

BEOS-344/25

Warszawa, 31 marca 2025 r.

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.42.10.2025
Data wpływu 31.03.25r.

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

**Opinia w sprawie oceny skutków regulacji poselskiego projektu ustawy
o wystąpieniu Rzeczypospolitej Polskiej ze Światowej Organizacji Zdrowia
(druk sejmowy nr 1114)**

Na podstawie art. 34 ust. 9a uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r.
– Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2022 r. poz. 990, ze zm.)
sporządza się następującą opinię:

I. Problem, który zamierzają rozwiązać Wnioskodawcy

Wnioskodawcy w deklarowanych skutkach regulacji (DSR) w części dotyczącej opisu zidentyfikowanego problemu przedstawili przedmiot projektu oraz jego cele, natomiast w żaden sposób nie odnieśli się do problemu, którego rozwiązaniu ten projekt miałby służyć. W pkt 1 uzasadnienia Wnioskodawcy nie określili wprost problemu, który zamierzają rozwiązać, jednak w jego treści można wskazać fragmenty wiążące się z tym zagadnieniem. I tak, w ocenie Wnioskodawców Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) „nie sprostала oczekiwaniom wielu państw, w tym Polski, w zakresie skutecznego i szybkiego reagowania na globalny kryzys zdrowotny” wywołany pandemią COVID-19. Wnioskodawcy wskazali, że „opóźnienia w przekazywaniu kluczowych informacji, brak jednoznacznej i szybkiej oceny zagrożenia oraz niedostateczna koordynacja działań międzynarodowych przyczyniły się do eskalacji kryzysu i spadku zaufania do instytucji”, a ponadto „WHO w swoich działaniach wychodziła poza pierwotny mandat związany z ochroną zdrowia, angażując się w kontrowersyjne kwestie społeczne, takie jak promowanie specyficznie rozumianych praw reprodukcyjnych i seksualnych, w tym aborcji”. Zdaniem Wnioskodawców „wiele działań WHO, takich jak zarządzanie kryzysowe,

można zastąpić inicjatywami i regulacjami krajowymi bądź współpracą z innymi podmiotami międzynarodowymi – osiągając lepszy efekt”.

Wnioskodawcy stwierdzili również, że wystąpienie USA z WHO prowadzi do osłabienia finansowego tej organizacji oraz zwiększenia w niej wpływów Rosji i Chin, co może skutkować promowaniem polityki zdrowotnej bardziej korzystnej dla interesów tych państw oraz negatywnie wpłynąć na przejrzystość i demokratyczne standardy zarządzania w WHO.

Co więcej, w opinii Wnioskodawców potrzeba przedłożonej regulacji wynika „z konieczności zaspokojenia oczekiwań społecznych dotyczących większej suwerenności w podejmowaniu decyzji zdrowotnych oraz ochrony polskiego sektora zdrowia przed wpływami, które nie są zgodne z przyjętymi w Polsce wartościami i normami”.

II. Rozwiązanie rekomendowane przez Wnioskodawców

Przedłożony przez Wnioskodawców projekt zakłada wyrażenie zgody na wypowiedzenie Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienia zawartego przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokołu dotyczącego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisanych w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r.¹ (dalej: Konstytucja WHO), czego skutkiem będzie wystąpienie Rzeczypospolitej Polskiej z WHO (art. 1 projektu).

Zgodnie z art. 2 projektu minister właściwy do spraw zagranicznych zostanie zobowiązany do złożenia notyfikacji o wypowiedzeniu do Dyrektora Generalnego WHO oraz przekazania informacji o skutkach wypowiedzenia właściwym organom administracji publicznej i organizacjom międzynarodowym, których Polska jest członkiem, natomiast minister właściwy do spraw zdrowia zostanie zobowiązany do przeprowadzenia analizy obowiązujących przepisów opartych na wytycznych i standardach WHO oraz opracowania rekomendacji legislacyjnych dotyczących zmiany tych przepisów.

Dotychczasowe środki finansowe przeznaczone na składki członkowskie w WHO mają zostać przekierowane na realizację programów polityki zdrowotnej i współpracę z innymi międzynarodowymi organizacjami w obszarze zdrowia publicznego (art. 3 projektu).

W terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie proponowanej ustawy Rada Ministrów ma przedstawić Sejmowi i Senatowi informację o skutkach wystąpienia z WHO.

Proponowana ustawa ma wejść w życie po upływie 14 dnia od dnia ogłoszenia.

¹ Dz. U. z 1948 nr 61, poz. 477.

III. Inne rozwiązania rozważane przez Wnioskodawców

Wnioskodawcy nie rozważali alternatywnych rozwiązań. W ich ocenie nie ma obecnie możliwości osiągnięcia celu projektu za pomocą innych środków.

IV. Rozwiązania przyjmowane w innych państwach, w szczególności państwach członkowskich OECD/UE

Światowa Organizacja Zdrowia zrzesza 194 państwa członkowskie. Konstytucja WHO nie zawiera postanowień określających tryb wystąpienia z organizacji.

W dniu 20 stycznia 2025 r. prezydent Donald Trump podpisał rozporządzenie wykonawcze w sprawie wystąpienia Stanów Zjednoczonych z WHO². Decyzja wejdzie w życie po upływie roku od jej podjęcia – taki okres wypowiedzenia przewiduje wspólna rezolucja Kongresu z 1948 r. w sprawie przystąpienia Stanów Zjednoczonych do WHO³. Jako uzasadnienie wskazano niewłaściwe działania WHO w odpowiedzi na pandemię COVID-19, brak wdrożenia niezbędnych reform organizacyjnych, niezdolność do zachowania niezależności od niewłaściwych wpływów politycznych oraz nieproporcjonalnie wysokie składki członkowskie. Należy też zaznaczyć, że już w 2020 r., podczas swojej pierwszej kadencji, prezydent Donald Trump podjął decyzję o wystąpieniu, jednak zanim weszła w życie (co miało nastąpić 6 lipca 2021 r.) odwołał ją jego następca, prezydent Joe Biden⁴.

Ponadto 5 lutego 2025 r. prezydent Argentyny Javier Milei opublikował komunikat⁵, w którym poinformował, że „podjął decyzję o wystąpieniu Argentyny ze Światowej Organizacji Zdrowia”. Wdrożenie tej decyzji wymaga jednak przyjęcia odpowiedniego aktu prawnego (przy czym przedmiot debaty stanowi obecnie to, czy wystąpienie może nastąpić na mocy dekretu prezydenta, czy też konieczne jest uchwalenie ustawy – zważywszy, że przystąpienie Argentyny do WHO nastąpiło na podstawie ustawy⁶).

² *Executive Order 14155. Withdrawing the United States from the World Health Organization*, tekst w j. angielskim: <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/withdrawing-the-united-states-from-the-worldhealth-organization/> [wszystkie źródła internetowe cytowane w niniejszej opinii zostały sprawdzone 1 IV 2025].

³ *Joint Resolution Providing for Membership and Participation by the United States in the World Health Organization Approved 14 June 1948 (Public Law 643, 80th Congress)*, tekst w j. angielskim: <https://maint.loc.gov/law/help/statutes-at-large/80th-congress/session-2/c80s2ch469.pdf>.

⁴ *Letter to Secretary-General António Manuel de Oliveira Guterres of the United Nations* <https://www.presidency.ucsb.edu/documents/letter-secretary-general-antonio-manuel-de-oliveira-guterres-the-united-nations>.

⁵ *Comunicado Oficial Número 76 de la Oficina del Presidente Javier Milei*, <https://www.argentina.gob.ar/noticias/comunicado-oficial-numero-76>.

⁶ *Ley N° 13.211*, tekst w j. hiszpańskim: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-13211-60793/texto>.

V. Skutki prawne projektowanej ustawy

Projekt dotyczy wyrażenia zgody przez Sejm na wystąpienie z WHO. Przewiduje: 1) wypowiedzenie Konstytucji WHO, czego skutkiem będzie wystąpienie ze Światowej Organizacji Zdrowia (art. 1); 2) zobowiązanie ministra właściwego do spraw zagranicznych do formalnego złożenia notyfikacji o wypowiedzeniu do Dyrektora Generalnego WHO oraz przekazania informacji o skutkach wypowiedzenia właściwym organom administracji publicznej oraz organizacjom międzynarodowym, których Polska jest członkiem (art. 2 ust. 1); 3) zobowiązanie ministra właściwego do spraw zdrowia do przeprowadzenia analizy obowiązujących przepisów opartych na wytycznych i standardach WHO oraz do opracowania rekomendacji legislacyjnych dotyczących zmiany przepisów (art. 2 ust. 2). Projektowana ustawa zakłada „przekierowanie” środków finansowych przeznaczanych na składkę w WHO na realizację programów polityki zdrowotnej oraz współpracę z innymi międzynarodowymi organizacjami w obszarze zdrowia publicznego (art. 3).

Ponadto art. 4 projektu zobowiązuje Radę Ministrów, aby w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy przedstawiła obu izbom parlamentu informację o skutkach wystąpienia z WHO, która uwzględni: 1) wpływ na system ochrony zdrowia w Polsce; 2) propozycje alternatywnych rozwiązań w zakresie współpracy międzynarodowej w obszarze zdrowia publicznego; 3) przebieg prac legislacyjnych w zakresie, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt 2 (zalecenia co do zmian legislacji dotychczas kształtowanej pod wpływem WHO).

Zgodnie z art. 5 projektu ustawa miałaby wejść w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projektowana ustawa jest co do zasady spójna terminologicznie. Niektóre terminy wymagałyby jednak korekty, jak np. przekierowanie środków finansowych, o którym jest mowa w art. 3 projektu.

