoświatowy, 3) ma ściśle sprecyzowany zakres kompetencji i zajmuje się tylko określonym wycinkiem stosunków międzynarodowych oraz 4) może do niej przystąpić każde państwo³³.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na pojęcie „agencje wyspecjalizowane” (*specialized agencies*) występujące w art. 57 Karty Narodów Zjednoczonych (Charter of the United Nations)³⁴, w którym wskazano, że tego typu organizacje tworzone są na mocy porozumień zawartych między rządami i na mocy swych statutów posiadają rozległe kompetencje międzynarodowe w dziedzinach wskazanych w tym przepisie, a ponadto podkreślono ich związek z ONZ. Na taki charakter Światowej Organizacji Zdrowia wyraźnie wskazują postanowienia jej konstytucji: preambuła i art. 69, w którym wskazano, że WHO jest agencją wyspecjalizowaną ONZ, odwołując się wyraźnie do art. 57 Karty Narodów Zjednoczonych.

Światowa Organizacja Zdrowia posiada osobowość prawną oraz przywileje i immunitety uregulowane w art. 67 Konstytucji WHO oraz w Konwencji o przywilejach i immunitetach organizacji wyspecjalizowanych³⁵. Jednocześnie w literaturze przedmiotu podkreśla się, że WHO nie może zostać zakwalifikowana do kategorii organizacji ponadnarodowych, jako że nie wyposażono jej w typowe dla tego typu podmiotów prawa międzynarodowego przymioty (możliwość stanowienia przepisów prawnych bezpośrednio wiążących państwa członkowskie; autonomia budżetowa; autonomia sądowa), co wskazuje, iż ma ona charakter organizacji koordynacyjnej³⁶.

Konstytucja WHO przewiduje dwie kategorie podmiotów o charakterze państwowym, które mogą dołączyć do tej organizacji. Świadczą o tym użyte w tytule rozdziału III Konstytucji WHO sformułowania „członkostwo” (*membership*) oraz „członkostwo nadzwyczajne” (*associate membership*).

33 B. Kuźniak, M. Marcinko, M. Ingelević-Citak, *Organizacje międzynarodowe*, Warszawa 2017, s. 5–8.

34 Karta Narodów Zjednoczonych (Dz. U. z 1947 r. Nr 23, poz. 90).

35 Konwencja o przywilejach i immunitetach organizacji wyspecjalizowanych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 21 listopada 1947 r. (Dz. U. z 1970 r. Nr 4, poz. 25).

36 J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia...*, s. 10.

Pierwsza kategoria, rozumiana jako pełne członkostwo, dotyczy suwerennych państw, natomiast druga odnosi się do „terytoriów” (*territories*) lub „grup terytoriów” (*groups of territories*), które nie są odpowiedzialne za prowadzenie swych stosunków międzynarodowych (art. 8). Chodzi więc o quasi-państwa, czyli podmioty o charakterze państwowym, które nie posiadają całkowitej suwerenności, będąc zależnymi od innych państw.

Zgodnie z oficjalnymi danymi WHO ze stycznia 2025 roku³⁷ Światowa Organizacja Zdrowia liczy 192 członków oraz dwóch członków nadzwyczajnych (Portoryko oraz Tokelau, które są, odpowiednio, nieinkorporowanym terytorium zorganizowanym Stanów Zjednoczonych oraz terytorium zależnym Nowej Zelandii)³⁸.

2.2. Cel Światowej Organizacji Zdrowia

Zgodnie z art. 1 Konstytucji WHO celem działalności tej organizacji jest osiągnięcie przez wszystkie ludy możliwie najwyższego poziomu zdrowia (*the highest possible level of health*). Definicję pojęcia „zdrowie” (*health*) zawarto w preambule do Konstytucji WHO, a nie w części merytorycznej przedmiotowej umowy międzynarodowej. Jak zauważa J. Barcik, powyższe implikuje, że w ten sposób przyjęta definicja pojęcia „zdrowie” może być wykorzystywana jedynie pomocniczo przy wykładni postanowień Konstytucji WHO, jako że preambuły do konwencji nie mają mocy normatywnej, służąc jedynie do celów interpretacyjnych³⁹.

Omawiane pojęcie zdefiniowano pozytywnie⁴⁰, wskazując, że „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności” (*health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*)⁴¹. Tak ogólne ujęcie celu, jaki stawia sobie WHO, można uznać za działanie mające na celu umożliwienie tej organizacji podejmowania szeregu różnych działań w obszarze zdrowia publicznego. Jak słusznie bowiem zauważa J. Barcik, wskazując na różne wymiary tego pojęcia oraz jego nieostrość, „ta lapidarna, jednozdaniowa definicja obejmuje w istocie tak obszerny substrat treściowy, że powątpiewać należy, czy w ogóle możliwa jest jej realizacja, tj. osiągnięcie stanu zdrowia”⁴².

37 *Countries*, World Health Organization, <https://www.who.int/countries>, dostęp: 18 marca 2025 r.

38 Dane te, podawane za oficjalną stroną WHO, zdają się nie uwzględniać podjętych niedawno decyzji dotyczących wycofania swego członkostwa w tej organizacji przez Stany Zjednoczone i Argentynę.

39 J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia*..., s. 3.

40 Termin „definicja pozytywna” nie ma charakteru wartościującego czy oceniającego, lecz oznacza, że dana definicja została skonstruowana poprzez wskazanie elementów wchodzących w zakres definicji.

41 F.P. Grad, *The preamble of the Constitution of the World Health Organization*, „Bulletin of the World Health Organization” 2016, 80(12), s. 981.

42 J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia*..., s. 2–3.

2.3. Funkcje Światowej Organizacji Zdrowia

W art. 2 Konstytucji WHO zawarto katalog działań (określonych jako „funkcje”), które Światowa Organizacja Zdrowia ma wykonywać w celu osiągnięcia swojego celu. Przedmiotowa umowa międzynarodowa wymienia w komentowanym, obszernym przepisie aż 22 szeroko sformułowane funkcje⁴³. Wśród wielu funkcji przyznanych WHO w art. 2 jej konstytucji, warto w szczególności zwrócić uwagę na te, które wymieniono poniżej.



**World Health
Organization**

**Światowa Organizacja Zdrowia może –
zgodnie z art. 2 jej konstytucji – między innymi:**



działać jako władza kierownicza i koordynująca w dziedzinie międzynarodowej pracy w zakresie zdrowia [art. 2 pkt (a)];



proponować konwencje, układy i przepisy oraz czynić zalecenia w odniesieniu do międzynarodowych spraw zdrowotnych, jako też wykonywać takie obowiązki, które mogą być tą drogą przekazane organizacji i są zgodne z jej celem [art. 2 pkt (k)];



rozwijać, ustanawiać i popierać międzynarodowe standardy w odniesieniu do żywności, produktów biologicznych, farmaceutycznych i podobnych [art. 2 pkt (u)].

Opisane powyżej kompetencje WHO zostały „wyjęte przed nawias” przez autora niniejszej publikacji, jako że, po pierwsze, wskazują one na WHO jako na organ kierujący globalnymi działaniami w dziedzinie zdrowia; po drugie, przyznają one tej organizacji określone kompetencje w dziedzinie proponowania umów międzynarodowych, innych typowych tylko dla WHO norm prawnych (przepisów, ang. *regulations*), oraz wydawania zaleceń dotyczących „międzynarodowych spraw zdrowotnych”.

⁴³ Charles Clift w swojej publikacji słusznie zauważa, że funkcje WHO zostały sformułowane w bardzo szeroki sposób, zob. C. Clift, *The Role of the World Health Organization in the International System*, London 2013, s. 6.

Artykuł 2 ma charakter katalogu otwartego, o czym świadczy zawarta w pkt. (v) klauzula ogólna, zgodnie z którą, poza wymienionymi w tej jednostce redakcyjnej kompetencjami, WHO może „w ogólności przedsięwząć wszelkie czynności, niezbędne dla osiągnięcia celu Organizacji”. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że „tak szeroki zakres funkcji, w powiązaniu z przyznanymi jej kompetencjami w zakresie tworzenia prawa, czyni z organizacji potencjalnie centralny międzynarodowy ośrodek rozwijania międzynarodowego prawa zdrowia publicznego”⁴⁴.

44 J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia...*, s. 11.

3. Struktura organizacyjna Światowej Organizacji Zdrowia

3.1. Światowe Zgromadzenie Zdrowia

Światowe Zgromadzenie Zdrowia (World Health Assembly) jest najwyższym organem WHO składającym się z delegatów państw członkowskich. Każde państwo może być reprezentowane przez najwyżej trzech delegatów, spośród których jeden jest wyznaczany przez to państwo jako delegat główny.



Źródło: Adobe Stock.

Delegaci powinni spełniać określone warunki, w tym zaliczać się do osób najbardziej wykwalifikowanych ze względu na swe kompetencje techniczne w dziedzinie zdrowia, najlepiej jeśli będą reprezentantami krajowej administracji zdrowia (art. 11). Warto zauważyć, że Światowe Zgromadzenie Zdrowia to jedyny organ WHO, w którym wszystkie państwa członkowskie posiadają bezpośrednią reprezentację.

Zgromadzenie Zdrowia zbiera się, co do zasady, raz do roku na sesji oraz na sesjach specjalnych, które są zwoływane na żądanie Rady Wykonawczej lub większości państw członkowskich (art. 13). Do zadań Światowego Zgromadzenia Zdrowia należy przede wszystkim określanie polityki organizacji, mianowanie Dyrektora Generalnego oraz rozpatrywanie i zatwierdzanie sprawozdań, a także czynności Rady Wykonawczej i Dyrektora Generalnego. Można więc wysunąć tezę, że Światowe Zgromadzenie Zdrowia jest swego rodzaju „parlamentem” Światowej Organizacji Zdrowia, składającym się z przedstawicieli państw członkowskich oraz posiadającym quasi-legislacyjne uprawnienia⁴⁵. Przykładem aktywności Światowego Zgromadzenia Zdrowia w tym obszarze są przede wszystkim liczne akty o charakterze miękkiego prawa (zob. rozdział 4.4.). Przedmiotowe gremium jest również władne, na podstawie kompetencji udzielonej w Konstytucji WHO, proponować umowy międzynarodowe oraz przyjmować specyficzne tylko dla Światowej Organizacji Zdrowia prawnie wiążące przepisy (zob. odpowiednio rozdziały 4.2. oraz 4.3.).

45 L.O. Gostin, D. Sridhar, D. Hougendobler, *The normative authority of the World Health Organization*, „Public Health” 2015, 129(7), s. 3.

W kontekście zaprezentowanych informacji dotyczących kompetencji prawotwórczych oraz znaczenia Światowego Zgromadzenia Zdrowia należy wysunąć wniosek, że jest ono najważniejszym organem WHO.



**World Health
Organization**

Organy WHO:

- Światowe Zgromadzenie Zdrowia
- Rada Wykonawcza
- Sekretariat
- Dyrektor Generalny
- Biura Regionalne
- Organy pomocnicze
- Niezależne organy doradcze
- Biura Krajowe

3.2. Rada Wykonawcza

Na mocy Konstytucji WHO Rada Wykonawcza składa się z 34 osób wyznaczanych przez taką samą liczbę państw członkowskich. Natomiast same państwa członkowskie, uprawnione do wyznaczania, kto będzie wchodził w skład Rady, są wyznaczane przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia, które kieruje się kryterium sprawiedliwego podziału geograficznego. Osoby powołane do Rady powinny cechować się odpowiednimi kwalifikacjami technicznymi w dziedzinie zdrowia (art. 24).

Rada Wykonawcza zbiera się co najmniej dwa razy w roku (art. 26) i wybiera Przewodniczącego spośród osób zasiadających w jej gronie. Posiada uprawnienie do uchwalania swojego regulaminu (art. 27), a jej kadencja trwa trzy lata (art. 25).

Rada jest organem o charakterze wykonawczym, odpowiedzialnym za nadzorowanie oraz wprowadzanie w życie decyzji i polityki Światowego Zgromadzenia Zdrowia⁴⁶. Ponadto jej kompetencje obejmują między innymi doradzanie Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia (na prośbę przedmiotowego gremium lub z własnej inicjatywy) oraz przygotowanie porządku dziennego zebrań Zgromadzenia, a także podejmowanie decyzji o terminie kolejnej sesji.

⁴⁶ A. Gałazka, 50 lat Światowej..., s. 352–353.

Aktywność Rady polega przede wszystkim na wydawaniu decyzji i innych dokumentów dotyczących różnych aspektów funkcjonowania i działalności Światowej Organizacji Zdrowia. Za przykład może posłużyć decyzja EB153(10)⁴⁷, przyjęta podczas 153. sesji Rady Wykonawczej w maju 2023 roku, w ramach której Rada zadecydowała, że następna sesja Światowego Zgromadzenia Zdrowia odbędzie się w dniach od 27 maja do 1 czerwca 2024 roku. Wskazana powyżej decyzja doskonale oddaje wykonawczą oraz porządkową (organizacyjną) funkcję Rady Wykonawczej, w tym przypadku sprawującą się do podjęcia decyzji odnośnie do terminu zwołania i przeprowadzenia obrad innego organu WHO, czyli Światowego Zgromadzenia Zdrowia.

W skład Rady Wykonawczej w kadencji przypadającej na lata 2024–2027 wchodzi jako Dyrektor Departamentu Współpracy Międzynarodowej Polka, Katarzyna Drażek-Laskowska⁴⁸. Ponadto przedstawiciel Polski zasiadał w tym gremium w latach 1985–1988⁴⁹ oraz w latach 1996–1999⁵⁰. Ostatnia, 156 sesja Rady Wykonawczej WHO odbyła się w dniach od 3 do 11 lutego 2025 roku⁵¹.

3.3. Sekretariat

Sekretariat tworzą Dyrektor Generalny (Director-General) WHO oraz personel techniczny i administracyjny. Aktywność Sekretariatu WHO jest widoczna w obszarze różnych badań i publikacji z zakresu zdrowia publicznego, czego przykładem może być zaprezentowany w 2024 roku raport poświęcony badaniu bezpieczeństwa pacjentów w państwach członkowskich WHO⁵², będący odpowiedzią na rezolucję Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 2019 roku, w której wskazane gremium podkreśliło kluczową rolę bezpieczeństwa pacjentów w tworzeniu, funkcjonowaniu i ocenie wszystkich systemów opieki zdrowotnej, wzywając Dyrektora Generalnego (WHO) do opracowania we współpracy z państwami członkowskimi i wszystkimi zainteresowanymi stronami kompleksowego, globalnego planu działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów⁵³.

Powyższy przykład dobrze obrazuje techniczno-administracyjny charakter Sekretariatu WHO. W odpowiedzi na rezolucję Światowego Zgromadzenia Zdrowia adresowaną do państw członkowskich oraz Dyrektora Generalnego Sekretariat WHO niezwłocznie rozpoczął opracowywanie kompleksowych ram i narzędzi do oceny postępów w realizacji globalnego planu działania, co wymagało konsultacji z wiodącymi światowymi ekspertami. W tym kontekście Sekretariat WHO jawi się więc jako techniczno-administracyjny wykonawca woli organów Światowej Organizacji Zdrowia.

47 World Health Organization, Executive Board, 153rd session, Agenda item 9, EB153(10), Place, date and duration of the Seventy-seventh World Health Assembly and the fortieth meeting of the Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board.

48 Composition of the Board, Members of the Executive Board and Term of Office, World Health Organization, https://apps.who.int/gb/gov/en/composition-of-the-board_en.html, dostęp: 18 marca 2025 r.

