

SZYMON ZARĘBA

# Komitety do spraw Przeglądu Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych: działalność i efekty funkcjonowania

## IHR Review Committees: Activities and Outcomes

The purpose of this paper is to evaluate the functioning of the International Health Regulations (IHR) Review Committees of the World Health Organization. It attempts to analyze the operation of these committees in order to answer the questions of whether they are performing their functions properly and whether it would be possible to improve their operation. Subsequent chapters discuss the operating rules, legal status, and powers of these committees, as well as their activities to date and their impact (i.e., reports). In the conclusions, the author addresses the question of the effectiveness of the IHR Review Committees and then suggests what could be changed.

SZYMON ZARĘBA, doktor nauk prawnych, Polska Akademia Nauk,  
ORCID – 0000-0003-3226-4441, e-mail: s.zareba@inp.pan.pl

**SŁOWA KLUCZOWE:** Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne, Światowa Organizacja Zdrowia, międzynarodowe prawo zdrowia, ochrona zdrowia publicznego, zagrożenie zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym, pandemia, COVID-19

**KEYWORDS:** International Health Regulations, World Health Organization, international health law, public health, public health emergency of international concern, pandemic, COVID-19

# 1 | Wprowadzenie

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (*International Health Regulations, IHR*) z 2005 r. są kluczowym instrumentem międzynarodowym<sup>[1]</sup> służącym zapobieganiu i zwalczaniu rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych na skalę międzynarodową<sup>[2]</sup>. Brak aktualnie innego wiążącego aktu prawnego o charakterze uniwersalnym, który pełniłby zbliżoną rolę, zwłaszcza umowy międzynarodowej. Nic więc dziwnego, że podczas toczących się w latach 2004-2005 negocjacji kształtu tych przepisów<sup>[3]</sup> przewidziano utworzenie specjalistycznych organów doradczych, które miały zapewnić lepsze wsparcie wiedzą ekspercką organów decyzyjnych WHO odpowiadających za stosowanie IHR. Istnienia takich ciał nie przewidywały wcześniejsze analogiczne regulacje<sup>[4]</sup>, a ich ustanowienie jest uważane za najważniejszą instytucjonalną zmianę dotychczasowego reżimu prawnego wprowadzoną przez IHR z 2005 r.<sup>[5]</sup> Jednym z nich są Komitety ds. Przeglądu Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, których dotyczy poniższe opracowanie.

---

<sup>1</sup> Por. na temat ich formy prawnej m.in.: Leszek Bosek, *Stan epidemii. Konstrukcja prawna* (Warszawa: C.H. Beck, 2022): 17; Marcin Janik, „Mapowanie zagrożeń epidemicznych jako przykład wielopostaciowości administracji publicznej” *Opolskie Studia Administracyjno-Prawne*, nr 1 (2018): 45; Wojciech Burek, „Zmiana sposobu realizacji kompetencji prawotwórczych przez Światową Organizację Zdrowia” *Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego*, nr 12 (2014): 76-77.

<sup>2</sup> Na temat ich roli por. m.in. Jacek Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego* (Warszawa: C.H. Beck, 2013), 209; Bosek, *Stan epidemii. Konstrukcja prawna*, 15. IHR zostały przyjęte przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia WHO w 2005 r. i weszły w życie w 2007 r. Wiążą 194 państwa WHO. Zastąpiły dotychczas obowiązujące regulacje z 1951 r., tzw. Międzynarodowe Przepisy Sanitarne (kilka-krotnie nowelizowane, m.in. w 1969 r.). Por. David P. Fidler, „From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations” *Chinese Journal of International Law*, nr 2 (2005): 333.

<sup>3</sup> Por. na temat jej przyczyn Matthew Fleming, „Combating the Spread of Disease: The International Health Regulations” *Columbia Journal of Transnational Law*, nr 3 (2012): 811-813.

<sup>4</sup> Por. Komunikat z dnia 25 kwietnia 1971 r. w sprawie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, *Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej* z 1971 r. Nr 8, poz. 38.

<sup>5</sup> Tak uważają np. Tania J. Keefe, Mark W. Zacher, *The Politics of Global Health Governance: United by Contagion* (New York: Palgrave Macmillan, 2008), 66.

Celem tekstu jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy takie komitety prawidłowo sprawują swoją funkcję i czy możliwa byłaby poprawa ich funkcjonowania. Poszczególne rozdziały omawiają 1. zadania, status prawny i kompetencje komitetów, 2. ich dotychczasową działalność, 3. jej efekty (raporty), 4. wnioski, oraz 5. propozycje zmian (postulaty *de lege ferenda*). Tekst przyjmuje założenie, że Komitety ds. Przeglądu generalnie działają sprawnie i prawidłowo. Na jakość, legitymizację i przejrzystość ich działań mogłoby jednak korzystnie wpłynąć przyjęcie jasnych i stałych zasad dotyczących: a) wskazywania materiałów i metodologii wykorzystywanych w ich pracach, b) ujawniania potencjalnych konfliktów interesów ich członków i c) relacji z innymi organami o podobnym zakresie działania. Nie zaszkodziłoby również przyjęcie wewnętrznych procedur reagowania na wypadek posądzenia ich członków o stronniczość i służących przeciwdziałaniu korupcji.

## Zadania, status prawny i kompetencje

Działalność Komitetów ds. Przeglądu Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych polega na przygotowywaniu raportów omawiających zagadnienia, o których analizę zostały poproszone przez organy WHO – rozważają w nich dany problem i formułują rekomendacje. Raporty są następnie doręczane Dyrektorowi Generalnemu, który przekazuje je Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia (WHA, od World Health Assembly – najwyższemu organowi decyzyjnemu WHO, w którym głos ma każde z jej państw członkowskich) lub Radzie Wykonawczej (organowi odpowiedzialnemu za wdrażanie decyzji i wspieranie pracy WHA)<sup>[6]</sup>.

IHR przewidują korzystanie przez organy WHO z doradztwa Komitetu ds. Przeglądu w sześciu przypadkach<sup>[7]</sup>. Po pierwsze, w celu oceny propozycji zmian przy nowelizacji tych przepisów<sup>[8]</sup>. Po drugie, w razie zgłoszenia

<sup>6</sup> Art. 52 IHR, art. 50 ust. 1 IHR – por. World Health Organization, *International Health Regulations (2005). Third Edition*, Genewa: World Health Organization, 2016.

<sup>7</sup> Wcześniejsze projekty IHR zakładały także inną możliwość – powierzenia Komitetowi ds. Przeglądu sporów między stronami tych przepisów (np. co do stosowania środków ograniczających handel i turystykę) z prośbą o opinię. Stanowiska komitetu miały być wiążące, jeżeli zażyczyłyby sobie tego strony sporu. To rozwiązanie usunięto jednak z projektu IHR w styczniu 2005 r. Por. Fidler, *From International Sanitary Conventions*, 352.

<sup>8</sup> Art. 50 ust. 1 lit. a IHR.

przez któreś państwo zastrzeżeń do IHR<sup>[9]</sup> – analogicznych do tych, jakie można składać do umów międzynarodowych. Przepisy przewidują udział Komitetu ds. Przeglądu w bardzo szczególnej sytuacji: gdy państwo zgłosi zastrzeżenie, co najmniej jedna trzecia państw-stron IHR zgłosi sprzeciw do tego zastrzeżenia, a państwo zgłaszające mimo to go nie wycofa i zwróci się o wydanie opinii w tej sprawie przez Komitet ds. Przeglądu<sup>[10]</sup>. Po trzecie, opinia komitetu jest niezbędna do wydania, zmiany lub zakończenia obowiązywania tzw. stałego zalecenia<sup>[11]</sup>, tj. zalecenia dotyczącego zagrożenia dla zdrowia publicznego mającego charakter względnie trwały. Może ono dotyczyć krajowych środków podejmowanych w odniesieniu do np. przewozu bagaży, towarów czy przesyłek pocztowych albo ruchu osobowego. Po czwarte, opinii komitetu może zasięgnąć Światowe Zgromadzenie Zdrowia w odniesieniu do kwestii, które pojawiły się przy okazji okresowego przeglądu funkcjonowania IHR, którego regularne dokonywanie nakazują te przepisy<sup>[12]</sup>. Po piąte, skorzystanie z doradztwa komitetu było konieczne przy ocenie wniosków państw o udzielenie zgody na wydłużenie okresu wdrażania IHR<sup>[13]</sup>. Wiąże się to z faktem, że Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne nałożyły na państwa szereg obowiązków do realizacji w ciągu 5 lat od wejścia w życie IHR, z możliwością dwukrotnego przedłużenia – przy czym za drugim razem konieczne było uzyskanie opinii Komitetu ds. Przeglądu. Ta podstawa prawna powołania komitetu mogła być (i została – porównaj niżej) wykorzystana tylko jednorazowo. Po szóste, Dyrektor Generalny może poprosić Komitet ds. Przeglądu o opinię w każdej sprawie dotyczącej funkcjonowania IHR<sup>[14]</sup>. W praktyce – jak zostanie

<sup>9</sup> Art. 62 ust. 8 IHR, a także art. 59 ust. 1 i 2, 60 i 63 ust. 1 IHR.

<sup>10</sup> Ostatecznie do IHR złożono nieliczne zastrzeżenia (Indie, USA), a potrzeba skorzystania z opinii Komitetu ds. Przeglądu nie zaistniała.

<sup>11</sup> Art. 53 IHR i art. 50 ust. 1 lit. b IHR. Stałe zalecenia mają charakter niewiążący i nie mają z góry określonego terminu stosowania. Nie są więc wydawane w odpowiedzi na stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC), jak np. te ogłaszane w związku z działaniami przeciwko COVID-19. Te ostatnie to tzw. tymczasowe zalecenia i są opiniowane przez inne ciało eksperckie, Komitet ds. Nagłych Wypadków (Emergency Committee). Por. Fidler, *From International Sanitary Conventions*, 378 i Lawrence O. Gostin, *Global Health Law* (Cambridge, USA – London, UK: Harvard University Press, 2014), 195.