Konstytucja WHO nie zawiera klauzuli wypowiedzenia (jako jedyny statut organizacji wyspecjalizowanych ONZ). Niemniej można zastosować w tym przypadku zasady zwyczajowe odzwierciedlone w art. 56 ust. 1 Konwencji wiedeńskiej o prawie traktatów z dnia 23 maja 1969 r., której Polska jest stroną od 1990 r.⁷ Zgodnie z tym postanowieniem „Traktat, który nie zawiera postanowienia dotyczącego jego wygaśnięcia i nie przewiduje wypowiedzenia ani wycofania się z niego, nie podlega wypowiedzeniu ani wycofaniu się z niego, chyba że: a) ustalono, że strony miały zamiar dopuścić możliwość wypowiedzenia lub wycofania się, bądź b) prawa do wypowiedzenia lub wycofania się można domniemywać się z charakteru traktatu”. Jak się wydaje, wystąpienie z WHO jest możliwe, jak z każdej organizacji międzynarodowej, która nie przekształciła się w państwo. W tej sytuacji zachodziłaby okoliczność ujęta w art. 56 ust. 1 lit. b Konwencji. Brak możliwości wystąpienia mógłby oznaczać, że Polska utraciła kontrolę nad członkostwem, a zatem przestała dysponować władzą suwerenną w tym zakresie, co byłoby sprzeczne z Konstytucją.

⁷ Dz. U. z 1990 r. nr 74, poz. 439.

Możliwość wystąpienia z WHO potwierdza do pewnego stopnia dotychczasowa praktyka: wystąpienie państw socjalistycznych (w tym Polski) w latach pięćdziesiątych, a także dwukrotne wystąpienie Stanów Zjednoczonych za obu prezydentur Donalda Trumpa. Trzeba przy tym zaznaczyć, że Stany Zjednoczone sformułowały w chwili przystąpienia zastrzeżenie, zgodnie z którym uznały, że mają prawo wystąpienia z WHO; zastrzeżenie to zostało przedłożone Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia, które przyjęło je mimo sprzeciwów pewnej grupy członków. Wskazana praktyka funkcjonowała mimo odmowy uznania wystąpienia ze strony WHO – członkowie, którzy wystąpili z organizacji, byli uważani za członków nieaktywnych, jednakże związanych regulacjami sanitarnymi WHO, które są wiążące prawnie z mocy Konstytucji WHO. Ponowne przystąpienie (aktywacja członkostwa) nie odbyło się jednak według procedury akcesyjnej przewidzianej w Konstytucji WHO⁸. W tej sytuacji wystąpienie przez Polskę z WHO należy postrzegać jako prawnie dopuszczalne (WHO nie ma kompetencji do decydowania w takich sprawach). A zatem nie ma mowy o naruszeniu obowiązku przestrzegania wiążącego Polskę prawa międzynarodowego, który określono w art. 9 Konstytucji.

Analiza zgodności systemowej projektu skłania do oceny zgodności z prawem Unii Europejskiej. UE nie jest członkiem WHO. Nawet gdyby UE mogła przystąpić do WHO, Polska mogłaby pozostać jej członkiem, gdyż Unia nie dysponuje kompetencjami wyłącznymi w sferze objętej Konstytucją WHO.

Konstytucja WHO nie przewiduje możliwości przystępowania do WHO organizacji międzynarodowych, nawet takich, które otrzymały pewne kompetencje w zakresie zdrowia publicznego od państw członkowskich (art. 3 Konstytucji WHO). Niemniej, działając na podstawie postanowień traktatów założycielskich, zobowiązujących Wspólnoty Europejskie, obecnie UE, do współpracy z organizacjami międzynarodowymi, w szczególności z ONZ i jej organizacjami wyspecjalizowanymi (obecnie art. 220 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej), Wspólnoty, potem Unia, nawiązywały taką współpracę poczynawszy od 1972 r. (porozumienia w formie wymiany listów)⁹. Komisja Europejska dokonywała też przeglądów współpracy z WHO, zwłaszcza pod wpływem zmian traktatowych w tej materii. Przykładem w tym zakresie jest komunikat w sprawie współpracy między Komisją Wspólnot Europejskich a Światową Organizacją Zdrowia¹⁰.

Aktualnie obowiązuje porozumienie, w formie wymiany listów między Światową Organizacją Zdrowia a Komisją Wspólnot Europejskich, dotyczące wzmocnienia i intensyfikacji współpracy z 4 stycznia 2001 r.¹¹, do którego dołączono

⁸ Zob. H. G. Schermers, N. M. Blokker, *International Institutional Law*, Leiden-Boston 2011, s. 103-105, 731.

⁹ Niepublikowane. Kolejne porozumienia z 1982 r. zostały opublikowane w Dzienniku Urzędowym Wspólnot Europejskich, Dz. Urz. WE 1982, L 300, s. 20. Do wymiany listów z 1982 r. dołączono Memorandum określające ustalenia dotyczące współpracy między WHO a Komisją Wspólnot Europejskich.

¹⁰ *Communication from the Commission on collaboration between the Commission of the European Communities and the World Health Organization*, COM(1993) 224 final.

¹¹ *Exchange of letters between the World Health Organisation and the Commission of the European Communities concerning the consolidation and intensification of cooperation - Memorandum concerning*

Memorandum dotyczące ram i uzgodnień dla współpracy między WHO a Komisją WE, stanowiące zasadnicze porozumienie merytoryczne. Memorandum określiło m.in. dziedziny współpracy. Ustalono w nim także listę priorytetów współpracy oraz procedury współpracy (m.in. udział UE w pracach WHO czy w negocjowaniu umów WHO).

Chociaż UE nie jest członkiem WHO, to jednak niektóre umowy tej organizacji są otwarte dla takich podmiotów, jak UE. Dotyczy to zwłaszcza Ramowej konwencji antytytoniowej WHO, w której negocjowaniu Wspólnota uczestniczyła¹². Konwencja antytytoniowa z 2003 r. (jest to umowa mieszana, jej stronami są także państwa członkowskie, w tym Polska¹³), jak również inne regulacje WHO, są wykonywane w UE za pośrednictwem jej prawa wtórnego¹⁴, a także aktów *soft law*¹⁵. W aktach tych UE odwołuje się do konwencji WHO i aktów przyjętych przez organy WHO. Szczególnie widoczny był wpływ ustaleń WHO na regulacje unijne w zakresie zwalczania pandemii COVID-19¹⁶. W konsekwencji prawo UE musi być interpretowane w szczególności zgodnie z wiążącymi Unię umowami międzynarodowymi wynegocjowanymi w ramach WHO. Ponadto istnieje konieczność uwzględnienia regulacji WHO w wykładni aktów prawa wtórnego lub aktów *soft law* (zaleceń unijnych), do których odwołują się te akty¹⁷.

Oznacza to, że nawet jeśli wystąpienie Polski z WHO nie stanowi naruszenia prawa UE, to jednak może powodować komplikacje związane z wykonywaniem w Polsce prawa UE powiązanego normatywnie z decyzjami lub regulacjami przyjętymi w ramach WHO.

W projekcie i w uzasadnieniu wskazuje się, że wystąpienie z WHO powinno pociągać za sobą weryfikację prawa polskiego z perspektywy dostosowania polskiego systemu prawnego do nowej sytuacji. W uzasadnieniu wymienia się

the framework and arrangements for cooperation between the World Health Organisation and the Commission of the European Communities, Dz. Urz. WE C 1 z 4.01.2001, s. 7.

¹² Dz. Urz. UE L 213 z 15.6.2004, s. 8. Rada dołączyła do decyzji o zawarciu Ramowej konwencji deklarację w sprawie podziału kompetencji w sferze regulowanej konwencją między Wspólnotę a państwa członkowskie (załącznik I). Dołączono również oświadczenie, zgodnie z którym, jeśli przepisy konstytucyjne państw członkowskich będą uniemożliwiały akceptację całkowitego zakazu wszelkiej reklamy, promocji i sponsoringu wyrobów tytoniowych, to wbrew art. 13 ust. 3 konwencji, będą one mogły zachować własne regulacje (załącznik II).

¹³ Dz. U. z 2007 r. nr 74, poz. 487. Oznacza to, że wystąpienie Polski z WHO nie pociągałoby za sobą konieczności wypowiedzenia tej konwencji. Stronami konwencji mogą być również państwa niebędące członkami WHO (art. 34 i art. 35).

¹⁴ Zob. np. dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/2881 z dnia 23 października 2024 r. w sprawie jakości powietrza i czystszej powietrza dla Europy, Dz. Urz. UE L, 2024/2881, 20.11.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2024/2881/oj>; rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2371 z dnia 23 listopada 2022 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylenia decyzji nr 1082/2013/UE, Dz. Urz. UE L 314 z 6.12.2022, s. 26.

¹⁵ Zob. np. zalecenie Rady z dnia 3 grudnia 2024 r. w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego i aerozoli, zastępujące zalecenie Rady 2009/C 296/02, Dz. Urz. UE C, C/2024/7425, 12.12.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2024/7425/oj>; zalecenie Rady z dnia 21 czerwca 2024 r. w sprawie nowotworów zwalczanych drogą szczepień, Dz. Urz. UE C, C/2024/4259, 28.6.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2024/4259/oj>.

¹⁶ Np. w związku z ograniczeniami swobody przemieszczania się i osiedlania obywateli UE (dyrektywa 2004/38) ze względu na ochronę zdrowia publicznego. Zob. np. wyrok TSUE z 5 XII 2023 r. w sprawie *Nordic Info BV*, C-128/22, ECLI:EU:C:2023:951.