49 World Health Organization, Executive Board, Seventy-eighth session, Geneva, 19–20 May 1986, *Resolutions and decisions. Summary records*, Geneva 1986, EB78/1986/REC/1, s. 12.

50 World Health Organization, Executive Board, Ninety-eighth session, Geneva, 27–28 May 1996, *Decisions. Annexes. Summary records*, Geneva 1996, EB98/1996/REC/1, s. 15.

51 Resolutions, World Health Organization, https://apps.who.int/gb/e/e_eb156.html#resolutions, dostęp: 18 marca 2025 r.

52 World Health Organization, *Global patient safety report 2024*, Geneva 2024.

53 Seventy-second World Health Assembly, Agenda item 125, WHA72.6, 28 May 2019, Global action on patient safety.

3.4. Dyrektor Generalny

Dyrektor Generalny WHO, wyznaczany przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia na wniosek Rady Wykonawczej, jest głównym urzędnikiem technicznym i administracyjnym Światowej Organizacji Zdrowia (art. 31).

Na mocy art. 32 Konstytucji WHO Dyrektor Generalny jest ex officio Sekretarzem Światowego Zgromadzenia Zdrowia, Rady Wykonawczej, wszystkich komisji i komitetów organizacji oraz konferencji zwoływanych przez nią. Może on delegować te funkcje.

Do uprawnień i obowiązków Dyrektora Generalnego WHO należą między innymi:

- przygotowywanie i przedkładanie Radzie Wykonawczej corocznych sprawozdań i preliminarzy budżetowych organizacji (art. 34);
- mianowanie personelu Sekretariatu, przy uwzględnieniu określonych pożądanych cech wskazanych w przepisie art. 35;
- proponowanie Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia tworzenia komitetów (art. 28);
- występowanie przed Międzynarodowym Trybunałem Sprawiedliwości w imieniu WHO w związku z postępowaniem w sprawie udzielania opinii doradczej we wszelkich kwestiach prawnych powstałych w zakresie kompetencji organizacji (art. 76 w zw. z art. 77).



Tedros Adhanom Ghebreyesus. Źródło: Wikipedia.org, M. Jacobson-Gonzalez – ITU Pictures from Geneva, Switzerland, [https://pl.wikipedia.org/wiki/Tedros_Adhanom#/media:Plik:Dr_Tedros_Adhanom_Ghebreyesus_-_2017_\(36433272494\)_\(cropped\).jpg](https://pl.wikipedia.org/wiki/Tedros_Adhanom#/media:Plik:Dr_Tedros_Adhanom_Ghebreyesus_-_2017_(36433272494)_(cropped).jpg), CC BY 2.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>.

Przykładem zastosowania kompetencji Dyrektora Generalnego WHO, wynikającej z art. 12 Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, jest uprawnienie do ogłaszania stanu zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym (zob. więcej w rozdziale 3.6.). Z powyższego uprawnienia Dyrektor Generalny WHO skorzystał 30 stycznia 2020 roku, ogłaszając przedmiotowy stan pandemiczny w reakcji na pandemię COVID-19⁵⁴.

Od 1 lipca 2017 roku stanowisko Dyrektora Generalnego WHO sprawuje dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, etiopski polityk i specjalista z zakresu ochrony zdrowia⁵⁵. W maju 2022 roku dr Tedros Adhanom Ghebreyesus uzyskał reelekcję na kolejną 5-letnią kadencję⁵⁶.

54 COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum, World Health Organization, 12 lutego 2020 r., [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum), dostęp: 26 marca 2025 r.

55 Biography. Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, <https://www.who.int/director-general/biography>, dostęp: 21 marca 2025 r.

56 World Health Assembly re-elects Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus to second term as WHO Director-General, World Health Organization, 24 maja 2022 r., <https://www.who.int/news/item/24-05-2022-world-health-assembly-re-elects-dr-tedros-adhanom-ghebreyesus-to-second-term-as-who-director-general>, dostęp: 12 marca 2025 r.

3.5. Biura Regionalne

W ramach struktury Światowej Organizacji Zdrowia funkcjonują również organizacje regionalne, w Konstytucji WHO określane jako „Porozumienia regionalne” (art. 44 – Regional Arrangements). Stanowią one integralną część organizacji i działają na określonym przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia obszarze geograficznym w celu zaspokojenia potrzeb tego obszaru.

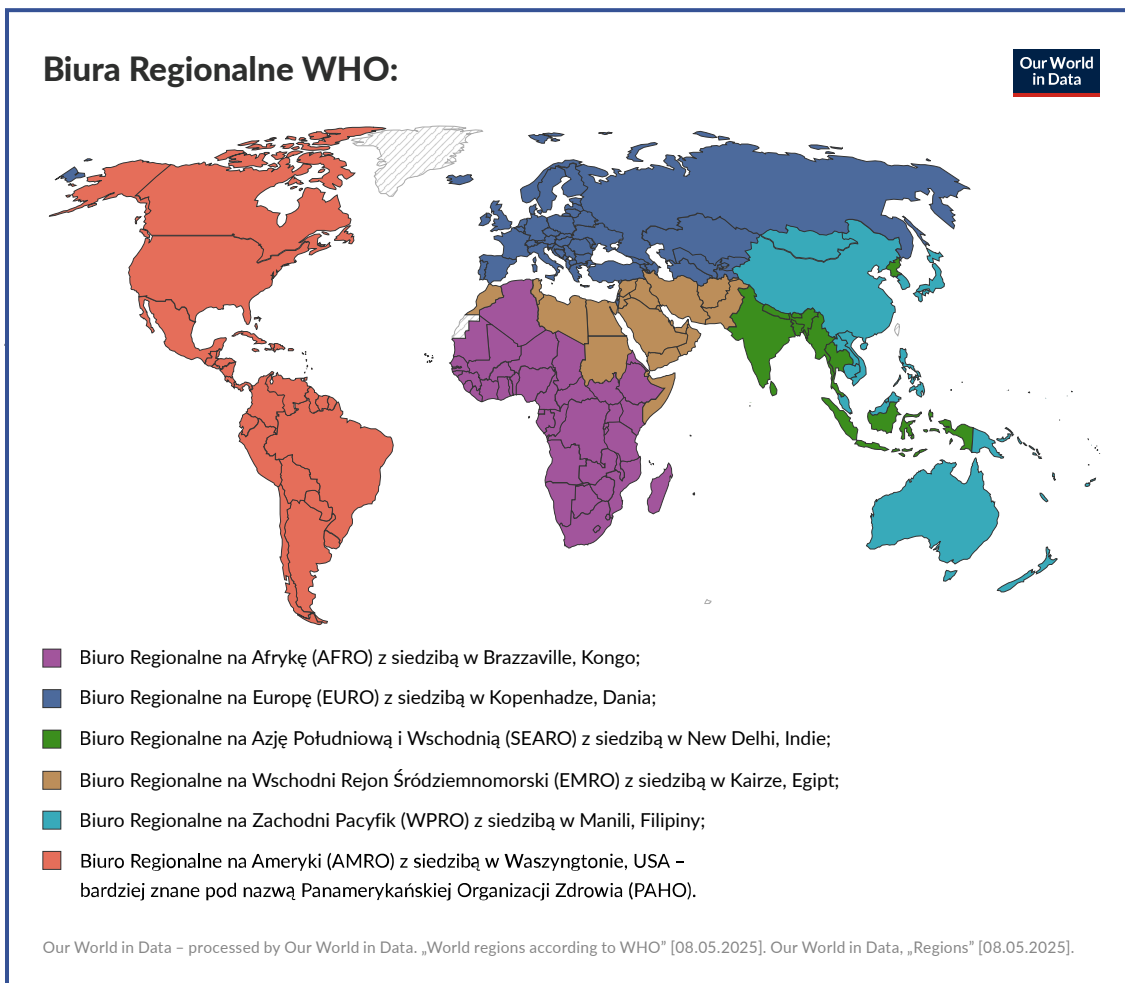
Porozumienia regionalne składają się z Komitetu Regionalnego (Regional Committee) oraz Biura Regionalnego (Regional Office). W skład pierwszego gremium wchodzi przedstawiciele państw członkowskich oraz członków nadzwyczajnych na danym obszarze (art. 38). Komitety regionalne posiadają prawo do przyjmowania własnych regulaminów oraz zbierają się tak często, jak to okaże się potrzebne, wyznaczając miejsce każdego zebrania (odpowiednio art. 49 oraz art. 48).

Kompetencje Komitetu Regionalnego obejmują formułowanie polityki postępowania w sprawach o charakterze wyłącznie regionalnym, nadzorowanie działalności Biura Regionalnego oraz współpracowanie z innymi komitetami regionalnymi. Za exemplum aktywności tego typu gremiów może posłużyć przyjęty w 1998 roku Strategiczny plan badań zdrowotnych (1999–2003) dla Regionu Afrykańskiego WHO [Strategic health research plan (1999–2003) for the WHO African Region]⁵⁷.

Zadania Komitetu Regionalnego sprowadzają się do działania w imieniu WHO na wskazanym przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia obszarze geograficznym tej organizacji. Biura Regionalne są organem administracyjnym Komitetu Regionalnego, odpowiedzialnym za wykonywanie na danym obszarze decyzji Światowego Zgromadzenia Zdrowia oraz Rady Wykonawczej WHO (art. 51). Na czele Biura Regionalnego stoi jako kierownik Dyrektor Regionalny (Regional Director) wyznaczany przez Radę Wykonawczą w porozumieniu z Komitetem Wykonawczym (art. 52).

⁵⁷ Regional Committee for Africa, Forty-eighth session, Harare, Zimbabwe, 31 August – 4 September 1998, AFR/RC48/11, 9 April 1998, Strategic health research plan for the WHO African Region, 1999–2003. Report of the Regional Director.

Obecnie WHO posiada sześć Biur Regionalnych⁵⁸, które wskazano poniżej.



Warto zauważyć, że z uwagi na liczbę posiadanych Biur Regionalnych o znacznym stopniu samodzielności WHO jest – w porównaniu do innych organizacji międzynarodowych – organizacją silnie zregionalizowaną⁵⁹.

3.6. Organy pomocnicze

W ramach Światowej Organizacji Zdrowia funkcjonuje także wiele podmiotów mających charakter ciał pomocniczych, zajmujących się opiniowaniem i doradzaniem organizacji w pewnych określonych kwestiach dotyczących materii zdrowia publicznego.

⁵⁸ *Where we work. WHO organizational structure*, World Health Organization, <https://www.who.int/about/structure>, dostęp: 19 marca 2025 r.

⁵⁹ T. Hanrieder, *Regionalization in the World Health Organization: locking in a Pan-American head start* [w:] *Historical Institutionalism and International Relations. Explaining Institutional Development in World Politics*, ed. T. Rixen, L.A. Viola, M. Zürn, New York 2016, s. 96.

Za przykład takich organów można podać Komitety Nadzwyczajne (Emergency Committees)⁶⁰, czyli ciała eksperckie, zwoływane ad hoc w oparciu o regulacje zawarte w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych⁶¹. Zadaniem tego gremium jest między innymi doradzenie Dyrektorowi Generalnemu w sprawie wprowadzania stanu zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC)⁶².

3.7. Niezależne organy doradcze

Opisując strukturę WHO, należy również zwrócić uwagę na niezależne organy doradcze.

Zadania i sposoby działania organów doradczych gremiów są co do istoty podobne do wskazanych wyżej organów pomocniczych, podstawowa różnica sprowadza się jednak do faktu, że niezależne organy doradcze są obsadzone przez osoby niedziałające w strukturach WHO.



Przykładowy dokument WHO, tutaj: Certyfikat książeczki szczepień ICVP Światowej Organizacji Zdrowia. Źródło: Aleksandr Vorobev – stock.adobe.com.

Stąd też zastosowane w niniejszej pracy, oparte o przymiot niezależności, wyróżnienie tej grupy podmiotów.

Za przykład gremium mieszczącego się w tej kategorii można wskazać Niezależny Komitet Nadzorczy i Doradczy ds. Programu WHO ds. Sytuacji Nadzwyczajnych w Ochronie Zdrowia oraz Działu WHO w Sytuacjach Kryzysowych (tłum. P.I.; Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme and WHO's Work in Emergencies). Jego celem jest nadzorowanie i kierowanie Programem WHO ds. Sytuacji

Nadzwyczajnych w Ochronie Zdrowia (WHO Health Emergencies Programme). W skład Komitetu wchodzi maksymalnie 12 członków, którzy posiadają udokumentowane doświadczenie na wyższych stanowiskach w obszarach objętych zakresem działania Komitetu, w tym między innymi w kwestiach: zdrowia publicznego, chorób zakaźnych, administracji publicznej, zarządzania kryzysowego w sytuacjach kryzysów humanitarnych.

60 Komitety Nadzwyczajne nie mają charakteru permanentnego organu WHO, lecz zwoływane są ad hoc, stosownie do potrzeb epidemiologicznych, dlatego też zastosowanie formy mnogiej wydaje się uzasadnione.

61 L. Mullen, C. Potter, L.O. Gostin, A. Cicero, J.B. Nuzzo, *An analysis of International Health Regulations Emergency Committees and Public Health Emergency of International Concern Designations*, „BMJ Global Health” 2020, 5(6).

62 Sam stan zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym jest definiowany w art. 1 ust. 1 Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych jako „zdarzenie nadzwyczajne, stanowiące zagrożenie w związku z międzynarodowym rozprzestrzenianiem się chorób, potencjalnie wymagające skoordynowanej, międzynarodowej reakcji”. Jest to więc rodzaj antypandemicznego stanu alarmowego. Celem tej instytucji jest zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych przy jednoczesnym ograniczeniu ich wpływu na ludność oraz gospodarkę (na przykład poprzez wprowadzenie określonych restrykcji związanych z podróżowaniem).

3.8. Biura Krajowe

Analizując strukturę WHO, należy również wspomnieć o Biurach Krajowych (Country Offices) tej organizacji. W dokumentach WHO wskazuje się, że role Biur Krajowych sprowadzają się do trzech zasadniczych funkcji: 1) doradztwa politycznego i wsparcia technicznego; 2) informacji, public relations i rzecznictwa oraz 3) zarządzania i administracji⁶³.

Przykładem aktywności Biura Krajowego WHO w Polsce może być przeprowadzenie w listopadzie 2024 roku we współpracy z Naczelną Izbą Położnych i Pielęgniarek szkolenia dotyczącego „przemocy ze względu na płeć” (*gender-based violence*)⁶⁴.

⁶³ World Health Organization, Executive Board, 116th Session, Provisional agenda item 5.2, EB116/6, 21 April 2005, WHO country offices and country focus. Report by the Secretariat, s. 3.

⁶⁴ *Nurses and midwives in Poland trained to help survivors of gender-based violence*, World Health Organization, 7 listopada 2024 r., <https://www.who.int/poland/news/item/07-11-2024-nurses-and-midwives-in-poland-trained-to-help-survivors-of-gender-based-violence>, dostęp: 27 marca 2025 r.

4. Źródła prawa Światowej Organizacji Zdrowia

W ramach porządku prawnego Światowej Organizacji Zdrowia obowiązują:

1. **Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia;**
2. **Umowy międzynarodowe** – w Konstytucji WHO określone jako „umowy”, „konwencje” bądź „układy”;
3. **„Przepisy”** (Regulations) właściwe tylko dla tej organizacji;
4. **Akty o charakterze miękkiego prawa** (*soft law*, „rekomendacje” oraz „standardy międzynarodowe”).



Flagi państw przed siedzibą główną WHO w Genewie. Źródło: hectorchristien - stock.adobe.com.

