



# Ministerstwo Zdrowia

---

Biuro  
Współpracy Międzynarodowej

WMO.055.3.2022.KK  
Warszawa, 12 stycznia 2023

## **Zawiadomienie o sposobie załatwienia petycji wielokrotnej w sprawie procedowanej przez Światową Organizację Zdrowia konwencji, umowy lub innego międzynarodowego instrumentu, dotyczącego zapobiegania, gotowości i reagowania na pandemię**

Na podstawie art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz.U. z 2018 r. poz. 870) zawiadamiam, że w związku z petycjami w sprawie procedowanej przez Światową Organizację Zdrowia konwencji, umowy lub innego międzynarodowego instrumentu, dotyczącego zapobiegania, gotowości i reagowania na pandemię przekazanymi w dniach 19.09.2022 r. – 26.09.2022 r. do rozpatrzenia przez Ministra Zdrowia, nie ma możliwości spełnienia żądań wyrażonych w niniejszych petycjach.

### **UZASADNIENIE**

W listopadzie 2021 r. podczas drugiej Sesji Specjalnej Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHASS2, 29 listopada – 1 grudnia 2021 r.) państwa członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w tym Polska, jednomyślnie przyjęły decyzję SSA2(5) pt. „The World Together: Establishment of an intergovernmental negotiating body to strengthen pandemic prevention, preparedness and response”. Zgodziły się w niej na ustanowienie międzyrządowego ciała negocjacyjnego (Intergovernmental Negotiating Body - INB), które przygotuje projekt i przeprowadzi negocjacje w zakresie ustanowienia konwencji WHO, umowy lub innego międzynarodowego instrumentu dotyczącego zapobiegania, gotowości i reagowania na pandemię, który byłby przyjęty na podstawie art. 19 lub innych postanowień konstytucji WHO. Przedstawiciele Polski od początku biorą czynny udział w tym procesie. Podstawą prac delegacji polskiej nad projektem dokumentu są Konstytucja RP oraz Ustawa z dnia 14 kwietnia 2000 r. o umowach międzynarodowych (Dz. U. 2000 Nr 39 poz. 443), a szczegółowe wytyczne będą zawarte w instrukcji negocjacyjnej dla delegacji polskiej do przeprowadzenia negocjacji konwencji WHO, umowy lub innego międzynarodowego instrumentu dotyczącego zapobiegania, gotowości i reagowania na pandemię, który byłby przyjęty na podstawie art. 19 lub innych postanowień konstytucji WHO. Przepisy polskiego prawa nie przewidują obowiązku organizacji konsultacji czy wysłuchań społecznych w sytuacji prowadzenia prac nad umową międzynarodową. Strona społeczna ma jednak możliwość wyrażenia swojego zdania podczas organizowanych przez WHO wysłuchań publicznych (<https://inb.who.int/home/public-hearings>).

Odnosząc się do przedstawionych w petycji postulatów, uprzejmie wyjaśniam, co następuje:

Procedowana konwencja, umowa lub inny międzynarodowy instrument, dotyczący zapobiegania, gotowości i reagowania na pandemię powinien:

1. odwoływać się do pierwotnej wersji definicji pandemii sprzed 2009 r. tzn.:  
„Pandemia występuje wtedy gdy pojawia się nowy wirus, na który ludzkość nie ma odporności, skutkujący wybuchem kilku jednoczesnych epidemii na całym świecie, którym towarzyszy ogromna liczba zgonów i zachorowań”.

Na wstępie należy zaznaczyć, że wstępny konspekt przyszłego tzw. traktatu pandemicznego (*conceptual zero draft*) nie zawiera definicji pandemii *per se*, zaś zaproponowana w petycji definicja pandemii jest w ocenie Ministerstwa Zdrowia nieprecyzyjna i niewyczerpująca, w związku z tym nie powinna być stosowana w kontekście projektowanej regulacji.