<sup>12</sup> Art. 54 ust. 2 IHR.

<sup>13</sup> Art. 5 ust. 2 i 13 ust. 2 IHR, por. też art. 5 ust. 1 i 13 ust. 1 IHR.

<sup>14</sup> Art. 50 ust. 1 lit. c IHR.

wykazane poniżej – to właśnie ta ogólna podstawa prawna była najczęściej wykorzystywana do ich powoływania.

Członkowie komitetów są wybierani i mianowani przez Dyrektora Generalnego spośród osób znajdujących się na prowadzonej przez niego stałej liście ekspertów ds. IHR i czasem z innych paneli eksperckich WHO. Regulacje nie precyzują liczebności czy długości działania komitetu – w tej kwestii luz decyzyjny ma Dyrektor Generalny. Art. 50 i 52 IHR wskazują jednak, że wybiera on członków Komitetu ds. Przeglądu „tylko na czas trwania prac” jego „sesji”, po której Komitet sporządza raport zawierający jego oceny i rady. W praktyce Komitet nie ma więc charakteru stałego i nie działa w sposób ciągły, a WHO traktuje powoływane dotąd komitety jako odrębne i niezależne od siebie<sup>[15]</sup>. W razie różnicy zdań komitet podejmuje głosowanie, przy czym decyzje zapadają zwykłą większością głosów członków biorących udział w danym posiedzeniu<sup>[16]</sup>. Członkowie pozostający w mniejszości mają prawo sporządzić odrębny raport przedstawiający ich punkt widzenia. W posiedzeniach mogą też uczestniczyć, bez udziału w głosowaniach, przedstawiciele państw należących do WHO oraz organizacji międzynarodowych rządowych i pozarządowych utrzymujących oficjalne stosunki z WHO.

## 2 | Zarys dotychczasowej praktyki

Dyrektorzy Generalni WHO powołali dotąd do istnienia cztery Komitety ds. Przeglądu<sup>[17]</sup>. Pierwszy został utworzony w styczniu 2010 r.<sup>[18]</sup>, w trakcie pandemii grypy wywołanej przez wirusa H1N1, często określanej jako świńska grypa. Jego celem miało być przyjrzenie się globalnej odpowiedzi

<sup>15</sup> Por. np. stwierdzenie z podstrony internetowej WHO dotyczącej Komitetów ds. Przeglądu: *So far, the Director General convened four IHR review committees*, World Health Organization, *IHR Review Committees*, <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees>.

<sup>16</sup> Art. 51 IHR.

<sup>17</sup> Por. World Health Organization, *IHR Review Committees*.

<sup>18</sup> World Health Organization, *Implementation of the International Health Regulations (2005) Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009. Report by the Director-General. A.64/10*. Genewa: World Health Organization, 2011: 142 (dalej jako *World Health Organization, Raport pierwszego komitetu*).

na tę pandemię<sup>[19]</sup>, a także przegląd dotychczasowego funkcjonowania IHR. Ten ostatni element był o tyle istotny, że art. 54 ust. 2 IHR i tak wymagał dokonania pierwszego takiego przeglądu nie później niż 5 lat po wejściu w życie tych przepisów<sup>[20]</sup>, a więc najpóźniej w 2012 r. Końcowy raport komitetu został przedstawiony WHA w maju 2011 r.<sup>[21]</sup> Komitet liczył 25 osób, choć jego raport wspominał też o 4 innych, które wycofały się w trakcie prac<sup>[22]</sup>. Podczas pierwszego posiedzenia wybrał przewodniczącego, wiceprzewodniczącego i sprawozdawcę, a w ślad za nim takie funkcje znalazły się później we wszystkich późniejszych komitetach. Odbывał posiedzenia plenarne (otwarte) i sesje zamknięte dla osób postronnych. W plenarnych brali udział przedstawiciele państw, organizacji międzynarodowych, organizacji pozarządowych utrzymujących oficjalne stosunki z WHO, przemysłu, a także eksperci i dziennikarze<sup>[23]</sup>. Pierwszy komitet nie nawiązywał kontaktów z dwoma innymi ciałami badającymi reakcję WHO na pandemię H1N1, tj. Komitetem ds. Socjalnych, Zdrowia i Rodziny działającego przy Zgromadzeniu Parlamentarnym Rady Europy<sup>[24]</sup> oraz zespołem śledczym utworzonym przez czasopismo naukowe The British Medical

<sup>19</sup> Nacisk na dążenie WHO przede wszystkim do odpowiedzi na zarzuty stawiane wobec jej reakcji na pandemię H1N1 kładą m.in. Douglas Bettcher et al, „International efforts to promote public health”, [w:] *Oxford Textbook of Global Public Health, Volume 1*, red. Roger Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim, Chorh Chuan Tan (Oxford: Oxford University Press, 2015), 355.

<sup>20</sup> Dłatego np. Maxwell Charles Hardiman, „World Health Organization Perspective on Implementation of International Health Regulations” *Emerging Infectious Diseases*, nr 7 (2012): 1044, stwierdza, że mandat komitetu ze standardowego okresowego przeglądu został rozszerzony o analizę międzynarodowej reakcji na pandemię H1N1.

<sup>21</sup> Po jego utworzeniu Komitet zakładał także publikację raportu cząstkowego w maju 2010 r., por. World Health Organization, *Raport pierwszego komitetu*, 143 oraz World Health Organization. *Transcript of press briefing at WHO headquarters, Geneva. Dr Harvey Fineberg, Chair, IHR Review Committee*. Genewa: World Health Organization, 2010: 2. [https://apps.who.int/mediacentre/multimedia/pc\\_transcript\\_14\\_april\\_10\\_fineberg.pdf](https://apps.who.int/mediacentre/multimedia/pc_transcript_14_april_10_fineberg.pdf).

Nie udało się potwierdzić, czy takowy rzeczywście został sporządzony.

<sup>22</sup> World Health Organization, *Raport pierwszego komitetu*, 4.

<sup>23</sup> Ibidem, 9.

<sup>24</sup> Adrian O’Dowd, „Council of Europe Condemns »Unjustified Scare« over Swine Flu” *British Medical Journal* (2010): 340; Parliamentary Assembly of the Council of Europe. *Resolution 1749 (2010). Handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed*. Strasbourg: Council of Europe, 2010. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17889&lang=en>.

Journal i organizację porządkową Bureau of Investigative Journalism<sup>[25]</sup>. Nie odnosił się też do ich raportów.

Drugi Komitet ds. Przeglądu rozpoczął prace w listopadzie 2014 r., a zakończył je raportem przedstawionym Radzie Wykonawczej WHO już w styczniu 2015 r. Krótki czas jego pracy wiązał się prawdopodobnie z tym, że miał głównie ustosunkować się do wniosków części państw WHO o ponowne wydłużenie okresu na rozwinięcie podstawowych zdolności w zakresie monitorowania zagrożeń dla zdrowia publicznego i reagowania na nie. Zgodnie z art. 13 IHR członkowie WHO mieli na to 5 lat od wejścia w życie przepisów (co przypadało na połowę 2012 r.), z możliwością uzyskania przedłużenia, o które wystąpiło aż 118 państw. Zostało ono udzielone na dwa lata, do połowy 2014 r., ale do tego czasu większość członków WHO nadal nie wdrożyła wymaganych zmian<sup>[26]</sup>, a 81 zawnioskowało o ponowne dwuletnie wydłużenie terminu<sup>[27]</sup>. Konieczne było więc zajęcie przez organizację stanowiska w tej sprawie i drugi komitet został powołany właśnie w celu przedstawienia opinii w tej kwestii. Przy okazji został poproszony o rekomendacje, w jaki sposób wzmocnić podstawowe zdolności i ocenę postępów w realizacji IHR i zaleceń poprzedniego komitetu. Liczył 13 członków. Odbył tylko jedno dwudniowe posiedzenie, częściowo otwarte dla przedstawicieli państw, organizacji międzynarodowych i pozarządowych.<sup>[28]</sup> Jego raport nie daje podstaw by twierdzić, że w jego ramach działały jakieś podkomitety.

Celem prac trzeciego komitetu była ocena skuteczności IHR w zakresie zapobiegania i reagowania na wybuchłą w grudniu 2013 r. w Afryce Zachodniej i trwającą do połowy 2016 r. epidemię Eboli<sup>[29]</sup>. Był on również

---

<sup>25</sup> Adam Kamradt-Scott, „What Went Wrong? The World Health Organization from Swine Flu to Ebola”, [w:] *Political Mistakes and Policy Failures in International Relations*, red. Andreas Kruck, Kai Oppermann, Alexander Spencer (Cham: Palgrave Macmillan, 2018), 200.

<sup>26</sup> Część ekspertów już pod koniec 2012 r. twierdziła, że dwuletnie wydłużenie dla wielu państw nie będzie wystarczające. Por. Clive M. Brown, Martin S. Cetron, „Crossing Borders: One World, Global Health” *Clinical Infectious Diseases*, nr 5 (2012): vi.

<sup>27</sup> World Health Organization, *Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation. Report by the Director-General. EB136/22 Add.1*, Genewa: World Health Organization, 2015. (dalej jako: World Health Organization, *Raport drugiego komitetu*) – por. Annex 1, zwłaszcza stroną 2.

<sup>28</sup> World Health Organization, *Raport drugiego komitetu*, 3.

