

# KANSANTERVEYSMONOPOLIN HYLKÄÄMINEN

Ehdotetut kansainvälisen terveystäätösten (2005) muutokset ja WHO:n pandemiasopimus

## Sisällysluettelo

### I. Johdanto

### II. Kansainvälisen terveys säännösten muutokset

- A. Pakolliset toimenpiteet ja valtion itsemääräämisoikeus
- B. Digitaaliset terveystodistukset ja paikannuslomakkeet valvonnan välineinä
- C. Maailmanlaajuinen disinformaation torjunta
- D. Kartellioikeudet ja -säännökset
- E. Ei-toivotut tarjoukset ja yhteistyövelvollisuus
- F. Patogeeninäytteiden ja geneettisten sekvenssien jakaminen
- G. Ihmisoikeuksien hylkääminen

### III. Pandemiasopimus (WHO:n CA+)

- A. WHO:n arvovallan ja maailmanlaajuisen terveyshallinnon tunnustaminen
- B. Disinformaation käsitteleminen maailmanlaajuisesti ja profiilien tunnistaminen
- C. WHO:n maailmanlaajuinen terveystuotteiden toimitusketju- ja logistiikkaverkosto
- D. Sääntelyn standardointi ja lupaprosessin nopeuttaminen
- E. Tuki gain of function -tutkimukselle
- F. Patogeeninäytteiden ja geneettisten sekvenssien jakaminen
- G. One Health ja pandemian/epidemian juurisyyanalyysi

### IV. Maailmanlaajuisen kansanterveysmonopolin hylkääminen

- A. Monopoliin aiheuttama uhka
- B. Kuka johtaa WHO:ta – rakenteellinen todellisuus
- C. Korruptio, huonot päätökset ja kohtalokkaat virheet

### V. Parempi tapa kansanterveyden maailmanlaajuiseen edistämiseen

- A. Keskitetyn vallan purkaminen ja yksilön oikeudet
- B. Oikeus yksityisyyteen: digitaalinen identiteetti, digitaaliset todistukset ja yksityiset terveystiedot
- C. Sananvapaus ja oikeus olla eri mieltä
- D. Kansainvälinen yhteistyö ja sääntelyn luotettavuus
- E. Gain of function -tutkimuksen lopettaminen
- F. Maailmanlaajuisen kansanterveyspolitiikan ihanteelliset puitteet ja asenteet

### VI. Johtopäätökset

## I. Johdanto

Maailman terveysjärjestö (WHO) käy parhaillaan neuvotteluja maailmanlaajuisten kansanterveystoimien ja -ajattelun ja siihen liittyvän hallinnan merkittäväksi lisäämiseksi. Tähän on 2 välinettä 1) kansainvälisen terveyssäännösten (vuonna 2005 säädetty International Health Regulations, IHR) muutokset ja b) WHO:n pandemiasopimus (WHO Pandemic treaty, WHO CA+).

Molempia välineitä voidaan pitää toisiaan täydentävinä. Vaikka esitetyt IHR:n muutokset - jos ne hyväksytään - lisäävät huomattavasti WHO:n ja sen pääjohtajan valtuuksia suhteessa valtioihin ja valtiosta riippumattomiin toimijoihin, pandemiasopimus nykyisessä muodossaan loisi uutta, kustannusintensiivistä ylikansallista byrokratiaa ja WHO:lle puitteet toimia maailmanlaajuisissa terveyskysymyksissä.

Maailman terveyskokous (WHA), joka hyväksyy muutokset, on asettanut määräajaksi toukokuun 2024. Joistakin IHR:n muutoksista voidaan äänestää ja ne voidaan hyväksyä jo toukokuussa 2023.

Kansainvälisten säännösten muutokset hyväksytään yksinkertaisella äänen enemmistöllä Maailman terveyskokouksen (WHA) valtuuttamana ilman muita kansallisia ratifiointimenettelyjä. Valtiot säilyttävät oikeuden kieltäytyä erikseen muutoksista tietyn ajan (10 kuukauden) kuluessa. Jos he eivät tee niin, muutettu säännöstö sitoo heitä automaattisesti.

Pandemiasopimuksen hyväksyntä Maailman terveyskokouksessa (WHA) puolestaan vaatii kahden kolmasosan (2/3) enemmistön ja sen jälkeen kansallisen ratifioinnin. Pandemiasopimuksen alustavan luonnoksen (Zero Draft) artiklan 35 mukaan sopimus voi kuitenkin tulla voimaan väliaikaisesti ennen ratifiointiprosessin päättymistä.

Virallisesti IHR:n muutokset ja pandemiasopimus esitetään välineinä kansainvälisen yhteistyön, tehokkaan tiedon jakamisen ja tasapuolisuuden lisäämiseksi uuden maailmanlaajuisen terveyskriisin varalta. Käytännössä ne voivat muuttua välineiksi, joilla kansainvälinen yhteistyö korvautuu keskitetyillä määräyksillä, eri mieltä olevien tukahduttamiseksi ja kartellin laillistamiseksi, mikä pakottaa väestölle heidän etuihinsa perustuvia terveystuotteita (lääkkeitä, rokotteita jne.), jotka tuottavat voittoa paremmin toimivien, mutta vähemmän kannattavien tuotteiden sijaan.

Eryteisesti esitetyt IHR:n muutokset tarjoavat oikeudellisen kehyksen WHO:n ja sen taustatoimijoiden monopoliasemalle todellisten ja mahdollisten maailmanlaajuisten kriisien aikana. Jos nämä muutokset hyväksyttäisiin, tätä valtaa käyttäisivät muutamat vahvat toimijat, jotka kontrolloivat merkittävästi WHO:ta organisaationa. Näihin kuuluu kourallinen korkean tulotason maita, kuten Yhdysvallat, Kiina ja Saksa, sekä yksityiset sidosryhmät, kuten Bill & Melinda Gates -säätiö ja lääkeyhtiöt. Kaikilla edellä mainituilla valtioilla ja yksityisillä rahoittajilla on merkittäviä eturistiriitoja maailmanlaajuisen kansanterveyspolitiikan suhteen. Näiden tahojen intressit ovat jo vahingoittaneet organisaatiota. Tässä yhteydessä on huomionarvoista, että WHO:lla on täysi määräysvalta vain noin neljännekseen (1/4) omasta budjetistaan. Loput koostuvat rahoittajiensa korvamerkityistä vapaaehtoisista maksuista.

Jos IHR:n muutokset hyväksytään, ne antaisivat WHO:n uskottavuuden jo vaarantaneille taustatoimijoille mahdollisuuden standardoida ja määrätä jatkossa terveyshätätilojen hallintatoimet. Ne voisivat määrittellä, miten valtiot ja jopa valtiosta riippumattomat toimijat maailmanlaajuisesti reagoivat kansanterveyttä koskeviin hätätilanteisiin ja suhtautuvat erilaisiin maailmanlaajuisiin terveyskysymyksiin. Jotkin IHR:ään (2005) ehdotetuista muutoksista esimerkiksi muuttaisivat 15 ja 16 artiklassa mainitut väliaikaiset ja pysyvät suositukset ei-sitovista neuvoista sopimusvaltioiden pakollisesti täytäntöön pantaviksi suosituksiksi, joita WHO ja sen pääjohtaja (tällä hetkellä Gatesin yhteistyökumppani) voivat antaa.