Warto zaznaczyć, że Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (2005), stanowiące obecnie podstawowy globalny dokument w obszarze reagowania na zagrożenia dla zdrowia publicznego, nie definiują pojęcia „pandemia”, operują natomiast terminem „zagrożenie zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym” (*Public Health Emergency of International Concern, PHEIC*). Zostało ono zdefiniowane jako „nadzwyczajne wydarzenie, które stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego innych państw poprzez międzynarodowe rozprzestrzenianie się choroby i potencjalnie wymaga skoordynowanej reakcji międzynarodowej.”

Dla celów *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2371 z dnia 23 listopada 2022 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia* zastosowano definicję poważnego transgranicznego zagrożenia zdrowia rozumianego jako „zagrożające życiu lub w innym stopniu poważne ryzyko dla zdrowia o pochodzeniu biologicznym, chemicznym, środowiskowym lub nieznanym [...], które rozprzestrzenia się lub wiąże ze znacznym ryzykiem rozprzestrzenienia się poza granice krajowe państw członkowskich i które może wymagać koordynacji na poziomie Unii, aby zagwarantować wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”.

W przepisach prawa międzynarodowego nie istnieje definicja pojęcia „pandemia”, zaś ta przytoczona w piśmie wnioskodawców nie jest znana ekspertom Ministerstwa Zdrowia.

2. gwarantować suwerenność krajów w podejmowaniu decyzji zdrowotnych w sytuacji zwiększonej zachorowalności, bez wprowadzania jednej agendy Światowej Organizacji Zdrowia WHO, narzucającej ponad rządami państw narodowych jednolity wzorzec postępowania i grożącej restrykcjami za odstępstwa od narzuconych zasad. Lokalne zarządzanie pandemią pozwala na szybką i elastyczną odpowiedź na zmieniające się warunki wśród lokalnej społeczności w porównaniu do zarządzania centralnego.

Od początku rozmów na temat ewentualnego traktatu pandemicznego WHO państwa członkowskie zgodnie podkreślają, że suwerenność krajów musi być jednym z filarów przyszłego dokumentu. Przedstawiciele MZ biorący udział w pracach podzielają to stanowisko. Jednocześnie należy zaznaczyć, że podstawą prac delegacji polskiej nad projektem dokumentu są Konstytucja RP oraz Ustawa z dnia 14 kwietnia 2000 r. o umowach międzynarodowych (Dz. U. 2000 Nr 39 poz. 443). Ostateczna decyzja o przystąpieniu do ew. traktatu zostanie podjęta wówczas, gdy będzie znany jego ostateczny kształt.

Warto również podkreślić, iż wszelkie rekomendacje wydawane przez Światową Organizację Zdrowia mają charakter zaleceń, których stosowanie jest dobrowolne – państwa członkowskie mogą z nich korzystać, ale nie muszą. WHO nie dysponuje żadnym systemem egzekwowania realizacji wydawanych zaleceń czy karania państw członkowskich za niestosowanie się do publikowanych przez Organizację rekomendacji.

- 3. bezwzględnie przestrzegać niezbywalnych i nienaruszalnych praw człowieka poprzez m.in. zagwarantowanie wolności wyboru pacjenta i lekarza w sposobie i metodach leczenia. Żądamy całkowitego wycofania eksperymentalnych preparatów stosowanych jako szczepionki przeciw COVID19 z powodu rosnącej liczby ofiar śmiertelnych i poważnych powikłań, zarówno u dorosłych jak i u dzieci. Liczne badania naukowe z całego świata, oficjalne bazy zgłaszania powikłań oraz udostępnione wyrokiem sądu w USA ze stycznia 2022r., utajnione wcześniej dokumenty koncernu Pfizer wskazują na ofiary śmiertelne i powikłania poszczepienne wśród osób, które przyjęły ww. preparaty**