4.1. Konstytucja WHO

Konstytucja WHO jest statutem (instrumentem konstytucyjnym) tej organizacji, który określa jej cel, funkcje i organy, a także przyznaje jej osobowość prawną i określone kompetencje dotyczące między innymi możliwości przyjmowania norm prawnych oraz wydawania tak zwanych aktów miękkiego prawa.

W tym sensie można uznać, nawiązując do terminologii z zakresu prawa europejskiego, że Konstytucja WHO jest „prawem pierwotnym” tej organizacji, zawiera ona bowiem uznane (ratyfikowane) przez państwa członkowskie normy prawne, na mocy których państwa te upoważniły Światową

Organizację Zdrowia do przyjmowania dalszych aktów. Termin ten (*primary law*) pojawia się zresztą w literaturze naukowej dotyczącej konstytucji organizacji międzynarodowych⁶⁵. Warto jednocześnie zauważyć, że na mocy przedmiotowej umowy międzynarodowej WHO jest jedyną agencją uprawnioną do opracowywania i wdrażania międzynarodowych norm i standardów zdrowotnych⁶⁶.

Z punktu widzenia problematyki poruszanej w tym rozdziale fundamentalne znaczenie ma przepis art. 2 pkt (k) Konstytucji WHO, który wymienia funkcje tej organizacji wykonywane w celu osiągnięcia celu określonego w art. 1 przedmiotowej umowy międzynarodowej. Komentowany przepis przyznaje Światowej Organizacji Zdrowia kompetencje do proponowania konwencji (*conventions*), układów (*agreements*), przepisów (*regulations*) oraz wydawania zaleceń (*recommendations*) w odniesieniu do międzynarodowych spraw zdrowotnych. Ponadto należy mieć na względzie art. 2 pkt (u) Konstytucji WHO, w którym wymienia się rozwijanie, ustanawianie i popieranie przez WHO międzynarodowych standardów (*international standards*) w odniesieniu do żywności, produktów biologicznych, farmaceutycznych i podobnych, oraz art. 2 pkt (s), na mocy którego WHO może ustanawiać i zmieniać w miarę potrzeby międzynarodowe mianownictwo chorób, przyczyn zgonów oraz czynności służby zdrowia.



World Health
Organization

Konstytucja WHO:

- przyznaje WHO kompetencje prawotwórcze,
- ustanawia WHO jako agencję wyspecjalizowaną ONZ,
- określa zasady członkostwa w organizacji.

Informacje dotyczące genezy oraz procedury przyjęcia Konstytucji WHO zostały szeroko przedstawione w rozdziale 1 poświęconym rysowi historycznemu Światowej Organizacji Zdrowia. W związku powyższym, w kontekście problematyki poruszanej w niniejszym rozdziale, warto ograniczyć się tutaj do wskazania, że Polska ratyfikowała Konstytucję WHO ustawą z dnia 29 stycznia 1948 roku⁶⁷, by następnie złożyć dokument ratyfikacyjny Sekretarzowi Generalnemu ONZ 6 maja tego samego roku⁶⁸. Ponadto należy zauważyć, że w ciągu niemal 80 lat od momentu podpisania Konstytucji WHO

⁶⁵ D. Panke, F. Hohlstein, G. Polat, *The constitutions of international organisations: How institutional design seeks to foster diplomatic deliberation*, „Global Constitutionalism” 2019, 8(3), s. 572, 576, 581, 694.

⁶⁶ J.P. Ruger, D. Yach, *The Global Role of the World Health Organization*, „The Global Role of the World Health Organization” 2019, 2(2), s. 3.

⁶⁷ Ustawa z dnia 29 stycznia 1948 r. o ratyfikacji konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, jak również porozumienia zawartego przez rządy reprezentowane na międzynarodowej konferencji zdrowia oraz protokołu dotyczącego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisanych w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 10, poz. 72), pisownia zgodna z oryginałem – przyp. red.

⁶⁸ Oświadczenie rządowe z dnia 2 września 1948 r. w sprawie ratyfikacji przez Polskę Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienia i Protokołu, podpisanych w Nowym Yorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 478).

akt ten był zmieniany czterokrotnie – poprawki do przedmiotowej regulacji Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjmowało odpowiednio w 1973⁶⁹, 1976⁷⁰, 1986⁷¹ oraz 1998 roku⁷².

4.2. Umowy międzynarodowe



Źródło: Adobe Stock.

Konstytucja WHO przyznaje tej organizacji kompetencje do przyjmowania klasycznych instrumentów prawa międzynarodowego, czyli umów międzynarodowych. Świadczą o tym zarówno treść i brzmienie przytaczanego uprzednio art. 2 pkt (k) Konstytucji WHO, jak i będący rozwinięciem tego przepisu art. 19. Zgodnie z nim Światowe Zgromadzenie Zdrowia będzie władne przyjmować konwencje (*conventions*) lub umowy (*agreements*) odnośnie do każdej sprawy wchodzącej w zakres kompetencji WHO.

W tym kontekście należy wyjaśnić, że umowy międzynarodowe mogą nosić różne nazwy (traktat, konwencja, porozumienie, itd.). Biorąc pod uwagę fakt, że nazwa, pod którą umowa została zawarta, nie ma znaczenia prawnego⁷³, autor niniejszej publikacji zdecydował się zakwalifikować funkcjonujące pod różnymi określeniami akty prawne (umowy, konwencje, układy) do jednej kategorii. Na korzyść tak zaprezentowanej systematyki przemawia również art. 2 Konwencji Wiedeńskiej o Prawie Traktatów⁷⁴, w którym traktat zdefiniowano „jako międzynarodowe porozumienie między państwami, zawarte w formie pisemnej i regulowane przez prawo międzynarodowe, niezależnie od tego, czy jest ujęte w jednym dokumencie, czy w dwóch lub więcej dokumentach, i bez względu na jego szczególną nazwę”⁷⁵.

69 Resolution WHA [World Health Assembly] 26.37 of 22 May 1973.

70 Resolution WHA 29.38 of 17 May 1976.

71 Resolution WHA 39.6 of 12 May 1986.

72 Resolution WHA 51.23 of 16 May 1998.

73 R. Bierzanek, J. Symonides, *Prawo międzynarodowe publiczne*, Warszawa 2004, s. 78.

74 Konwencja Wiedeńska o Prawie Traktatów sporządzona w Wiedniu dnia 23 maja 1969 r. (Dz. U. z 1990 r. Nr 74, poz. 439).

75 Warto również przypomnieć, że – biorąc pod uwagę treść art. 2 Konwencji Wiedeńskiej o Prawie Traktatów – umową międzynarodową jest również sama Konstytucja WHO.

Wymagana przez Konstytucję WHO większość do przyjęcia konwencji lub umów to 2/3 głosów Światowego Zgromadzenia Zdrowia (art. 19). Wskazane akty prawne wchodzi w życie w państwie członkowskim, jeśli państwo to wyrazi zgodę na związanie się nimi zgodnie ze swoimi procedurami określonymi w przepisach jego własnych ustaw zasadniczych. Na mocy art. 20 Konstytucji WHO państwa członkowskie są zobowiązane do podjęcia działań w celu zaakceptowania takich konwencji bądź umów w ciągu 18 miesięcy od ich przyjęcia przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia. Jeżeli państwo członkowskie nie zaakceptuje konwencji bądź umowy w wyznaczonym czasie, będzie ono zobowiązane do złożenia wyjaśnień Dyrektorowi Generalnemu WHO dotyczących powodów takiej decyzji (należy przy tym zaznaczyć, że mechanizm określony w art. 20 Konstytucji WHO, dotyczący konieczności składania takich wyjaśnień, nie został jak dotychczas użyty)⁷⁶.

W literaturze wskazuje się, że WHO – pomimo kilkudziesięcioletniej już działalności – niechętnie korzysta ze swoich kompetencji do inicjowania procedury przyjmowania przez poszczególne państwa prawnie wiążących zobowiązań⁷⁷. Za potwierdzenie tej tezy może służyć fakt, że pierwszym – i jak dotąd jedynym – przykładem skutecznie zakończonej działalności legislacyjnej WHO na podstawie art. 2 pkt (k) konstytucji tej organizacji jest **Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO FCTC)**⁷⁸. Celem przedmiotowej umowy międzynarodowej, sporządzonej w 2003 roku, jest ochrona ludności przed negatywnymi, wieloaspektowymi konsekwencjami konsumpcji wyrobów tytoniowych.



Jedynym przypadkiem przyjęcia przez WHO umowy międzynarodowej na podstawie art. 2 pkt (k) konstytucji tej organizacji jest Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (2003).

Poruszając kwestie dotyczące umów międzynarodowych przyjmowanych na podstawie art. 19 Konstytucji WHO, należy koniecznie wspomnieć o aktualnie opracowywanym projekcie tzw. **traktatu pandemicznego**, w oficjalnych dokumentach WHO występującym pod nazwą: Konwencja, umowa lub inny międzynarodowy instrument WHO dotyczący zapobiegania pandemiom, gotowości i reagowania na nie (WHO convention, agreement, or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response)⁷⁹. Prace prowadzone z ramienia WHO przez Międzyrządowy Organ Negocjacyjny (Intergovernmental Negotiating Body, INB) są odpowiedzią na negatywne doświadczenia z okresu

⁷⁶ B.M. Meier, A. Finch, *Seventy-five years...*, s. 32.

⁷⁷ J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia...*, s. 11.

⁷⁸ Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzona w Genewie dnia 21 maja 2003 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 74, poz. 487).

⁷⁹ World Health Assembly, Second special session, Agenda item 2, SSA2(5), 1 December 2021, *The World Together: Establishment of an intergovernmental negotiating body to strengthen pandemic prevention, preparedness and response*.

pandemii COVID-19, kiedy okazało się, że zarówno WHO, jak i państwa tworzące tę organizację nie są odpowiednie przygotowane na nowy rodzaj zagrożeń pandemicznych. Pierwotnie prace nad traktatem planowano zakończyć w połowie 2024 roku⁸⁰, tak by projekt przedmiotowej umowy międzynarodowej był gotowy na 77. sesję Światowego Zgromadzenia Zdrowia, która odbyła się w dniach od 27 maja do 1 czerwca tego samego roku. W ostateczności wskazanego terminu nie udało się dotrzymać, jako że w trakcie dyskusji w INB nad tekstem traktatu pojawiły się liczne rozbieżności oraz kontrowersje (zob. więcej w rozdziale 6) dotyczące poszczególnych zagadnień, które mają znaleźć się w przygotowywanej umowie międzynarodowej. W efekcie 1 czerwca 2024 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia przedłużyło mandat INB, wskazując, że projekt traktatu powinien być gotowy na 78. sesję Światowego Zgromadzenia Zdrowia⁸¹, która odbędzie się w dniach od 17 do 29 maja 2025 roku⁸².

4.3. Przepisy przyjmowane na podstawie art. 2 pkt (k) Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia

Przepis art. 2 pkt (k) Konstytucji WHO wskazuje funkcje tej organizacji wykonywane w celu osiągnięcia celu określonego w art. 1 przedmiotowej umowy międzynarodowej, a także przyznaje jej kompetencje do proponowania specyficznych norm prawnych, czyli „przepisów” (*regulations*).

Rozwinięciem normy wyrażonej w art. 2 pkt (k) Konstytucji WHO jest art. 21, który przyznaje Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia uprawnienie do uchwalania przepisów traktujących o:

- a. sanitarnych i kwarantannowych wymaganiach oraz innych środkach, mających na celu zapobieganie międzynarodowemu rozpowszechnianiu się choroby;
- b. mianownictwa odnośnie chorób, przyczyn śmierci oraz czynności służby zdrowia;
- c. standardach odnośnie do czynności diagnostycznych dla użytku międzynarodowego;
- d. standardach odnośnie do bezpieczeństwa, czystości i mocy produktów biologicznych, farmaceutycznych i podobnych znajdujących się w handlu międzynarodowym;
- e. ogłaszaniu i oznaczaniu produktów biologicznych, farmaceutycznych i podobnych, znajdujących się w handlu międzynarodowym.

W pierwszej kolejności należy podkreślić, że katalog spraw, w kwestii których Światowe Zgromadzenie Zdrowia może przyjmować przepisy, ma charakter zamknięty. Oznacza to, iż WHA nie może skorzystać ze swojej kompetencji wyrażonej w art. 21 Konstytucji WHO do przyjmowania przepisów w sprawach innych niż materia wyraźnie określona w tym przepisie. Przepisy WHO przyjmują formę uchwały najwyższego organu WHO o charakterze kolegialnym, czyli Światowego Zgromadzenia Zdrowia, oraz

80 Newsletter of the INB Bureau (#1/2022), 1 December 2022, https://inb.who.int/docs/librariesprovider13/default-document-library/newsletter-of-the-inb-bureau-december-2022.pdf?sfvrsn=af70035c_11, dostęp: 18 marca 2025 r., s. 1.

81 Intergovernmental Negotiating Body to draft and negotiate a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response, WHA77(20), 1 June 2024.

82 Place, date and duration of the Seventy-eighth World Health Assembly and the forty-second meeting of the Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board, EB155(11), 4 June 2024, s. 1.

mają charakter prawnie wiążący. Uwagę zwraca również specyficzny sposób związania państw członkowskich WHO przepisami tej organizacji. Zgodnie z normą wyrażoną w art. 22 Konstytucji WHO przepisy zaczynają obowiązywać wszystkie państwa członkowskie po należytym zawiadomieniu o ich przyjęciu przez Zgromadzenie Zdrowia, z wyjątkiem tych państw członkowskich, które poinformują Dyrektora Generalnego o odrzuceniu owych przepisów lub o zastrzeżeniach co do nich w terminie podanym w zawiadomieniu. Tak więc na mocy art. 22 Konstytucji WHO państwa członkowskie nie muszą podejmować żadnych czynności, by związać się przepisami przyjętymi przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia. Jeśli jednak poinformują w odpowiednim terminie Dyrektora Generalnego tej Organizacji o odrzuceniu bądź zgłoszeniu zastrzeżeń do przyjętych przez WHA przepisów, nie staną się one wiążące względem tych państw (klauzula opt-out). W powyższym kontekście termin „odrzucenie” należy rozumieć jako deklarację państwa członkowskiego co do odrzucenia całości przyjętych przepisów, natomiast sformułowanie „zgłoszenie zastrzeżeń”, w ślad za definicją zawartą w art. 2 ust. 1 pkt d Konwencji Wiedeńskiej o Prawie Traktatów z 1969 roku, oznacza „jednostronne oświadczenie, jakkolwiek byłoby ono sformułowane lub nazwane, złożone przez państwo przy podpisaniu, ratyfikacji, przyjęciu, zatwierdzeniu lub przystąpieniu do traktatu, mocą którego zmierza ono do wykluczenia lub modyfikacji skutku prawnego pewnych postanowień traktatu w ich zastosowaniu do tego państwa”⁸³.

Powyższe implikuje, że do wejścia w życie (całości lub części) przepisów WHO niepotrzebna jest procedura ratyfikacyjna określona w ustawach zasadniczych państw członkowskich WHO. W literaturze naukowej wskazuje się, że taki tryb przyjmowania przepisów WHO ma na celu ominięcie żmudnych i skomplikowanych procedur ratyfikacji traktatów przez państwa członkowskie, podkreślając tym samym zalety tego rodzaju instrumentów prawnych, przejawiające się w szybkości przyjmowania takich przepisów oraz możliwości elastycznego reagowania na dynamiczny stan sytuacji zdrowotnej na świecie⁸⁴. Warto zauważyć, że przepisy wymagają wdrożenia przez państwa członkowskie⁸⁵.