Jos näiden suositusten luonnetta ja soveltamisalaa koskevat muutokset hyväksytään, ne tarjoaisivat puitteet, joihin perustuen IHR:n (2005) 18 artiklan mukaisesti WHO voisi velvoittaa erilaisiin toimenpiteisiin, kuten hoitoihin, rokotuksiin, eristämiseen ja valvontaan. Vaikka WHO:lla ei olekaan tehokasta täytäntöönpanomekanismia korkean tulotason maita kohtaan, ehdotetut IHR:n muutokset voivat johtaa siihen, että voimakkaat hallitukset toimivat WHO:n direktiivien mukaan tai jopa niiden takana väittäen, että määräyksiä on noudatettava ja pantava täytäntöön niiden oikeudellisen sitovuuden vuoksi kansainvälisen oikeuden nojalla. Voimakkaat kansallisvaltiot ja yksityiset sidosryhmät, jotka noudattavat määräyksiä, sekä WHO itse voisivat edelleen käyttää muutettua IHR:ää oikeudellisena kehyksenä yrittäessään laillistaa terveystotalonialismia ja painostaa taloudellisesti pienituloisia maita noudattamaan sitä, mikä heikentää vakavasti valtioiden itsemääräämisoikeutta. Jotkut ehdotetuista IHR:n muutoksista herättävät siksi vakavia kysymyksiä valtioiden itsemääräämisoikeudesta ja demokraattisen hallinnon tulevaisuudesta, joihin on puututtava.

Useat muut esitetyt ehdotukset kannustavat järjestelmälliseen maailmanlaajuiseen yhteistyöhön hallitusten ja WHO:n – joka on YK:n järjestö – erimielisyyksien torjumiseksi tavalla, joka keskittää valtaa. Melissa Fleming, YK:n apulaispääsihteeri, ilmaisi seuraavan käsityksen vuoden 2022 Maailman talousfoorumissa (WEF) (2022: 1) kokouksessa Davosissa: "Me omistamme tieteen ja ajattelemme, että maailman tulisi tietää se."

Pandemiasopimusluonnos rohkaisee kaikkia sopimusvaltioita – mukaan lukien demokraattiset, autoritaariset ja diktatoriset valtiot – tunnistamaan WHO:n tai sopimusvaltioiden määrittelemät väärän tiedon tunnusmerkit ja puuttumaan virallisesta linjasta poikkeaviin tietoihin, näkemyksiin ja asenteisiin. Muissa IHR:n (2005) muutoksissa ennustetaan myös laajennettu valvontajärjestelmä, joka toteutettaisiin (mieluiten digitaalisilla) terveystodistuksilla ja paikannuslomakkeilla, jotta varmistetaan keskitettyjen määräysten noudattaminen väestölaajuisesti.

Lisäksi useat IHR:n muutokset - jos ne hyväksytään - antaisivat terveystuotteiden tunnistamisen, tuotannon ja jakamisen tietyissä olosuhteissa WHO:lle, mikä tekisi siitä kartellin. IHR:n mukaan WHO voisi esimerkiksi kehottaa sopimusvaltioita lisäämään tietyn lääkkeen tuotantoa – mikä lisäisi kyseisen tuottajan ja/tai osakkeenomistajien voittoja, joilla saattaa olla suhteita WHO:hon. WHO voisi jakaa tuotteet parhaaksi katsomallaan tavalla rakentaen vastaanottajien holhousjärjestelmän.

Pandemiasopimusluonnoksella on lisäksi kielteisiä vaikutuksia maailmanlaajuiseen terveysturvallisuuteen, koska se tukee gain of function -tutkimusta sen poikkeuksellisista bioturvallisuusvaaroista huolimatta. Muokattujen taudinaiheuttajien karkaamista tai vapautumista laboratorioympäristöistä ei ole luokiteltu eikä tunnistettu riittävän vakavaksi uhkaksi ja mahdolliseksi pandemioiden aiheuttajaksi, vaikka ihmisen luoman viruksen laboratoriovuoto on todennäköisimmin syynä COVID-pandemiaan, joka on johtanut noin 6,8 miljoonan ihmisen kuolemaan.

IHR:n ehdotettuja muutoksia ja pandemiasopimusta – mikäli niistä sovitaan – käytetään väistämättä muutamien vaikutusvaltaisten toimijoiden etujen edistämiseen muiden kustannuksella. Ne edustavat ennennäkemätöntä yritystä laillistaa demokratian vastainen vallan keskittyminen tavalla, mikä edellyttää nopeita, tehokkaita ja vahvoja toimia. Sopimuksen tarjoama oikeudellinen kehys, joka mahdollistaa sen, että monopoliasemassa voidaan määritellä maailmanlaajuisia kansanterveystoimia, ei johda parempaan pandemiavalmiuteen, vaan joidenkin COVID-pandemian aikana tehtyjen pahimpien päätösten toistamiseen tulevan hätätilanteen sattuessa. Sopimuksessa esitetty oikeudellinen kehys WHO:n monopoliasemalle maailmanlaajuisen kansanterveyden hallinnoijana ei ole edistyksen merkki, vaan se edustaa inhimillisen kehityksen taantumista feodaalisten järjestelmien, kolonialismin ja keskitettyjen imperiumien aikoihin.

Maailman terveysneuvosto (The World Council for Health, WCH) yhdistää yli 190 koalitiokumppania maailmanlaajuisesti. WCH vaatii, että tämän asiakirjan luvussa II esitetyt muutokset IHR:ään (2005) sekä tällä hetkellä ehdotettu pandemiasopimus hylätään. Ne edustavat puitteita maailmanlaajuisen hallinnon

laittomalle vallankäytölle ilman kansalaisten hyväksyntää, perustuslaillisia valvontamekanismeja tai vastuuvollisuutta. Sellaisenaan ne luovat vaarallisen ennakkotapauksen, jos ne hyväksytään. WHO:n neuvoa-antavan roolin soveltamisalaa ja WHO:lle IHR:n (2005) kautta annettuja valtuuksia ei pitäisi laajentaa.

Epäonnistuminen viimeaikaisiin maailmanlaajuisiin terveyshätätilanteisiin reagoinnissa on peräisin juuri niiden tahojen toimista, joille ehdotetut sopimukselliset välineet antaisivat enemmän valtaa, jos ne hyväksytään. Kansallisvaltioiden ja WHO:n epäonnistumiset vastata viimeaikaisiin kansanterveyshätätilanteisiin ja niiden kolmansien osapuolten intressien vaikutus, jotka ovat vaarantaneet sekä WHO:n että kansallisten terveysvirastojen luotettavuuden, on tutkittava huolellisesti.

Maailman terveysneuvosto (WHC) vaatii välittömiä lainsäädännöllisiä toimenpiteitä maailmanlaajuisen tai kansallisen terveyden ja siihen liittyvien alojen monopolisointiyrityksiä vastaan, joihin voidaan pyrkiä WHO:n tai muiden keinojen kautta. On tunnettua, että monopolivalta eliminoi valinnanvapauden ja kilpailun, mikä loukkaa kansalaisten oikeuksia ja heikentää dramaattisesti tuotteiden ja palvelujen laatua ja estää innovaatioita. Harvoilla aloilla tällä on yhtä vakavat seuraukset kuin ihmisten terveyttä koskevalla alalla.

Lisäksi kohtuuton vallan keskittäminen uhkaa demokraattisia järjestelmiä ja kansalaisyhteiskuntaa. Demokratiat säilytetään estämällä keskittyneen vallan muodostuminen, hajottamalla monopolit ja turvaamalla olennaiset demokratian perusarvot. Ilman asianmukaisia lainsäädäntötoimia vallan vahvistaminen ja poliittisten prosessien korruptio jatkuu kohtalokkain seurauksin. Kaiken hallinnon omistus demokratioissa kuuluu ihmisille sekä henkilöille, jotka he valitsevat heidän edustajikseen. Kansanedustajien on puolestaan varmistettava, että on olemassa tehokkaat valvontamekanismit vallan liialliselle keskittymiselle ja demokratian periaatteiden katoamiselle. Ennen kaikkea hallinnon on aina perustuttava yksilön ihmisarvoon ja demokratian perusarvoihin. Maailmanlaajuinen hallinto ei voi tapahtua demokraattisen hallinnon kustannuksella.