¹⁷ Zob. też *Opinia w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu ustawy o wystąpieniu Rzeczypospolitej Polskiej ze Światowej Organizacji Zdrowia (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Grzegorz Płaczek)*, opinia BEOS z 10 III 2025 r., BEOS-WPEiM-361/25.

przykładowo bardzo różnorodne ustawy. W art. 2 ust. 2 zobowiązuje się ministra właściwego do spraw zdrowia do dokonania przeglądu przepisów opartych na wytycznych i standardach WHO, co nie jest precyzyjne prawnie. W WHO negocjuje się umowy międzynarodowe (art. 19 i art. 20 Konstytucji WHO) i przyjmuje się prawnie wiążące regulaminy sanitarne i niewiążące standardy (art. 21). Z proponowanej regulacji może zatem wynikać, że należałoby dokonać przeglądu polskiego porządku prawnego pod kątem wszystkich aktów WHO.

Projektowana ustawa zawiera przepisy obejmujące rozwiązania niedotyczące wprost wypowiedzenia Konstytucji WHO, lecz także nakładające na ministrów i Radę Ministrów zobowiązania merytoryczne i finansowe (art. 2-4). Należy zauważyć, że projekt dotyczy wyrażenia zgody na wystąpienie z WHO w rozumieniu art. 89 ust. 1 pkt 3 Konstytucji. W przypadku ustaw wyrażających zgodę na ratyfikację umów międzynarodowych istnieją duże wątpliwości co do dopuszczalności umieszczania w nich innych przepisów niż bezpośrednio dotyczących wyrażenia zgody¹⁸. Nie ma takiej jasności co do ustaw wyrażających zgodę na wypowiedzenie umowy międzynarodowej.

Trzeba pamiętać, że wypowiedzenie umowy międzynarodowej nie jest aktem parlamentu. Sejm jedynie wyraża zgodę na taki akt. Decyzja w tej materii należy do Prezydenta (art. 133 ust. 1 pkt 1 Konstytucji). W konsekwencji wykonywanie obowiązków ustalonych w ustawie przez ministrów i Radę Ministrów nie będzie możliwe bez uprzedniego aktu Prezydenta. Prezydent może proponowaną ustawę podpisać i odmówić wypowiedzenia, może skierować sprawę do Trybunału Konstytucyjnego, a wreszcie może wnieść weto wobec ustawy. Z formalnego i proceduralnego punktu widzenia nie różni się ona bowiem od innych ustaw.

W powyższym kontekście można mieć wątpliwość, czy przepisy art. 2-4 powinny znaleźć się w projektowanej ustawie.

Projekt nie przewiduje przepisów przejściowych. Jedynym przepisem końcowym jest art. 5 dotyczący wejścia w życie ustawy. Nie nasuwa on wątpliwości prawnych.

Projekt był przedmiotem analiz Biura Ekspertyz i Oceny Skutków Regulacji Kancelarii Sejmu dotyczących zgodności z prawem Unii Europejskiej¹⁹. Projekt był także przedmiotem analizy BEOS w trybie art. 95a ust. 3 Regulaminu Sejmu²⁰.

¹⁸ Zob. np. A. Bień-Kacała, W. Włoch, *Kwestia uzupełnienia ustawy ratyfikacyjnej o dodatkowe treści (art. 89 Konstytucji RP)*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 1, s. 31 i n.; B. Przywora, *Możliwość wprowadzenia zmian w ustawie z 4 maja 2021 r. o ratyfikacji decyzji Rady (UE, Euratom) 2020/2053 z 14 grudnia 2020 r. w sprawie systemu zasobów własnych Unii Europejskiej oraz uchylającej decyzję 2014/335/UE, Euratom*, „Zeszyty Prawnicze BAS” 2021, nr 4, s. 59 i n.

¹⁹ *Opinia w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej...*, op. cit.

²⁰ *Opinia w sprawie stwierdzenia, czy poselski projekt ustawy o wystąpieniu Rzeczypospolitej Polskiej ze Światowej Organizacji Zdrowia (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Grzegorz Płaczek) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej w rozumieniu art. 95a regulaminu Sejmu*, opinia BEOS z 10 III 2025 r., BEOS-WPEiM-362/25.

VI. Skutki społeczne projektowanej ustawy

A. Podmioty, na które wpływa projekt

Projekt wpłynie bezpośrednio na wskazane w treści ustawy podmioty, zobowiązane do podjęcia określonych w regulacji działań:

- ministra właściwego ds. spraw zagranicznych;
- ministra właściwego ds. zdrowia;
- Radę Ministrów.

Ponadto projekt wpłynie także bezpośrednio na pracowników krajowego biura WHO w Polsce, którzy w wyniku wystąpienia Polski z WHO stracą pracę.

Projektowana ustawa będzie miała pośredni wpływ na podmioty realizujące zadania z obszaru zdrowia publicznego. Ponieważ ochrona zdrowia charakteryzuje się „wielosektorowością i wielokierunkowością działań licznych podmiotów publicznych i niepublicznych: instytucji państwowych i samorządowych, organizacji pozarządowych, towarzystw naukowych, ośrodków naukowo-badawczych, służb i inspekcji państwowych”²¹, nie jest możliwe dokładne określenie wszystkich tego typu podmiotów. Można jednak wskazać kluczowe podmioty publiczne powołane i finansowane przez państwo, które realizują zadania z obszaru zdrowia publicznego:

- Ministerstwo Zdrowia (w szczególności Departament Zdrowia Publicznego);
- Krajowy Konsultant ds. Zdrowia Publicznego;
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB²²;
- Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Projekt może także wpłynąć pośrednio na ogół polskich obywateli.

B. Wpływ na społeczeństwo

WHO to organizacja wyspecjalizowana ONZ i zarazem „kluczowa instytucja w globalnym systemie ochrony zdrowia”²³, której głównym celem jest dążenie do osiągnięcia „możliwie najwyższego poziomu zdrowia” w populacji globalnej²⁴. WHO realizuje ten cel m.in. poprzez: a) gromadzenie, analizowanie i raportowanie danych; b) opracowywanie międzynarodowych wytycznych i norm (np. dotyczących składu lekarstw i jakości żywności); c) tworzenie polityki zdrowotnej opartej na dowodach; d) zarządzanie kryzysami zdrowotnymi oraz e) współpracę międzynarodową²⁵.

Współpraca z WHO umożliwia Polsce „korzystanie z wiedzy i doświadczeń międzynarodowych ekspertów, co ma bezpośredni wpływ na rozwój krajowego

²¹ J. Szymańczak, *Zdrowie publiczne – element systemu ochrony zdrowia*, „Studia BAS” 2009, nr 4, s. 231, [https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/5EFD37B829CD0ADFC1257A30003DABEE/\\$file/7_20.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/5EFD37B829CD0ADFC1257A30003DABEE/$file/7_20.pdf).

²² Oficjalna strona Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-PIB, <https://www.pzh.gov.pl/>.

²³ Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na interpelację nr 8087 posła na Sejm RP pana Janusza Cieszyńskiego w sprawie stosunku Ministerstwa Zdrowia do wystąpienia USA ze Światowej Organizacji Zdrowia, jego skutków oraz konsekwencji dla Polski, <https://www.sejm.gov.pl/INT10.nsf/klucz/ATTDF3K9B/%24FILE/i08087-o1.pdf>.

²⁴ Art. 1 Konstytucji WHO.

²⁵ Zob. np. informacje o WHO na stronie Ministerstwa Zdrowia oraz na stronie infor.pl, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/swiatowa-organizacja-zdrowia-who->; <https://www.infor.pl/slownik/zdrowie/5872059.swiatowa-organizacja-zdrowia-who.html>.

systemu ochrony zdrowia”²⁶, zaś wytyczne i normy określone przez tę organizację stanowią ważny wyznacznik działań podejmowanych przez podmioty działające w obszarze zdrowia publicznego²⁷. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia WHO jest cenną „organizacją normotwórczą” oraz „platformą współpracy technicznej i naukowej”²⁸, co potwierdzili w swoich wypowiedziach – w trakcie rozmów przeprowadzonych na potrzeby niniejszej opinii – Krajowy Konsultant ds. Zdrowia Publicznego oraz pracowniczka Narodowego Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB, wskazując, że WHO stanowi w ich pracy bardzo istotny „punkt odniesienia”. Ponadto polscy eksperci z zakresu zdrowia publicznego podkreślają ogromną rolę, jaką WHO pełni w zbieraniu i analizowaniu danych epidemiologicznych z całego świata²⁹.

Możliwe skutki społeczne głównego celu projektu, tj. wystąpienia Polski z WHO, można podzielić na:

- skutki związane z brakiem korzyści z członkostwa w WHO,
- skutki w postaci ryzyk w obszarze zdrowia publicznego,
- skutki w postaci ryzyk politycznych,
- szersze skutki społeczne związane z możliwymi przemianami postaw społecznych.

Skutki związane z brakiem korzyści z członkostwa sprowadzają się do niemożliwości czerpania wyżej wymienionych profitów wynikających ze współpracy z WHO. Z kolei skutki w postaci ryzyk w obszarze zdrowia publicznego są potencjalnymi negatywnymi konsekwencjami braku tych profitów. Wśród takich konsekwencji należy wskazać przede wszystkim ogólne zmniejszenie skuteczności działań w obszarze zdrowia publicznego i trudności w reagowaniu na kryzysy zdrowotne (wywoływane np. przez pandemie)³⁰, a także związane z nimi potencjalnie ryzyka zdrowotne dla obywateli, takie jak np. pogorszenie dostępu do leków³¹, szczepionek i opieki zdrowotnej oraz zwiększenie ryzyka rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Jak wskazali – przywołani już – Krajowy Konsultant ds. Zdrowia Publicznego oraz pracowniczka Narodowego Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB, nie można obecnie określić dokładnego zakresu zarówno skutków

²⁶ Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na interpelację nr 8087, op. cit.