<sup>29</sup> Jak podkreślał sam komitet, rozważył też działania podejmowane wobec epidemii wirusów MERS, polio i innych odmian grypy o potencjale pandemicznym,

proszony o ocenę stanu realizacji zaleceń poprzedniego komitetu oraz sformułowanie zaleceń mogących poprawić funkcjonowanie i skuteczność IHR. Jego pierwsze posiedzenie odbyło się w sierpniu 2015 r., a raport został przekazany WHA w maju 2016 r. W jego skład weszło 16 osób. Odbył 6 posiedzeń. Dwa były otwarte dla przedstawicieli państw, organizacji międzynarodowych i pozarządowych mających relacje z WHO, a także częściowo transmitowane publicznie w Internecie. Podczas pozostałych organizowano sesje otwarte, którym przedstawiciele wymienionych podmiotów mogli przyglądać się przez Internet, a także zamknięte. Ponadto trzeci komitet zorganizował kilkanaście telekonferencji i wizytę części członków w regionalnym biurze WHO ds. Afryki. W jego ramach utworzono trzy podkomitety o enigmatycznie brzmiących zadaniach: ds. istotnych problemów, zagadnień i pytań wymagających szerszych konsultacji; ds. podejść i opcji poprawy oraz ds. informacji, analiz, organizacji lub osób, których wkład mógłby mieć znaczenie dla przeglądu IHR i opracowania zaleceń. Nowością było odniesienie się przez niego w jednym z załączników do rekomendacji innych ciał utworzonych w podobnym celu, Panelu ds. Tymczasowej Oceny Eboli<sup>[30]</sup> i Panelu Wysokiego Szczebla ONZ ds. Globalnego Reagowania na Kryzysy Zdrowotne<sup>[31]</sup>. Nie próbował jednak nawiązać z nimi oficjalnego kontaktu, choć drugi z nich funkcjonował w dużej mierze równolegle z nim<sup>[32]</sup>. Nie kontaktował się też ani nie komentował prac i ustaleń innych prywatnych eksperckich komisji badawczych, zwłaszcza Niezależnego

---

por. World Health Organization, *Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response. Report by the Director-General*. A69/21 (Genewa: World Health Organization, 2016), Appendix II, 77. (dalej jako: World Health Organization, *Raport trzeciego komitetu*).

<sup>30</sup> Nt. Panelu ds. Tymczasowej Oceny Eboli (*Ebola Interim Assessment Panel*) por. World Health Organization, *Report of the Ebola Interim Assessment Panel* (Genewa: World Health Organization, 2015), 9, 27-28. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/evaluation/report-ebola-interim-assessment-panel.pdf>.

<sup>31</sup> Nt. Panelu Wysokiego Szczebla ONZ ds. Globalnego Reagowania na Kryzysy Zdrowotne (*United Nations High-Level Panel on the Global Response to Health Crises*) por. United Nations General Assembly, *Protecting Humanity from Future Health Crises. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises*. A/70/723 (Nowy Jork: United Nations, 2016), 5, 86-89. [https://digitallibrary.un.org/record/822489/files/A\\_70\\_723-EN.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/822489/files/A_70_723-EN.pdf).

<sup>32</sup> Co ciekawe, choć rekomendacje wszystkich trzech komitetów dość mocno się różniły, o tyle ich ocena zastanej sytuacji była podobna. Por. Stefania Negri, „Communicable Disease Control”, [w:] *Research Handbook on Global Health Law*,



Panelu ds. Globalnej Odpowiedzi na Ebolę utworzonego przez Uniwersytet Harvarda i London School of Hygiene and Tropical Medicine oraz Komisji Ramowej Globalnego Ryzyka Zdrowotnego stworzonej przez amerykańską organizację pozarządową National Academy of Medicine<sup>[33]</sup>.

Czwarty i ostatni jak dotąd komitet został powołany w odpowiedzi na sygnalizowaną przez wielu członków WHO w 2020 r. potrzebę dokonania oceny koordynowanej przez tę organizację międzynarodowej odpowiedzi na pandemię COVID-19. Miał dokonać przeglądu funkcjonowania IHR podczas działań podejmowanych przeciwko pandemii i oceny wdrożenia zaleceń poprzednich komitetów. Rozpoczął prace we wrześniu 2020 r. Wydał najpierw raport cząstkowy, przekazany WHA w styczniu 2021 r., a następnie raport końcowy, który WHA otrzymało w kwietniu 2021 r.<sup>[34]</sup> Choć powołane zostały do niego 22 osoby, ostatecznie liczył 20 członków, bo 2 wycofało się w trakcie prac. Działał w przeważającej mierze wirtualnie, co było uzasadnione dążeniem do uniknięcia wzajemnego zakażenia przez jego członków w związku z m.in. dużą zakaźnością COVID-19 połączoną z ograniczeniami w wykrywaniu tej choroby. W formie zdalnej odbył 28 posiedzeń plenarnych i posiedzeń podkomitetów. Samych podkomitetów było 4 i były one dość intuicyjnie podzielone – na podkomitety ds. przygotowania się, alarmowania, reagowania i zarządzania (jak można domniemywać – te czynności miały dotyczyć kryzysów zdrowotnych). Oprócz spotkań zamkniętych zorganizował 7 otwartych z udziałem przedstawicieli państw, organizacji międzynarodowych i pozarządowych. Ponadto opinie przedstawiali mu eksperci i przedstawiciele poprzednich komitetów ds. przeglądu IHR i Komitetu ds. Nagłych Wypadków<sup>[35]</sup>. Inaczej niż poprzednik, czwarty komitet koordynował prowadzone prace z działającym niemal równolegle Niezależnym Panelem ds. Gotowości i Reagowania na Pandemie<sup>[36]</sup> za pośrednictwem sekretariatów obu ciał oraz w formie

---

red. Gian Luca Burci, Brigit Toebes (Cheltenham, UK-Northampton, USA: Edward Elgar Publishing, 2018), 298.

<sup>33</sup> Por. Lawrence O. Gostin, „Global Health Security After Ebola: Four Global Commissions” *The Milbank Quarterly*, nr 1 (2016): 34.

<sup>34</sup> World Health Organization, *WHO’s Work in Health Emergencies. Strengthening Preparedness for Health Emergencies: Implementation of the International Health Regulations (2005). A74/9 Add.1.* (Genewa: World Health Organization, 2021), 19-21 (dalej jako: World Health Organization, *Raport czwartego komitetu*).

<sup>35</sup> Komitet również działający na podstawie IHR – por. wcześniejsze uwagi nt. zaleceń tymczasowych.

<sup>36</sup> Nt. Niezależnego Panelu ds. Gotowości i Reagowania na Pandemie (*Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response*) por. Independent Panel

konsultacji telefonicznych ich członków i przewodniczących. W raporcie nie odnosił się jednak do ustaleń tego ciała, podobnie jak innych inicjatyw prywatnych, jak komisja ekspercka powołana przez czasopismo medyczne „The Lancet”<sup>[37]</sup>.

### 3 | Raporty komitetów

Trudno byłoby dokonać oceny działalności Komitetów ds. Przeglądu nie podejmując próby przyjrzenia się także nieco dokładniej głównym efektom ich pracy, czyli przygotowywanym przez nie raportom. Można w tym względzie zauważyć sporo elementów wspólnych, ale i konieczne do odnotowania różnice.

Od strony formalnej na przestrzeni lat została wypracowana spora liczba elementów raportów analizujących kryzysy zdrowotne (pandemie H1N1 i COVID-19 oraz epidemię Eboli) i kilka elementów wspólnych dla wszystkich raportów (a więc także bardziej „technicznego” raportu drugiego komitetu). Jeżeli chodzi o grupę raportów „kryzysowych”, każdy z nich zawierał podziękowania dla osób i podmiotów uczestniczących w ich powstaniu. Po nim następował wstęp przedstawiający okoliczności powołania komitetu i streszczenie wykonawcze z wnioskami i rekomendacjami<sup>[38]</sup>. Po streszczeniu następowała część główna raportu: omówienie, czym są IHR i jakie były koleje ich przyjęcia; ocenę ich implementacji; informacje o specyficie choroby, która spowodowała dany kryzys; analizę i ocenę reakcji WHO na ten kryzys; a następnie wnioski i rekomendacje (pokrywające się z zawartymi w streszczeniu wykonawczym). Raporty trzeci i czwarty dokonywały także w części głównej oceny wdrożenia

---

for Pandemic Preparedness and Response. *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. Genewa: Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, 2021), 75-78. [https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic\\_final.pdf](https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf); Ellen Johnson Sirleaf, Helen Clark, „Report of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response: making COVID-19 the last pandemic” *The Lancet*, nr 10295 (2021): 101-103.

<sup>37</sup> Nt. komisji The Lancet por. Jeffrey D. Sachs, et al., „The Lancet Commission on Lessons for the Future from the COVID-19 Pandemic” *The Lancet*, nr 10359 (2022): 1224-1280. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9).

<sup>38</sup> W przypadku raportu pierwszego komitetu – także z metodologią.

rekomendacji poprzednich Komitetów ds. Przeglądu (w pierwszym nie było siłą rzeczy takiej możliwości). W porównaniu z raportami „kryzysowymi” raport drugiego komitetu, dotyczący kwestii mocno technicznych, wykazuje spore różnice. Po krótkim opisie przyczyn powołania komitetu i jego działalności znalazł się w nim krótki fragment dotyczący implementacji IHR, po którym nastąpiły wnioski (uwzględniające analizę wdrażania rekomendacji poprzednich komitetów) i nowe rekomendacje. Nie było więc w nim nie tylko bardziej rozbudowanego wstępu czy informacji metodologicznych, lecz także niemal w całości części głównej. Przyczyną takiego ujęcia mogła być konstatacja, że ze względu na mało interesującą szerszą opinię publiczną tematykę można go było bez większej szkody ograniczyć do elementów absolutnie niezbędnych. Fakt, że drugi komitet miał zdecydowanie węższy zakres zadań, znalazł zresztą odzwierciedlenie także w długości jego raportu końcowego, który uwzględniając załączniki liczył 26 stron i był trzy razy krótszy od najkrótszego z raportów „pokryzysowych”.