## **Tämän asiakirjan tarkoitus**

Tässä asiakirjassa esitellään – alkuperäisiin asiakirjoihin viitaten – tärkeimmät ehdotetut IHR:n muutokset sekä keskeiset osat WHO:n pandemiasopimuksen luonnoksesta ja selitetään, miksi ne eroavat merkittävästi aikaisemmista lähestymistavoista maailmanlaajuiseen kansanterveyteen. Se havainnollistaa edelleen, miksi kohtuuton vallan keskittyminen maailmanlaajuisen kansanterveyden alalla ja oikeudellisen kehityksen tarjoaminen sellaiselle WHO:n vallankäytölle muodostavat uhan kansalaisten terveydelle, valtioiden itsemääräämisoikeudelle ja demokratialle, joihin on puututtava pikaisesti. Lisäksi tässä asiakirjassa suositellaan lainsäädännöllisiä ja koulutuksellisia toimia kansanterveyden vahvistamiseksi ja paremman valmiuden, tehokkaan kansainvälisen yhteistyön ja tiedon jakamisen saavuttamiseksi maailmanlaajuisen terveyshätätilanteiden osalta samalla, kun vältetään monopolisoituminen ja varmistetaan demokraattisten ihanteiden kestävyys kriisiaikoina.

\*\*

## II. Kansainvälisen terveyssäännösten muutokset

Kansainvälisen terveyssäännösten synty voidaan jäljittää useisiin kansainvälisiin terveyskonferensseihin, jotka pidettiin ensimmäisen kerran Pariisissa vuonna 1851 Euroopan koleraepidemioiden jälkeen. Näissä konferensseissa keskityttiin koleran, ruton ja keltakuumeen leviämisen hillitsemiseen standardoimalla karanteenimääräyksiä ja turvaten samalla kansainvälistä kauppaa ja matkustamista. Konferenssit tarjosivat myös foorumin tieteelliselle keskustelulle. Osallistajat neuvottelivat lopulta useita kansainvälisiä terveys sopimuksia. Gostin & Katzin (2016: 266) mukaan "varhaisimpien sopimusten olemassaolo on syntynyt vaikutusvaltaisten maiden turvallisuustarpeesta. Tärkeintä oli suojautuminen ulkoisia uhkia vastaan [eli ns. aasialaisten tautien leviämistä Eurooppaan] sen sijaan, että turvattaisiin ihmisten terveys kaikilla maailman alueilla." Osallistajat olivat enimmäkseen eurooppalaisia suurvaltoja (mukaan lukien Venäjä ja Turkki) ja Yhdysvallat.

Kun WHO perustettiin vuonna 1948, se otti vastuun tartuntataudeista. Organisaatio julkaisi kansainväliset terveyssäännöt vuonna 1951 ja lopulta muutti niitä ja nimesi ne uudelleen kansainväliseksi terveyssäännöksi vuonna 1969. Sopimusvaltioiden velvollisuutena IHR:n (1969) mukaan oli, että ne ilmoittavat WHO:lle tietyistä tartuntatautiepidoista, kun niitä esiintyi, ja varmisti joitakin kansanterveysvalmiuksia maahantulon ja maasta poistumisen alueilla. Valtioiden yhteistyö WHO:n kanssa perustui tilapäiseen diplomatiaan ja rajoittui muutamisiin sairauksiin. Vuonna 1995 Maailman terveystaloustieteiden kokous (World Health Assembly, WHA) päätti, että IHR (1969) ei enää ollut riittävä väline vastaamaan nykyaikaisiin tartuntatauteja koskeviin haasteisiin, ja pyysi niiden merkittävää uudistamista. Tämä ehdotus nousi entistä kiireellisemmäksi SARS-epidemian aikana vuonna 2003.

Uudistusprosessi johti vuoden 2005 kansainvälisiin terveyssäännöksiin (IHR), jotka sitovat tällä hetkellä 196:ta sopimusvaltiota – 194 WHO:n jäsenvaltiota sekä Pyhää istuinta ja Liechtensteinia. Fidlerin (2005: 343) mukaan IHR (2005) "sisältyy uuteen strategiaan – maailmanlaajuisen terveysturvaan – joka toteutetaan uuden lähestymistavan – maailmanlaajuisen terveyshallinnon – avulla. [...] Tällainen integroitu hallinto on ennennäkemätöntä kansainvälisen kansanterveyden alalla, ja se edustaa käsitteellistä läpimurtoa maailmanlaajuisessa hallinnossa, millä on merkitystä myös kansanterveyden alan ulkopuolella."

IHR (2005) antoi WHO:lle uusia valtuuksia ja laajensi asetusten soveltamisalaa muutamien sairauksien ulkopuolelle. Maiden oli nyt ilmoitettava WHO:lle kaikista tapahtumista, jotka voivat muodostaa kansainvälistä huolta aiheuttavan kansanterveyden hätätilan (PHEIC). WHO:n pääjohtajalle annettiin lisäksi yksinoikeus julistaa kansanterveyshätätila (PHEIC). Sopimusvaltiot sopivat myös useista velvoitteista, jotka koskevat perusvalmiuksien luomista kansainvälistä huolta aiheuttavien kansanterveyshätätilanteiden tunnistamiseksi, arvioimiseksi, raportoimiseksi ja niihin vastaamiseksi. Vaikka IHR (2005) loi perustan maailmanlaajuiselle terveyshallinnolle, säännöt tekivät sen rajatusti ja ilman merkittäviä haasteita kansallisvaltioiden suvereenille asemalle. Tämä kuitenkin muuttuu IHR:n (2005) muutosten myötä, joita ehdotettiin vuoden 2022 lopulla ja joita tarkastellaan tässä raportissa.

Tammikuussa 2022 presidentti Bidenin johtama Yhdysvaltain hallitus teki kauaskantoisia ehdotuksia IHR:n (2005) muuttamiseksi. Vaikka useimmat ehdotukset epäonnistuivat Maailman terveystaloustieteiden kokouksessa (WHA) (2022), enimmäkseen afrikkalaisten vastustuksen vuoksi, aloitettiin laajempi prosessi, joka perustui sopimusvaltioiden ehdottamiin IHR:n (2005) muutoksiin. Kaiken kaikkiaan 16 sopimusvaltiota joko yksin tai yhdessä alueellisten instituutioiden kanssa (kuten EU, WHO:n Afrikan alue, Euraasian talousliitto ja MERCOSUR) teki ehdotuksia. WHO antoi kansainvälisen terveyssäännösten arviointikomitean (IHRRC) tehtäväksi arvioida ehdotetut muutokset. IHRRC selittää 6. helmikuuta 2023 julkaistussa raportissaan, että vaikka jotkin muutokset ovat olemassa olevien normatiivisten sitoumusten toistamista, jotkut "määrittelevät ennennäkemättömiä velvoitteita jäsenvaltioilta ja antavat WHO:lle valtuudet ohjata valtioita ja ei-valtiollisia toimijoita" (WHO 2023: 57). Tärkeimmät ehdotukset käsitellään jäljempänä.

## A. Pakolliset toimenpiteet ja valtion itsemääräämisoikeus

Kansainvälisten terveyssäännösten (IHR, 2005) 15 artiklassa todetaan: "Jos on todettu, että kansainvälistä huolta aiheuttava kansanterveyshätätila on tapahtumassa, pääjohtaja antaa väliaikaisia suosituksia". 16 artiklassa lisätään, että "WHO voi [myös] antaa pysyviä suosituksia asianmukaisista terveydellisistä toimenpiteistä [...] rutiininomaisesti tai määräajoin". IHR:ssä (2005) pääjohtajan antamat väliaikaiset suositukset ja pysyvät suositukset määritellään ei-sitoviksi neuvoiksi, jotka on otettava huomioon.