W dotychczasowej historii WHO skorzystała ona z kompetencji określonej w art. 21 swej Konstytucji zaledwie dwa razy. W 1951 roku WHA przyjęła Międzynarodową Klasyfikację Chorób⁸⁶, która została następnie zastąpiona przyjętymi w 1969 roku Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi (International Health Regulations, MPZ lub IHR)⁸⁷. IHR były następnie zmieniane przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 1973⁸⁸ oraz 1981⁸⁹ roku. Aktualnie obowiązująca wersja Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych została przyjęta przez WHA w 2005 roku⁹⁰ i zostanie w najbliższym czasie zastąpiona poprawkami przyjętymi 1 czerwca 2024 roku na 77 sesji

83 Przepisy przyjmowane w oparciu o art. 21 Konstytucji WHO nie są co prawda umową międzynarodową (traktatem), lecz specyficznym aktem prawnym uchwalanym przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia, jednak odwołanie do definicji zawartej w konwencji wiedeńskiej z 1969 roku może nastąpić na zasadzie analogii.

84 J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia...*, s. 148–149.

85 A.B. Suthar, L.G. Allen, S. Cifuentes, C. Dye, J.M. Nagata, *Lessons learnt from implementation of the International Health Regulations: a systematic review*, „Bulletin of the World Health Organization” 2018, 96(2), s. 110.

86 Regulation Nr 1, Nomenclature with Respect to Diseases and Causes of Death z 24 sierpnia 1948 r. i Regulation Nr 2, Quarantine and Other Measures Aiming at Preventing the Dissemination of Diseases z 25 maja 1951 r.

87 International Health Regulations (1969): adopted by the Twenty-second World Health Assembly in 1969 and amended by the Twenty-sixth World Health Assembly in 1973.

88 Additional regulations of 23 May 1973 amending the International Health Regulations (1969), in particular with respect to articles 1, 21, 63 to 71, and 92.

89 Additional Regulations amending the above-mentioned Regulations of 1969, as amended by the additional Regulations of 23 May 1973 adopted by the thirty-fourth World Health Assembly on 20 May 1981.

90 International Health Regulations (2005).

Światowego Zgromadzenia Zdrowia⁹¹. Zgodnie z notą wystosowaną przez Dyrektora Generalnego WHO do państw członkowskich znowelizowane Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne staną się wiążące w większości tych państw (w tym wobec Polski) 15 września 2025 roku, chyba że w terminie do dnia 19 lipca 2025 roku określone państwo odrzuci bądź zgłosi zastrzeżenia do nowych MPZ. Podstawą dla wskazanych powyżej terminów są regulacje zawarte w art. 55 oraz 59 Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych.



Przepisy przyjęte przez Światową Organizację Zdrowia na podstawie art. 21 Konstytucji WHO:

- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób,
- Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne.

4.4. Akty miękkiego prawa (*soft law*)

Pisząc o prawie tworzonego przez Światową Organizację Zdrowia, należy również pamiętać o różnego rodzaju aktach wydawanych przez WHO, które można zaliczyć do kategorii „miękkiego prawa”.

Samo pojęcie „miękkie prawo” (*soft law*) oznacza normy, które choć formalnie nie mają prawnie wiążącego charakteru, to posiadają swoistą prawną doniosłość wyrażającą się we wskazywaniu przez podmioty je wydające pożądanego kierunku działań czy preferowanych rozwiązań prawnych w określonej dziedzinie czy sprawie.

Warto jednocześnie zauważyć, że jest to pojęcie nie do końca określone, mieszczące w swym zakresie wiele aktów o różnym charakterze prawnym. W literaturze wskazuje się, że WHO rzadko korzysta ze swoich uprawnień wynikających z jej konstytucji, dotyczących stanowienia wiążącego prawa (*hard law*), działając przede wszystkim właśnie poprzez akty „miękkiego prawa”⁹². Przykładem takiej aktywności normatywnej WHO są między innymi: zalecenia, rezolucje, protokoły, globalne strategie, plany działania i deklaracje. Akty te nie mają co prawda mocy prawnie wiążącej, ale posiadają istotne znaczenie, jako że są wyrazem specjalistycznej wiedzy Sekretariatu WHO w dziedzinie zdrowia i mogą mieć zastosowanie do szerszego grona podmiotów państwowych i niepaństwowych⁹³. Ponadto zwraca się uwagę na ich przydatność w kontekście dynamicznych zmian w międzynarodowej

91 Strengthening preparedness for and response to public health emergencies through targeted amendments to the International Health Regulations (2005), WHA77.17, 1 June 2024.

92 L.O. Gostin, D. Sridhar, D. Hougendobler, *The normative authority...*, s. 2.

93 B.M. Meier, A. Finch, *Seventy-five years...*, s. 35–36.

sytuacji zdrowotnej, gdyż pozwalają uniknąć długotrwałych procedur dotyczących tworzenia prawa międzynarodowego⁹⁴. Warto także odnotować, że akty o charakterze *soft law* często mogą stanowić punktów wyjściowy do kształtowania standardów konwencyjnych⁹⁵.

Przepis art. 2 pkt (k) Konstytucji WHO stanowi, że WHO może „czynić zalecenia” (*make recommendations*) w odniesieniu do międzynarodowych spraw zdrowotnych. Rozwinięciem tego postanowienia jest art. 23 tego samego aktu prawnego, na mocy którego Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia przyznano kompetencje do czynienia zaleceń w odniesieniu do wszelkiej sprawy należącej do kompetencji organizacji. Przykładem tego typu aktów jest Kodeks Żywnienia (Codex Alimentarius)⁹⁶, czyli przyjęty wspólnie przez WHO oraz Organizację Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO) zbiór określający normy żywności, praktyki, zalecenia i wytyczne dotyczące bezpieczeństwa i jakości żywności oraz żywienia wykorzystywane przez urzędowe służby kontroli, przemysł rolno-spożywczy oraz środowiska naukowe. Jakkolwiek zalecenia przyjmowane w oparciu o art. 23 Konstytucji WHO nie mają charakteru prawnie wiążącego dla państw członkowskich, to posiadają pewną doniosłość prawną. Wynika to z faktu, że poprzez tego typu akty WHO przedstawia swoje stanowisko w określonej sprawie dotyczącej zdrowia, co z kolei może skutkować sposobem interpretowania innych norm oraz wpływać na praktykę.

Co ciekawe, WHO rzadko korzysta z kompetencji wynikającej z art. 23 jej Konstytucji, częściej opierając się na innych, „różnorodnych narzędziach prawnych i politycznych umożliwiających stanowienie miękkiego prawa”⁹⁷. Takim instrumentem są rezolucje Światowego Zgromadzenia Zdrowia wyrażające wolę państw członkowskich WHO czy inne decyzje i dokumenty wydawane przez organy Światowej Organizacji Zdrowia. Przykładem aktywności organów WHO może być decyzja WHA SSA2(5) z 1 czerwca 2021 roku, na mocy której ustanowiono Międzyrządowy Organ Negocjacyjny, mający za zadanie opracowanie wspomnianego wcześniej traktatu pandemicznego⁹⁸. Zarówno WHO poprzez wspomnianą wcześniej decyzję, jak i państwa reprezentowane w Światowym Zgromadzeniu Zdrowia wyraziły wolę rozpoczęcia pracy nad nową umową międzynarodową dotyczącą zapobiegania, wykrywania i przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych w skali globalnej. Efektem tej decyzji było powołanie specjalnego gremium (INB) mającego za zadanie opracowanie tekstu traktatu, który w niedalekiej przyszłości zostanie (najprawdopodobniej) zaakceptowany przez WHA, a następnie ratyfikowany (najprawdopodobniej) przez znaczną część państw członkowskich WHO, stając się tym samym pierwszą w historii antypandemiczną umową narodową. Powyższy przykład obrazuje doniosłość i faktyczne znaczenie aktów o charakterze miękkiego prawa.

94 J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia...*, s. 154.

95 J. Cymers-Cesarz, *Rola standardów „hard law” i „soft law” Światowej Organizacji Zdrowia w obszarze ochrony osób niepełnosprawnych*, „Europejski Przegląd Prawa i Stosunków Międzynarodowych” 2022, Nr 1, s. 90.

96 Food and Agriculture Organization of the United Nation and World Health Organization, 2023, General Principles of Food Hygiene, Codex Alimentarius Code of Practice, CXC 1-1969.

97 L.O. Gostin, D. Sridhar, D. Hougendobler, *The Normative Authority...*, s. 2.

98 *The World Together...*

Oprócz tego WHO wydaje szereg innych aktów o charakterze miękkiego prawa. Przykładem mogą być wytyczne, porady, białe księgi czy zalecenie tymczasowe tworzone na gruncie MPZ.

4.5. Sankcje za naruszenie prawa WHO



Siedziba główna WHO, Genewa, Szwajcaria. Źródło: hectorchristian – stock.adobe.com.

Osobną kwestią, związaną z problematyką poruszaną w niniejszym rozdziale, jest egzekwowanie przez WHO prawa tej organizacji oraz stosowanie ewentualnych sankcji za jego naruszenie. Jest to skomplikowana materia, jako że WHO może inicjować czy też przyjmować akty prawne o różnorodnym charakterze.

Przykład sankcji zawiera art. 7 Konstytucji WHO. Na mocy tego przepisu Światowe Zgromadzenie Zdrowia może, na warunkach, jakie uważa za właściwe, zawiesić korzystanie z prawa głosowania i prawa do usług przez dane państwo członkowskie, jeśli państwo to nie wypełnia swych zobowiązań finansowych względem organizacji lub w innych wyjątkowych okolicznościach.

W literaturze przedmiotu tego typu sankcje określa się mianem sankcji organizacyjnych oraz korygujących⁹⁹.

Istnieją przypadki świadczące wręcz o niechęci państw członkowskich do współpracy z WHO w zakresie przestrzegania postanowień Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych.

Najbardziej znaną egzemplifikacją tego stanu rzeczy jest casus Indonezji, która w 2007 roku odmówiła przesłania WHO próbek wirusa H5N1 znanego jako ptasia grypa¹⁰⁰.

W kontekście powyższych rozważań należy zauważyć, iż w trakcie niemal 80 lat swojej działalności Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła zaledwie trzy akty prawne o wiążącym charakterze¹⁰¹: Międzynarodową Klasyfikację Chorób, Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne oraz Ramową Konwencję o Ograniczeniu Użycia Tytoniu. W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż niechęć WHO do przyjmowania aktów tego rodzaju wynika przede wszystkim z trzech zasadniczych czynników. Po pierwsze wiele globalnych kwestii zdrowotnych jest bardzo złożonych i wysoce współzależnych z innymi obszarami regulowanymi przez prawo międzynarodowe, takimi jak handel i środowisko, co utrudnia WHO uzyskanie międzynarodowego porozumienia w ramach Światowego Zgromadzenia Zdrowia. Po drugie globalne wyniki zdrowotne są w coraz większym stopniu określane przez podmioty niepaństwowe, takie jak korporacje, które znajdują się poza bezpośrednim zakresem zarządzania WHO.

⁹⁹ J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia...*, s. 229–230.

¹⁰⁰ K. Bright, *International Health Regulations* [w:] *Encyclopedia of Immigrant Health*, New York 2012, s. 931.

¹⁰¹ K.A. Klock, *The Soft Law Alternative to the WHO's Treaty Powers*, „Georgetown Journal of International Law” 3013, Vol. 44, No. 2, s. 822.

Po trzecie, jak widać w dwóch traktatach opracowanych przez WHO, nie zawsze łatwo jest WHO przyspieszać wdrażanie traktatów przez państwa¹⁰². „Podsumowując, traktaty nie są panaceum, za które czasami się je uważa”¹⁰³.

Biorąc pod uwagę powyższe, nie dziwi więc, że zdecydowana większość prawa tworzonego w ramach Światowej Organizacji Zdrowia ma charakter *soft law*. Ten stan rzeczy może jednak wkrótce ulec zmianie, a zwiastunem nowego podejścia WHO do globalnego zarządzania zdrowiem może być przyjęcie poprawek do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w czerwcu 2024 roku czy wciąż prowadzone prace nad nową umową międzynarodową (traktatem pandemicznym), których rezultat ma być dyskutowany na następnej sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia.

102 S. Sekalala, H. Masud, *Soft Law Possibilities in Global Health Law*, „The Journal of Law Medicine & Ethics” 49(1), 2021, s. 152–153.

103 K.A. Klock, *The Soft Law...*, s. 826.

5. Finansowanie Światowej Organizacji Zdrowia



Źródło: Adobe Stock.

Ramy prawne dotyczące finansowania WHO określa rozdział XII jej konstytucji, zatytułowany *Budżet i finanse*. Zgodnie z art. 55 przedmiotowej umowy międzynarodowej roczny preliminarz budżetowy Światowej Organizacji Zdrowia jest przygotowywany przez Dyrektora Generalnego, który następnie przedkłada go Radzie Wykonawczej. Na mocy tego samego przepisu Rada Wykonawcza, po rozważeniu preliminarza, przedkłada go Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia wraz ze wszelkimi zaleceniami, które uzna ona za wskazane. W dalszej kolejności preliminarz jest rozpatrywany i zatwierdzany¹⁰⁴ przez Światowe

Zgromadzenie Zdrowia, które zobowiązane jest do podziału środków między państwa członkowskie (art. 56). Warto zauważyć, że Rada Wykonawcza jest upoważniona na mocy art. 58 Konstytucji WHO do ustanawiania specjalnych funduszy przeznaczonych na nagłe wypadki i nieprzewidziane okoliczności. Środki finansowe pochodzące od państw członkowskich są określane mianem „regularnych funduszy budżetowych” (*regular budget funds, RBFs*)¹⁰⁵.

Szczególne znaczenie w kontekście problematyki niniejszego rozdziału ma art. 57, zgodnie z którym Zgromadzenie Zdrowia lub Rada, działająca w imieniu Światowego Zgromadzenia Zdrowia, mogą przyjmować dary i zapisy, uczynione organizacji, oraz administrować nimi, o ile warunki związane z takimi darami i zapisami są możliwe do przyjęcia przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia lub Radę Wykonawczą, a także są zgodne z celami i polityką organizacji. Przedmiotowy przepis upoważnia więc WHO do przyjmowania od darczyńców dobrowolnych składek, których idea jest zgodna

104 Na mocy art. 70 regulaminu WHA potrzeba do tego 2/3 głosów tego gremium; zob. Rules of procedure of the World Health Assembly, text adopted by the Eighth World Health Assembly (resolutions WHA8.26 and WHA8.27) and amended by the Tenth, Eleventh, Twelfth, Thirteenth, Fourteenth, Fifteenth, Eighteenth, Twentieth, Twenty third, Twenty-fifth, Twenty-seventh, Twenty-eighth, Twenty-ninth, Thirtieth, Thirty-first, Thirty-second, Thirty-sixth, Thirty-seventh, Forty-first, Forty-ninth, Fiftieth, Fifty-seventh, Fifty-ninth and Sixty-first World Health Assemblies (resolutions: WHA10.44, WHA11.24, WHA11.36, WHA12.39, WHA13.43, WHA14.46, WHA15.50, WHA18.22, WHA20.1, WHA20.30, WHA23.2, WHA25.50, WHA27.17, WHA28.69, WHA29.37, WHA30.1, WHA30.22, WHA31.9, WHA31.13, WHA32.12, WHA32.36, WHA36.16, WHA37.3, WHA41.4, WHA49.7, WHA50.18, WHA57.8, WHA59.18 and WHA61.11).

105 S.K. Reddy, S. Mazhar, R. Lencucha, *The financial sustainability of the World Health Organization and the political economy of global health governance: a review of funding proposals*, „Globalization and Health” 2018, 14(119), s. 1.

z celami i polityką tej organizacji. Te wkłady finansowe czynione przez ONZ, państwa członkowskie, organizacje prywatne lub dobroczynne są zbiorczo określane jako „fundusze pozabudżetowe” (*extra-budgetary funds*, EBFs)¹⁰⁶.