Produkty lecznicze/szczepionki przeciw Covid-19 otrzymały warunkowe pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na podstawie przepisów rozporządzenia (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiające wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków, w szczególności jego art. 10 ust. 2 i art. 14-a oraz Rozporządzenia Komisji Europejskiej (WE) NR 507/2006 z dnia 29 marca 2006 r. w sprawie warunkowego dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych stosowanych u ludzi wchodzących w zakres rozporządzenia (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U.UE.L.2006.92.6). Decyzja Komisji Europejskiej, jako instytucji uprawnionej w sprawie wydawania pozwoleń, wywołuje bezpośredni skutek w każdym państwie członkowskim, w tym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, bez konieczności ich ponownego zatwierdzenia. Przy czym w preambule przywołanego aktu prawnego, tj. rozporządzenia 507/2006 opisane zostały okoliczności i zasady przyznawania warunkowych pozwoleń na dopuszczenie do obrotu. Wszystkie dopuszczone do obrotu szczepionki mają zatem udokumentowaną skuteczność i bezpieczeństwo.

Zaznaczyć należy, iż wśród doniesień naukowych nie brakuje rzetelnych informacji o skuteczności szczepień przeciw COVID-19, tytułem przykładu powołać można następujące publikacje:

- 1) Barbara A. Cohn, Piera M. Cirillo, Caitlin C. Murphy, Nickilou Y. Krigbaum, Arthur W. Wallace, SARS-CoV-2 vaccine protection and deaths among US veterans during 2021; Science (2021), artykuł opublikowany 4 Nov 2021; DOI: 10.1126/science.abm0620 (<https://www.science.org/doi/10.1126/science.abm0620>)
- 2) Anika Singanayagam, Seran Hakki, Jake Dunning, Kieran J Madon, Michael A Crone, Aleksandra Koycheva, et al.; Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study; The Lancet Infectious Diseases (2021), artykuł opublikowany: October 29, 2021 DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00648-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00648-4) ([https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext#seccestitle70](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext#seccestitle70))
- 3) Patrick Tang, Mohammad R. Hasan, Hiam Chemaitelly, Hadi M. Yassine, et al.; BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 vaccine effectiveness against the SARSCoV-2

Delta variant in Qatar; Nature Medicine (2021), artykuł opublikowany: 02 November 2021; DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01583-4>

(<https://www.nature.com/articles/s41591-021-01583-4>)

Podkreślenia wymaga, że system kontroli bezpieczeństwa szczepionek, oprócz badań laboratoryjnych, badań przedklinicznych, badań klinicznych II i III fazy, obejmuje monitorowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP). Stosowane na świecie i w Polsce systemy kontroli bezpieczeństwa szczepionek zgodne z aktualną wiedzą i wymaganiami, stanowią podstawę do stwierdzenia, że monitorowanie szczepionek pod kątem niepożądanych odczynów poszczepiennych stanowi gwarancję bezpieczeństwa ich stosowania.

Wskazania wymaga, że władze publiczne, zgodnie z art. 68 ust. 4 Konstytucji RP, są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych (w tym zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi). Realizacja zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, a także innych chorób o charakterze społecznym jest możliwa dzięki racjonalnym działaniom w obszarze zdrowia publicznego podejmowanym przez organy i instytucje państwa w zakresie posiadanych przez nie kompetencji.

Biorąc powyższe pod uwagę pragnę podkreślić, iż intencją Ministra Zdrowia jest troska o zdrowie publiczne polskiego społeczeństwa, w tym utrzymanie i wzmocnienie zaufania publicznego do szczepień ochronnych. Biorąc pod uwagę działania prowadzone w związku z pandemią COVID-19 wywołaną wirusem SARS-CoV-2, niewątpliwie istotne jest dostarczanie społeczeństwu wyłącznie informacji wiarygodnych, opartych na faktach, dostępnych na portalach instytucji odpowiedzialnych za zdrowie społeczeństwa, m. in. instytucji kontrolujących, jak Główny Inspektorat Farmaceutyczny, Główny Inspektorat Sanitarny, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz instytucji badawczych, w szczególności Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny czy Polska Akademia Nauk.