Vaikka IHR (2005) on oikeudellisesti sitova asiakirja, jonka mukaan sopimusvaltiot sopivat täyttävänsä asiakirjassa määritellyt velvoitteensa, ne eivät anna WHO:lle tai sen pääjohtajalle valtaa määrätä velvoitteita mielensä mukaan uusiin tilanteisiin. Sen sijaan WHO ja sen pääjohtaja voivat tällaisissa tilanteissa IHR:n (2005) mukaisesti antaa vain ei-sitovia suosituksia. **Useat äskettäin ehdotetuista IHR:n muutoksista - jos ne hyväksytään - muuttaisivat annettavien suositusten luonnetta ja tekisivät niistä pakollisia ja oikeudellisesti sitovia.**

Muutokset tehtäisiin poistamalla ei-sitovuus 1. artiklan termien väliaikaiset suositukset ja pysyvät suositukset -määritelmästä. Samalla lisättäisiin useisiin seuraaviin artikloihin valtuudet noudattaa näitä. Esimerkiksi IHRRC (2023: 55) toteaa raportissaan ehdotetun uuden 13 A artiklan osalta: **"Tämä ehdotus [...] tekee pakollisiksi 15 ja 16 artiklan mukaiset väliaikaiset ja pysyvät suositukset."** Mitä tulee lähetetyn artiklan 7 kohtaan, komitea jatkaa, että **"nämä ehdotukset antavat WHO:lle käytännössä valtuudet ohjeistaa valtioita"** (ibid.: 57). 42 artiklaan ehdotettu muutos, IHRRC (2023: 67) selittää samoin: "Ehdotettu muutos viittauksen sisällyttämiseksi väliaikaisiin ja pysyviin suosituksiin näyttää tekevän näiden suositusten soveltamisen pakolliseksi".

Erilaiset muutokset IHR:ään laajentaisivat myös merkittävästi pääjohtajan toimivaltaa. Esimerkiksi 15 artiklaan tehty muutos antaisi pääjohtajalle mahdollisuuden antaa suosituksia paitsi ilmoittamansa kansanterveyshätätilan aikana myös kaikissa tilanteissa, joiden hän arvioi olevan mahdollisesti sellainen (WHO 2023a: 15). Sillä välin 42 artiklan lisäyksessä todetaan, että WHO:n toimenpiteet, kuten pääjohtajan antamat suositukset, eivät ainoastaan tarkoita, että **"kaikkien sopimusvaltioiden on aloitettava ja saatettava päätökseen viipymättä"**, vaan että **"sopimusvaltioiden on myös toteutettava toimenpiteitä varmistukseksi, että omilla alueillaan toimivat toimijat noudattavat näitä toimenpiteitä"** (ibid.: 22). IHRRC (IHR:n muutosten arviointikomitea) kirjoittaa, että "valtiosta riippumattomat toimijat eivät ole määräysten osapuolia" ja että **"komitea on huolissaan siitä, että ehdotettu muutos menee liian pitkälle vihjaillessaan, että sopimusvaltioiden on velvoitettava lainsäädännöllä tai muilla sääntelytoimenpiteillä valtiosta riippumattomat toimijat noudattamaan määräysten mukaisia toimenpiteitä"** (WHO 2023: 67).

IHR:n 18 artiklassa on ei-tyhjentävä luettelo toimenpiteistä, jotka WHO voi määrätä sopimusvaltioita toteuttamaan suositustensa kautta, kun kyse on henkilöistä. Tämä luettelo sisältää muun muassa **lääkärintarkastusten vaatimisen, lääketieteellisten tutkimusten ja laboratorioanalyysien todisteiden tarkistamisen, rokotusten tai muun ennaltaehkäisyn vaatimisen, rokotusten tai muun ennaltaehkäisyn todisteiden tarkistamisen, henkilöiden asettamisen kansanterveystarkkailuun tai karanteeniin, muun terveystoimenpiteen toteuttamisen ja eristämisen tai hoidon toteuttamisen** (vrt. WHO 2023a: 17).

Ehdotetut muutokset, jotka tekisivät WHO:n tai sen pääjohtajan suosituksista pakollisiksi, **herättävät vakavia kysymyksiä niiden seurauksista valtion itsemääräämisoikeuteen ja demokraattiseen hallintoon**, joihin on puututtava pikaisesti. Tilanne voi vaihdella maittain, ja jotkut maat ovat sääntömuutosten takia haavoittuvampia kuin toiset.

## B. Digitaaliset terveystodistukset ja paikannuslomakkeet valvonnan välineinä

Jotta varmistettaisiin ja pystyttäisiin valvomaan keskitettyjen direktiivien ja mandaattien noudattamista väestönlajuisesti, useat sopimusvaltiot – erityisesti Euroopan unioni, jota johtaa Euroopan komission puheenjohtaja Ursula von der Leyen (Gatesin säätiön Goalkeepers-palkinnon saaja, jonka aviomies työskentelee bioteknologiayritykselle, joka osallistuu Pfizerin mRNA-COVID -tuotteiden tuotantoon) – ovat tehneet muutoksia valvontajärjestelmän perustamiseksi - mieluiten digitaalisten - terveystodistusten ja paikannuslomakkeiden perusteella. Ehdotukset sisältävät rokotetodistusten, ennaltaehkäisytodistusten, laboratoriotodistusten, toipumistodistuksien ja matkustajan paikannuslomakkeiden käytön.

IHRC (IHR:n muutosten arviointikomitea) toteaa, että jotkin "sopimusvaltiot ovat ehdottaneet tarkempia muutoksia, jotka sisältävät muun muassa digitaalisten varmenteiden tai QR-koodiin perustuvien varmenteiden käytön. Ja että vaikka digitaaliset varmenteet tai lomakkeet eivät ehkä ole teknisesti toteutettavissa kaikkialla maailmassa, digitalisaatiota tulee käyttää aina kun mahdollista" (WHO 2023: 21). Useissa muutoksissa ehdotetaan verkkosivustojen ja/tai QR-koodien käyttöä kontrolli- ja valvontamekanismeina. Jotkut pyrkivät "hyödyntämään digitaalista teknologiaa; ja ottamalla käyttöön vakioituneet menettelyt kaikille maahantulopaikoille" (ibid.: 82). Vaikka joissakin muutoksissa ehdotetaan, että Maailman terveyskokouksen (WHA) tulisi määritellä maailmanlaajuisia digitaalisia terveystodistuksia koskevat tekniset vaatimukset (eli koskien varmennustapoja, yhteentoimivuutta jne.), IHRC esittää harkittavaksi, "onko terveyskokous sopivin elin" ratkaisemaan tämän tehtävän "vai pitäisikö tämä vastuu uskoa WHO:n pääjohtajalle [Tedros Adhanom Ghebreyesus]" (ibid.: 62).

Muutoksia, jotka koskevat (digitaalisten) terveystodistusten tai paikannuslomakkeiden käyttöä valvonnassa ja seurannassa, ei ole ehdotettu pelkästään kansainvälisiin terveyshätätilanteisiin liittyvissä artikloissa, vaan myös 23. artiklassa, joka koskee yleisiä terveystoimenpiteitä maahan saapuessa ja maasta lähdettäessä. IHRC:n mukaan tämä artikla koskee kaikkia tilanteita, ei vain kansainvälistä huolta aiheuttavia kansanterveyshätätilanteita (PHEIC). Esitetyt muutokset 23 artiklaan sisältävät esimerkiksi "uuden ehdotetun 6 kohdan, [jossa] lisätään erityinen viittaus matkustajien paikannuslomakkeisiin osana mahdollisesti vaadittavia asiakirjoja, ensisijaisesti digitaalisessa muodossa" (ibid.: 61). Toisessa muutoksessa ehdotetaan laboratoriotutkimuksia koskevien tietojen sisällyttämistä matkustajien terveysasiakirjoihin. IHRC onnistuu toteamaan: "Koska 23. artiklaa sovelletaan kaikkiin tilanteisiin, ei vain terveyshätätilaan, komitea on huolissaan siitä, että tällainen vaatimus voi ylikuormittaa matkustajia ja jopa herättää eettisiä ja syrjintään liittyviä huolenaiheita." (ibid.: 62). IHRC myöntää myös huolen "henkilötietojen suojan asianmukaisesta tasosta" (ibid.: 66).