Załączniki do raportów mocno się różniły, jeżeli chodzi o liczbę<sup>[39]</sup> i treść. W zasadzie jedynym elementem wspólnym było omówienie afiliacji i biografii członków komitetów. Komitety pierwszy i czwarty zawarły w raportach kalendarze z chronologią zdarzeń podczas pandemii H1N1 i COVID-19, ale analogicznego załącznika brak w raporcie trzeciego komitetu, co może wręcz budzić zdziwienie, bo jego działalność dotyczyła epidemii Eboli. Z kolei komitety pierwszy i drugi dołączyły do raportów załączniki dotyczące metodologii ich pracy, niedostępne w pozostałych. Innymi elementami pojawiającymi się w niektórych sprawozdaniach były listy skrótów, bibliografie, streszczenie IHR, agendy posiedzeń, deklaracje o konflikcie interesów, opinie na temat rekomendacji innych organów, rozwinięte elementy rekomendacji (np. w raporcie trzeciego komitetu – zarys zasad działania zaproponowanego przezeń stałego komitetu doradczego). Ponownie wyraźną różnicę można zaobserwować w raporcie komitetu drugiego, do którego załączono projekt rezolucji do przyjęcia przez Radę Wykonawczą WHO i informację o potencjalnych finansowych i administracyjnych skutkach jego przyjęcia. Należy odnotować, że autorzy raportów wykazywali wykorzystywane opracowania i dokumenty w bardzo różny sposób. W raporcie pierwszego komitetu temu celowi służyły zamieszczane w tekście przypisy tylko do dokumentów WHO i bibliografia zawierająca

<sup>39</sup> Zaczynając od raportu pierwszego, było to kolejno: 8 załączników, 3 (w tym jeden czteroczęściowy), 5 i 3.

oprócz nich także wykorzystane opracowania naukowe. Raport trzeciego komitetu nie zawierał bibliografii, lecz przypisy, także do literatury naukowej. Z kolei w raporcie czwartego komitetu znalazły się przypisy do dokumentów WHO i opracowań oraz uwzględniająca je bibliografia. Natomiast raport drugiego komitetu zawierał przypisy wyłącznie do źródeł WHO i był pozbawiony bibliografii. Można więc powiedzieć, że wyraźnie brak w nich spójnego, jednolitego podejścia do tej kwestii.

Zasadne wydaje się odniesienie także do raportów od strony merytorycznej, by wskazać główne poruszane zagadnienia, a także zależności między działalnością kolejnych komitetów, znajdujące odzwierciedlenie w treści raportów. Z uwagi na ściśle powiązanie z konkretnymi analizowanymi sytuacjami ustalenia faktyczne w nich zawarte są przeważnie nieporównywalne. Co innego, jeżeli chodzi o wnioski i rekomendacje.

Analiza tych dokumentów pokazuje, że znaczna liczba wniosków i zaleceń kierowanych do WHO i jej członków na przestrzeni lat – a konkretnie w latach 2011-2021, gdy publikowane były raporty – była podobna, co zauważył nawet wprost w swoim raporcie ostatni dotychczas, czwarty komitet. Wszystkie komitety stwierdzały więc przede wszystkim, że wdrożenie tak zwanych podstawowych zdolności państw w zakresie IHR – zwłaszcza wykrywania, analizy i zgłaszania zagrożeń zdrowotnych – opóźnia się i pozostawia wiele do życzenia<sup>[40]</sup>, a świat jest źle przygotowany do reagowania na jakąkolwiek globalną sytuację zagrożenia zdrowia publicznego<sup>[41]</sup>.

---

<sup>40</sup> Por. np. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, *Law and Public Health Emergency Preparedness and Response: Lessons from the COVID-19 Pandemic* (Genewa, 2021), 70. [https://disasterlaw.ifrc.org/sites/default/files/media/disaster\\_law/2021-11/20211112\\_Law\\_PHE\\_ONLINE.pdf](https://disasterlaw.ifrc.org/sites/default/files/media/disaster_law/2021-11/20211112_Law_PHE_ONLINE.pdf). (cytowane opracowanie uwzględnia trzy pierwsze raporty, ale taka sama konstatacja znalazła się w czwartym).

<sup>41</sup> Giulio Bartolini, „The Failure of »Core Capacities« under the WHO International Health Regulations”, *International & Comparative Law Quarterly*, nr 1 (2021): 243-244 podkreśla, że w odpowiedzi na kolejne raporty WHO podejmowała w tym zakresie pewne inicjatywy. Np. po opublikowaniu raportu drugiego komitetu w 2015 r. Dyrektor Generalny zaproponował w 2016 r. nowe ramy monitorowania i oceny wdrażania IHR, które potem przybrały formę tzw. IHR Monitoring and Evaluation Framework – przewidującego m.in. możliwość zewnętrznej oceny wdrażania tych przepisów. Z kolei w trakcie pandemii COVID-19 WHO wystąpiła z inicjatywą stworzenia regularnego powszechnego przeglądu zdolności państw z omawianym zakresie (*Universal Health and Preparedness Review*, UHPR), por. World Health Organization. *Universal Health and Preparedness Review (UHPR). Member States Information Session*, (Genewa: 2021), [https://apps.who.int/gb/COVID-19/pdf\\_files/2021/25\\_11/Item2.pdf](https://apps.who.int/gb/COVID-19/pdf_files/2021/25_11/Item2.pdf) oraz International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, *Law and Public Health*, 70.

Wskazywały, że konieczna jest poprawa poszanowania zaleceń i wytycznych kierowanych przez WHO do jej państw członkowskich, wzmocnienie tzw. krajowych punktów centralnych (NFP, od National Focal Points) ds. Międzynarodowych przepisów zdrowotnych i poprawa komunikowania się między WHO a jej członkami. W części przypadków proponowały bardzo zbliżone rozwiązania, np. wszystkie wzywały państwa członkowskie WHO do wyposażenia NFP w środki, kadre i uprawnienia umożliwiające szybkie przekazywanie informacji w sytuacjach zagrożenia zdrowia publicznego. Czasem występowały między nimi różnice, ale niewielkie, jak w przypadku stosunku do wzmocniania zdolności podstawowych. Pierwszy komitet wzywał do aktualizacji strategii budowania takich zdolności, drugi – do kontynuowania wysiłków na rzecz ich rozwijania, a trzeci i czwarty apelowały, by państwa uwzględniały wzmocnianie podstawowych zdolności w swoich programach mających wzmocnić ich systemy opieki zdrowotnej, a WHO udzielała im wsparcia.

Z drugiej strony podejście komitetów choćby do kwestii poprawy komunikowania się różniło się stosunkowo mocno. Pierwszy apelował m.in. o ulepszenie witryny WHO poświęconej informacjom o zdarzeniach mogących być potencjalnymi zagrożeniami dla zdrowia publicznego, wykorzystywanie jej m.in. do przekazywania komunikatów NFP, publikowania zaleceń stałych i tymczasowych, a także zamieszczania wytycznych WHO przed ich upublicznieniem. Apelował o stworzenie strategii i systemu zarządzania dokumentami, by dokumenty WHO mogły być szybko tłumaczone i rozpowszechniane w sytuacji zagrożeń dla zdrowia publicznego oraz opracowanie strategii komunikacyjnej całej WHO. Drugi komitet wprost zachęcał WHO, by informacje techniczne uzupełniać informacjami o charakterze promocyjnym, aby pokazać państwom członkowskim i potencjalnym darczyńcom sens wspierania rozwoju zdolności w zakresie przestrzegania IHR. Trzeci komitet znów apelował o utworzenie strategii komunikacyjnej WHO, publikowanie szybkich ocen ryzyka dotyczących zagrożeń dla zdrowia publicznego mogących mieć wymiar międzynarodowy, jasną i spójną komunikację w czasie kryzysów z uwzględnieniem potrzeb sektora prywatnego, a także wykorzystywanie m.in. badań i sondaży opinii publicznej, by poznać braki w zakresie polityki informacyjnej WHO. Te sugestie częściowo pokrywały się więc z zaleceniami pierwszego komitetu, a częściowo szły dalej. W związku z publikacją strategii WHO, a jednocześnie nowymi wyzwaniem w zakresie komunikacji, czwarty komitet skupił się natomiast na apelach o opracowanie norm i standardów dla zastosowań technologii cyfrowej związanych z podróżami

międzynarodowymi oraz cyfrowego standardu międzynarodowej książki szczepień. W odpowiedzi na falę dezinformacji w trakcie pandemii COVID-19 zaproponował też m.in. zmianę anglojęzycznego skrótu PHEIC używanego od lat do zagrożeń dla zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym w związku z jego podobieństwem w wymowie do angielskiego słowa „fake” (fałszywy) na np. PHEMIC lub inny skrót.

Przykładem dużej zgodności opinii kilku, choć nie wszystkich komitetów, mogą być przedstawione przez drugi komitet sugestie, by sekretariat WHO opracował opcje odejścia od samooceny zdolności w zakresie stosowania IHR przez państwa w kierunku wzajemnej oceny ich zdolności i dobrowolnych ocen zewnętrznych. Zbliżone rozwiązania sugerowały później także komitety trzeci i czwarty<sup>[42]</sup>. Zdecydowanie więcej było jednak wspólnych wniosków i rekomendacji komitetów „kryzysowych”: pierwszego, trzeciego i czwartego<sup>[43]</sup>. Należy tu wymienić zwłaszcza nieodpowiednią liczbę poziomów alarmowych skutkującą niewłaściwym reagowaniem przez państwa na zagrożenia, konieczność poprawy zarządzania oceną ryzyka przez WHO i poprawy wymiany informacji o zagrożeniach. Jeżeli chodzi o poziomy alarmowe, komitety apelowały o stworzenie spójnej definicji pandemii i określenie stopnia ciężkości zagrożenia niezbędnego do stwierdzenia jej wystąpienia. Wszystkie trzy krytykowały też wyróżniane przez WHO kategorie alarmowe, ale, co ciekawe, ich propozycje naprawy zastanej sytuacji diametralnie się różniły. Pierwszy komitet uważał, że wyróżnienie kilku faz reagowania przez WHO było nadmiernie skomplikowane i apelował o ogłaszanie tylko trzech: podstawowej, alarmowej i właściwego stanu pandemii. W odpowiedzi na to WHO zrezygnowała z używania pojęcia pandemii wobec zagrożeń innych niż grypa i zastosowała binarne podejście: brak stanu zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym lub jego wystąpienie. Okazało się to niewłaściwe już przy epidemii Eboli, gdyż oznaczało konieczność natychmiastowego przejścia ze stanu względnej beczynności do stanu wyjątkowego bez żadnego okresu przejściowego. Dlatego trzeci komitet zaapelował o stworzenie pośredniego poziomu

<sup>42</sup> Co do zbieżności opinii komitetów drugiego i trzeciego por. Ayelet Berman, „Closing the Compliance Gap: From Soft to Hard Monitoring Mechanisms under the International Health Regulations” *Washington University Global Studies Law Review*, nr 3 (2021): 598-599.