²⁷ D. Cianciara, *Odnowione przez WHO podstawowe funkcje zdrowia publicznego powinny być mapą drogową do budowy potencjału zdrowia publicznego i odpornego systemu zdrowia w Polsce*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2023, tom 29, nr 2, s. 63-72, <https://www.monz.pl/Odnowione-przez-WHO-podstawowe-funkcje-zdrowia-publicznego-powinny-byc-mapa-drogowa.167457.0.1.html>; D. Cianciara, *Zdrowie publiczne w Polsce – problemy i wyzwania*, „Studia BAS” 2018, nr 4, s. 79 i 82, [https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/13C8C4952426D7F8C125839900383CA3/\\$file/3.Dorota%20Cianciara.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/13C8C4952426D7F8C125839900383CA3/$file/3.Dorota%20Cianciara.pdf).

²⁸ Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na interpelację nr 8087, op. cit.

²⁹ Np. *Stany Zjednoczone wyszły z WHO. Dlaczego? Co dalej?* dr J. Gryglewicz: *to dobry moment na reformę Światowej Organizacji Zdrowia*, Infor, 24 I 2025 r., <https://www.infor.pl/prawo/nawosci-prawne/6837826.stany-zjednoczone-wyszly-z-who-dlaczego-co-dalej-dr-jgryglewicz-to-dobry-moment-na-reforme-swiatowej-organizacji-zdrowia.html>.

³⁰ *The U.S. and the WHO: An Imperfect but Essential Relationship. Leaving the global institution would have broad impacts*, 30 I 2025 r., <https://publichealth.jhu.edu/2025/the-consequences-of-the-us-withdrawal-from-the-who/>; *U.S. withdrawal from WHO could bring tragedy at home and abroad. Professor Stefano Bertozzi on the risks of leaving the international health organization*, styczeń 2025 r., <https://publichealth.berkeley.edu/news-media/opinion/withdrawal-from-who-could-bring-tragedy>.

³¹ B. Leśniewski, *WHO działa na rzecz dostępności leków biopodobnych i generycznych*, 25 X 2025 r., <https://www.mzdrowie.pl/leki/who-dziala-na-rzecz-dostepnosci-lekow-biopodobnych-i-generycznych/>.

związanych z brakiem korzyści z członkostwa, jak i skutków w postaci ryzyk w obszarze zdrowia publicznego.

Skutki w postaci ryzyk politycznych to trudne do dokładnego oszacowania ryzyka związane z utratą możliwości uczestniczenia w kształtowaniu globalnej polityki oraz potencjalnym obniżeniem pozycji międzynarodowej. Na ryzyka te zwracają uwagę – pośrednio – eksperci komentujący decyzję prezydenta USA dotyczącą wystąpienia z WHO³².

Jeśli chodzi o szersze skutki społeczne, warto zwrócić uwagę na możliwość wzrostu postaw antynaukowych i antymedycznych (w tym przede wszystkim antyszczepionkowych) oraz ryzyko pojawienia się niepokoju społecznego związanego z wystąpieniem Polski z WHO. O ewentualności wpłynięcia proponowanej ustawy na postawy Polaków wobec szczepień można wnioskować na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań poświęconych ruchowi antyszczepionkowemu, które wskazują m.in. na posiadanie przez jego uczestników bardzo negatywnego stosunku do WHO³³. Pojawienie się niepokoju społecznego w reakcji na proponowaną ustawę uprawdopodobniają wyniki badań nad zaufaniem do WHO³⁴ oraz wypowiedzi uczestników konsultacji społecznych (patrz poniżej).

Bardzo ważnymi czynnikami, które mogą zadecydować zarówno o pojawieniu się szerszych skutków społecznych, jak i wpłynąć na ich skalę, są: dyskurs polityczny oraz przekazy medialne, które będą towarzyszyć wprowadzaniu ustawy w życie – zdeterminują one poziom społecznego zainteresowania wprowadzanymi zmianami. Wpływ tych czynników na społeczne skutki ustawy wynika m.in. z faktu, iż na zaufanie do systemu ochrony zdrowia wpływa (poza gwarancjami instytucjonalnymi oraz realną dostępnością usług zdrowotnych) subiektywny odbiór rzeczywistości, kształtowany np. przez przekazy medialne i dyskurs polityczny³⁵. Jak pokazują badania, rola tych ostatnich wzrasta w czasie pandemii³⁶. Dotyczy to także odbioru społecznego WHO³⁷, której znaczenie i widoczność podczas pandemii ulegają zwiększeniu, co jest istotne ze względu na fakt, że większość ludzi nie

³² Np. *The U.S. and the WHO...*, op. cit.

³³ Np. A. M. Pilińska, „NOPowcy”, „szczepionkowcy”, „odrzańcy”. *Słownictwo sporu o szczepienia w Polsce*, „Acta Universitatis Lodzensis Lingvistica” 2019, tom 53, s. 84, 86 i 88, <https://czasopisma.uni.lodz.pl/lingvistica/article/view/6678/6266>.

³⁴ Np. badania, których wyniki (w postaci bazy danych oraz w formie tabelarycznego zestawienia wyników) przedstawione zostały w raporcie Gallupa – Wellcome Global Monitor. *How Covid-19 affected people's lives and their views about science*, <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor-covid-19/2020>.

³⁵ K. Krot, I. Rudawska, *Zaufanie jako zasób systemowy w sektorze zdrowia – w świetle badania polskich pacjentów*, „Studia Ekonomiczne” 2018, nr 350, s. 45, <https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.cejsh-e89611e1-ca8e-430e-bf42-80d08d050a32>.

³⁶ O. Bargain, U. Aminjonov, *Trust and Compliance to Public Health Policies in Times of COVID-19*, „Journal of Public Economics” 2020, nr 192, s. 1-13, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047272720301808>; E. Zhao et al., *Media trust and infection mitigating behaviours during the COVID-19 pandemic in the USA*, „BMJ Global Health” 2020, nr 5, s. 1-10, <https://gh.bmj.com/content/5/10/e003323>.

³⁷ A. B. Bayram, T. Shields, *Who Trusts the WHO? Heuristics and Americans' Trust in the World Health Organization During the COVID-19 Pandemic*, „Social Science Quarterly” 2021, tom 102, nr 5, s. 2312-2330, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34226772/>; Ch. Guo et al., *The effect of COVID-19 on public confidence in the World Health Organization: a natural experiment among 40 countries*, „Globalization and Health” 2022, 18:77, s. 2312-2330, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9392065/>.

posiada zarówno wystarczającej wiedzy na temat organizacji międzynarodowych takich jak WHO, jak i motywacji, aby taką wiedzę zdobywać³⁸.

Pośrednim przejawem wpływu zarówno polityków, jak i przekazów medialnych na deklarowany przez obywateli stosunek do systemu ochrony zdrowia jest m.in. wzrost zadowolenia Polaków z opieki zdrowotnej odnotowany na początku pandemii COVID-19³⁹, jak również początkowe pozytywne oceny działań polskiego rządu w zakresie walki z tą pandemią⁴⁰. Są one tym bardziej zaskakujące, jeśli weźmie się pod uwagę bardzo niską, w porównaniu z innymi państwami, ocenę polskiego systemu ochrony zdrowia w oczach Polaków⁴¹ oraz znaczne utrudnienia w dostępie do usług medycznych, jakich obywatele polscy doświadczyli podczas pandemii COVID-19⁴².

Na istotny wpływ dyskursu publicznego na postawy Polaków w obszarze zdrowia publicznego wskazują również relatywnie – w porównaniu z przedstawicielami innych państw – wysokie oceny WHO formułowane przez polskich obywateli⁴³. Mianowicie w trakcie pandemii COVID-19 oceny te współwystępowały z dominacją pozytywnego obrazu WHO w polskim dyskursie⁴⁴. Najważniejszy wyjątek w tym zakresie stanowi, wspomniany już, krytyczny stosunek do WHO przedstawicieli polskiego ruchu antyszczepionkowego⁴⁵.

Powyższe potwierdza, że szersze skutki społeczne wystąpienia Polski z WHO będą zależęły od tego, jak ta kwestia zostanie zaprezentowana w mediach, w tym, w jaki sposób zostanie skomentowana przez polityków. Jednocześnie można stwierdzić, że zadeklarowane przez Wnioskodawców skutki społeczne, takie jak odbudowanie „zaufania do decydentów, rządów i liderów opinii w zakresie ochrony zdrowia” oraz wyeliminowanie barier w komunikacji jako warunku prowadzenia skutecznej polityki zdrowotnej (patrz pkt 4 DSR) nie są możliwe do osiągnięcia

³⁸ A. B. Bayram, T. Shields, op. cit., s. 2313.

³⁹ Po odnotowanym w czerwcu 2020 r. wzroście zadowolenia w tej kwestii (w porównaniu z 2018 r. odsetek zadowolonych wzrósł o 6%) w kolejnych latach uległo ono pogorszeniu – *Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej*, CBOS, komunikat z badań nr 12/2023, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_124_23.PDF.