Kuten Indonesian terveysministeri Sadikin selitti G20-huippukokouksessa Baliilla marraskuussa 2022, **globaalien digitaalisten terveystodistusten käyttöönotto on IHR:n (2005) uudistamisen päätavoite.** Indonesia on jo aloittanut pakollisten digitaalisten terveystodistusten käyttöönoton Androidin ja Applen kautta ladattavan sovelluksen avulla. Maa tarjoaa esimerkin siitä, kuinka vallanpitäjät voivat väärinkäyttää IHR:n muutosten kautta hyväksytyjä maailmanlaajuisia digitaalisia terveystodistuksia pakottaakseen ihmisiä - myös lapsia - ottamaan rokotteita, rajoittaa heidän liikkumistaan tai pakottaa kansalaisten käyttöön digitaalisia sovelluksia ja louhia yksityisiä terveystietoja.

"Joten, hankimme WHO:n hyväksymän digitaalisen terveystodistuksen. Jos sinut on rokotettu tai testattu, voit liikkua. [...] Indonesia on jo päässyt tähän tavoitteeseen. Ja G20-maat ovat suostuneet käyttämään tätä digitaalista sertifikaattia WHO:n standardeja käyttäen ja me teemme sen. Toimitamme sen seuraavaan Maailman terveyskokoukseen (WHA) Genevessä IHR:n uudistamisen yhteyteen."

– Indonesian terveysministeri Sadikin (marraskuu 2022)



Tammikuussa 2023 Indonesia asetti omille 18-vuotiaille ja sitä vanhemmille kansalaisilleen maahan (uudelleen)saapumista varten – vastoin tieteellistä näyttöä ja eettisiä periaatteita – velvollisuuden todistaa, että he ovat saaneet kolme annosta COVID-19-rokotusta. Heillä tulee olla myös Peduli Lindungi (kansalaisten terveyssovellus) henkilötiedoilla ja rokotusstatuksella varustettuna (vrt. Indonesian suurlähetystö 2023). Kotimaan lennoilla, junissa ja lautoilla matkustavilta 6–17-vuotiailta lapsilta vaaditaan todistus yhdestä COVID-19-rokotuksesta (vaikkakin vasta-aiheinen ja mahdollisesti haitallinen). 12-vuotiaiden ja sitä vanhempien tulee esittää todiste Peduli Lindungin terveyssovelluksen kautta (vrt. UK.GOV 2023).

Digitaaliset terveystodistukset ovat työkalu harvojen vallan lisäämiseksi ja väestön alistamiseksi. Digitaalisesta terveydestä on yleisemminkin tulossa toimiala, jossa yksityiset potilastiedot muuttuvat tuotteeksi valvontataloudessa. Esimerkiksi Indonesian hallitus on mukana tässä.

### C. Maailmanlaajuinen disinformaation torjunta

Toimenpiteiden ja massamääräysten valvonnan lisäksi IHR:ään (2005) ehdotetut muutokset tähtäävät myös tiedon hallintaan. Esitetyissä muutoksissa vaaditaan "väärän ja epäluotettavan tiedon leviämisen torjuntaa" (WHO 2023a: 25, 26) ja WHO:ta vahvistamaan maailmanlaajuisesti valmiuksiaan "vastustaa väärää tietoa ja disinformaatiota" (ibid.: 40). IHRRC jopa ehdottaa, että WHO:lla saattaa olla velvollisuus "vahvistaa tiedot, jotka tulevat muista lähteistä kuin sopimusvaltioista" (WHO 2023: 21).

IHRRC perustelee, että "misinformaatio ja disinformaatio voivat [...] haitata yleisön luottamusta hallituksen tai WHO:n ohjeisiin ja niiden noudattamista" (WHO 2023: 21). Siinä todetaan lisäksi, että keskeiset ihmisoikeudet, kuten sananvapaus ja lehdistönvapaus, on tasapainotettava sen kanssa, minkä WHO ja hallitukset julistavat kulloinkin oikeaksi tiedoksi (vrt. ibid.: 21). Tämä näkemys on vaarallinen, demokratian vastainen ja täysin vastakkainen sille, mitä pitäisi tapahtua COVIDista opitun perusteella.

Kiinalainen ilmiantaja Li Wenliang, joka antoi varhaisen varoituksen korontilanteesta, minkä hallituksen viranomaiset tukahduttivat. SARS-CoV-2-epidemia olisi voitu hillitä varhaisessa vaiheessa ja suurin osa sen seurauksista olisi voitu estää. Tämä ei tapahtunut nimenomaisesti väärin ja kohtalokkaiden hallituksen sekä WHO:n ohjeiden vuoksi koronavirusepidemian alkukuukausina (joka alkoi todennäköisesti Wuhanissa syyskuussa 2019). Tätä ei myöskään nimenomaisesti tapahtunut, koska Kiinan hallituksen viranomaiset tukahduttivat sananvapauden ja sensuroivat kaikki Wuhanin etulinjassa olevien sairaalalääkäreiden yritykset varoittaa maailmaa heidän mielestään vakavista SARSin kaltaisista oireista potilaillaan vuoden 2019 lopulla. Ilmiantajat, kuten tohtori Li Wenliang, ja hänen kollegansa pidätettiin. Kuten eräs The Guardianin (2020: 1) kommentoija totesi: "Jos Kiina arvostaisi sananvapautta, meillä ei olisi koronaviruskriisiä."

IHRRC ei myöskään mainitse sitä, että vaikka kiinalaiset ilmiantajat taistelivat hallituksen sensuuria vastaan varoittaakseen maailmaa, WHO edisti väärää virallista kantaa, jonka mukaan SARS-CoV-2:n tapauksessa ei ollut todisteita tarttumisesta ihmisestä toiseen huolimatta selvistä todisteista päinvastaisesta.



WHO:n twiitti 14.1.2020: "Kiinan viranomaisten suorittamissa alustavissa tutkimuksissa ei ole löydetty selkeitä todisteita #Wuhanissa, #Kiinassa, havaitun uuden #koronaviruksen (2019-nCoV) siirtymisestä ihmisestä ihmiseen."

Pandemian aikana WHO tuki useita vääriä teorioita. Organisaatio esimerkiksi väitti, että COVID ei leviä ilmvälitteisesti ja että muun sanominen on väärää tietoa, kunnes WHO joutui muuttamaan omaa kantaansa ylivoimaisten päinvastaisten tieteellisten todisteiden jälkeen. WHO vähätteli myös luonnollisen immunitetin merkitystä.

Silti IHRRC ja vastaavat IHR:n muutokset (2005) pyrkivät laillistamaan ja vahvistamaan uusiksi normeiksi auktoriteettien (WHO, kansalliset viranomaiset) linjauksiin perustuvan oikean tiedon sekä eri mieltä olevien näkemysten tukahduttamisen. Tämä pohjustaa seuraavaa mahdollisesti hengenvielastavaa varhaisen varoituksen - joka on vastoin hallituksen etuja, kuten usein tapahtuu - tukahduttamista. Eri mieltä olevat näkemykset, vaikka ne saattaisivat osoittautua oikeiksi, tulevat sensuroiduksi, ja ne, jotka nostavat esille viranomaisten virheitä, hiljennetään. Kaikilla näillä asioilla on tuhoisia seurauksia yhteiskuntien hyvinvointiin ja ihmisten kykyyn vastustaa epäoikeudenmukaisia hallinnon toimia.