<sup>43</sup> Por. także solidne porównanie rekomendacji komitetów pierwszego i trzeciego w: Trygve Ottersen, Steven J. Hoffman, Gaëlle Groux, „Ebola Again Show the International Health Regulation Are Broken: What Can Be Done Differently to Prepare for the Next Epidemic” *American Journal of Law & Medicine*, nr 2 i 3 (2016): 380-381.

alarmowego, już zobowiązującego państwa do podejmowania ograniczonych kroków zaradczych. Wreszcie czwarty komitet wezwał WHO do opracowania nowego systemu ostrzegania i reagowania (World Alert and Response Notice – WARN), w celu szybkiego reagowania na zagrożenia i zapobiegania ich przekształcaniu się w globalne kryzysy. Był zarazem przeciwny wprowadzeniu formalnego pośredniego poziomu alarmowego. Jeżeli chodzi z kolei np. o poprawę wymiany informacji o zagrożeniach, to komitety pierwszy i trzeci kładły bardzo duży nacisk na porozumienie się członków WHO w sprawie dzielenia się patogenami i zwiększenia dostępu do szczepionek. Nalegały też na konieczność szybkiego powiadamiania przez państwa o potencjalnych zagrożeniach dla zdrowia publicznego zgodnie z IHR. Czwarty komitet, świadomy poważnego sporu między państwami rozwiniętymi a rozwijającymi się w kwestii dzielenia się patogenami, nalegał na to już dużo mniej, kładąc nacisk na wezwania państw, by udzieliły mandatu WHO do proaktywnego wspierania jej członków w razie zdarzeń wysokiego ryzyka, nawet mimo braku wniosku z ich strony, i do uzasadniania odmowy wykorzystania wsparcia. Apelował także, by WHO udostępniała publicznie niezweryfikowane informacje o zdarzeniach stwarzających poważne ryzyko.

Można zarazem zauważyć występowanie niektórych propozycji tylko w niektórych raportach, np. tylko w tych pierwszego i drugiego komitetu znalazły się apele, by WHO utworzyła fundusz interwencyjny do wykorzystania w razie sytuacji kryzysowych i rezerwę siły roboczej, która byłaby mobilizowana w razie zagrożeń dla zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym. Takie postulaty nie znalazły się jednak w kolejnych raportach. Wiązało się to najprawdopodobniej z utworzeniem przez WHO w 2015 r. Funduszu Awaryjnego na wypadek Sytuacji Kryzysowych (CFE)<sup>[44]</sup> oraz trwającymi od 2013 r. i zintensyfikowanymi od 2014 r. pracami nad tworzeniem międzynarodowych zespołów ratownictwa medycznego (EMT)<sup>[45]</sup> – aczkolwiek należy odnotować, że zwłaszcza ich finansowanie i liczebność pozostawiają sporo do życzenia. Inne zagadnienia były poruszane tylko przez pojedyncze komitety, np. raport trzeciego komitetu jako

<sup>44</sup> World Health Organization, *2019 Annual Report: WHO Contingency Fund for Emergencies* (Geneva: World Health Organization, 2020), 3. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/cfe\\_2019\\_annualreport9d-5855co-f172-4f6d-9056-a364115b9014.pdf?sfvrsn=d30001d2\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/cfe_2019_annualreport9d-5855co-f172-4f6d-9056-a364115b9014.pdf?sfvrsn=d30001d2_1&download=true).

<sup>45</sup> World Health Organization. *Emergencies: Emergency Medical Teams*. Geneva: World Health Organization, 2015. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/emergencies-emergency-medical-teams>.

jedyny wzywał do nawiązania przez WHO bliższej współpracy z WTO, by zapewnić spójność interpretacji ograniczeń handlowych nakładanych ze względu na zdrowie publiczne przez obie organizacje i przyznać stałym zaleceniom WHO rolę standardów w rozumieniu porozumień WTO<sup>[46]</sup>.

Wreszcie zdarzały się przypadki – choć raczej nieliczne – że rekomendacje komitetów były wręcz wyraźnie przeciwstawne: np. trzeci komitet uważał, że zamiast zmiany IHR konieczna jest ich pełna implementacja<sup>[47]</sup>, a czwarty zdecydowanie opowiadał się za zmianami tych przepisów, nalegając na ich jak najszybsze dokonanie.

Zarysowaną powyżej sporą liczbę podobieństw wniosków i rekomendacji komitetów można ocenić dwojako. Z jednej strony wiąże się ona ze zbyt wolnym wdrażaniem IHR i opóźnieniami w reformie WHO, które sprawiają, że poszczególne zalecenia nie tracą na aktualności – co mocno skrytykował wspomniany czwarty (i jak na razie ostatni) komitet. Rzeczywiście, stan implementacji zaleceń Komitetów ds. Przeglądu pozostawia wiele do życzenia i trzeba ten fakt ocenić jednoznacznie negatywnie. Z drugiej strony, opisane podobieństwa częściowo wiążą się z faktem, że każdy kolejny komitet począwszy od drugiego badał stan implementacji nie tylko samych IHR, ale również rekomendacji jego poprzedników. To należy ocenić pozytywnie. Umożliwia bowiem poprawę ciągłości instytucjonalnej i zachowanie merytorycznej spójności ich rekomendacji w takim zakresie, w jakim jest ona możliwa; albo przeciwnie – podjęcie polemiki, jak chociażby we wspomnianej kwestii konieczności wprowadzenia nowych stanów alarmowych lub jej braku.

## 4 | Wnioski

Jak wynika z powyższej analizy, Komitety ds. Przeglądu są organami wewnętrznymi w stosunku do WHO, powoływanymi doraźnie, w celu wypełnienia określonego zadania<sup>[48]</sup>. Mają generalnie szeroki zakres

<sup>46</sup> World Health Organization, *Raport trzeciego komitetu*, 37, 82.

<sup>47</sup> Ocena tej kwestii przez trzeci komitet była zresztą spójna z oceną pierwszego komitetu, ale odmienna niż Panelu ds. Tymczasowej Oceny Eboli, por. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, *Law and Public Health*, 70.

<sup>48</sup> Gaëlle M.N. Groux, Steven J. Hoffman, Trygve Ottersen, „A Typology of Scientific Advisory Committees”, *Global Challenges*, nr 2 (2018): 3 zauważają, że doraźność



niezależności od organów, którym doradzają, a ich doradztwo ma nie tylko charakter deskryptywny, ale preskryptywny (a więc służy nie tylko podsumowaniu stanu rzeczy, ale także sformułowaniu rekomendacji dla decydenta)<sup>[49]</sup>. Przegląd ich działalności pozwala zauważyć, że dotychczas zwykle powierzano im dokonanie oceny skuteczności funkcjonowania IHR i działań WHO w odpowiedzi na konkretne zagrożenia zdrowia publicznego o wymiarze międzynarodowym. Ten cel był zwykle łączony z ewaluacją wdrożenia zaleceń poprzednich komitetów. Wymaga zarazem podkreślenia, że ani razu nie doszło do powołania komitetu wyłącznie w związku z okresowym przeglądem IHR czy w celu zaopiniowania zastrzeżenia złożonego do IHR. W praktyce Komitety ds. Przeglądu są więc zasadniczo tworzone przez WHO, by odpowiedzieć na zastrzeżenia wobec organizacji ze strony mediów, opinii publicznej czy części państw o zbyt restrykcyjną (H1N1)<sup>[50]</sup> albo zbyt łagodną czy mało zdecydowaną reakcją (Ebola, COVID-19)<sup>[51]</sup>. Ten fakt może także tłumaczyć dużo większą obszerność raportów „kryzysowych” w stosunku do czysto technicznego raportu drugiego komitetu. Jednak nic w tym dziwnego: ze względu na poruszane w nich niejednokrotnie kontrowersyjne społecznie kwestie spotykają się nie tylko z zainteresowaniem WHO i jej członków, ale także mediów i opinii publicznej. Jednocześnie wydaje się zasadna teza, że powołując komitety po kryzysach WHO liczy pośrednio na zdjęcie z niej części odpowiedzialności za swoje nie zawsze skuteczne działania.

Z ubolewaniem należy odnotować brak poważniejszej reakcji WHO i państw na większość propozycji Komitetów ds. Przeglądu. Jednak na stosunek decydentów do ich wskazówek bardzo silnie wpływają czynniki

---

wcale nie musi być złym rozwiązaniem – ich zdaniem ciała doradcze tworzone ad hoc są lepiej przystosowane do udzielania porad dotyczących „gorących kryzysów” (*hot crises*) lub kwestii krótkoterminowych.

<sup>49</sup> Groux, Hoffman, Ottersen, „A Typology”, 2-4.

<sup>50</sup> Głównym zarzutem wobec WHO było w tym przypadku wyolbrzymienie niebezpieczeństwa, by pomóc wzbogacić się koncernom produkującym szczepionki, por. Emily A. Bruemmer, Allyn L. Taylor, „Institutional Transparency in Global Health Law-making: The World Health Organization and the Implementation of the International Health Regulations”, [w:] *Transparency in International Law*, red. Andrea Bianchi, Anne Peters (Cambridge-New York: Cambridge University Press, 2013), 286, przyp. 91.