Na pierwszy, liczący cztery miesiące okres działalności WHO Światowe Zgromadzenie Zdrowia przegłosowało budżet w wysokości 4,8 mln dolarów, podczas gdy budżet na następny, 1949 rok wynosił już 5 mln dolarów¹⁰⁷. Przez pierwsze 10 lat działalności budżet WHO zwiększał się z każdym rokiem, by w 1958 roku wynieść¹⁰⁸ ok. 14,8 mln dolarów, czyli ponad trzykrotnie więcej względem środków finansowych przeznaczonych na ten cel w 1948 roku¹⁰⁹. Budżet WHO przewidziany na lata 2024–2025 wynosi 6,8 mld dolarów¹¹⁰.



Bill Gates z żoną, 2009. Źródło: Wikipedia.org, World Economic Forum from Cologny, Switzerland, [https://pl.wikipedia.org/wiki/Bill_Gates#/media/Plik:Remy_Steinegger_-_World_Economic_Forum_-_Melinda_French_Gates,_Bill_Gates_-_World_Economic_Forum_Annual_Meeting_Davos_2009_\(by-sa\).jpg](https://pl.wikipedia.org/wiki/Bill_Gates#/media/Plik:Remy_Steinegger_-_World_Economic_Forum_-_Melinda_French_Gates,_Bill_Gates_-_World_Economic_Forum_Annual_Meeting_Davos_2009_(by-sa).jpg), CC BY-SA 2.0, <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.0>.

W kontekście problematyki poruszanej w niniejszym rozdziale warto również, przynajmniej pobieżnie, przyrzeć się strukturze finansowania Światowej Organizacji Zdrowia, która z biegiem lat uległa istotnym zmianom sprowadzającym się do znacznego wzrostu środków pochodzących od podmiotów niepaństwowych. Dobrym tego przykładem jest aktualny budżet WHO, uchwalony przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia na lata 2024–2025. Wśród 10 największych płatników do budżetu WHO drugim największym (po Stanach Zjednoczonych) i pierwszym niepaństwowym podmiotem jest Fundacja Billa i Melindy Gates (Bill & Melinda Gates Foundation), której środki na ten cel wynoszą niemal 723 miliony dolarów (warto jednocześnie zauważyć, iż wkład

USA to 768 milionów dolarów)¹¹¹. Tuż za nią, na trzecim miejscu, plasuje się GAVI Alliance z kwotą wsparcia opiewającą na ponad 470 milionów dolarów. GAVI, sojusz na rzecz szczepionek (Gavi, the Vaccine Alliance), zawdzięczający pierwszy człon swej nazwy jej poprzedniej wersji – Globalny Sojusz na rzecz szczepionek i szczepień” (Global Alliance for Vaccines and Immunization), to podmiot partnerstwa publiczno-prywatnego, którego celem jest zwiększenie dostępu do szczepień w krajach ubogich. Kolejnym znaczącym i jednocześnie niepaństwowym podmiotem jest Rotary International, która definiuje się jako „globalna sieć ponad 1,2 miliona sąsiadów, przyjaciół, liderów i osób rozwiązujących problemy, widzących świat, w którym ludzie jednoczą się i podejmują działania w celu tworzenia trwałych zmian – na całym świecie, w naszych społecznościach i w nas samych”¹¹². Wedle

106 S.K. Reddy, S. Mazhar, R. Lencucha, *The financial sustainability...*, s. 1.

107 *The first ten...*, s. 74.

108 Chodzi o szacowane wkłady państw członkowskich.

109 *The first ten...*, s. 118.

110 Financing and implementation of the Programme budget 2024–2025. Report by the Director-General, EB156/26 Rev.1, 10 January 2025.

111 Financing and implementation..., s. 7.

112 *Who We Are*, Rotary.org, <https://www.rotary.org/en/about-rotary>, dostęp: 20 marca 2025 r.

przyczynianego dokumentu WHO, środki pochodzące od Rotary International na działalność WHO to ponad 175 milionów dolarów¹¹³.

Lista 10 największych płatników do budżetu WHO w latach 2024–2025

1.	USA	768,2 miliona dolarów;
2.	Bill & Melinda Gates Foundation	722, 9 miliona dolarów;
3.	GAVI Alliance	470,2 miliona dolarów;
4.	Komisja Europejska	393,8 miliona dolarów;
5.	Niemcy	315, 7 miliona dolarów;
6.	Bank Światowy	243,6 miliona dolarów;
7.	Wielka Brytania	208,8 miliona dolarów;
8.	Chiny	202,1 miliona dolarów;
9.	Rotary International	175,1 miliona dolarów;
10.	Japonia	148,2 miliona dolarów.

Uwagę zwraca znaczący procentowy udział podmiotów prywatnych w finansowaniu WHO. Biorąc pod uwagę 10 największych płatników, podmioty prywatne odpowiadają bowiem za ok. 37,5% wpłacanych środków do budżetu Światowej Organizacji Zdrowia w latach 2023–2025.

Jak widać na zaprezentowanym powyżej przykładzie, udział środków pochodzących od podmiotów niepaństwowych w strukturze budżetu WHO jest znaczący. Wśród 10 największych płatników do budżetu WHO występują aż trzy wiodące organizacje o takim charakterze. Taki stan rzeczy budzi liczne wątpliwości, gdyż rodzą się pytania o wpływ podmiotów finansujących Światową Organizację Zdrowia na jej działalność.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż „kluczową obawą jest to, że «pozabudżetowe» wpłaty wywołują zbiorowe podejmowanie decyzji i mechanizmy zarządzania określone w statutach organizacji. Organizacje międzynarodowe realizują różne projekty, które poszczególni darczyńcy decydują się wspierać, zamiast wdrażać skoordynowane i spójne strategie mające na celu realizację wspólnych celów, dla których organizacje te zostały utworzone”¹¹⁴. Niewystarczające finansowanie ze strony państw członkowskich, przy jednoczesnym zwiększeniu udziału funduszy pozabudżetowych, ma bowiem ograniczać autonomię WHO oraz zdolność organizacji do kierowania i koordynowania działaniami w obszarze globalnego zdrowia¹¹⁵.

¹¹³ Financing and implementation..., s. 7.

¹¹⁴ K. Daugirdas, G.L. Burci, *Financing the World Health Organization: What Lessons for Multilateralism?*, „International Organizations Law Review” 2019, Vol. 16, No. 2, s. 302.

¹¹⁵ S.K. Reddy, S. Mazhar, R. Lencucha, *The financial sustainability...*, s. 6.

O skali kontrowersji koncentrujących się wokół finansowania WHO może świadczyć fakt, iż kwestia ta była przedmiotem jednej z interpelacji poselskich z 2020 roku, w której podnoszono, że coraz większą część budżetu WHO stanowią środki pozyskane od fundacji zakładanych przez miliarderów, organizacji aborcyjnych, a także globalnych koncernów¹¹⁶.

Kwestia finansowania WHO była także jednym z głównych powodów wycofania członkostwa Stanów Zjednoczonych w tej Organizacji przez Prezydenta Donalda Trumpa w styczniu 2025 roku (w rozporządzeniu wykonawczym Prezydent USA zarzuca WHO poddanie się politycznym wpływom oraz żądanie „niesprawiedliwie uciążliwych płatności od Stanów Zjednoczonych, znacznie nieproporcjonalnych do szacowanych płatności innych krajów”¹¹⁷).

116 Interpelacja nr 8227 do Ministra Zdrowia w sprawie współpracy i finansowania Światowej Organizacji Zdrowia przez polski rząd oraz jej podatności na wpływy w związku z pozyskiwaniem przez nią środków na działalność z międzynarodowych źródeł, <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BR39YT>, dostęp: 20 marca 2025 r.

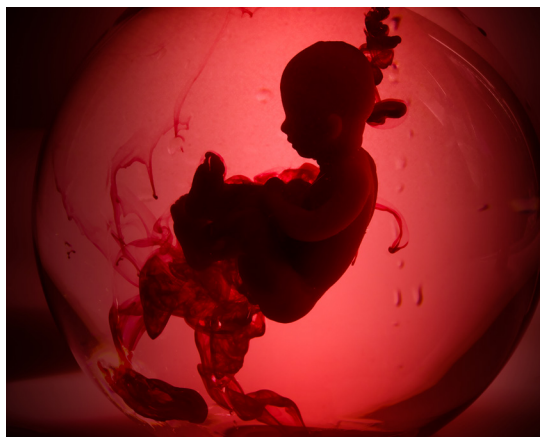
117 Executive Order 14155 of January 20, 2025, Withdrawing the United States From the World Health Organization.

6. Kontrowersje związane z działalnością Światowej Organizacji Zdrowia

6.1. Promowanie aborcji

6.1.1. Pierwsza aktywność WHO w obszarze aborcji. Raport *Usunięcie ciąży. Wytyczne dotyczące świadczenia opieki i usług* (1979)

Jednym z najbardziej kontrowersyjnych aspektów działalności Światowej Organizacji Zdrowia jest promowanie aborcji jako środka kontroli urodzeń¹¹⁸.



Źródło: Adobe Stock.

projektów badawczych oraz zapewnieniem szkoleń nauczycielom akademickim i personelowi zawodowemu; oraz z przedstawianiem na dwudziestym pierwszym Światowym Zgromadzeniu Zdrowia sprawozdań z prac WHO w dziedzinie rozrodczości człowieka¹²⁰.

Początków aktywności WHO w tej materii należy szukać w 1967 roku, kiedy to Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję, w której przedmiotowe gremium uznało „niebezpieczną aborcję” (*unsafe abortion*) oraz wysokie wskaźniki umieralności matek i dzieci za poważny problem zdrowia publicznego kobiet w wielu krajach¹¹⁹. W dokumencie tym Światowe Zgromadzenie Zdrowia wezwało Dyrektora Generalnego do dalszego rozwijania działalności Światowej Organizacji Zdrowia związanej ze zdrowotnymi aspektami rozrodczości człowieka czy też z wspieraniem, na żądanie, krajowych

¹¹⁸ Zob. K. Pawłowska, *WHO zaleca stosowanie środków wczesnoporonnych i przekonuje do znoszenia obostrzeń utrudniających aborcję*, Ordo Iuris, 31 lipca 2020 r., <https://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/who-zaleca-stosowanie-srodkow-poronnych-i-przekonuje-do-znoszenia-obostrzen>, dostęp: 9 kwietnia 2025 r.; *WHO dąży do uznania aborcji jako prawa reprodukcyjnego*, Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka, 5 września 2023 r., <https://pro-life.pl/who-dazy-do-uznania-aborcji-jako-prawa-reprodukcyjnego/>, dostęp: 9 kwietnia 2025 r.; F. Nowak, *WHO promuje zabijanie nienarodzonych dzieci w domu*, Strona Życia. Serwis Fundacji Pro – Prawo do Życia, <https://stronazycia.pl/who-promuje-zabijanie-nienarodzonych-dzieci-w-domu/>, dostęp: 9 kwietnia 2025 r.

¹¹⁹ Twentieth World Health Assembly Resolution 20.14: Health Aspects of Family Planning, Geneva 1967, s. 25–26.

¹²⁰ Ibidem.

W 1979 roku pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia ukazał się raport zatytułowany *Usunięcie ciąży. Wytyczne dotyczące świadczenia opieki i usług (Induced Abortion. Guidelines for the Provision of Care and Services)*¹²¹. Zawarto tam dane medyczne dotyczące przeprowadzania aborcji w pierwszym i drugim trymestrze ciąży, zebrane w celu wspierania lekarzy oraz osób odpowiedzialnych za zarządzanie obiektami medycznymi¹²².

Jakkolwiek twórcy publikacji stwierdzili, że „nie jest to również dokument opowiadający się za lub przeciw liberalizacji przepisów dotyczących aborcji”, to wyraźny proaborcyjny charakter tego raportu jest oczywisty dla każdego, kto zapozna się z jego treścią. Za przykład może posłużyć poniższy cytat: „dostępność legalnej aborcji po niskich lub zerowych kosztach stanowi pozytywną korzyść zdrowotną dla kobiet znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej”¹²³.

W innym miejscu przedmiotowego dokumentu wskazuje się z kolei, że „idealnie byłoby, gdyby usługi dotyczące aborcji stanowiły integralną część usług w zakresie zdrowia publicznego i rodzinnego, a nie były organizowane jako niezależne świadczenia”¹²⁴. Raport należy osadzić w kontekście mających wtedy miejsce zmian legislacyjnych na zachodzie sprowadzających się do obniżenia prawnego poziomu ochrony życia ludzkiego na jego prenatalnym etapie rozwoju (w dużej części państw poróżawszy od lat 60. XX wieku wprowadzano wtedy ustawodawstwo *de iure* bądź *de facto* legalizujące aborcję na życzenie).

6.1.2. Konferencja na temat bezpiecznego macierzyństwa w Nairobi (1987). „Niebezpieczna aborcja” jako zagrożenie dla zdrowia i życia kobiet

Istotnym wydarzeniem w kwestii stosunku WHO do problematyki aborcji była Konferencja na temat bezpiecznego macierzyństwa (Safe Motherhood Conference), która odbyła się w 1987 roku w Nairobi (Kenia)¹²⁵. Konferencja była efektem zapoczątkowanej przez WHO w tym samym roku Inicjatywy na rzecz bezpiecznego macierzyństwa (Safe Motherhood Initiative) mającej na celu zwalczanie globalnego kryzysu śmiertelności okołoporodowej matek, ze szczególnym uwzględnieniem krajów rozwijających się, co miało nastąpić poprzez: uczynienie porodu bezpieczniejszym i mniej uciążliwym, zwiększenie dostępu do usług opieki zdrowotnej, promowanie wykwalifikowanej opieki okołoporodowej i wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej nad matkami¹²⁶. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że Konferencja w Nairobi odegrała istotną rolę w dalszej ewolucji podejścia WHO do problematyki terminacji ciąży, jako że uznano wtedy, iż „niebezpieczna aborcja” (*unsafe abortion*) jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia oraz istotnym czynnikiem przyczyniającym się do śmiertelności i zachorowalności matek¹²⁷.

121 *Induced Abortion. Guidelines for the Provision of Care and Services*, World Health Organization, Geneva 1979.

122 *Ibidem*, s. 3 i 5.

123 *Ibidem*, s. 8.

124 *Ibidem*, s. 29.

125 P.F.A. van Hook, J. Cottingham, *The World Health Organization's Safe Abortion Guidance Document*, „American Journal of Public Health” 2013, Vol. 103, No. 4, s. 593.

126 O.O. Thompson, S.O. Oladele, O.I. Yemisi, *Ensuring Painless Childbirth: World Health Organisation's Safe Motherhood Initiative on Maternal Healthcare and Nigeria's Response, 1987–1988*, „LASU Journal of History and International Studies” 2025, Vol. 7, No. 1, s. 160.

127 *Generating National Unsafe Abortion Estimates: Challenges and Choices*, s. 13.

Samo pojęcie „niebezpieczna aborcja” rozumiane jest jako procedura przerwania niezamierzonej ciąży przeprowadzona przez osoby nieposiadające niezbędnych umiejętności lub w środowisku, które nie spełnia minimalnych standardów medycznych, lub w obu tych przypadkach¹²⁸.