Równocześnie informuję, że przepisy ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022 r. poz. 64) regulują kwestie odszkodowań za Niepożądane Odczyny Poszczepienne. Przepisami wprowadzone zostały rozwiązania służące zapewnieniu osobom zaszczepionym środków prawnych umożliwiających szybkie uzyskanie świadczenia pieniężnego w związku z zaistniałymi niepożądanymi odczynami poszczepiennymi po szczepieniu przeciw COVID-19 bez konieczności odwoływania się do długotrwałej procedury postępowania przed sądami powszechnymi. W przepisach ww. ustawy został określony tryb i sposób postępowania w przypadku, gdy u osoby, u której wykonano szczepienie ochronne, wystąpiły działania niepożądane wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego, o której mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Celem rozwiązań jest faktyczna finansowa pomoc osobie zaszczepionej, u której wystąpiły powikłania po szczepieniu. Szczegółowe informacje dot. Funduszu Kompensacyjnego szczepień ochronnych dostępne są na stronie Rzecznika Praw Pacjenta pod linkiem: <https://www.gov.pl/web/rpp/fundusz-kompensacyjny>.

W tym miejscu podkreślić należy, że wszystkie działania podejmowane i prowadzone w związku ze stanem epidemii i stanem zagrożenia epidemicznego znajdują swoją podstawę prawną w prawie polskim i brak jest uzasadnienia do zaplanowania i podjęcia działań mających na celu wprowadzenie rozwiązań proponowanych w przedmiotowej petycji i podjęcia jakiegokolwiek decyzji w obszarze zdrowia publicznego.

- 4. podkreślić rolę działań profilaktycznych, wzmacniających odporność psychofizyczną, w tym: badania poziomu witaminy D3 i jej suplementacji, promocji aktywnego stylu życia z uwzględnieniem relacji społecznych, promocji właściwego sposobu żywienia, a w sytuacji stwierdzonego zachorowania promować wdrażanie wczesnego leczenia dostępnymi lekami o potwierdzonej wielośrodkowo skuteczności, np. w przypadku Covid19 Amantadyny, Ivermektyny, Hydroksychlorochiny**

Ministerstwo Zdrowia popiera potrzebę uwzględnienia w opracowywanych przez Światową Organizację Zdrowia dokumentach dotyczący zapobiegania, gotowości i reagowania na pandemię informacji na temat roli działań profilaktycznych, wzmacniających odporność psychofizyczną, w tym dot. m.in. aktywnego stylu życia oraz promocji właściwego sposobu żywienia. Takie zalecenia wydają się jednak być zbyt szczegółowe, aby zamieszczać je w dokumencie o randze traktatu międzynarodowego. Rekomendacje dotyczące zdrowego odżywiania czy stylu życia powinny być zawarte w publikowanych przez WHO zaleceniach, biuletynach informacyjnych czy publikacjach naukowych. W odniesieniu zaś do upowszechniania wykonywania badania poziomu witaminy D3 i jej powszechnej suplementacji, należy zaznaczyć, że chociaż badania obserwacyjne wskazują, że w populacji krajów o najniższych stężeniach witaminy D zakażeń koronawirusem jest najwięcej i cięższy jest przebieg choroby, to jednak wyniki nielicznych badań z randomizacją (z grupą placebo) są sprzeczne i skuteczność suplementacji tej witaminy w leczeniu COVID-19 nie jest wystarczająco udowodniona. Na tym etapie we wszystkich publikacjach naukowych związek pomiędzy stężeniem witaminy D a ryzykiem zakażenia i przebiegiem choroby nazywany jest hipotezą, której udowodnienie wymaga większej ilości dobrych metodycznie badań.