<sup>51</sup> W przypadku obu kryzysów zarzucano WHO m.in. opóźnienie w podjęciu niezbędnych działań i brak skuteczności. Co do Eboli, por. Claire Wenham, „What we have Learnt about the World Health Organization from the Ebola Outbreak” *Philosophical Transactions of the Royal Society of Biological Sciences*, nr 1721 (2017): 1-2. Co do COVID-19, por. Jeffrey D. Sachs, et al., „The Lancet Commission”, zwł. 1234-1235.

polityczne. Szczególnie państwa, w obliczu zagrożenia ich najbardziej podstawowych interesów, takich jak ochrona życia i zdrowia ich mieszkańców na masową skalę, nie zawsze są gotowe postępować spójnie z dobrem wspólnym wszystkich. Nie można więc obarczać automatycznie komitetów odpowiedzialnością za umiarkowany zakres poszanowania ich rekomendacji. Należy też podkreślić, że ostatecznie pełnią funkcję doradczą, a nie decyzyjną. To przywódcy polityczni rozstrzygają, czy uwzględnić ich rekomendacje, czy nie – i ponoszą (a przynajmniej powinni) za to polityczną odpowiedzialność.

Wśród kryteriów oceny działania ciał doradczych takich jak Komitety ds. Przeglądu wyróżnianych przez badaczy można wskazać kilka najczęściej uważanych za przydatne. Za najważniejszą uważa się powszechnie jakość doradztwa, rozumianą jako możliwie wysoka prawidłowość oceny materiału dowodowego i wysuwanych argumentów<sup>[52]</sup>. Ścisłe wiąże się ona z legitymizacją, tj. zdolnością do zachowania obiektywizmu, bezstronności i sprawiedliwości w traktowaniu często rozbieżnych poglądów i interesów różnych podmiotów, na które może mieć wpływ wydana opinia<sup>[53]</sup>. Legitymizacja jest z kolei mocno powiązana z otwartością, tj. przejrzystością stosowanych procedur<sup>[54]</sup> i odpowiednią komunikacją z decydentami i opinią publiczną<sup>[55]</sup>. Ostatnim z najbardziej popularnych czynników jest efektywność, czyli zdolność do adekwatnego do skali problemu wykorzystania ograniczonych zasobów pozostających do dyspozycji danego organu<sup>[56]</sup>. Wśród środków służących osiągnięciu realizacji

---

<sup>52</sup> Unni Gopinathan, Steven J. Hoffman, Trygve Ottersen, „Scientific Advisory Committees at the World Health Organization: A Qualitative Study of How Their Design Affects Quality, Relevance, and Legitimacy” *Global Challenges*, nr 2 (2018), 1-2 i 4 oraz Steven M. Glynn, Paul N. Cunningham, Kieron Flanagan, *Typifying Scientific Advisory Structures and Scientific Advice Production Methodologies (TSAS)* (Manchester: The University of Manchester, 2003), 92.

<sup>53</sup> Glynn, Cunningham, Flanagan, *Typifying Scientific Advisory Structures*, 92 uwzględniają w dużej mierze ten element w ich kryterium jakości.

<sup>54</sup> Jak wskazują Steven M. Glynn, Paul N. Cunningham, Kieron Flanagan, *Typifying Scientific Advisory Structures*, 92, czasem otwartość może utrudniać prace danego organu, dlatego konieczne jest jej ograniczenie – należy jednak wówczas wyjaśnić jego powody.

<sup>55</sup> Gopinathan, Hoffman, Ottersen, „Scientific Advisory Committees”, 1-2 i 4.

<sup>56</sup> Steven M. Glynn, Paul N. Cunningham, Kieron Flanagan, *Typifying Scientific Advisory Structures*, 92 i Gopinathan, Hoffman, Ottersen, „Scientific Advisory Committees”, 2 wymieniają jeszcze adekwatność świadczonego doradztwa, tj. stopień, w jakim odpowiada na obawy i potrzeby decydentów. Wydaje się jednak, że ten czynnik zawiera się w już omówionych czynnikach.

wskazanych kryteriów wskazuje się m.in. zróżnicowany skład organów doradczych (np. pod względem reprezentacji geograficznej, płci, rodzaju doświadczenia), przejrzysty proces rekrutacji, procedury ujawniania interesów mogących wpłynąć na stanowisko ekspertów i zarządzania nimi, jasne określenie zasad podejmowania decyzji w razie rozbieżności opinii, transparentność sprawozdań co do wpływu podmiotów zewnętrznych na działalność organu, a także odpowiednie uzasadnianie odstępstw od wymienionych zasad, np. braku wystarczającej reprezentatywności czy odejścia od standardowych procedur<sup>[57]</sup>. Ponadto za niezbędną uważa się pełną autonomię członków komitetu doradczego od organów, które ich powołują i tych, które korzystają z ich rad, instytucji, dla których pracują na co dzień lub władz państw, z których pochodzą<sup>[58]</sup>. Część badaczy wymienia wśród dobrych praktyk m.in. upublicznienie efektów prowadzonych prac, w tym publikację programów i protokołów z posiedzeń lub prowadzenie spotkań otwartych dla publiczności, współpracę z innymi ciałami analizującymi podobne zagadnienia, publiczne udostępnianie deklaracji o braku konfliktu interesów<sup>[59]</sup>.

Nawiązując do przedstawionych kryteriów i środków, należy dostrzec postępującą formalizację, profesjonalizację i cyfryzację działalności Komitetów ds. Przeglądu oraz wzrost transparentności ich działań. Dobry przykład postępującej profesjonalizacji, ale zarazem poprawy przejrzystości funkcjonowania stanowi kwestia grup roboczych i podkomitetów. Pierwszy komitet działał z wykorzystaniem trudnej do określenia liczby grup roboczych (bo nie została podana do publicznej wiadomości), drugi komitet w ogóle ich nie posiadał, trzeci powołał trzy podkomitety, ale z zakresem kompetencji trudnym do określenia z perspektywy obserwatora zewnętrznego w związku z ich mało intuicyjnym nazewnictwem, natomiast czwarty utworzył cztery podkomitety z jasnym podziałem zadań. Wśród innych przejawów troski o jakość i otwartość działań Komitetów ds. Przeglądu można zaobserwować wzrost liczby posiedzeń i coraz dokładniejsze informowanie o ich liczbie, przebiegu i formie przez kolejne komitety w samych raportach i dołączanych do nich załącznikach. Należy przy tym odnotować wzrost liczby posiedzeń zdalnych i wykorzystania środków komunikacji elektronicznej. Oczywiście spełnieniu wymogu transparentności służyło także samo upublicznianie raportów wszystkich komitetów,

<sup>57</sup> Gopinathan, Hoffman, Ottersen, „Scientific Advisory Committees”, 14.

<sup>58</sup> Ibidem, 1, 9 i 11.

<sup>59</sup> Glynn, Cunningham, Flanagan, *Typifying Scientific Advisory Structures*, 93-95.

bez ograniczeń co do odbiorców czy zakresu udostępnianych treści. Wszystkie komitety starały się również umożliwić udział przynajmniej w części ich posiedzeń przedstawicielom państw, organizacji międzynarodowych i pozarządowych. Niewątpliwie było to spowodowane nie tylko chęcią zwiększenia powszechnej świadomości co do ich działalności, ale też obowiązkiem stworzenia możliwości takiego uczestnictwa wyrażonym w art. 51 ust. 2 IHR. Niemniej, dawało to zainteresowanym stronom szansę przedstawienia ich racji. Jednocześnie szczegółowe wskazywanie we wszystkich raportach podmiotów biorących udział w procesie konsultacji pozwalało ustalić, kto mógł wpłynąć na stanowisko członków komitetu i zapobiec oskarżeniom o uleganie naciskom zewnętrznym. Należy zarazem uznać, że fakt, iż Komitety ds. Przeglądu nie umożliwiały wymienionym podmiotom udziału w całości swoich obrad nie powinno się oceniać negatywnie. Wydaje się bowiem stosowne odbywanie części posiedzeń z wyłączeniem jawności, gdyż ułatwia to komunikację między członkami danego organu i przyspiesza jego działanie<sup>[60]</sup>.

Jeśli chodzi o szybkość prac Komitetów ds. Przeglądu – związaną przede wszystkim z omówionym wyżej kryterium efektywności – to trwały one przeważnie od kilku do kilkunastu miesięcy, a wyraźnie krótsze obrady drugiego komitetu należy złożyć na karb jego zdecydowanie węższego zakresu zadań<sup>[61]</sup>. Wydaje się, że w świetle bardzo szerokiego materiału dowodowego koniecznego do przeanalizowania komitety sprawnie prowadziły prace. Ta obserwacja wydaje się słuszna, tym bardziej że w ich skład wchodziło każdorazowo tylko od kilkunastu do dwudziestu kilku członków – były więc stosunkowo nieliczne, biorąc pod uwagę ogrom materiału wymagającego analizy, zwłaszcza w przypadku komitetów pierwszego, trzeciego i czwartego. Warto odnotować z uznaniem fakt, że w Komitetach ds. Przeglądu, począwszy od drugiego, zasiadało dotąd zawsze przynajmniej dwóch członków z poprzednich komitetów, a konkretniej aż 5 doświadczonych członków w drugim, 4 w trzecim i 3 (po rezygnacji jednego z nich – 2)

<sup>60</sup> Na konieczność znalezienia równowagi w tym zakresie zwracają uwagę Gopinathan, Hoffman, Ottersen, „Scientific Advisory Committees”, 10.

<sup>61</sup> Zauważalną różnicę między drugim komitetem a pozostałymi stanowił też fakt, że jego raport został przedstawiony Radzie Wykonawczej, a nie WHA, co pośrednio potwierdza jego nieformalnie niższą rangę związaną z bardziej technicznym charakterem działalności. Por. też nt. tych różnic Hardiman, „World Health Organization Perspective on Implementation of International Health Regulations”, 1045.

w czwartym<sup>[62]</sup>. Wydaje się, że pozytywnie wpływa to na tzw. pamięć instytucjonalną, co jest szczególnie istotne w związku z tym, że komitety są powoływane *ad hoc*<sup>[63]</sup>. Można przypuszczać, że taki stan rzeczy był zamierzony przez Dyrektorów Generalnych nominujących członków każdego z komitetów. Korzystnie należy też podsumować zróżnicowanie członkostwa komitetów, m.in. pod względem kraju pochodzenia czy płci. Wydaje się ono czynić zadość wymogom IHR<sup>[64]</sup>, a zarazem oczekiwaniom ekspertów zajmujących się działalnością organów doradczych. Z drugiej strony sam proces rekrutacji członków komitetu nie spełnia warunków przejrzystości. Zasady podejmowania decyzji przez komitety określone w IHR spełniają jednak zadość wymogowi jasnego określenia sposobu postępowania w razie rozbieżności zdań wśród ekspertów.