⁴⁰ P. Marczewski, *Epidemia nieufności. Zaufanie społeczne w czasie kryzysu zdrowotnego*, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2020, s. 4, <https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2020/08/Epidemia-nieufnosci.pdf>.

⁴¹ Np. *Global Public Confidence Study 2023. Report on Health Care*, Iris Network, <https://irisnetwork.org/IRIS---2023-Health-Care-Confidence-Report---July-14-2023.pdf>; *Ipsos Health Service Report 2024*, Ipsos, <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2024-09/Ipsos-Health-Service-Report-2024-Global-Charts.pdf>.

⁴² Np. *Opieka medyczna w czasie epidemii*, CBOS, komunikat z badań nr 88/2020, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_088_20.PDF; *Poland: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, s. 16-17, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/poland-country-health-profile-2023>.

⁴³ Według danych, których wyniki przedstawione zostały w przywołanym już raporcie *Wellcome Global Monitor* w 2020 r. 54% Polaków uważało, że WHO podejmuje decyzje w zakresie pandemii COVID-19 kierując się w dużej mierze wiedzą naukową. Jednocześnie jedynie 32% Polaków uważało, że wiedzą taką kieruje się polski rząd, co stanowi aż 22% mniej niż w przypadku WHO. Analogiczna różnica w przypadku USA wynosiła 36% – 57% oraz 21% Amerykanów uważało odpowiednio, że WHO oraz rząd amerykański kierują się w znacznej mierze wiedzą naukową podejmując decyzje dotyczące pandemii.

⁴⁴ A. Wagner et al., *Agency in urgency and uncertainty. Vaccines and vaccination in European media discourses*, „Social Science & Medicine” 2024, 346: 116725, s. 6, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953624001692?via%3Dihub>.

⁴⁵ A. M. Pilińska, op. cit.

poprzez wprowadzenie proponowanej ustawy. Jak zostało wskazane, na zaufanie społeczne w obszarze zdrowia wpływają w pierwszej kolejności gwarantowany oraz realny dostęp do usług medycznych odpowiedniej jakości, a w drugiej – dyskurs publiczny poświęcony zdrowiu publicznemu. Potwierdzają to zarówno wypowiedzi uczestników konsultacji⁴⁶, jak i badania poświęcone zadowoleniu z ochrony zdrowia publicznego⁴⁷.

Nie inaczej wygląda sytuacja z możliwością osiągnięcia pozostałych zadeklarowanych przez Wnioskodawców skutków – tj. odzyskania „pełnej kontroli nad decyzjami w zakresie ochrony zdrowia”, zmniejszenia wpływu globalnych interesów na polskie decyzje zdrowotne, stworzenia wydajnego systemu ochrony zdrowia oraz lepszego dopasowania „działań zdrowotnych do potrzeb obywateli” (patrz pkt 4 DSR). W krytycznych opracowaniach naukowych poświęconych WHO brak jest wskazań na ograniczający charakter organizacji, o którym piszą Wnioskodawcy⁴⁸. Ponadto, jak zostało wskazane, standardy WHO stanowią ważny wyznacznik działań podejmowanych przez podmioty działające w obszarze zdrowia publicznego. Jednocześnie analizy poświęcone polskiemu zdrowiu publicznemu oraz polskiej polityce zdrowotnej wskazują na szereg innych, nieuwzględnionych przez Wnioskodawców problemów, z jakimi boryka się polski system ochrony zdrowia⁴⁹. Opinie te podzielali niektórzy z uczestników konsultacji społecznych, którzy, z jednej strony, wskazywali na inne niż przywołane przez Wnioskodawców problemy polskiego systemu zdrowia⁵⁰, a z drugiej na kontrfaktyczny charakter założeń leżących u podłoża skutku polegającego na odzyskaniu pełnej kontroli nad decyzjami w zakresie ochrony zdrowia⁵¹. W kontekście deklarowanej przez Wnioskodawców możliwości stworzenia wydajnego systemu ochrony zdrowia warto podkreślić niewielkie, w porównaniu z wielkością budżetu NFZ, wartości składek, jakie płaci Polska jako członek WHO (patrz pkt VIII opinii).

⁴⁶ „(...) to nie WHO ogranicza dostęp do lekarzy i sprzętu, ale problemy systemowe i braki kadrowe. Wyjście z WHO niczego tu nie poprawi.” – ID ankiety: 17600.

⁴⁷ Ipsos Health Service Report 2024, op. cit.; *Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej*, CBOS, op. cit.

⁴⁸ Przegląd literatury pozwala stwierdzić, iż większość uwag krytycznych wobec struktury oraz działania WHO dotyczy takich kwestii jak: brak zgody co do przyjmowanych celów i strategii, niewłaściwa polityka kadrowa, niewystarczająca legitymizacja, problemy z zarządzaniem, brak narzędzi umożliwiających skuteczną współpracę z państwami członkowskimi oraz niekonsekwencja w przestrzeganiu ważnych dla organizacji norm. Ponadto wielu badaczy wskazuje na podkreślaną w dyskursie medialnym zależność WHO od państw członkowskich oraz na związany z ową zależnością brak skuteczności – F. Moser, J. B. Bump, *Assessing the World Health Organization: What does the academic debate reveal and is it democratic?*, „Social Science & Medicine” 2022, 314: 115456, s. 5-8 i 10, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622007626?via%3Dihub>. Przedmiotem analiz są także działania lobbujące prowadzone wobec WHO. Pokazują one, iż działania takie bywają zapośredniczane przez rządy poszczególnych państw – K. N. Russ et al., *Corporate Lobbying on Us Positions Toward the World Health Organization: Evidence of Intensification and Cross-Industry Coordination*, „Global Health Governance” 2022, Volume vol. XVII, no. 1, s. 37-83, <https://blogs.shu.edu/ghg/files/2022/05/Spring-2022-Issue.pdf>.

⁴⁹ Np. P. Robakowski, J. Synowec, *Polityka zdrowotna RP – Co zmieniło się dobie COVID-19?*, „Studia Polityczne” 2020, tom 48, nr 3, s. 89-91, <https://czasopisma.isppan.waw.pl/sp/article/view/976>.

⁵⁰ Np. „nie nastąpi poprawa jakości usług bo dalej nie będzie specjalistów” – ID ankiety: 12911.

⁵¹ Np. „sugerowane jest jak gdyby Polska nie miała pełnej kontroli nad decyzjami na temat ochrony zdrowia, co jest błędne” – ID ankiety: 18684.

C. Konsultacje społeczne

W konsultacjach społecznych wzięło udział 297 osób, z czego nieco ponad połowa (156 osób) udzieliła komentarzy. Większość (121 osób) tych, którzy skomentowali projekt oceniła go negatywnie, a jedynie 35 komentujących poparło projekt.

Przeciwnicy projektu najczęściej zwracali uwagę na jego szkodliwy charakter, a w szczególności na negatywne skutki ustawy dla zdrowia publicznego⁵². Ich zdaniem ustawa zaszkodzi zarówno państwu polskiemu⁵³, jak i jego obywatelom⁵⁴. Ponadto jej wprowadzenie ograniczy dostęp do naukowej wiedzy medycznej⁵⁵, a także będzie sprzyjać rozwojowi „ruchu antyszczepionkowego w Polsce”⁵⁶. Najczęściej stawianymi przez uczestników konsultacji ogólnymi zarzutami wobec proponowanej ustawy były: antynaukowość⁵⁷, populizm⁵⁸ oraz ideologiczny charakter⁵⁹. Zdecydowana większość przeciwników projektu wypowiadała się w sposób pozytywny na temat WHO, w tym w szczególności wskazywała na potrzebę przynależności Polski do tej organizacji międzynarodowej – głównie ze względu na wyznaczane przez nią standardy⁶⁰, umożliwianą dzięki niej współpracę⁶¹ oraz oferowaną przez nią pomoc w sytuacjach kryzysowych takich jak pandemia⁶².

Znaczna część przeciwników projektu polemizowała z przyjętymi przez Wnioskodawców założeniami – w tym przede wszystkim z negatywną opinią na temat WHO⁶³ i jej wpływu na Polskę⁶⁴ oraz jednoznacznie negatywną oceną działań, jakie organizacja ta podejmowała podczas pandemii COVID-19⁶⁵. Pojawiały się również wypowiedzi krytykujące samą konstrukcję projektu – np. wskazujące na brak podstaw merytorycznych uzasadnienia⁶⁶ oraz brak realnego problemu, który miałyby rozwiązywać proponowana ustawa. Co warto podkreślić, ta ostatnia kwestia dość często wskazywana była przez osoby odpowiadające na pytanie o alternatywne rozwiązania wskazanego przez Wnioskodawcę problemu⁶⁷. Jednocześnie najczęściej wskazywanymi alternatywami rozwiązaniami (innymi niż wystąpienie Polski z WHO) przez tych przeciwników projektu, którzy częściowo zgadzali się z prezentowaną przez Wnioskodawców argumentacją, były dążenie do zmiany WHO oraz budowanie koalicji z innymi jej członkami⁶⁸.

⁵² ID ankiety: 15486.

⁵³ ID ankiety: 18853.

⁵⁴ ID ankiety: 25995.

⁵⁵ ID ankiety: 22923.

⁵⁶ ID ankiety: 17908.

⁵⁷ ID ankiety: 15486.

⁵⁸ ID ankiety: 17908.

⁵⁹ ID ankiety: 26406.

⁶⁰ ID ankiety: 15993.

⁶¹ ID ankiety: 16239.

⁶² ID ankiety: 16193.

⁶³ Np. „ŚOZ nie jest ogólnie postrzegana jako nadmiernie ingerująca i jednoznacznie skompromitowana” – ID ankiety: 19615.