Odnosząc się do postulatu wczesnego leczenia COVID-19 dostępnymi lekami o potwierdzonej wielośrodkowo skuteczności np. Amantadyną, Ivermektyną, Hydroksychlorochiną uprzejmie wyjaśniam, że zgodnie z polskim prawodawstwem decyzje na temat zastosowania konkretnej technologii lekowej w danym wskazaniu podejmuje tylko lekarz. Dodatkowo, lekarz, dokonując wyboru spośród możliwych do zastosowania leków w danej jednostce chorobowej, powinien kierować się stanem pacjenta, aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz należyta starannością. Do tego może on także ordynować leki poza ich wskazaniami rejestracyjnymi.

Należy podkreślić, że ze względu na pojawiające się nowe dane z piśmiennictwa oraz gromadzone doświadczenia Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych opracowało postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2. Celem rekomendacji jest zaproponowanie praktycznych zaleceń dotyczących diagnostyki i farmakoterapii zakażeń SARS-CoV-2, przydatnych zarówno w warunkach podstawowej, jak i szpitalnej opieki zdrowotnej. Pełna treść zaleceń dostępna jest pod linkiem: <http://www.pteilchz.org.pl/>.

- 5. zobligować kraje członkowskie do zaplanowania i przeprowadzenia randomizowanych badań klinicznych o najwyższej wiarygodności i randze, by było możliwe przeprowadzenie meta analizy zjawisk związanych z pandemią COVID19. Badania muszą być niezależne od firm farmaceutycznych i innego rodzaju sponsoringu. Badania te będą dotyczyć:**
  - **epidemiologii zachorowań na Covid19:**
    - A. w grupach szczepionych i nieszczepionych,**

#### B. z podziałem na grupy wiekowe;

- zgonów osób szczepionych różną liczbą dawek versus osób nieszczepionych,
- obowiązkowe wykonywanie autopsji osób zmarłych po szczepieniach

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy prowadzi Ogólnopolskie Badanie Seroepidemiologiczne COVID-19: OBSER-CO” - projekt mający na celu ocenę rzeczywistego rozpowszechnienia wirusa SARS-CoV-2 w Polsce.

Nadrzędnym celem projektu OBSER-CO jest określenie odsetka populacji, który uległ zakażeniu SARS-COV-2 oraz jaki odsetek przypadków jest rozpoznawany i rejestrowany. Właściwa ocena rzeczywistej liczby osób uodpornionych przeciwko SARS-CoV-2 pomoże precyzyjnie przewidzieć wzrosty zachorowań (tzw. fale epidemii) po okresach tymczasowego zmniejszenia obostrzeń. Dzięki temu możliwa będzie prawidłowa ocena sytuacji epidemiologicznej, a co za tym idzie podejmowanie odpowiednich działań przeciwepidemicznych niezbędnych do kontroli epidemii.

Poprzez porównanie odsetka osób, u których wykrywa się przeciwciała ze wskaźnikiem liczby zarejestrowanych przypadków zakażeń w odniesieniu do liczby osób w populacji (zapadalność skumulowana) będzie możliwe określenie liczby nierozpoznanych zakażeń. W większości krajów/regionów, w których wykonano takie badania, szacowany odsetek nierozpoznanych zakażeń po pierwszej fali wahał się od 95% do prawie 99%.

Badanie OBSER-CO umożliwi ocenę rzeczywistego rozpowszechnienia wirusa SARS-CoV-2 w Polsce, a także ocenę jego rozpowszechnienia i rozpoznawalności w poszczególnych województwach oraz poszczególnych grupach wiekowych.

Podsumowanie wyników dotychczasowych badań dostępne jest na stronie

<https://www.pzh.gov.pl/projekty-i-programy/obserco/>.