Mniej pozytywnie należy ocenić praktykę zarządzania przez komitety możliwymi konfliktami interesów między zobowiązaniami wynikającymi z członkostwa a inną działalnością, np. pracą dla koncernów farmaceutycznych lub samej WHO. Pierwszy komitet odniósł się do tego problemu publikując w załączniku do raportu „deklaracje interesów” członków, którzy dostrzegli potencjalne kolizje<sup>[65]</sup>, co było spójne z jego rekomendacją skierowaną do WHO, aby bardziej dbała o wyjaśnianie tego rodzaju

---

<sup>62</sup> Por. zestawienie opracowane przez autora artykułu (numery oznaczają numery komitetów):

1. Preben Aavitsland (Norwegia) – członek 1, członek 3, sprawozdawca 4
2. Martin Cetron (USA) – członek 1, członek 2
3. Andrew Forsyth (Nowa Zelandia) – członek 1, sprawozdawca 2, członek 3
4. Abdulsalami Nasidi (Nigeria) – członek 1, członek 2
5. Kuku Voyi (RPA) – członek 1, członek 2
6. Ximena Aguilera (Chile) – wiceprzewodnicząca 2, członek 4
7. Didier Houssin (Francja) – przewodniczący 2, przewodniczący 3
8. John Lavery (Kanada) – członek 3, członek 4 (zrezygnował w trakcie).

<sup>63</sup> Z drugiej strony sceptycy mogliby zarzucić, że dopuszczenie możliwości kilkukrotnego powołania w skład komitetu może zmniejszać niezależność ekspertów. Zdaniem autora korzyści przewyższają w tym wypadku ryzyka.

<sup>64</sup> Art. 50 ust. 3-6 IHR.

<sup>65</sup> World Health Organization, *Raport pierwszego komitetu*, 159. Było to pokłosiem zarzutów stawianych części ekspertów w Komitecie ds. Nagłych Wypadków powołanym przy okazji reakcji na wirusa H1N1, że działali na korzyść koncernów farmaceutycznych GlaxoSmithKline i Roche, dla których pracowali na krótko przed lub w trakcie formułowania zaleceń wzywających do szybkiego zgromadzenia szczepionek i leków na tego wirusa, por. zwłaszcza Kamradt-Scott, „What Went Wrong?”, 194 i 199-200 oraz Randeep Ramesh, „Report Condemns Swine Flu Experts’ Ties to Big Pharma” *The Guardian* 2010. <https://www.theguardian.com/business/2010/jun/04/swine-flu-experts-big-pharmaceutical>.

zależności<sup>[66]</sup>. Podobną deklarację zawierał raport drugiego komitetu<sup>[67]</sup> (choć analizując biografie członków komitetów zawarte w obu raportach można zastanawiać się, czy wszyscy wskazali potencjalne zagrożenia dla ich bezstronności). Brak analogicznych deklaracji w raportach trzecim i czwartym może rodzić pytanie, czy u ich członków taki potencjalny konflikt nie zachodził, czy też go nie ujawnili<sup>[68]</sup>.

Nie jest łatwo ocenić współpracę lub brak kooperacji komitetów z innymi organami powołanymi w podobnym celu, np. przez ONZ czy WHO. Z jednej strony współdziałanie może przynosić korzyści, np. ułatwiać wymianę informacji, dzielenie się wiedzą ekspercką, a także koordynację formułowanych zaleceń w celu uniknięcia kolizji między nimi. Z drugiej strony rodzi ryzyko ograniczenia niezależności współdziałających komitetów i różnorodności punktów widzenia zmniejszającego decydom pole potencjalnych opcji do wyboru. W praktyce komitetów można zaobserwować trzy różne podejścia: całkowitą neutralność (pierwszy komitet), odniesienie się do rekomendacji innych ciał eksperckich, ale bez współpracy z nimi (trzeci komitet) oraz współpracę z innymi ciałami eksperckimi, ale bez komentowania ich rekomendacji (czwarty komitet)

Jak wynika z powyższego, Komitety ds. Przeglądu zasadniczo pełnią swoją funkcję prawidłowo, a pod wieloma względami mogą stanowić wzór dla innych organów doradczych na szczeblu międzynarodowym. Istnieją jednak sfery, w których możliwe byłyby zmiany.

---

<sup>66</sup> W 2010 r. *British Medical Journal* skrytykował brak transparentności co do interesów, a nawet tożsamości ekspertów Komitetu ds. Nagłych Wypadków powołanego po ogłoszeniu pandemii H1N1. Ówczesna Dyrektorka Generalna WHO twierdziła, że ta anonimowość miała chronić ekspertów przed m.in. wpływami komercyjnymi. Analizujący ten przypadek pierwszy Komitet ds. Przeglądu stwierdził, że nie odnotował żadnych dowodów prób lub rzeczywistego wpływu podmiotów komercyjnych na doradztwo lub decyzje w ramach WHO, ale podkreślił, że WHO powinna sprecyzować swoje standardy i przyjąć bardziej przejrzyste procedury nominowania członków komitetów eksperckich oraz zapobiegania zarzutom o potencjalne konflikty interesów, w tym poprzez publikację ich deklaracji. Por. Gopinathan, Hoffman, Ottersen, „Scientific Advisory Committees”, 6. Te zalecenia nadal nie zostały wdrożone.

<sup>67</sup> World Health Organization, *Raport drugiego komitetu*, 15.

<sup>68</sup> W tym kontekście nieco dziwi informacja zawarta w artykule światowej klasy ekspertów z 2016 r., że po zniesieniu PHEIC dotyczącego H1N1 WHO zaczęła publikować deklaracje dotyczące konfliktu interesów Komitetów ds. Przeglądu. Por. Lawrence O. Gostin, Rebecca Katz, „The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security” *The Milbank Quarterly*, nr 2, (2016): 304.

## 5 | Propozycje zmian

Jak wykazała dotychczasowa analiza, istnieje pole do polepszenia jakości, legitymizacji i transparentności działania Komitetów ds. Przeglądu. Obejmuje ono jednak elementy nieuregulowane bezpośrednio w IHR. Wymaga więc modyfikacji praktyki funkcjonowania Komitetów i ustanowienia nowych procedur, np. przez Dyrektora Generalnego WHO. Przed wszystkim Komitety mogłyby – w imię poprawy jakości i legitymizacji – zadbać o spójność w zakresie wykazywania opracowań i źródeł, z których korzystały, w tym stosowania w raportach przypisów i bibliografii. Rozsądne byłoby wypracowanie w tej kwestii jednego standardu i jak się wydaje nie ma przeciwwskazań, by komitety ujawniały ogół wykorzystywanych przez nie materiałów, a nie np. tylko dokumenty WHO. To samo dotyczy wykorzystywanej przez nie metodologii. Wymóg podawania informacji o stosowanych przez nie metodach pracy w każdym raporcie nie wydaje się nadmiernym obciążeniem.

Po drugie, możliwe byłoby wprowadzenie kilku zmian w zakresie szeroko pojętej polityki kadrowej Komitetów ds. Przeglądu. Obecnie proces rekrutacji ich członków zdecydowanie nie spełnia warunków przejrzystości i w tym zakresie mógłby zostać potencjalnie poprawiony. Z drugiej strony pozostaje otwartym pytanie, czy wydobywanie na jaw czynników, które zadecydowały o wyborze poszczególnych osób, nie powodowałoby niepotrzebnych kontrowersji, odwracając uwagę od meritum prac komitetów<sup>[69]</sup>. Ze względu na możliwość ich uwikłania w spory niemające wiele wspólnego z głównym przedmiotem ich działalności wskazana byłaby więc w tym względzie ostrożność. Nie ma natomiast wątpliwości, że możliwa byłaby poprawa w zakresie ujawniania konfliktów interesów członków poszczególnych komitetów. To przewodniczący poszczególnych komitetów powinni rygorystycznie egzekwować od nich deklarowanie potencjalnych źródeł takiego konfliktu i dbać o ich ujawnienie opinii publicznej<sup>[70]</sup>.

<sup>69</sup> Jak wskazują Gopinathan, Hoffman, Ottersen, „Scientific Advisory Committees”, 8 na podstawie analizy praktyki – czasem przy powoływaniu członków konieczny jest kompromis polegający na przedkładaniu wiedzy technicznej nad reprezentację geograficzną, bo w niektórych dziedzinach eksperci (nawet w skali świata) są nieliczni i nadanie priorytetu równowadze geograficznej mogłoby się odbić na jakości efektów prac komitetów.

<sup>70</sup> Gopinathan, Hoffman, Ottersen, „Scientific Advisory Committees”, 8 zaznaczają, że problemem jest zwłaszcza mała uwaga przywiązywana w WHO do

Wskazane byłoby też opracowanie zasad postępowania w razie ewentualnych zarzutów o stronniczość. Należy też zauważyć, że eksperci zasiadający w Komitetach ds. Przeglądu – podobnie jak w wielu komitetach WHO czy ONZ – nie otrzymują za swoją pracę wynagrodzenia, działają społecznie. Choć zdaniem niektórych badaczy pozwala to im zachować bezstronność<sup>[71]</sup>, może rzeczywiście narażać ich na lobbing np. koncernów farmaceutycznych. Z drugiej strony uniezależnia ich od samej WHO, pozwalając im oceniać jej działalność bardziej obiektywnie, niż gdyby otrzymywali od niej wynagrodzenie. W związku z chronicznym niedofinansowaniem WHO idea opłacania ich pracy wydaje się obecnie mało realna, gdyż wymagałoby to reformy finansowej organizacji, a przynajmniej przekonania państw do poniesienia dodatkowych wydatków na ten konkretny cel. Niemniej rozsądne mogłoby być wprowadzenie odpowiednich procedur antykorupcyjnych, wzorowanych na rozwiązaniach krajowych.