⁶⁴ Np. „Polska już teraz ma pełną suwerenność w decyzjach zdrowotnych. WHO wydaje zalecenia, ale nie narzuca obowiązkowych działań.” – ID ankiety: 17600.

⁶⁵ Np. „działania względem COVID nie były wcale związane z zaleceniami WHO, co widać po tym, że kraje różnie na niego zareagowały – nie zrzucajmy na innych swoich błędów.” – ID ankiety: 26091.

⁶⁶ ID ankiety: 20625.

⁶⁷ ID ankiety: 16292.

⁶⁸ ID ankiety: 18320, 16371.

Wśród negatywnych komentarzy na temat proponowanej ustawy znalazło się wyjątkowo wiele uwag dotyczących jej skutków społecznych. Uwagi te polegały w większości bądź na krytyce zadeklarowanych przez Wnioskodawców skutków⁶⁹, bądź na wskazywaniu nieuwzględnionych w treści projektu negatywnych skutków społecznych. Wśród tych ostatnich przywoływane były przede wszystkim negatywne konsekwencje dla zdrowia Polaków⁷⁰, kondycji polskiego systemu ochrony zdrowia⁷¹ oraz „bezpieczeństwa epidemiologicznego” naszego państwa⁷². Innymi wskazywanymi przez przeciwników projektu negatywnymi konsekwencjami proponowanej regulacji były m.in. kompromitacja Polski na arenie międzynarodowej⁷³, pogorszenie się współpracy z innymi państwami w zakresie zdrowia publicznego, utrata „wsparcia organizacyjnego w zakresie ochrony zdrowia” oraz brak możliwości „wpływu na kształtowanie globalnych standardów zdrowotnych”⁷⁴.

Pozostający w mniejszości zwolennicy proponowanej ustawy przywoływali dwa główne rodzaje argumentacji: a) wskazywanie na potrzebę obrony suwerenności polskiego państwa – w tym prowadzonej przez niego polityki zdrowotnej⁷⁵ oraz b) krytykę działań, jakie WHO podejmowało w trakcie pandemii COVID-19⁷⁶. Co warto podkreślić, znaczna część wypowiedzi uczestników konsultacji posługujących się drugim rodzajem argumentacji wypowiadała się negatywnie nie tylko na temat WHO, ale również na temat samej pandemii⁷⁷ oraz szczepionek mających na celu jej zwalczanie. Ponadto niektórzy z pozytywnie oceniających proponowaną ustawę podkreślali potrzebę wzorowania się na Stanach Zjednoczonych, jeśli chodzi o decyzję o wystąpieniu z WHO⁷⁸.

Zwolennicy projektu prezentowali w swoich wypowiedziach jednoznacznie negatywny obraz WHO, wskazując przede wszystkim na jej ograniczający charakter⁷⁹ oraz wspieranie przez nią lobby farmaceutycznego⁸⁰ oraz interesów wybranych państw⁸¹.

⁶⁹ W szczególności krytykowany był skutek w postaci odbudowy zaufania społecznego – np. „rezygnacja z WHO nie odbuduje zaufania, a wręcz może pogłębić kryzys” – ID ankiety: 16193.

⁷⁰ Np. „zabrakło w analizie wskazania że zostałyby zwiększone ryzyko zachorowań Polaków” – ID ankiety: 26423.

⁷¹ Np. „wyjście z WHO spowoduje gorszy dostęp do rozwiązań medycznych” – ID ankiety: 12721.

⁷² ID ankiety: 17600.

⁷³ Np. „wizerunkowo takie posunięcie byłoby kompromitacją, sygnalizującą, że Polska rezygnuje ze współpracy międzynarodowej w tak kluczowej dziedzinie jak zdrowie publiczne” – ID ankiety: 17600.

⁷⁴ ID ankiety: 17600.

⁷⁵ Np. „suwerenne nie odgórne decydowanie o polityce zdrowotnej własnych obywateli, powinno być priorytetem rządu” – ID ankiety: 19427.

⁷⁶ Np. „Światowa pandemia w ostatnich latach pokazała niewydolność tej agencji, działanie na tzw. czuja oraz działanie na szkodę obywateli wielu krajów” – ID ankiety: 16482.

⁷⁷ Świadczyć może o tym np. używanie określeń typu „przekręt covidowy” – ID ankiety: 18389.

⁷⁸ Np. „konieczne jest natychmiastowe wypowiedzenie konstytucji WHO na wzór amerykański” – ID ankiety: 18369.

⁷⁹ Np. „organizacja (...) mająca na celu sprawowanie jak największej kontroli nad ludnością i społeczeństwami” – ID ankiety: 15810.

⁸⁰ Np. „promuje (...) rozwiązania, z których korzyści czerpią korporacje farmaceutyczne i prywatni sponsorzy, z którymi ma koneksje” – ID ankiety: 15810.

⁸¹ Np. „decyduje za duże pieniądze obcych państw (a więc, wykonuje ich polecenia)” – ID ankiety: 13878.

VII. Skutki gospodarcze projektowanej ustawy

Wnioskodawcy wskazują, że dotychczasowe środki finansowe przeznaczone na składki członkowskie w WHO mają zostać przekierowane na realizację programów polityki zdrowotnej oraz współpracę z innymi międzynarodowymi organizacjami w obszarze zdrowia publicznego. Przekierowanie środków finansowych z dotychczasowych składek członkowskich WHO na krajowe programy zdrowotne może być w opinii Wnioskodawców silnym instrumentem wzmacniającym rozwój polskiej branży zdrowotnej i farmaceutycznej, zwłaszcza w zakresie badań i rozwoju.

W literaturze międzynarodowej wskazuje się, że w obliczu dyskusji o modelach finansowania WHO trudna jest ocena skutków gospodarczych członkostwa państwa w WHO (albo braku takiego członkostwa)⁸². Uzasadnienie projektu nie zawiera żadnych szczegółowych, dających poddać się weryfikacji wskazań lub propozycji dotyczących przekierowania środków finansowych przeznaczanych obecnie na składki członkowskie w WHO, w tym, w jakiej formie organizacyjnej powinno ono nastąpić i na czyją rzecz, w szczególności przedsiębiorstw komercyjnych czy jednostek badawczych. Z uzasadnienia nie wynika prognoza ani analiza dopuszczalności przekierowania, bezpośredniego albo pośredniego, określonych środków finansowych na rzecz wybranych sektorów gospodarki lub kategorii podmiotów prawnych (np. jednostek świadczących usług medyczne). Uzasadnienie nie pozwala również na stwierdzenie, w jakim zakresie przyjęcie projektu może wpłynąć na promowanie i wspieranie krajowych przedsiębiorstw farmaceutycznych oraz producentów sprzętu medycznego. Należy stwierdzić, że projekt nie tworzy instrumentów pozwalających na przedstawienia konkretnych liczbowych szacunków dotyczących skutków gospodarczych proponowanej ustawy.

Podczas konsultacji społecznych projekt poddano krytyce we wszystkich wyrażonych opiniach dotyczących skutków gospodarczych. Wskazano, że w projekcie nie przedstawiono oceny skutków gospodarczych proponowanych zmian⁸³. Ponadto stwierdzono, że wyjście Polski z WHO osłabi dostęp polskich podmiotów gospodarczych do globalnych rynków i technologii, utrudniając ich rozwój⁸⁴. Wskazano, że, zachowując członkostwo w WHO, Polska może wspierać własny przemysł farmaceutyczny i produkcję urządzeń medycznych, przeznaczając większe środki budżetowe na badania naukowe i wykształcenie odpowiedniej kadry profesjonalistów, zaś samo wystąpienie Polski z WHO nie daje gwarancji zwiększenia środków na powyższe cele⁸⁵. Podniesiono również, że w przypadku braku wspólnych, światowych reguł przeciwdziałania zagrożeniom medycznym, zwiększa się ryzyko zachorowań, a tym samym ryzyko absencji chorobowej, co jest zagrożeniem dla działalności gospodarczej⁸⁶. W ramach konsultacji społecznych nie

⁸² S. K. Reddy, S. Mazhar, R. Lencucha, *The financial sustainability of the World Health Organization and the political economy of global health governance: a review of funding proposals*, "Globalization and Health" 2018, 14:119.

⁸³ ID ankiety: 79124, 80691, 89186, 134880.

⁸⁴ ID ankiety: 92478.

⁸⁵ ID ankiety: 84912, 94142, 100220, 100330, 101099, 102246, 143960, 144620.

⁸⁶ ID ankiety: 110703, 143974.

wskazano żadnych danych liczbowych dotyczących ewentualnych skutków gospodarczych projektowanej ustawy.

VIII. Skutki projektowanej ustawy dla sektora finansów publicznych

W uzasadnieniu projektu Wnioskodawcy wskazują m.in., że decyzja Stanów Zjednoczonych o opuszczeniu WHO, podpisana 21 stycznia 2025 r. przez prezydenta Donalda Trumpa, może mieć daleko idące konsekwencje dla funkcjonowania tej organizacji. Wynika to z faktu, że USA jest to największym darczyńcą WHO (odpowiadającym za ok. 15% całkowitych składek), gwarantującym jej stabilność finansową i zdolność do realizacji kluczowych działań w zakresie ochrony zdrowia publicznego na całym świecie⁸⁷. Osłabienie finansowe WHO na skutek utraty wkładu finansowego USA może prowadzić do ograniczenia kluczowych programów, w tym zwalczania chorób zakaźnych, wsparcia systemów ochrony zdrowia w krajach rozwijających się oraz globalnych inicjatyw w zakresie szczepień. Ponadto zwiększy zależność WHO od innych dużych darczyńców, takich jak Chiny czy Rosja, co oznacza, że państwa te uzyskają większe możliwości wpływania na priorytety organizacji oraz na międzynarodowe standardy zdrowotne, co może prowadzić do redukcji nacisku na przejrzystość i demokratyczne standardy zarządzania⁸⁸.