Jakkolwiek początkowe cele Inicjatywy na rzecz bezpiecznego macierzyństwa koncentrowały się na zmniejszeniu śmiertelności okołoporodowej matek, w latach 90. specjaliści ds. zdrowia z różnych organizacji pracowali nad rozszerzeniem jej celów o leczenie i zapobieganie ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności (HIV) oraz zapewnienie „bezpiecznej opieki aborcyjnej” (*safe abortion care*)¹²⁹.

Znaczenie konferencji sprowadza się więc do faktu, iż w ramach jej ustaleń „niebezpieczna aborcja” została uznana za jedno z głównych zagrożeń dla zdrowia i życia kobiet, co uwarunkowało dalsze podejście WHO do problematyki związanej z tą kwestią.

6.1.3. Koncepcja „praw reprodukcyjnych i seksualnych” jako narzędzie promowania tzw. prawa do aborcji

Analizując działalność WHO dotyczącą aborcji, nie sposób pominąć kwestii tzw. praw reprodukcyjnych i seksualnych promowanych szeroko w ramach działalności ONZ, a także WHO. „Prawa reprodukcyjne i seksualne” (*reproductive and sexual rights*) to pojęcie niejednoznaczne, nieposiadające jednej, powszechnie przyjętej i uznanej definicji. Sama WHO definiuje zdrowie seksualne i reprodukcyjne jako pojęcie odnoszące się do „szerokiego zakresu usług, które obejmują dostęp do antykoncepcji, opiekę nad płodnością i niepłodnością, zdrowie matki i okołoporodowe zapobieganie i leczenie infekcji przenoszonych drogą płciową (STI), ochronę przed przemocą seksualną i przemocą ze względu na płeć oraz edukację na temat bezpiecznych i zdrowych relacji”¹³⁰. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że zdrowie seksualne i reprodukcyjne jest kluczowym elementem prawa kobiet do zdrowia¹³¹. Warto również zauważyć, iż Cele Zrównoważonego Rozwoju ONZ wyraźnie uznały zdrowie seksualne i reprodukcyjne oraz prawa reprodukcyjne za kluczowe nie tylko dla zdrowia, ale także dla równości płci i szerszego rozwoju gospodarczego i społecznego (Cel nr 3)¹³².

Z punktu widzenia problematyki przedmiotowej publikacji fundamentalne znaczenie ma fakt, że Światowa Organizacja Zdrowia stara się wywieść z koncepcji praw reprodukcyjnych i seksualnych tzw. prawo do aborcji. To pierwsze pojęcie ma bowiem według WHO obejmować prawo do kontroli urodzeń, w tym „prawo do aborcji”¹³³.

128 World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group, World Health Organization, Geneva 1992, WHO/MSM/92.5, s. 3.

129 E. Santora, *The Impact of the Safe Motherhood Initiative from 1987 to 2000*, Embryo Project Encyclopedia, 2 maja 2020 r., <https://embryo.asu.edu/pages/impact-safe-motherhood-initiative-1987-2000>, dostęp: 23 marca 2025 r.

130 *Sexual and reproductive health and rights*, World Health Organization, https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights#tab-tab_1, dostęp: 29 kwietnia 2025 r.

131 Fact Sheet No. 31. The Right to Health, Geneva 2008, s. 13.

132 Technical brief. Investing in sexual and reproductive health and rights: essential elements of universal health coverage, Geneva 2013, <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/uhl-technical-brief-srhr.pdf>, dostęp: 29 kwietnia 2025 r., s. 1.

133 J. Książek, *Analiza nt. praw reprodukcyjnych i seksualnych w kontekście prawa międzynarodowego*, Warszawa 2024, https://ordoiuris.pl/sites/default/files/inline-files/Analiza_nt._praw_reprodukcyjnych_i_seksualnych_w_kontekście_prawa_miedzynarodowego.pdf, dostęp: 29 kwietnia 2025 r., s. 9.

Warto zatem podkreślić, że w systemie prawa międzynarodowego publicznego nie ma ani jednej umowy międzynarodowej, na mocy której prawa reprodukcyjne i seksualne mogłyby zostać zaliczone do katalogu praw człowieka. Mimo to Światowa Organizacja Zdrowia, w szczególności poprzez akty o charakterze tzw. miękkiego prawa, stara się doprowadzić do uznania „praw reprodukcyjnych i seksualnych”, w tym „prawa do aborcji”, za standard prawa międzynarodowego.

Za przykład można wskazać wydawanie różnego rodzaju dokumentów, np. wytycznych czy poradników dotyczących zjawiska aborcji. W wspomnianych dokumentach WHO wielokrotnie odwołuje się między innymi do koncepcji praw reprodukcyjnych i seksualnych (więcej w podrozdziale 6.1.4. oraz 6.1.5.).

6.1.4. Wytyczne w sprawie opieki aborcyjnej (2022)

W 2022 roku ukazały się Wytyczne w sprawie opieki aborcyjnej (Abortion Care Guideline)¹³⁴. Dokument rozpoczyna się od stwierdzenia, że „zdrowie seksualne i reprodukcyjne ma fundamentalne znaczenie dla jednostek, par i rodzin, a także dla rozwoju społecznego i gospodarczego społeczności i narodów”, co wyraźnie wskazuje na odwołanie się do koncepcji praw reprodukcyjnych i seksualnych (która została omówiona w rozdziale powyżej)¹³⁵.

Celem wytycznych jest „przedstawienie pełnego zestawu wszystkich zaleceń WHO i stwierdzeń dotyczących najlepszych praktyk związanych z aborcją”¹³⁶. Wśród nich warto odnotować, że WHO zaleca państwom członkowskim między innymi całkowitą dekryminalizację tego proceduru¹³⁷, a ponadto radzi, aby aborcja była dostępna dla kobiet, dziewczynek lub „innych osób w ciąży” na żądanie¹³⁸ oraz opowiada się przeciwko prawu i innym regulacjom zakazującym aborcji w oparciu o limity wieku ciążowego¹³⁹. Co więcej, Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje rezygnację ze stosowania obowiązkowych okresów do namysłu przed aborcją¹⁴⁰ oraz by dostęp do aborcji nie był ograniczony barierami wynikającymi ze stosowania klauzul sumienia¹⁴¹.

Powyższe zalecenia doskonale obrazują proaborcyjny charakter wytycznych WHO. W tym kontekście warto w szczególności zauważyć, że duża część z nich postuluje wprowadzenie dużo bardziej radykalnych, wymierzonych w życie nienarodzone rozwiązań niż te, które funkcjonują w zdecydowanej większości krajów Zachodu, gdzie aborcja i tak jest *de iure* bądź *de facto* dostępna na życzenie.

134 World Health Organization, Abortion Care Guideline, 2022.

135 Ibidem, s. XIX.

136 Ibidem, s. XXI.

137 Ibidem, s. 24.

138 Ibidem, s. 26.

139 Ibidem, s. 28.

140 Ibidem, s. 41.

141 Ibidem, s. 60.

6.1.5. Współpraca z podmiotami zaangażowanymi w promowanie aborcji



Źródło: Adobe Stock.

W grudniu 2023 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła rozpoczęcie współpracy z Centrum na rzecz praw reprodukcyjnych¹⁴². Center for Reproductive Rights to globalna organizacja pozarządowa zajmująca się szeroką promocją koncepcji „praw reprodukcyjnych i seksualnych”, w tym tzw. „prawa do aborcji” oraz edukacji seksualnej. Podmiot ten był zaangażowany między innymi w działania mające na celu legalizację aborcji w Polsce¹⁴³ czy też zniesienie karalności tego procederu w Salwadorze¹⁴⁴. Centrum na rzecz Praw Reprodukcyjnych spotkało się z szeroką krytyką różnych organizacji konserwatywnych,

w tym amerykańskiego Centrum na rzecz Rodziny i Praw Człowieka (Center for Family and Human Rights), które zarzucały proaborcyjnej organizacji wykorzystywanie prawa międzynarodowego do promowania i wprowadzania w życie ideologicznych postulatów wymierzonych w tradycyjne wartości czy prawo do życia¹⁴⁵.

Pomimo wskazanych powyżej kontrowersji WHO w przytaczanym dokumencie z grudnia 2023 roku poinformowała, że Centrum na rzecz praw reprodukcyjnych będzie jednym z dwóch podmiotów współpracujących ze Światową Organizacją Zdrowia. Wskazano tam jednocześnie, iż współpraca ta ma przybrać formę „oficjalnych stosunków” (*official relations*) określanych jako „przywilej, który Komitet Wykonawczy może przyznać organizacjom pozarządowym, międzynarodowym stowarzyszeniom biznesowym i fundacjom filantropijnym, które prowadziły i nadal prowadzą trwałe i systematyczne działania w interesie organizacji”. Podstawą dla takiej kooperacji są „Ramy współpracy z podmiotami niepaństwowymi” (*Framework of engagement with non-State actors*) przyjęte na 66. sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 2016 roku¹⁴⁶. Zgodnie z postanowieniami wspomnianego dokumentu współpraca z podmiotami niepaństwowymi powinna opierać się na kilku podstawowych zasadach, w tym między innymi: „wykazywać wyraźne korzyści dla zdrowia publicznego” (pkt 5 a), „być zgodna z konstytucją, mandatem i ogólnym programem pracy WHO” (pkt 5 b), opierać się na „respektowaniu międzyrządowego charakteru WHO i uprawnień decyzyjnych państw członkowskich określonych w Konstytucji WHO” (pkt 5h) czy wreszcie powinna być prowadzona „w oparciu o przejrzystość, otwartość, inkluzywność, odpowiedzialność, uczciwość i wzajemny szacunek” (pkt 5 h).

¹⁴² Engagement with non-State actors in official relations with WHO, EB154/37, 6 December 2023.

¹⁴³ Center for Reproductive Rights wykorzystuje Obserwacje Komitetu Praw Człowieka ONZ do promocji aborcji i wywierania na Polskę nieuprawnionych nacisków, Ordo Iuris, 6 grudnia 2012 r., <https://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/center-reproductive-rights-wykorzystuje-observacje-komitetu-praw-czlowieka-onz-do>, dostęp: 13 kwietnia 2025 r.

¹⁴⁴ K. Gęsiak, Próba zniesienia karalności dzieciobójstwa w Salwadorze. Ordo Iuris w obronie noworodków i nienarodzonych dzieci, Ordo Iuris, 18 lutego 2021 r., <https://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/proba-zniesienia-karalnosci-dzieciobojstwa-w-salwadorze-ordo-iuris-w-obronie>, dostęp: 13 kwietnia 2025 r.

¹⁴⁵ The Center for Reproductive Rights: A Liability to the World Health Organization, April 2024.

¹⁴⁶ Framework of engagement with non-State actors, WHA69.10, 28 May 2016.

Decyzja WHO o podjęciu współpracy z wyraźnie proaborcyjną, globalną organizacją spotkała się z szeroką krytyką wielu aktorów życia publicznego. O jej skali może świadczyć fakt, że w maju 2024 roku grupa 26 deputowanych do Izby Reprezentantów Stanów Zjednoczonych wystosowała oficjalny list adresowany do Dyrektora Generalnego Światowej Organizacji Zdrowia, w którym zawarto stanowczy sprzeciw wobec decyzji WHO, a samo Centre for Reproductive Rights określono mianem „radikalnej organizacji, która manipuluje międzynarodowymi mechanizmami w celu narzucenia poszczególnym państwom aborcji”¹⁴⁷.

6.2. Promowanie edukacji seksualnej

6.2.1. Międzynarodowe wytyczne techniczne dotyczące edukacji seksualnej



Źródło: Adobe Stock.

W marcu 2018 roku WHO wraz z innymi agencjami wyspecjalizowanymi ONZ opublikowała dokument zatytułowany Międzynarodowe wytyczne techniczne dotyczące edukacji seksualnej (International technical guidance on sexuality education)¹⁴⁸. Wytyczne zostały opracowane, aby pomóc instytucjom edukacyjnym, zdrowotnym i innym odpowiednim organom w opracowywaniu, a także wdrażaniu szkolnych oraz pozaszkolnych, kompleksowych programów i materiałów w zakresie edukacji seksualnej¹⁴⁹.

W dokumencie zawarto szereg daleko idących i kontrowersyjnych postulatów. W celach nauczania dzieci w przedziale wiekowym od 9 do 12 roku życia wskazano, że uczniowie w tej grupie powinni „wyjaśnić, że wielu chłopców i [wiele] dziewcząt zaczyna się masturbować w okresie dojrzewania lub czasami wcześniej” oraz uznać, „że masturbacja nie powoduje szkód fizycznych ani emocjonalnych, ale powinna być wykonywana na osobności”¹⁵⁰.

Jednocześnie wskazano tam, iż dzieci w tym samym wieku powinny potrafić: „zdefiniować role płciowe (*gender roles*)”; „zidentyfikować przykłady tego, jak normy społeczne, normy kulturowe i przekonania religijne mogą wpływać na role płciowe, zdefiniować tożsamość płciową (*gender identity*)”; „wyjaśnić, w jaki sposób czyjaś tożsamość płciowa może nie być zgodna z płcią biologiczną oraz doceniać własną tożsamość płciową i okazywać szacunek dla tożsamości płciowej innych osób”¹⁵¹.

147 Congress of the United States, Washington, DC 20515, May 16, 2024, <https://biggs.house.gov/sites/evo-subsites/biggs.house.gov/files/evo-media-document/biggs-letter-to-who-exec-board-re-crr.pdf>, dostęp: 13 kwietnia 2025 r.

148 International technical guidance on sexuality education, 2018.

149 Ibidem, s. 12.

150 Ibidem, s. 71.

151 Ibidem, s. 50.

W dokumencie zalecono również, by osoby w wieku 15–18 lat były w stanie „zdefiniować homofobię i transfobię”, „analizować normy społeczne, które przyczyniają się do homofobii i transfobii oraz ich konsekwencje” oraz „uznawać, że wszyscy ludzie powinni móc kochać, kogo chcą, bez przemocy, przymusu lub dyskryminacji”¹⁵².

Jak widać na wskazanych powyżej przykładach, dokument został oparty na ideologicznych założeniach związanych z postulatami ruchu LGBT. Raport wpisuje się bowiem w założenia permissywnej edukacji seksualnej opartej na postawieniu seksualności człowieka w centrum jego życia i koncentracji na własnych emocjach.

Skutki wprowadzenia tego typu rozwiązań są w istocie odmienne od pożądanych, jako że w większości krajów europejskich, które przyjęły model permissywnej edukacji seksualnej, wskaźniki przemocy seksualnej, ciąż nieletnich czy zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową są wyższe niż w krajach, które pozostały przy modelu edukacji opartej na wstrzemięźliwości¹⁵³.

6.2.2. Standardy edukacji seksualnej w Europie

W 2010 roku Biuro Regionalne WHO dla Europy, w ramach współpracy z innymi podmiotami, opublikowało dokument zatytułowany Standardy edukacji seksualnej w Europie (Standards for Sexuality Education in Europe)¹⁵⁴.

W dokumencie zaleca się, by dzieciom w wieku 6–9 lat przekazywano informacje na temat „zadowolenia i przyjemności z dotykania własnego ciała (masturbacja/autostymulacja)”, „różnych związków w odniesieniu do miłości, przyjaźni itd.”, „ról płciowych”. W tym kontekście rekomenduje się, by pomagać rozwijać dzieciom „szacunek wobec różnych stylów życia, wartości i norm”¹⁵⁵.

Ponadto jako pożądane rezultaty edukacji seksualnej wskazano między innymi „stworzenie społecznego klimatu tolerancji, otwartości i szacunku w odniesieniu do seksualności, różnych stylów życia, postaw i wartości” oraz „respektowanie różnorodności seksualnych, różnorodności związanych z płcią i świadomości dotyczącej tożsamości seksualnej i ról przypisywanych płciom”¹⁵⁶. Wskazano tam także, że edukacja seksualna oparta jest na prawach człowieka, do których zaliczono, omawiane w powyższym rozdziale, prawa reprodukcyjne i seksualne¹⁵⁷.