Po trzecie, pożądanym byłoby przyjęcie przez Komitety ds. Przeglądu spójnego podejścia do innych ciał eksperckich powoływanych do oceny reakcji WHO i jej członków na poszczególne kryzysy zdrowotne. Ich dotychczasowe stanowiska w tej materii zawsze kształtowały się w sposób doraźny. Rozwiązaniem najbardziej optymalnym wydaje się pewna forma dialogu, za jaką można uznać dokonywanie przez Komitety ds. Przeglądu oceny rekomendacji formułowanych przez inne niezależne od nich organy, ale bez formalnej współpracy z nimi (a więc inaczej niż w przypadku czwartego komitetu). Dawałoby to okazję ekspertom i opinii publicznej, by skonfrontować różne punkty widzenia, nie prowadząc do ich ujednolicenia.

## Bibliografia

- Barcik Jacek, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*. Warszawa: C.H. Beck, 2013.
- Bartolini Giulio, „The Failure of »Core Capacities« under the WHO International Health Regulations” *International & Comparative Law Quarterly*, nr 1 (2021): 233-250.

---

potencjalnych nacisków instytucjonalnych i innych niemających charakteru finansowego.

<sup>71</sup> Gopinathan, Hoffman, Ottersen, „Scientific Advisory Committees”, 9.



- Berman Ayelet, „Closing the Compliance Gap: From Soft to Hard Monitoring Mechanisms under the International Health Regulations” *Washington University Global Studies Law Review*, nr 3 (2021): 593-610.
- Bettcher Douglas, Katherine DeLand, Gemma Lien, Fernando Gonzalez-Martinez, Anne Huvos, Steven Solomon, Ulrike Schwerdtfeger, Haik Nikogosian, Angelika Tritscher, Julia Dalzell, „International efforts to promote public health”, [w:] *Oxford Textbook of Global Public Health, Volume 1*, red. Roger Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim, Chorh Chuan Tan. 348-364. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- Bosek Leszek, *Stan epidemii. Konstrukcja prawna*. Warszawa: C.H. Beck, 2022.
- Brown, Clive M., Martin S. Cetron, „Crossing Borders: One World, Global Health” *Clinical Infectious Diseases*, nr 5 (2012): v-vi. <https://doi.org/10.1093/cid/cis634>.
- Bruemmer Emily A., Allyn L. Taylor, „Institutional Transparency in Global Health Law-making: The World Health Organization and the Implementation of the International Health Regulations”, [w:] *Transparency in International Law*, red. Andrea Bianchi, Anne Peters. 271-293. Cambridge-New York: Cambridge University Press, 2013.
- Burek Wojciech, „Zmiana sposobu realizacji kompetencji prawotwórczych przez Światową Organizację Zdrowia” *Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego*, nr 12 (2014): 73-83.
- Fidler David P., „From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations” *Chinese Journal of International Law*, nr 2 (2005): 325-392. <https://doi.org/10.1093/chinesejil/jmio29>.
- Fleming Matthew, „Combating the Spread of Disease: The International Health Regulations” *Columbia Journal of Transnational Law*, nr 3 (2012): 805-825.
- Glynn Steven M., Paul N. Cunningham, Kieron Flanagan, *Typifying Scientific Advisory Structures and Scientific Advice Production Methodologies (TSAS)*. Manchester: The University of Manchester, 2003.
- Gopinathan Unni, Steven J. Hoffman, Trygve Ottersen, „Scientific Advisory Committees at the World Health Organization: A Qualitative Study of How Their Design Affects Quality, Relevance, and Legitimacy” *Global Challenges*, nr 2 (2018). <https://doi.org/10.1002/gch2.201700074>.
- Gostin Lawrence O., *Global Health Law*. Cambridge, USA-London, UK: Harvard University Press, 2014.
- Gostin Lawrence O., „Global Health Security After Ebola: Four Global Commissions” *The Milbank Quarterly*, nr 1 (2016): 34-38.
- Gostin Lawrence O., Katz, Rebecca, „The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security” *The Milbank Quarterly*, nr 2, (2016): 264-313.

- Groux Gaëlle M. N., Steven J. Hoffman, Trygve Ottersen, „A Typology of Scientific Advisory Committees” *Global Challenges*, nr 2 (2018): 1-7. <https://doi.org/10.1002/gch2.201800004>.
- Hardiman Maxwell Charles, „World Health Organization Perspective on Implementation of International Health Regulations” *Emerging Infectious Diseases*, nr 7 (2012): 1041-1046. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1807.120395>.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, *Law and Public Health Emergency Preparedness and Response: Lessons from the COVID-19 Pandemic*. Geneva, 2021. [https://disasterlaw.ifrc.org/sites/default/files/media/disaster\\_law/2021-11/20211112\\_Law\\_PHE\\_ONLINE.pdf](https://disasterlaw.ifrc.org/sites/default/files/media/disaster_law/2021-11/20211112_Law_PHE_ONLINE.pdf).
- Johnson Sirleaf Ellen, Helen Clark, „Report of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response: making COVID-19 the last pandemic” *The Lancet*, nr 10295 (2021): 101-103. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01095-3).
- Kamradt-Scott Adam, „What Went Wrong? The World Health Organization from Swine Flu to Ebola”, [w:] *Political Mistakes and Policy Failures in International Relations*, red. Andreas Kruck, Kai Oppermann, Alexander Spencer. 193-215. Cham: Palgrave Macmillan, 2018. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-68173-3\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-68173-3_9).
- Keefe Tania J., Mark W. Zacher, *The Politics of Global Health Governance: United by Contagion*. New York: Palgrave Macmillan, 2008.
- Janik Marcin, „Mapowanie zagrożeń epidemicznych jako przykład wielopostaciowości administracji publicznej” *Opolskie Studia Administracyjno-Prawne*, nr 1 (2018): 43-53.
- Negri Stefania, „Communicable Disease Control”, [w:] *Research Handbook on Global Health Law*, red. Gian Luca Burci, Brigit Toebes. 265-302. Cheltenham, UK-Northampton, USA: Edward Elgar Publishing, 2018.
- O’Dowd Adrian, „Council of Europe Condemns »Unjustified Scare« over Swine Flu” *British Medical Journal*, (2010): 340. <https://doi.org/10.1136/bmj.c3033>.
- Ottersen Trygve, Steven J. Hoffman, Gaëlle Groux, „Ebola Again Show the International Health Regulation Are Broken: What Can Be Done Differently to Prepare for the Next Epidemic” *American Journal of Law & Medicine*, nr 2 i 3 (2016): 356-392.
- Ramesh Randeep, „Report Condemns Swine Flu Experts’ Ties to Big Pharma” *The Guardian* 2010. <https://www.theguardian.com/business/2010/jun/04/swine-flu-experts-big-pharmaceutical>.
- Sachs Jeffrey D., Salim S. Abdool Karim, Lara Akinin, Joseph Allen, Kirsten Brosbøl, Francesca Colombo, Gabriela Cuevas Barron, et al., „The Lancet Commission on Lessons for the Future from the COVID-19 Pandemic” *The Lancet*, nr 10359 (2022): 1224-1280. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9).

- United Nations General Assembly, *Protecting Humanity from Future Health Crises. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises. A/70/723*. Nowy Jork: United Nations, 2016. [https://digitallibrary.un.org/record/822489/files/A\\_70\\_723-EN.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/822489/files/A_70_723-EN.pdf).
- Wenham Claire, „What we have Learnt about the World Health Organization from the Ebola Outbreak” *Philosophical Transactions of the Royal Society of Biological Sciences*, nr 1721 (2017): 1-5. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2016.0307>.
- World Health Organization, *2019 Annual Report: WHO Contingency Fund for Emergencies*. Geneva: World Health Organization, 2020. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/cfe\\_2019\\_annualreport9d5855c0-f172-4f6d-9056-a364115b9014.pdf?sfvrsn=d30001d2\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/cfe_2019_annualreport9d5855c0-f172-4f6d-9056-a364115b9014.pdf?sfvrsn=d30001d2_1&download=true).
- World Health Organization, *Emergencies: Emergency Medical Teams*. Geneva: World Health Organization, 2015. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/emergencies-emergency-medical-teams>.
- World Health Organization, *IHR Review Committees*. <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees>.
- World Health Organization, *Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation. Report by the Director-General. EB136/22 Add.1*. Geneva: World Health Organization, 2015.
- World Health Organization, *Implementation of the International Health Regulations (2005) Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009. Report by the Director-General. A.64/10*. Geneva: World Health Organization, 2011.
- World Health Organization, *Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response. Report by the Director-General. A69/21*. Geneva: World Health Organization, 2016.
- World Health Organization, *International Health Regulations (2005). Third Edition*. Geneva: World Health Organization, 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246107>.
- World Health Organization, *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*. Geneva: World Health Organization, 2015. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/evaluation/report-ebola-interim-assessment-panel.pdf>.
- World Health Organization, *Transcript of press briefing at WHO headquarters, Geneva. Dr Harvey Fineberg, Chair, IHR Review Committee*. Geneva: World Health Organization, 2010. [https://apps.who.int/mediacentre/multimedia/pc\\_transcript\\_14\\_april\\_10\\_fineberg.pdf](https://apps.who.int/mediacentre/multimedia/pc_transcript_14_april_10_fineberg.pdf).

World Health Organization, *Universal Health and Preparedness Review (UHPR). Member States Information Session*. Geneva: World Health Organization, 2021. [https://apps.who.int/gb/COVID-19/pdf\\_files/2021/25\\_11/Item2.pdf](https://apps.who.int/gb/COVID-19/pdf_files/2021/25_11/Item2.pdf)

World Health Organization, *WHO's Work in Health Emergencies. Strengthening Preparedness for Health Emergencies: Implementation of the International Health Regulations (2005). A74/9 Add.1*. Geneva: World Health Organization, 2021.



This article is published under a Creative Commons Attribution 4.0 International license. For guidelines on the permitted uses refer to <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>