W odniesieniu do skutków finansowych (szacowanych przez Wnioskodawców na ok. 20 mln zł rocznie) wskazano, że wystąpienie Polski z WHO stwarza możliwość bardziej efektywnego zarządzania finansami publicznymi w obszarze zdrowia. Zaoszczędzone środki mogą zostać przekierowane na rozwój krajowych inicjatyw zdrowotnych, wsparcie polskiego przemysłu medycznego oraz poprawę dostępności usług dla obywateli⁸⁹.

Skutki finansowe wskazane przez Wnioskodawców ograniczają się tylko do samej składki, której wysokość nie budzi większych zastrzeżeń (patrz Tabela 1. i Wykres poniżej). Problem stanowi to, że Wnioskodawcy nie biorą pod uwagę ewentualnych kosztów, jakie należałoby ponieść na samodzielne utworzenie czy wzmocnienie instytucji, które byłyby w stanie efektywnie zastąpić dotychczasowe wieloletnie działania WHO. Koszty takie mogą być istotnie wyższe niż poziom polskiej składki z uwagi na działający tu efekt skali. Wskazać należy bowiem, że budżet WHO na lata 2024-2025 zakłada alokację środków w kwocie 6,8 mld dol., tj. 28,8 mld zł⁹⁰.

Niemniej należy zauważyć, że w sytuacji faktycznego wystąpienia USA lub innych państw⁹¹ z WHO w dłuższym czasie może zaistnieć potrzeba podniesienia

⁸⁷ Zob. uzasadnienie projektu zawartego w druku sejmowym nr 1114, s. 2.

⁸⁸ Tamże, s. 5.

⁸⁹ Tamże.

⁹⁰ Zob. <https://www.who.int/about/accountability/budget>, a także informację Audited Financial Statements for the Year Ended 31 December 2023, ukazującą finansowanie i wydatkowanie środków WHO w 2023 r., https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376967/A77_20-en.pdf?sequence=1.

⁹¹ Wycofanie się z WHO dotyczy też Argentyny. Zob. P. Maciążek, *Argentyna wycofuje się z WHO. Organizacja w kryzysie?* Informacja z 7 II 2025 r., <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/argentyna-wycofuje-sie-z-who-organizacja-w-kryzysie>; por. także pkt IV opinii.

składek dla pozostałych członków tej organizacji. Warto przy tym przypomnieć, że potrzeba podwyższenia składek była sygnalizowana już parę lat temu, a jej uzasadnieniem było zapewnienie stabilnego finansowania WHO, bowiem w latach 2022-2023 jedynie 13% finansowania WHO pochodziło ze źródeł w pełni przewidywalnych, tj. składek państw członkowskich lub „opłat członkowskich”.

Państwa członkowskie zgodziły się podczas 75. sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia, w maju 2022 r., na stopniowy wzrost składek członkowskich, aby zapewnić pokrycie 50% budżetu podstawowego do 2030-2031 r., z początkowym wzrostem o 20% w budżecie na lata 2024-2025. Po intensywnych konsultacjach w 2023 r., w styczniu 2024 r. przedstawiono i zatwierdzono przez Radę Wykonawczą propozycję „Rundy inwestycyjnej”, nowego mechanizmu mobilizacji pozostałych 50% budżetu bazowego⁹².

W maju 2024 r., podczas 77. sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia, przyjęte zostały poprawki do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, natomiast postulaty dotyczące przyznania WHO większych uprawnień wobec państw członkowskich, nakładające na państwa zobowiązania finansowe, a także inne powinności związane z transferem technologii i know-how zostały odrzucone⁹³. To też oznacza, że wyjście USA z WHO jak na razie nie spowoduje dodatkowego wzrostu składek, bowiem WHO dokona repriorytetyzacji swoich zadań i programów, tak aby zmieściły się one w uszczuplonym budżecie⁹⁴.

Składka Polski planowana na rok 2026 r. wyniesie 5 725 620 dol. (jeśli podwyżka składek wejdzie w życie), tj. będzie ona o ok. 26% wyższa niż w 2025 r. i stanowić będzie ok. 24,7 mln zł⁹⁵, lub składka ta wyniesie 4 771 430 dol. (jeśli podwyżki nie będzie), a więc wyniesie ok. 20,6 mln zł. Po zatwierdzeniu wysokości składki kwota w dolarach zostanie podzielona na pół i jedna połowa pozostanie w amerykańskiej walucie, zaś druga zostanie przeliczona na franki szwajcarskie. Ewentualna podwyżka składki, o jakiej mowa powyżej nie jest związana z wystąpieniem USA z WHO – plan wzrostu składek obowiązkowych przyjęto dużo wcześniej niż decyzja prezydenta Donalda Trumpa o wycofaniu USA z prac organizacji⁹⁶.

Warto też podkreślić, że poziom uiszczanej składki jest stosunkowo niewielki w relacji do programów polityki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa. Najwyższy był w 2023 r. gdy stanowił on 2,4% (patrz Tabela 1.). Jest on także w zasadzie niezauważalny stosunku do ogólnych nakładów publicznych na ochronę zdrowia w Polsce (0,009% w 2025 r.)⁹⁷. To też oznacza, że korzyści, jakie Polska

⁹² Zob. informacje publikowane na stronach WHO, <https://www.who.int/about/funding/sustainable-financing>.

⁹³ Zob. wypowiedzi Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia U. Demkow na 23. posiedzeniu Sejmu w dniu 5 XII 2024 r.

⁹⁴ Odpowiedź na zapytanie BEOS udzielona przez panią Karolinę Rybacką z Wydziału Organizacji Międzynarodowych z Departamentu Współpracy Międzynarodowej Ministerstwa Zdrowia.

⁹⁵ Do wyliczeń przyjęto średnią z kursów w 2025 r. (4,0095 dolarów i 4,4348 franków szwajcarskich).

⁹⁶ Odpowiedź na zapytanie BEOS udzielona przez panią Karolinę Rybacką z Wydziału Organizacji Międzynarodowych z Departamentu Współpracy Międzynarodowej Ministerstwa Zdrowia.

⁹⁷ Planowane na 2025 r. nakłady publiczne na ochronę zdrowia wynosiły 222 246 071 tys. zł. *Informacja o projekcie ustawy budżetowej na rok 2025 w zakresie ochrony zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, październik 2024 r. s. 7-8.

uzyskałaby na wyjściu z WHO, mogą nie wystąpić. Nie jest bowiem możliwe, by zaoszczędzone na składce środki finansowe umożliwiły rozwój krajowych inicjatyw zdrowotnych, wsparcie polskiego przemysłu medycznego oraz poprawę dostępności usług dla obywateli. Poza tym, budżet państwa musiałby ponosić dodatkowe wydatki związane z pozyskiwaniem ważnych informacji i rekomendacji, standardów zdrowotnych oraz zaleceń, które do tej pory możliwe były dzięki członkostwu w WHO⁹⁸.

Wysokość polskiej składki do WHO w latach 2015-2025

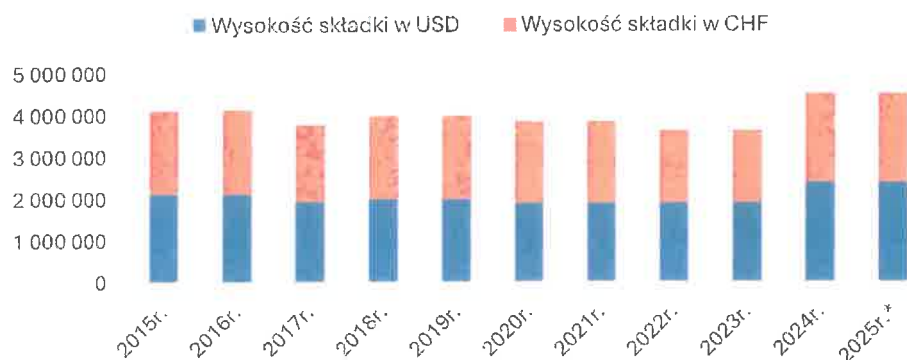


Tabela 1. Wysokość składki Polski do WHO oraz odniesienie wysokości składki do programów polityki zdrowotnej*

Lata	2015r.	2016r.	2017r.	2018r.	2019r.	2020r.	2021r.	2022r.	2023r.	2024r.	2025r.
Wysokość składki w USD	2 139 255	2 139 255	1 953 455	2 012 060	2 012 060	1 918 650	1 918 645	1 918 710	1 918 705	2 402 975	2 402 970
Wysokość składki w CHF	2 006 621	2 028 014	1 851 876	2 004 012	2 004 012	1 958 942	1 958 937	1 747 945	1 747 940	2 150 663	2 150 658
Kurs PLN/USD	3,4287	3,9417	4,2049	3,5482	3,7691	3,8443	3,6778	4,0834	4,4209	3,9672	4,0767
KURS PLN/CHF	3,5123	3,9623	4,1256	3,5938	3,7975	3,9087	4,1363	4,4354	4,7441	4,5910	4,5741
Wysokość składki w PLN**	14 382 719	16 467 901	15 854 183	14 341 210	15 193 891	15 032 783	15 163 062	15 587 696	16 774 805	19 406 776	19 638 318
Programy polityki zdrowotnej w tys. zł***	917 832	1 136 677	1 056 725	933 513	927 533	1 049 941	1 503 569	1 051 021	706 839	980 575	1 496 761
Składka do WHO w relacji do wydatków na programy polityki zdrowotnej finansowane z budżetu państwa	1,6%	1,4%	1,5%	1,5%	1,6%	1,4%	1,0%	1,5%	2,4%	2,0%	1,3%

* składka jest płacona w USD i CHF.