IHRRC:n raportti sekä ehdotetut IHR:n muutokset levittävät huolestuttavaa, väärää, autoritaarista ja vanhentunutta ajatusta, että harvoilla on oikeus päättää, mikä on totta ja mikä ei, että heidän näkemyksensä tiedosta on lopullinen ja kiistaton, vaikka se olisi todistettu moneen kertaan vääräksi. Siten pyritään luomaan demokratian vastainen monopoli saatavilla olevaan tietoon ja tiedonvälitykseen.

## D. Kartellioikeudet ja -säännökset

Joidenkin muutosehdotusten tarkoituksena on antaa **WHO:lle valta terveystuotteiden maailmanlaajuiseen tunnistamiseen, tuotantoon ja jakamiseen kriisiaikoina** (vrt. WHO 2023a: 13–14). Jos se hyväksytään, **WHO voisi määritellä, mitkä tuotteet "vaaditaan kansainvälistä huolta aiheuttaviin kansanterveydellisiin hätätilanteisiin"** (ibid.: 13). Se voisi edelleen kehottaa valtioita "lisäämään [valikoitujen] terveystuotteiden tuotantoa" (ibid.: 13). Esitetyissä muutoksissa vahvistetaan, että "WHO:n pyynnöstä sopimusvaltiot varmistavat, että alueellaan olevat valmistajat toimittavat pyydetyn määrän terveystuotteita WHO:lle tai muille sopimusvaltioille WHO:n ohjeiden mukaisesti oikea-aikaisesti toteuttaakseen jakamissuunnitelman" (ibid.: 13). IHRRC toteaa, että "ei ole selvää, voisivatko valtiot tehdä niin muuttamatta alueellaan toimivia yksityisiä toimijoita koskevaa kansallista sääntelyä" (WHO 2023: 57).

Yhdessä ehdotetussa muutoksessa WHO:n rooli nähdään myös standardoitujen "sääntelyohjeiden luomisessa laadukkaiden terveystuotteiden nopeaa hyväksymistä varten" (ibid.: 14). Jälkimmäisen ehdotuksen osalta IHRRC epäroi, koska "oikeudelliselta kannalta ei ehkä ole suositeltavaa vaatia, että WHO

laatii tällaiset sääntelyohjeet, koska sillä olisi päävastuu tuotteen markkinoille saattamisen jälkeen ilmenevästä merkittävästä turvallisuusvirheestä” (WHO 2023: 54).

WHO:n jakamismekanismiin liittyvien muutosten toteuttamiseen tarvittava infrastruktuuri perustettaisiin täydentävän pandemiasopimuksen kautta. Jälkimmäinen perustaisi WHO:n maailmanlaajuisen toimitusketju- ja logistiikkaverkoston (”The Network”), jos se hyväksytään. Verkostoa käsitellään tämän asiakirjan osiossa *Pandemiasopimus*.

Jakelumekanismiin ehdotettujen muutosten keskeinen näkökohta on ajatus, että sopimusvaltioiden itsensä toteuttamat terveystoimenpiteet eivät yleensä saa estää WHO:n mekanisme (katso muutokset artiklaan 43). Jos niin käy, asianomaisen sopimusvaltion on esitettävä syyt WHO:lle. Jälkimmäinen voi sitten pyytää sopimusvaltiota muuttamaan toimenpiteitä tai kumoamaan ne. Jos sopimusvaltio vastustaa asiaa, asia siirretään WHO:n hätäkomitean käsiteltäväksi, jonka päätös on lopullinen. Tämän jälkeen sopimusvaltio raportoi mainitun päätöksen täytäntöönpanosta. (WHO 2023a: 23–24)

## E. Ei-toivotut tarjoukset ja yhteistyövelvollisuus

Jotkin IHR:ään ehdotetuista muutoksista - jos ne hyväksytään - suosivat ei-toivottujen tarjousten tekemistä mahdollisille avunsaajille ja määrittelevät velvollisuuden tehdä yhteistyötä mahdollisten avunantajien kanssa.

IHRC:n mukaan 13. artiklaan tehdyllä muutoksella ”annetaan [sopimusvaltiolle] velvollisuus hyväksyä tai hylätä WHO:n avuntarjous 48 tunnin kuluessa, ja jos tarjous hylätään, sopimusvaltio veloitetaan selvittämään WHO:lle hylkäämisen perusteet” IHRC tunnustaa: ”Sopimusvaltioiden velvollisuus hyväksyä WHO:n avun tarjous tai perustella sen hylkääminen voi heikentää asianomaisen sopimusvaltion itsemääräämisoikeutta ja vaarantaa todellisen yhteistyön ja avun tarkoituksen ja hengen. Sopimusvaltioiden etuoikeus on pyytää tai hyväksyä apua - ei olla ei-toivottujen tarjousten vastaanottajia, mihin liittyy velvollisuus perustella kieltäytyminen ja epärealistinen määräaika vastaamiselle. Lisäksi ehdotus, jonka mukaan WHO julkistaa hylkäämisen perusteet - vaikka sen tarkoituksena on edistää avoimuutta - ei välttämättä edistä yhteistyötä edistävää ilmapiiriä. Se voidaan tulkita epäluottamukselliseksi lähestymistavaksi sopimusvaltioita kohtaan, jotka hylkäävät avuntarjoukset.” (WHO 2023: 50)

Uudessa liitteessä 10, kohdassa ”Yhteistyövelvoitteet” todetaan lisäksi: ”Sopimusvaltiot voivat pyytää yhteistyötä tai apua WHO:lta tai muilta sopimusvaltioilta [...]. WHO:n ja sopimusvaltioiden, joille tällaiset pyynnöt on osoitettu, velvollisuus on vastata pyyntöön viipymättä ja tarjota pyyntöön liittyvää yhteistyötä ja apua. Mahdollisesta kyvyttömyydestä tarjota tällaista yhteistyötä ja apua on ilmoitettava pyynnön esittäneille valtioille ja WHO:lle perusteluineen.” (WHO 2023a: 50). IHRC toteaa, että ”tämän **ehdotetun uuden liitteen kohdassa 1 esitetyt velvoitteet näytävät olevan ehdottomia**” (WHO 2023: 89).

## F. Patogeeninäytteiden ja geneettisten sekvenssien jakaminen

On olemassa useita ristiriitaisia muutoksia, jotka koskevat patogeeninäytteiden ja geneettisten sekvenssien (GSD) jakamista WHO:n kanssa. Eräissä ehdotuksissa todetaan, että patogeenien geneettisten sekvenssien (GSD) jakamista ei vaadita, mutta useiden sopimusvaltioiden tekemien ”muutosten laaja ryhmittely [...] sisältää **sopimusvaltioiden velvoitteen jakaa tietoja WHO:n GSD:n kanssa** (vaikka erilaista sanamuotoa käytetään eri ehdotuksissa) sekä joissakin tapauksissa myös lisätietoja” ja ”yksi ehdotus [...] velvoittaa WHO:n jakamaan tämän kohdan mukaisesti saamansa tutkimukseen ja riskinarviointitarkoituksiin liittyvät tiedot kaikkien sopimusvaltioiden kanssa” (WHO 2023: 38). Muut ehdotukset ”**esittelevät erityistä yhteistyötä patogeeninäytteiden ja GSD:n vaihdon muodossa**” (ibid.: 70).