W tym przypadku widać więc wyraźnie, że WHO propaguje, pod pozorem troski o odpowiedni poziom edukacji dzieci i młodzieży, różne ideologiczne koncepcje. Dokument Standardy edukacji

¹⁵² Ibidem, s. 50.

¹⁵³ *Konsekwencje edukacji seksualnej. Analiza skuteczności edukacji seksualnej w Europie Zachodniej i państwach skandynawskich*, Warszawa 2020, s. 51–53.

¹⁵⁴ Standardy edukacji seksualnej w Europie, 2012, https://whocc.bioeg.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_Standards_Polish.pdf, dostęp: 13 kwietnia 2025 r.

¹⁵⁵ Standardy edukacji seksualnej..., s. 42–42.

¹⁵⁶ Ibidem, s. 27.

¹⁵⁷ Ibidem, s. 27.

seksualnej w Europie również opiera się na założeniach permissywnej edukacji seksualnej, czego przykładem mogą być zawarte tam twierdzenia o „doświadczaniu w przyjemny sposób seksualności” czy „respektowaniu różnorodności seksualnych, różnorodności związanych z płcią i świadomości dotyczącej tożsamości seksualnej i ról przypisywanych płciom”¹⁵⁸.

6.3. Prace nad Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi oraz nad tak zwanym traktatem pandemicznym

Po doświadczeniach z okresu pandemii COVID-19 WHO oraz tworzące tę organizację państwa członkowskie zdecydowały się podjąć wysiłek ukierunkowany na stworzenie nowych ram prawnych do podejmowania działań zmierzających do tego, aby zapobiegać oraz przeciwdziałać rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Proces ten obejmował procedurę zmiany Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych oraz przyjęcie nowej umowy międzynarodowej, czyli traktatu pandemicznego (więcej w rozdziałach 4.2. oraz 4.3.).

Prace nad przyjęciem poprawek do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych rozpoczęto w 2022 roku. Wzbudziły one szereg kontrowersji koncentrujących się wokół: możliwości zwiększenia kompetencji WHO kosztem suwerenności państw-stron, ograniczania wolności słowa pod pozorem walki z „dezinformacją” oraz „informacjami wprowadzającymi w błąd” czy przekroczeniem terminów określonych w tym samym akcie prawnym¹⁵⁹. Liczne wątpliwości budził również nietransparentny sposób opracowywania poprawek do przedmiotowej regulacji WHO.



Źródło: Adobe Stock.

W ostateczności zrezygnowano w tekście poprawek do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych przyjętych na 78. Sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia z większości kontrowersyjnych propozycji, które pojawiały się we wcześniejszych projektach.

Podobne wątpliwości towarzyszyły pracom prowadzonym w WHO nad tzw. traktatem pandemicznym. Organizacja ta spotkała się bowiem z krytyką dotyczącą między innymi zwiększania uprawnień Dyrektora Generalnego WHO czy możliwości ograniczenia wolności słowa pod pozorem walki z „dezinformacją”. Także tutaj, biorąc pod uwagę ostatnią opublikowaną wersję

¹⁵⁸ Ibidem, s. 27.

¹⁵⁹ Zob. P. Ignaszczak, *Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne – najważniejsze propozycje zmian*, Warszawa 2023; P. Ignaszczak, *Poprawki przyjęte do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych na 77. Sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia*, Warszawa 2024.

projektu traktatu, zrezygnowano bądź znacznie złagodzono brzmienie budzących największe kontrowersje propozycji w projektowanej umowie międzynarodowej¹⁶⁰.

Najnowszy, jak na razie jeszcze nieopublikowany projekt traktatu ma być dyskutowany na najbliższej majowej sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia. To od decyzji tego gremium zależeć będzie (najprawdopodobniej) ostateczny kształt przyszłej umowy międzynarodowej.

6.4. Zarzuty dotyczące wpływów Chin w WHO

W ostatnich latach coraz większe kontrowersje zarówno na forum międzynarodowym, jak i na poziomie poszczególnych państw budzą kwestie potencjalnych wpływów Chińskiej Republiki Ludowej w Światowej Organizacji Zdrowia.

O faktycznym znaczeniu tych zarzutów może świadczyć fakt, że w jednym ze swoich wystąpień Prezydent Stanów Zjednoczonych Donald Trump wprost nazwał WHO „kukiełką Chin”¹⁶¹. Sprawa zwiększenia wpływu Chin oraz uzyskania możliwości wpływania na priorytety Światowej Organizacji Zdrowia przez to państwo pojawiła się również w uzasadnieniu projektu ustawy o wystąpieniu Rzeczypospolitej Polskiej z WHO jako argument za opuszczeniem tej organizacji¹⁶².

Na wstępie warto zwrócić uwagę na znaczny udział Chin w finansowaniu Światowej Organizacji Zdrowia.

Zgodnie z dokumentami WHO (omówionymi w rozdziale 4) w odniesieniu do budżetu tej Organizacji na lata 2023–2025 wkład Chin ma wynosić 202,1 miliona dolarów. Chiny plasują się więc na 4. Miejscu wśród państw i 8. Miejscu przy uwzględnieniu innych podmiotów, jeśli chodzi o wielkość transferów finansowych na rzecz Światowej Organizacji Zdrowia.

Porównując poprzednie budżety WHO, widać również wyraźny wzrost środków pochodzących z tego państwa. W budżecie podstawowym WHO na lata 2022–2023 Chiny dokonały transferów środków o wartości 144 milionów dolarów, wobec 142 milionów dolarów pochodzących z tego państwa w budżecie na lata 2020–2021¹⁶³.

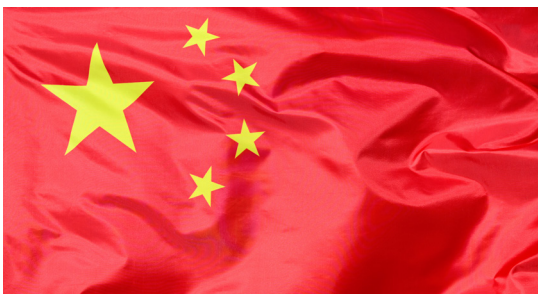
Zdaniem mediów wzrost finansowania z Chin w budżecie WHO ma przekładać się na zwiększenie wpływów tego państwa na działalność Światowej Organizacji Zdrowia. W ocenie części opinii

160 P. Ignaszczak, *Nowy projekt traktatu antypandemicznego – sukces obrońców suwerenności państw*, Ordo Iuris, 4 kwietnia 2024 r., <https://ordoiuris.pl/komentarze/nowy-projekt-traktatu-antypandemicznego-sukces-obroncow-suwerennosci-panstw>, dostęp: 29 kwietnia 2025 r.

161 *Coronavirus: Trump accuses WHO of being a «puppet of China»*, BBC, 19 maja 2020 r., <https://www.bbc.com/news/health-52679329>, dostęp: 25 kwietnia 2025 r.

162 Poselski projekt ustawy o wystąpieniu Rzeczypospolitej Polskiej ze Światowej Organizacji Zdrowia, Druk nr 114, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej.

163 Financing and implementation of the Programme budget 2022–2023 and outlook on financing of the Programme budget 2024–2025, EB154/27, 13 December 2023, s. 11.



Źródło: Adobe Stock.

publicznej Państwo Środka wykorzystuje bowiem WHO do realizowania własnej polityki. W artykule opublikowanym w połowie kwietnia 2020 roku na łamach „Politico” wyrażono pogląd, że „dzięki połączeniu zręcznego budowania koalicji, strategicznie dobranego wkładu finansowego i wysiłków na rzecz kształtowania narracji, Pekin poczynił postępy w przekształcaniu ONZ w platformę dla swojego programu polityki zagranicznej,

w tym wspierania chińskich interesów gospodarczych, tłumienia sprzeciwu i demokracji oraz wydrążania porządku opartego na zasadach”¹⁶⁴. W ocenie autorki przywoływanej publikacji, Kristine Lee, powyższa uwaga odnosi się nie tylko do WHO, ale również do innych agencji wyspecjalizowanych ONZ. „Wpływ Pekinu na WHO nie może być rozumiany bez uwzględnienia znacznie dłuższej i szerszej kampanii, która ma na celu wygięcie łuku globalnego zarządzania w kierunku bardziej nieliberalnej orientacji, która uprzywilejowuje interesy autorytarnych aktorów” – zaznaczała Lee.

W podobnym tonie dla Buisness Insider wypowiadała się Rosie Perper. Dziennikarka zwróciła uwagę, że wzrost funduszy wpłacanych do budżetu WHO przez Chiny jest motywowany politycznie. „Eksperci powiedzieli Business Insider, że wpłaty Chin do WHO nie były gestem dobrej woli, ale raczej serią politycznych posunięć mających na celu poprawę ich globalnego wizerunku” – możemy przeczytać w wywiadzie¹⁶⁵.

Kolejne zarzuty dotyczą wzajemnej relacji Chin i WHO w okresie pandemii COVID-19. Z krytyką spotkały się wtedy działania Światowej Organizacji Zdrowia, którą oskarżano o uległość wobec Chin oraz nieweryfikowanie informacji medycznych otrzymywanych wówczas od tego państwa.

Wicepremier Japonii Taro Aso, komentując te zarzuty w kwietniu 2020 roku, ironicznie zasugerował potrzebę zmiany nazwy WHO, tak by oddawała ona domniemany wpływ Chin na organizację. „Ludzie uważają, że Światowa Organizacja Zdrowia powinna zmienić nazwę, nie powinna nazywać się WHO, powinna zostać przemianowana na CHO lub Chińską Organizację Zdrowia. To naprawdę odbija się echem wśród ludzi” – ironizował japoński polityk¹⁶⁶. Warto przy tym zauważyć, że Wicepremier Japonii nie był odosobniony w krytyce WHO. Anglojęzyczna wersja niemieckiego serwisu Deutsche Welle opisywała w tym samym roku szereg kontrowersji dotyczących stosunku WHO do Chin, wskazując między innymi publiczne pochwały¹⁶⁷ Dyrektora Generalnego WHO pod adresem

164 K. Lee, *It's Not Just the WHO: How China Is Moving on the Whole U.N.*, Politico, 15 kwietnia 2020 r., <https://www.politico.com/news/magazine/2020/04/15/its-not-just-the-who-how-china-is-moving-on-the-whole-un-189029>, dostęp: 26 kwietnia 2025 r.

165 R. Perper, *China is injecting millions into WHO as the US cuts funds. Experts say Beijing is trying to boost its influence over the agency and its «deeply compromised» chief*, Business Insider, 24 kwietnia 2020 r., <https://www.businessinsider.com/china-who-multimillion-dollar-contribution-political-power-move-2020-4?IR=T>, dostęp: 26 kwietnia 2025 r.

166 R. Krishnan, *Rename WHO as Chinese Health Organization: Japan slams UN body for «giving into China's spin»*, The Print, 2 kwietnia 2020 r., <https://theprint.in/world/rename-who-as-chinese-health-organization-japan-slams-un-body-for-giving-into-chinas-spin/393961/>, dostęp: 27 kwietnia 2025 r.

167 O pochwałach wobec Chin informuje nawet samo WHO na swojej stronie internetowej – zob. *WHO, China leaders discuss next steps in battle against coronavirus outbreak*, World Health Organization, 28 stycznia 2020 r., <https://www.who.int/news/item/28-01-2020-who-china-leaders-discuss-next-steps-in-battle-against-coronavirus-outbreak>, dostęp: 30 kwietnia 2025 r.

tego państwa, pomimo naruszania przez nie praw człowieka czy wzrost jego wpływów związany ze wzrostem wpłat do budżetu Światowej Organizacji Zdrowia¹⁶⁸. „Pod koniec stycznia [2020 roku] dyrektor generalny WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus spotkał się z prezydentem Chin Xi Jinpingiem w Pekinie i pochwalił wysiłki tego kraju na rzecz opanowania epidemii. Pochwalił również najwyższe kierownictwo partii komunistycznej za «otwartość na dzielenie się informacjami» na temat wirusa i jego rozprzestrzeniania się, mimo że chińscy urzędnicy w Wuhan – gdzie po raz pierwszy pojawiły się przypadki COVID-19 – represjonowali ludzi za «rozpowszechnianie plotek» na temat choroby” – zauważył Srinivas Mazumdar, autor przywoływanej publikacji.

Na wzrost wpływów Chin w WHO wskazuje również Heritage Foundation. Amerykański konserwatywny think-tank zwraca uwagę, że percepcja chińskich wpływów w WHO zmieniła się w okresie wybuchu pandemii COVID-19. W ocenie Heritage Foundation reakcja Pekinu na COVID-19 umożliwiła jego rozprzestrzenianie się ze szkodą dla zdrowia publicznego i gospodarek na całym świecie¹⁶⁹.

W literaturze przedmiotu odnotowuje się także znaczenie pandemii COVID-19 dla uwydatnienia wpływu Chin w Światowej Organizacji Zdrowia. „COVID-19 wyraźnie ujawnił wyrażenie i podporządkowanie WHO głównym darczyńcom, ale z jedną istotną zmianą od czasu wybuchu epidemii SARS: pojawienie się Chin jako głównego darczyńcy. Podczas SARS WHO otwarcie krytykowała postępowanie chińskich urzędników. Jednak podczas COVID-19 WHO była praktycznie pochlebna”¹⁷⁰.

W tym samym artykule uznano wykluczenie Tajwanu z udziału w pracach WHO za kolejny przykład chińskich wpływów. „Odkąd Chiny przystąpiły do ONZ w 1971 roku, okresowo blokowały Tajwanowi członkostwo w organizacjach międzynarodowych, takich jak WHO, uzasadniając to tym, że demokratycznie rządzona wyspa jest częścią Chin” – zaznaczał Mazumdar. Taki stan rzeczy był silnie krytykowany zwłaszcza w okresie pandemii COVID-19, kiedy to Tajwan wiódł prym w skutecznym zwalczaniu rozprzestrzeniania się wirusa, a państwa członkowskie WHO pilnie potrzebowały informacji dotyczących działań antypandemicznych¹⁷¹. „Wykluczenie Tajwanu jest przykładem tego, jak światowy podmiot zajmujący się zdrowiem przedkłada politykę nad zdrowie publiczne. Rządy i zaniepokojeni obywatele muszą domagać się, aby WHO wypełniała swój obowiązek – reprezentowała interesy zdrowotne świata, a nie Chin – i pociągała WHO do odpowiedzialności, gdy zawiedzie” – stwierdzili eksperci Council on Foreign Relations.

Duże kontrowersje budzi również zachowanie WHO względem informacji uzyskiwanych od Chin w okresie pandemii COVID-19. Organizacji zarzucano bowiem, że nie przeprowadziła ich weryfikacji i przekazywała je dalej, do innych państw członkowskich.

168 S. Mazumdar, *What influence does China have over the WHO?*, DW, 17 kwietnia 2020 r., <https://www.dw.com/en/what-influence-does-china-have-over-the-who/a-53161220>, dostęp: 27 kwietnia 2025 r.

169 D. Schaefer, *The World Health Organization Bows to China*, The Heritage Foundation, 28 kwietnia 2020 r., <https://www.heritage.org/global-politics/commentary/the-world-health-organization-bows-china>, dostęp: 29 kwietnia 2025 r.

170 L. Jones, S. Hameiri, *Explaining the failure of global health governance during COVID-19*, „International Affairs” 2022, Vol. 98, s. 2070.