#### 6. zaprzestać rekomendacji WHO dla testu RTPCR jako podstawy diagnozowania zakażenia/choroby COVID19

Metoda PCR (*polymerase chain reaction*) wynaleziona przez dr Kery’ego Mullis’a w 1985 r., za którą twórca otrzymał Nagrodę Nobla (1993), stała się podstawą dla rozwoju dziedziny biologii molekularnej. Na przestrzeni ponad 30 lat technika ta ulegała ciągłym modernizacjom, co zdecydowanie wpłynęło na jej rozwój. Obecnie pojęcie „technika PCR” jest bardzo szerokie. Istnieje szereg jej odmian, a wiele z nich jest rutynowo stosowanych m.in. w diagnostyce zakażeń różnymi mikroorganizmami, w tym wirusami. Laboratoria diagnostyczne zobowiązane są do posługiwania się wyłącznie testami posiadającymi certyfikat CE i IVD, dla których producent precyzuje m.in.: takie parametry, jak: swoistość i czułość testu, wartość predykcyjna dodatnia (PPV) oraz wartość predykcyjna ujemna (NPV). Co więcej każde laboratorium diagnostyczne stosujące test komercyjny (z CE, IVD) powinno przeprowadzić weryfikację testu, czyli jego sprawdzenie w warunkach własnego laboratorium.

Zgodnie z rekomendacjami WHO (<https://www.who.int/publications/i/item/10665-331501>) wiarygodną metodą laboratoryjnego potwierdzenia aktualnego zakażenia wirusem SARS-CoV2 są badania wykonywane metodami biologii molekularnej (RT-PCR). Zależnie od sytuacji epidemiologicznej danego kraju/obszaru WHO dopuszcza laboratoryjne potwierdzenie zakażenia wirusem SARS-CoV2 na podstawie wykrycia obecności 1 genu specyficznego dla tego patogenu (w krajach o stałej cyrkulacji wirusa w populacji) lub na podstawie wykrycia 2 i więcej genów, w tym 1 specyficznego dla wirusa

SARS-CoV2 (w krajach, w których epidemia jest pod kontrolą). W Polsce laboratoria prowadzące diagnostykę w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 zobowiązane są do stosowania metodyki badania spełniającej wymogi aktualnej krajowej definicji przypadku potwierdzonego COVID-19, ogłaszanej przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Rekomendacje WHO są wydawane w oparciu o aktualną wiedzę naukową oraz wyniki badań. Można więc przypuszczać, że testy RT-PCR są najbardziej skuteczną ze znanych metod wykrywania zakażeń COVID-19, co nie wyklucza tego, iż może to być metoda niedoskonała. Ponadto, rekomendacje WHO mają wyłącznie charakter zaleceń. Indywidualną decyzją każdego państwa i obywatela jest to, czy traktuje je jako wiarygodne.

**7. Światowa Organizacja Zdrowia nie powinna przyjmować donacji od żadnych firm farmaceutycznych czy innych podmiotów wyciągających korzyści ze świadczenia usług medycznych i/lub produkcji, kolportażu, sprzedaży wyrobów**

Światowa Organizacja Zdrowia jest finansowana ze składek obowiązkowych państw członkowskich (mniej niż 20% budżetu Organizacji) oraz ze składek dobrowolnych (ponad 80% budżetu Organizacji), pochodzących zarówno od państw, jak i podmiotów niepaństwowych. Bez składek dobrowolnych WHO nie byłaby w stanie realizować swoich podstawowych zadań, dlatego możliwość ich przyjmowania jest, przynajmniej na razie, niezbędna do funkcjonowania Organizacji. Obecnie nie ma politycznej zgody państw członkowskich na całkowite przejęcie na siebie finansowania WHO. Takie rozwiązanie oznaczałoby kilkukrotny wzrost składek obowiązkowych na rzecz WHO. Obecnie toczy się debata na temat większego uniezależnienia Organizacji od składek dobrowolnych, a jednym z jej gł. postulatów jest zwiększenie poziomu składek obowiązkowych, których płatnikami są wyłącznie państwa członkowskie.

Szczegółowe informacje nt. finansowania WHO można znaleźć na stronie <https://www.who.int/about/funding>, a w zakresie donorów są dostępne tutaj: <https://www.who.int/about/funding/contributors>.

Z wyrazami szacunku

Ewa Nowacka  
Zastępca Dyrektora  
/dokument podpisany elektronicznie/