** przy przeliczeniach składki w latach 2015-2024 przyjęto miesięczny średni ważony kurs NBP z grudnia roku wcześniejszego bowiem składka należyna jest od 1 stycznia.

*** Programy te wykazywane były w części 46, 42 a niekiedy także w cz. 14 budżetu państwa.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji zawartych w sprawozdaniach z wykonania budżetu państwa w latach 2015-2023 i ustaw budżetowych na lata 2024-2025, informacji z Ministerstwa Zdrowia oraz danych z Archiwum kursów średnich – tabela A, NBP, <https://nbp.pl/statystyka-i-sprawozdawczosc/kursy/archiwum-tabela-a-csv.xls/>

Podczas konsultacji społecznych, w komentarzach dotyczących zagadnień finansowych, najczęściej poddawano projekt krytyce. Wskazywano na to, że w projekcie nie przedstawiono oceny skutków finansowych proponowanych zmian⁹⁹

⁹⁸ Rola agencji unijnych (Europejskiej Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Cyfryzacji i Europejskiej Agencji Leków) jest także ograniczona.

⁹⁹ ID ankiety: 79125.

i rozwiązań alternatywnych¹⁰⁰, a także nie uwzględniono tego, że samodzielna walka z zagrożeniami medycznymi jest bardziej kosztowna dla służby zdrowia¹⁰¹. Ponadto dodawano, że wyjście z WHO utrudni dostęp do kluczowych informacji o zagrożeniach zdrowotnych, co osłabi zdolność do posiadania solidnego systemu wczesnego ostrzegania i sprawi, że Polska nie będzie należycie przygotowana do reagowania na kryzysy zdrowotne¹⁰², organizacja własnych standardów zdrowotnych może kosztować więcej niż unifikowanie ich w obrębie WHO, co nie będzie bardziej efektywne¹⁰³, przekierowanie zaoszczędzonych środków na krajowe inicjatywy zdrowotne, wsparcie polskiego przemysłu medycznego oraz poprawę dostępności usług dla obywateli niekoniecznie przyniesie lepsze rezultaty niż wykorzystanie zasobów i ekspertyz oferowanych przez WHO (organizacja ta dysponuje globalną siecią ekspertów, danymi i know-how, które są bezcenne w skutecznym zwalczaniu chorób i promowaniu zdrowia)¹⁰⁴, zaoszczędzone środki na krajowe inicjatywy – 20 mln zł rocznie to mniej niż promil budżetu NFZ, co nie wystarczy nawet na budowę jednego nowoczesnego szpitala czy znaczącą poprawę dostępności do lekarzy. WHO nie blokuje rozwoju polskiego sektora medycznego, wręcz przeciwnie, umożliwia dostęp do międzynarodowych badań, certyfikacji i programów wsparcia. Wyjście oznacza stratę, a nie zysk¹⁰⁵, możliwość oparcia polskiej opieki zdrowotnej o aktualizowane na bieżąco wytyczne przygotowane przez międzynarodową społeczność medyczną stanowi swego rodzaju poduszkę amortyzacyjną dla istniejących niedociągnięć polskiej służby zdrowia. O ile stwierdzenie, że polski system opieki zdrowotnej ma swoje problemy jest zgodne z prawdą, tak projekt ten zakłada całkowite wyrwanie nawet tych mechanizmów bezpieczeństwa oferowanych przez członkostwo w WHO. Proponowane działania nie doprowadzą do rozwoju polskiego przemysłu medycznego, lecz – wręcz przeciwnie – będą wywierać dodatkowy nacisk poprzez cofnięcie go w czasie i potrzebę polegania wyłącznie na własnej wiedzy (która nigdy nie jest kompletna) i własnych zasobach (które nie są nieograniczone)¹⁰⁶, wydawanie mniej pieniędzy to niekoniecznie oszczędność¹⁰⁷.

IX. Inne skutki projektowanej ustawy

Nie zidentyfikowano innych skutków wejścia w życie projektowanej ustawy.

¹⁰⁰ ID ankiety: 89187, 134881.

¹⁰¹ ID ankiety: 143975.

¹⁰² ID ankiety: 99589.

¹⁰³ ID ankiety: 109188, 100037, 99086.

¹⁰⁴ ID ankiety: 84913.

¹⁰⁵ ID ankiety: 92479.

¹⁰⁶ ID ankiety: 76785.

¹⁰⁷ ID ankiety: 141946, 89187, 134881.

X. Zmiana obciążeń administracyjnych

W odniesieniu do ewentualnych obciążeń administracyjnych, które mogłyby powstać wskutek wykonania projektowanej ustawy, należy zwrócić uwagę na art. 2 ust. 2 projektu, który zobowiązuje ministra właściwego do spraw zdrowia do przeprowadzenia analizy obowiązujących przepisów opartych na wytycznych i standardach WHO oraz opracowania rekomendacji legislacyjnych dotyczących zmiany przepisów. Ponadto, na mocy art. 4 projektowanej ustawy Rada Ministrów miałaby, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, przedstawić Sejmowi i Senatowi informację o skutkach wystąpienia z WHO, obejmującą m.in. propozycje alternatywnych rozwiązań w zakresie współpracy międzynarodowej w obszarze zdrowia publicznego.

Podmioty realizujące zadania z obszaru zdrowia publicznego będą musiały dokonać rewizji obowiązujących regulacji, opracować nowe (alternatywne do tych wprowadzonych i rekomendowanych przez WHO) normy i standardy oraz samodzielnie monitorować istniejące zagrożenia zdrowotne. Będą musiały one również podjąć działania mające na celu wdrożenie zmian prawnych będących pośrednim skutkiem projektu, które to zmiany – zgodnie z treścią proponowanej ustawy – mają dopiero zostać zaprojektowane.

Projekt nie wywołuje obciążeń administracyjnych dla przedsiębiorców.

XI. Konkluzje

1. Skutki prawne: Projekt nie budzi wątpliwości konstytucyjnych. Wystąpienie z WHO na skutek decyzji Prezydenta, po uchwaleniu projektowanej ustawy, może wywoływać komplikacje na etapie wykonywania prawa UE w zakresie, w jakim odsyła ono lub implementuje regulacje WHO inne niż konwencje. Treść projektu wywołuje wątpliwości w związku z tym, że nakłada on obowiązki na ministrów i Radę Ministrów, podczas gdy ustawa ta nie przesądza o wystąpieniu z WHO. Aktem decydującym jest wypowiedzenie Konstytucji WHO przez Prezydenta.

2. Skutki społeczne: Z uwagi na fakt, że WHO traktowana jest w Polsce jako organizacja obdarzona dużym autorytetem technicznym i normatywnym, projekt może pociągnąć za sobą szereg negatywnych skutków społecznych, takich jak skutki związane z brakiem korzyści z członkostwa WHO, skutki w postaci ryzyk w obszarze zdrowia publicznego, skutki w postaci ryzyk politycznych i szersze skutki społeczne związane z możliwymi przemianami postaw społecznych. Jednocześnie nie jest możliwe osiągnięcie pozytywnych skutków społecznych zadeklarowanych przez Wnioskodawców.

3. Skutki gospodarcze: Treść i uzasadnienie projektu nie pozwalają na przedstawienie konkretnych prognoz dotyczących jego skutków gospodarczych zarówno w ujęciu pieniężnym, jak i niepieniężnym.

4. Skutki finansowe: Skutkiem finansowym projektowanej regulacji będzie z jednej strony zmniejszenie wydatków ponoszonych w budżecie państwa w części 46 – Zdrowie na składkę do WHO w kwocie ok. 20-24 mln zł od roku 2026, z drugiej zaś zwiększenie wydatków tej części budżetowej lub innych części o podobną kwotę. Nie są to kwoty pozwalające na osiągnięcie celów wskazanych przez Wnioskodawców. Z punktu widzenia sektora finansów publicznych koszty wyjścia z WHO będą istotnie przewyższać korzyści związane z członkostwem w tej organizacji, na co też szeroko wskazują konsultacje społeczne.

5. Rozwiązania zagraniczne: Światowa Organizacja Zdrowia zrzesza 194 państwa członkowskie. 20 stycznia 2025 r. Stany Zjednoczone, na mocy rozporządzenia wykonawczego prezydenta, przyjęły decyzję o wystąpieniu z organizacji, przy czym ta decyzja wejdzie w życie po upływie roku od jej podjęcia.

Autorzy:

dr Tomasz Jaroszyński, naczelnik wydziału (pkt I-III)

Łukasz Żołądek, specjalista w Wydziale Oceny Skutków Regulacji (pkt IV, XI.5)

prof. dr hab. Cezary Mik, ekspert ds. legislacji (pkt V, X.1, XI.1)

dr Ewa Radomska, specjalista ds. społecznych (pkt VI, X.2, XI.2)

dr hab. Piotr Tereszkievicz, specjalista ds. systemu gospodarczego (pkt VII, X.3, XI.3)

dr Zofia Szpringer, specjalista ds. finansów publicznych (pkt VIII, XI.4)

Akceptował:

Wicedyrektor Biura Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Ziemowit Cieślik

/podpisano elektronicznie/