171 Yu-Jie Chen, J.A. Cohen, *Why Does the WHO Exclude Taiwan?*, Council on Foreign Relations, 9 kwietnia 2020 r., <https://www.cfr.org/in-brief/why-does-who-exclude-taiwan>, dostęp: 27 kwietnia 2025 r.

„Uporczywe rozpowszechnianie przez WHO narracji Chin, uspiło inne kraje w niebezpiecznym samozadowoleniu, opóźniając ich reakcje o tygodnie. W rzeczywistości WHO aktywnie zniechęcała do działania. W dniu 10 stycznia, gdy Wuhan ogarnęła epidemia, WHO stwierdziła, że «nie zaleca żadnych szczególnych środków zdrowotnych dla osób podróżujących do i z Wuhan», dodając, że «kontrola przy wjeździe przynosi niewielkie korzyści». Odradzono również «stosowanie jakichkolwiek ograniczeń w podróżowaniu lub handlu z Chinami» – zauważyli eksperci Australian Strategic Policy Institute¹⁷². „Tajwan jest postrzegany jako jedno z niewielu miejsc na świecie, które z powodzeniem powstrzymało rozprzestrzenianie się koronawirusa bez uciekania się do drakońskich środków. Jednak pomimo wysiłków Tajwan jest nadal skutecznie wykluczony z członkostwa w Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ze względu na skomplikowane relacje z Chinami” – komentowała na łamach BBC Tessa Wang¹⁷³.

6.5. Krytyka WHO w kontekście zmagania się organizacji z chorobami zakaźnymi



Źródło: Adobe Stock.

Duża krytyka spadła na WHO po wybuchu pandemii COVID-19. Koncentrowała się ona wokół sposobu, w jaki organizacja ta zwalczała rozprzestrzenianie się wskazanej choroby zakaźnej. Światowa Organizacja Zdrowia musiała mierzyć się z zarzutami dotyczącymi zakresu oddziaływania chińskich wpływów, zbyt późnej reakcji na informacje dotyczące wybuchu pandemii w Wuhan czy rekomendowaniem nieodpowiednich środków antypandemicznych. Za przykład tej krytyki można przytoczyć opinię, zgodnie z którą WHO zbyt późno ogłosiła stan zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym (PHEIC) czy też nie była w stanie uzyskać niezbędnych informacji od władz Chin¹⁷⁴.

W raporcie opublikowanym w 2021 roku¹⁷⁵ eksperci z Leuven Centre for Global Governance Studies wymienili szereg kwestii, które przyczyniają się do problemów i porażek w zwalczaniu rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych przez WHO. Wskazali oni w tym kontekście między innymi na fakt, że Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne nie oferują wystarczających zachęt i nadzoru państw w celu budowania podstawowych zdolności i lepszego przygotowania się na sytuacje kryzysowe związane ze zdrowiem, a postanowienia przedmiotowej regulacji WHO (np. dotyczące dzielenia się informacjami) nie są egzekwowane¹⁷⁶. Ponadto autorzy raportu zwrócili uwagę na nieefektywne przekazywanie

172 B. Chellaney, *The WHO has failed the world in its pandemic response*, The Strategist, 23 kwietnia 2020 r., <https://www.aspistrategist.org.au/the-who-has-failed-the-world-in-its-pandemic-response/>, dostęp: 27 kwietnia 2025 r.

173 T. Wang, *Why Taiwan has become a problem for WHO*, BBC, 30 marca 2020 r., <https://www.bbc.com/news/world-asia-52088167>, dostęp: 28 kwietnia 2025 r.

174 E. Good, *The World Health Organization and the Response to the COVID-19 Pandemic: How the WHO failed and why it doesn't matter*, <https://wccias.northwestern.edu/documents/elizabeth-good-covid-who.pdf>, s. 4, 7, dostęp: 30 kwietnia 2025 r.

175 G. Müller, M. Ruelens, J. Wouters, *The role of the World Health Organization in the COVID-19 pandemic*, 2021.

176 Ibidem, s. 63.

kluczowych informacji naukowych, co powoduje, że informacje te nie są odpowiednio oceniane, rozumiane lub wykorzystywane. Zauważono także zbyt mały budżet Światowej Organizacji Zdrowia, który w dodatku jest zależny od dobrowolnych wpłat¹⁷⁷.

Warto również odnotować, że w przywoływanej publikacji zwrócono uwagę, iż WHO mierzy się aktualnie z kryzysem reputacji, co z kolei implikuje, że organizacja nie otrzymuje odpowiedniego wsparcia dla swoich działań, a jej wytyczne nie są przestrzegane¹⁷⁸. Autorzy podają za *exemplum* tego stanu rzeczy sytuację z czasów wybuchu i rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19, kiedy to rządy państw członkowskich ignorowały prośby i wytyczne autorstwa WHO¹⁷⁹.

Słusznie zauważono również, że pomiędzy państwami członkowskimi istnieją znaczące różnice dotyczące ich zasobów i bogactwa, co przekłada się na możliwości podejmowania działań antypandemicznych¹⁸⁰.

Powyższe uwagi rodzą uzasadnione wątpliwości dotyczące faktycznej możliwości WHO co do skutecznego zapobiegania, wykrywania i przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych w przyszłości.

177 Ibidem, s. 64.

178 Ibidem.

179 Ibidem.

180 Ibidem.

7. Podsumowanie

Powstanie Światowej Organizacji Zdrowia było rezultatem niemal stuletniego procesu, zapoczątkowanego w 1851 roku, kiedy to państwa zdały sobie sprawę, że bez współpracy na poziomie międzynarodowym zatrzymanie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych jest utrudnione. Konferencja paryska była więc początkiem długiej drogi, której następnymi, istotnymi etapami było zawieranie kolejnych konwencji sanitarnych, utworzenie Międzynarodowego Biura Higieny Publicznej (1907) oraz ustanowienie Organizacji Zdrowia Ligi Narodów (1923). Finałem, a właściwie finałem jednego z etapów (WHO, jej aktywność i działalność nadal ewoluuje) było powstanie Światowej Organizacji Zdrowia w 1948 roku.

WHO została wyposażona w szereg istotnych uprawnień, włączając w to prawo do proponowania umów międzynarodowych oraz przyjmowania prawnie wiążących, specyficznych tylko dla tej organizacji przepisów (regulations). Nowe, powojenne realia, potrzeba uporania się ze zniszczeniami spowodowanymi wybuchem II Wojny Światowej, zapewnienie najwyższego możliwego poziomu zdrowia oraz nadzieja na pokojowe współżycie narodów po wielkim konflikcie zbrojnym były motywami, które przyswierały politykom, którzy stworzyli podstawy do globalnego zarządzania zdrowiem.

Od tego momentu Światowa Organizacja Zdrowia przeszła znaczną ewolucję obejmującą przede wszystkim ustanowienie nowych, prawnie wiążących regulacji (w międzyczasie nowelizowanych), wydawanie zarówno aktów o charakterze miękkiego prawa, jak i innych dokumentów dotyczących wielu aspektów szeroko rozumianej problematyki zdrowia publicznego. Rozwinęły się jej struktury, które oprócz rdzenia, czyli Światowego Zgromadzenia Zdrowia, Rady Wykonawczej i Dyrektora oraz Sekretariatu, obejmują również Biura Regionalne oraz Biura Krajowe ustanawiane w kolejnych regionach i państwach. Organizacja tym samym stała się silnie zbiurokratyzowana.

Jednocześnie z biegiem lat funkcjonowanie organizacji budzi wiele kontrowersji podnoszonych przez rządy państw członkowskich i organizacje pozarządowe. Koncentrują się one wokół kilku zasadniczych kwestii dotyczących przede wszystkim promowania aborcji, wspierania permissywnej edukacji seksualnej, braku transparentności finansowania i faktycznej zależności od podmiotów prywatnych czy państw autorytarnych.

WHO podejmuje bowiem szereg działań ukierunkowanych na włączenie tzw. prawa do aborcji do katalogu praw człowieka oraz wspiera wdrażanie nieskutecznej i szkodliwej permissywnej edukacji seksualnej. Liczne wątpliwości budzi również sposób finansowania Światowej Organizacji Zdrowia – w jej budżecie przewidzianym na lata 2023–2025 wśród 10 największych płatników, podmioty prywatne odpowiadają bowiem za ok. 37,5% wpłaconych środków. Taki stan rzeczy rodzi zasadne pytania dotyczące wpływu podmiotów prywatnych na politykę i działania podejmowane przez WHO. Podobne zarzuty pojawiają się ostatnio w kontekście potencjalnych wpływów Chin w tej organizacji.

Przedstawiona powyżej polityka organizacji prowadzi do powstawania sztucznych, motywowanych ideologicznie konfliktów oraz kolizji pomiędzy działaniami i aktami wydawanymi przez WHO a krajowymi porządkami prawnymi. Doskonałym tego przykładem jest promowanie przez WHO tzw. prawa do aborcji. Wdrożenie zaleceń i wytycznych tej organizacji na gruncie krajowego porządku prawnego (Polski) doprowadziłoby bowiem do nieuchronnej sprzeczności z postanowieniami Konstytucji RP z 1997 roku, która na mocy art. 38 tegoż aktu oraz ugruntowanej linii orzeczniczej Trybunału Konstytucyjnego co do zasady chroni życie ludzkie od momentu poczęcia do naturalnej śmierci.

Jeżeli WHO nie zmieni swojej polityki we wskazanych obszarach, zasadność partycypowania w strukturach tej organizacji przez poszczególne państwa członkowskie będzie w coraz większym stopniu podważana. Może to doprowadzić do nasilenia się procesu spadku autorytetu oraz utraty legitymizacji Światowej Organizacji Zdrowia, a wyraźnym argumentem na potwierdzenie tej tezy są ostatnie decyzje władz Stanów Zjednoczonych i Argentyny, które zdecydowały się wystąpić z WHO.

Poszanowanie państw członkowskich, ich systemów i zasad ustrojowych, przejrzystość finansowania oraz transparentność podejmowanych działań są bowiem (a przynajmniej powinny być) podstawą działalności każdej organizacji międzynarodowej. Jeśli WHO nie weźmie pod uwagę wskazanych powyżej pryncypiów, to liczba państw tworzących tę organizację będzie maleć.

Warto jednocześnie zauważyć, że ewolucja WHO nie jest procesem zamkniętym. Treść przyjętych zaledwie rok temu poprawek do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (2024) czy proponowane projekty nowej umowy międzynarodowej mającej ustanowić globalny system zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych (traktat pandemiczny), a także stanowiska kolejnych Sekretarzy Generalnych WHO wskazują, że biurokracja organizacji wciąż się poszerza i odgrywa coraz większą rolę w nadawaniu kursu, którym podążać mają polityki krajowe państw członkowskich.

Innym wartym skomentowania problemem jest sposób finansowania WHO. W budżecie tej organizacji coraz większą rolę odgrywają środki pochodzące od podmiotów prywatnych, mających swoje określone cele i interesy. Sytuacja, w której to właśnie podmioty prywatne odpowiadają w coraz większym stopniu za finansowanie działań Światowej Organizacji Zdrowia budzi naturalne wątpliwości dotyczące potencjalnego konfliktu interesów. W ten sposób WHO osłabia zresztą swoją

legitymację, która pochodzi przecież od jej państw członkowskich, a które to mają coraz mniejszy udział w jej finansowaniu.

W tym kontekście opisywane w niniejszej publikacji decyzje o wycofaniu członkostwa w WHO przez Stany Zjednoczone i Argentynę, chociaż również wysoce kontrowersyjne, mogą być jedynie początkiem szerszego trendu prowadzącego do dalszej utraty legitymacji przez Światową Organizację Zdrowia. Ta utrata legitymacji, coraz bardziej widoczna na wielu różnych poziomach (opinia publiczna, decyzje polityczne, krytyka przedstawicieli nauki prawa i medycyny), może prowadzić do podejmowania decyzji o rezygnacji z uczestnictwa w jej strukturach przez kolejne państwa.

W tym kontekście zasadnym byłoby przedstawienie propozycji dotyczących daleko idącej, instytucjonalnej reformy Światowej Organizacji Zdrowia. Taka reforma, polegająca na zmianie Konstytucji tej organizacji, musiałaby polegać przede wszystkim na ściślejszym określeniu jej kompetencji i spraw, którymi może się zajmować, zwiększeniu transparentności podejmowanych działań oraz wzmocnieniu roli suwerennych państw w jej strukturach (np. poprzez zwiększenie wymogów dotyczących większości w Światowym Zgromadzeniu Zdrowia). Ponadto do przedmiotowej umowy międzynarodowej należałoby dodać nowe przepisy, na mocy których wykluczono by finansowanie WHO przez podmioty prywatne. Autor niniejszej pracy zdaje sobie sprawę z oczywistych trudności związanych z przeprowadzeniem takiego procesu – zostały przedstawione w rozdziale dotyczącym prawa WHO. Warto bowiem przypomnieć, że zmiana traktatów (w tym przypadku Konstytucji WHO) jest procesem żmudnym, wymagającym dużej woli politycznej i zaangażowania państw członkowskich tworzących Światową Organizację Zdrowia. Nie bez przyczyny WHO przyjmuje zresztą akty prawne przede wszystkim o charakterze „miękkiego prawa”. Debata nad zmianą roli i struktury WHO jest jednak koniecznością wynikającą ze zmiany globalnych realiów i wyzwań, co zaprezentowano w przedmiotowej publikacji.

W dzisiejszych skomplikowanych realiach zglobalizowanego świata współpraca międzynarodowa w dziedzinie zdrowia publicznego jawi się jako konieczność. Należy jednak pamiętać, że organizacje międzynarodowe powstają z upoważnienia i w celu realizowania polityki suwerennych państw narodowych, a nie na odwrót. Dlatego też globalna współpraca w obszarze szeroko pojmowanego zdrowia powinna opierać się przede wszystkim na poszanowaniu suwerenności państw członkowskich, poszanowaniu prawa międzynarodowego, transparentności działań oraz zdrowym rozsądku.

Biogram autora



Patryk Ignaszczak

Absolwent Wydziału Prawa i Administracji oraz Wydziału Historii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Stypendysta Rektora UAM. W ramach programu Erasmus studiował również na University of Cyprus w Nikozji. Doświadczenie zdobywał w poznańskich kancelariach prawnych. Analityk w Centrum Prawa Międzynarodowego Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris.



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).



WESPRZYJ ORDO IURIS

Działania Światowej Organizacji Zdrowia coraz częściej spotykają się z krytyką polityków, ekspertów oraz przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego. Zarzuty kierowane pod adresem WHO koncentrują się na kilku zasadniczych kwestiach, w tym między innymi na przejmowaniu przez organizację kompetencji państw członkowskich, promowaniu szkodliwych ideologii czy próbie wymuszenia na państwach-stro-
nach uznania kontrowersyjnych praw, jak tak zwane prawo do aborcji. Liczne głosy krytyczne pojawiają się również w odniesieniu do finansowania WHO czy niedostatecznej transparentności działań podejmowanych przez tę organizację.

Biorąc pod uwagę powyższe, Instytut Ordo Iuris zdecydował się przygotować raport o Światowej Organizacji Zdrowia. Celem niniejszej publikacji jest przedstawienie w sposób zwięzły i treściwy najważniejszych kwestii dotyczących WHO, zaczynając od jej genezy, poprzez strukturę organizacyjną i tworzone przez nią prawo, aż po jej finansowanie i najbardziej kontrowersyjne elementy jej działalności.

ISBN 978-83-68211-54-2



9 788368 211542

WESPRZYJ ORDO IURIS



INSTYTUT NA RZECZ KULTURY PRAWNEJ ORDO IURIS

www.ordoiuris.pl