Vaikka IHRRC toteaa, että "näytteiden jakamisen ja geneettisen materiaalin siirtämisen vaatiminen WHO:lle voi nostaa esiin kysymyksiä WHO:n mandaatista, kyvyistä ja vastuista" (ibid.: 39), täydentävä pandemiasopimus - jos se hyväksytään - vahvistaisi WHO:n asemaa patogeenien saatavuuden ja hyötyjen jakamisjärjestelmässä (PABS-järjestelmä) juuri tähän tarkoitukseen, mikä lisää bioturvallisuuteen liittyviä riskejä ja muita turvallisuusongelmia. PABS-järjestelmää käsitellään tarkemmin tämän asiakirjan osiossa *Pandemiasopimus*.

## G. Ihmisoikeuksien hylkääminen

Intian esittämää muutosta ei todennäköisesti tavoitella jatkossa, mutta se muistuttaa vahvasti siitä, että vuoden 1948 ihmisoikeusjulistuksessa määritellyt kansalaisten oikeuksia ei voida pitää itsestäänselvyytenä. Huomattava määrä hallituksia maailmanlaajuisesti ei usko näihin periaatteisiin. Intia on ehdottanut 3. artiklan mukaisesti, että kansainvälisen terveysjärjestön pääperiaatteista poistetaan ihmisarvon, ihmisoikeuksien ja perusoikeuksien kunnioittaminen (WHO 2023a: 3).

### *Article 3 Principles*

1. The implementation of these Regulations shall be ~~with full respect for the dignity, human rights and fundamental freedoms of persons~~ **based on the principles of equity, inclusivity, coherence and in accordance with their common but differentiated responsibilities of the States Parties, taking into consideration their social and economic development.**

Muutosehdotus, jolla poistetaan henkilöiden ihmisarvon, ihmisoikeuksien ja perusvapauksien täysimääräinen kunnioittaminen (WHO 2023a:3)

### III. Pandemiasopimus (WHO:n CA+)

Eurooppa-neuvoston puheenjohtaja Charles Michel ehdotti WHO:n pandemiasopimusta julkisesti joulukuussa 2020. Aloitetta tuki WHO:n pääjohtaja Tedros Adhanom Ghebreyesus. Pandemiasopimus on uusi väline, joka täydentää IHR:n muutoksia. WHO:n pandemiasopimuksen hyväksymistä harkitaan WHO:n perustuslain 19. artiklan (joka liittyy käytäntöjen tai sopimusten hyväksymiseen) nojalla ja lisäksi pohditaan 21. artiklan (joka koskee asetusten hyväksymistä) soveltuvuutta. Sopimuksen alustava luonnos (Zero Draft) julkaistiin helmikuussa 2023.

Alustavan luonnoksen (Zero Draft) pohjalta sopimus - jos se hyväksyttäisiin - luo uuden ylikansallisen byrokratian. **Uuden järjestelyn hallintoelin olisi ns. sopimuspuolten konferenssi (COP)**, joka olisi ainoa päätöksentekoeelin sopimukseen liittyvissä asioissa. Tämän jälkeen keskustellaan joistakin muista ehdotetun pandemiasopimuksen pääkohdista.

#### A. WHO:n arvovallan ja maailmanlaajuisen terveyshallinnon tunnustaminen

Ehdotettu pandemiasopimus (WHO CA+) - jos se hyväksytään - luovuttaisi WHO:lle huomattavan ja kohtuuttoman määrän valtaa. Sopimuksen osapuolten on alustavan luonnoksen (Zero Draft) mukaan tunnustettava WHO:n keskeinen rooli **”maailmanlaajuisena ohjaavana ja koordinoivana terveysviranomaisena”** (WHO 2023b: 5) sekä sen keskeinen rooli **”johtavana ja koordinoivana viranomaisena kansainvälisessä terveystyössä, pandemioiden ehkäisyssä, terveysjärjestelmien varautumisessa, reagoinnissa ja elvyttämisessä sekä tieteellisen näytön kokoamisessa ja tuottamisessa”** (ibid.: 4).

**Huomioiden WHO:n jo vaarantuneen, demokratian ulkopuolisen ja vastuusta vapaan luonteen, tämänkaltaista yleistä toimivaltaa ei pitäisi luovuttaa organisaatiolle.**

Alustavassa luonnoksessa (Zero Draft) sopimuspuolet sitoutuvat lisäksi "edistämään sellaista tutkimusta ja tiedottamisen toimintatapaa, jotka liittyvät niihin tekijöihin, jotka estävät noudattamasta kansanterveydellisiä ja sosiaalisia toimenpiteitä [kuten maskien käyttö tai sulkeminen], luottamusta ja rokotteiden käyttöönottoa [kuten Pfizerin ja Modernan mRNA-tuotteet], asianmukaisten hoitojen käyttöä ja luottamusta tieteeseen [WHO:n kannat] ja valtion instituutioihin" (ibid.: 24). Tällaisten tutkimusten tuloksia käytetään pyrittäessä edistämään keskitetyn viranomaisen ja keskitettyjen määräyksien hyväksymistä.

## B. Disinformaation käsitteleminen maailmanlaajuisesti ja profiilien tunnistaminen



World Health Organizat...  
@WHO

FACT: #COVID19 is NOT airborne.

The #coronavirus is mainly transmitted through droplets generated when an infected person coughs, sneezes or speaks.

To protect yourself:

- keep 1m distance from others
- disinfect surfaces frequently
- wash/rub your hands
- avoid touching your face

Readers added context they thought people might want to know

Scientific understanding of COVID-19 has evolved. It's now understood that the virus can be transmitted through aerosols that can remain suspended in the air for hours:  
[cdc.gov/coronavirus/20...](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/)

This tweet provides information that was not conclusively proven at the time, and is now confirmed false.

Kuten osa kansainväliseen terveysjärjestöön (2005) esitetyistä muutoksista, myös pandemiasopimuksen alustava luonnos (Zero Draft) 17. artiklan mukaisesti rohkaisee puuttumaan siihen, mitä WHO pitää "vääränä, harhaanjohtavana, misinformaationa tai disinformaationa, myös edistämällä kansainvälistä yhteistyötä" (WHO 2023b: 23). Ehdotettu sopimus ylittää [IHR:n] ehdotetut muutokset siinä mielessä, että siinä **vaaditaan myös "harhaanjohtavan tiedon profiilien" täsmällistä tunnistamista** (ibid.: 23).

Pandemiasopimusluonnos tai ehdotetut muutokset IHR:ään (2005) eivät osoita, että tunnustettaisiin, että WHO ja muut viranomaiset ovat itse julkaisseet merkittävästi vääriä ja harhaanjohtavia tietoja koko COVID-pandemian ajan ja sen jälkeen. Vastaavalla tavalla hallitusten säännöllistä propagandaa ennen sotia, niiden aikana ja niiden jälkeen sekä muissa konfliktin muodoissa ei myöskään oteta huomioon. Molemmista ehdotetuissa välineissä [IHR:n muutokset ja pandemiasopimus] on näkemys, että vastuuvapaalle, luotettavan tiedon saamista vaarantaneelle ylikansalliselle organisaatioille, kuten **WHO:lle ja kansallisille viranomaisille, tulisi antaa terveyttä koskevan tiedon oikeellisuutta määrittävä rooli - jonka vaikutukset ulottuvat kansanterveyden ulkopuolelle.**

WHO:n faktantarkistus 28.3.2020  
osoittautui vääräksi tiedoksi.

## C. WHO:n maailmanlaajuinen toimitusketju ja logistiikkaverkosto

Jos pandemiasopimus hyväksytään, se loisi perustan WHO:n maailmanlaajuiselle toimitusketju- ja logistiikkaverkostolle ("The Network"). Mekanismit, joilla helpotetaan 6. artiklassa kuvattujen sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon tarvittavien lääkkeiden ja muiden terveystuotteiden oikeudenmukaista ja oikea-aikaista maailmanlaajuista toimittamista, ovat välttämättömiä. WHO:n luotettavuuden vaarantunut luonne sekä COVID-viruksen aikana saadut opetukset antavat syyn epäillä, mitä tarkoittaisi, jos nämä mekanismit uskotaan WHO:n hoidettavaksi tai minkä tahansa muun keskitetyn toimijan alaisiksi.

On olemassa todellinen riski, että WHO:n maailmanlaajuista toimitusketju- ja logistiikkaverkostoa - sen sijaan, että se jakelisi tuotteita, jotka toimivat parhaiten ja joilla on korkein turvallisuusprofiili, ja jotka voivat joissain tapauksissa olla patentoimattomia lääkkeitä tai rokotteita - käytetään valikoitujen tuotteiden markkinoille saattamiseen, koska ne voisivat olla tuottoisia tuotteita, vaikka niiden turvallisuusprofiili olisi vasta vähän tutkittu. Uhkakuvaa vahvistavat varsinkin IHR:n (2005) täydentävät muutokset, jotka antaisivat WHO:lle enemmän valtaa tehdä juuri näin. Veronmaksajien varoja saatetaan päätyä järjestelmällisesti jakelemaan WHO:n verkostossa toimiville edunsaajille. Nämä julkiset varat ja jakelumekanismit voitaisiin järjestää paremmin ja uskoa erilaisille hyväntekeväisyysjärjestöille, joilla on todistetusti riittävät reagointivalmiudet paikan päällä ja joihin haavoittuvassa asemassa oleva väestö luottaa.

## D. Sääntelyn standardointi ja lupaprosessin nopeuttaminen

Sopimusluonnoksen 8. artiklan tavoitteena on sääntelyn yhdenmukaistaminen kansainvälisellä ja alueellisella tasolla sekä uusien tuotteiden hyväksymisen ja lisensoinnin nopeuttaminen hätäkäyttöön pandemian aikana. Tämä ehdotetun sopimuksen osa vastaa Anthony Faucin alaisuudessa toimineen Richard Hatchettin johtaman epidemiavalmius- ja innovaatiokoalition (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, CEPI) kampanjaa. CEPI:n perustivat vuonna 2017 Maailman talousfoorumi (World Economic Forum, WEF), Bill & Melinda Gates -säätiö ja joukko muita toimijoita nopeuttamaan rokotteiden kehitystä ja lyhentämään rokotekehityksen prosessia vain 100 päivään. Vertailun vuoksi säännöllinen rokotteiden kehittäminen kestää 5-10 vuotta, jolloin turvallisuutta ja tehoa arvioidaan kliinisissä kokeissa, läpäistään viranomaisten lupaprosessit ja vasta sitten aloitetaan rokotteiden laajamittainen valmistus ja jakelu.

Vaikka mahdolliset lääkkeet ja rokotteet olisi saatava nopeutetusti niille, jotka haluavat kokeilla niitä henkeä uhkaavissa tilanteissa (oikeus kokeilla), COVID-pandemian opetukset osoittavat, että uusien tuotteiden hyväksyntää koskevia sääntelystandardeja alennetaan. Vielä kokeellisessa vaiheessa olevat rokotteet ja lääkkeet sisältävät huomattavia ja jopa kohtalokkaita turvallisuusriskejä. Koska hallitukset ja yksityiset sidosryhmät ovat investoineet kyseisiin tuotteisiin, vakavien sivuvaikutusten mahdollisuutta voidaan sensuroida. Lisähuoli liittyy siihen tosiasiaan, että hallitukset ovat investoineet vielä vähän tutkittuihin, ja nopeassa tahdissa kehitettyihin kokeellisiin mRNA-COVID -tuotteisiin, jotka hyväksyttiin hätäkäyttöön. Näiden rokotteiden käyttöönottoa pyrittiin ohjaamaan propagandalla ja järjestelmällisillä pakoilla. Menettelystä seurasi poliittisia konflikteja, joissa painostusta kohdistui henkilöihin, jotka eivät suostuneet ottamaan injektiota. Nykyisen tiedon mukaan **monet lääkärit ja tutkijat vaativat koronarokotteiden vetämistä pois markkinoilta laajojen raketeturvallisuusongelmien ja tehottomuuden vuoksi taudin saamisen ja leviämisen estämisessä.**

Yleisesti ottaen on suositeltavaa turvata yksilöllinen kokeiluoikeus uusien lääkkeiden osalta, samalla kun estetään lääkkeiden ja rokotteiden hyväksyntä turvallisuuskriteerejä madaltamalla silloin, kun on kyse niiden laajemmasta käyttöluvasta.

## E. Tuki gain of function -tutkimukselle

Sopimusluonnoksessa todetaan, että kun on kyse "laboratorioista ja tutkimuslaitoksista, jotka tekevät työtä muuttaakseen organismeja geneettisesti lisätäkseen niiden patogeenisyyttä ja tarttuvuutta", on noudatettava standardeja, jotta "estetään näiden taudinaiheuttajien vapautuminen vahingossa", mutta niiden on varmistettava, että **"nämä toimenpiteet eivät aiheuta tarpeettomia hallinnollisia esteitä tutkimukselle"** (ibid.: 16).

Ehdotetussa **sopimuksessa** gain of function (toimintakyvyn tehostaminen) -**tutkimuksen tukeminen on erittäin ongelmallista**, koska SARS:n kaltaisten mahdollisesti pandeemisten patogeenien (PPP) epäeettiseen gain of function -tutkimukseen liittyvät riskit ovat merkittävästi suuremmat kuin hyödyt. Kahn (2023: 1) selittää, kuinka kuten "Ikarus lensi liian lähellä aurinkoa, jotkut laboratorioissa työskentelevät tiedemiehet ovat uhmanneet kohtaloa luomalla taudinaiheuttajia (eli mikrobeja, jotka saavat ihmiset sairastumaan), jotka ovat vaarallisempia kuin luonnossa esiintyvät. [...] Gain of function -tutkimuksessa mikrobeille, kuten bakteereille ja viruksille, annetaan tehostettuja ominaisuuksia, joita niillä ei normaalisti ole luonnossa. **Gain of function -tutkimusta ei tällä hetkellä juuri lainkaan valvota kansallisella tai kansainvälisellä tasolla.**"

SARS-CoV-2 muunnettiin geneettisesti Wuhanin virologisessa instituutissa (Wuhan Institute of Virology) Kiinassa. CDC:n entisen johtajan Robert Redfieldin mukaan on todennäköistä, että Yhdysvallat maksoi viruksen luoneen gain of function -tutkimuksen. Koronapandemia, joka todennäköisesti johtui laboratoriossa suunnitellusta SARS-CoV-2:sta, tappoi noin 6,8 miljoonaa ihmistä maailmanlaajuisesti

WHO:n mukaan ja johti keskeisten ihmisoikeuksien loukkaamiseen. Ehdotettu pandemiasopimus paljastaa huolestuttavan piittaamattomuuden COVID-pandemian todennäköisistä laboratorioalkuperistä ja poikkeuksellisesta tuhosta, joka voi aiheutua gain of function -tutkimukseen liittyvistä bioturvallisuusvaaroista. Maailma voisi todistaa SARS-CoV-2:ta huomattavasti tappavamman ihmisen kehittämä viruksen karkaavan tai vapautettavan.

Esimerkkinä Kahn (2023: 1) toteaa:

"Noin 56 prosentin kuolleisuusasteella H5N1-lintuinfluenssavirus on paljon tappavampi kuin SARS-CoV-2, jonka arvioitu kuolleisuusaste on alle 2 prosenttia. H5N1-lintuinfluenssavirus ilmaantui ensimmäisen kerran Hongkongissa vuonna 1997 tartunnan saaneista linnuista, mutta se ei kyennyt leviämään helposti nisäkkästä toiseen. Kun taudinaiheuttaja pääsee helposti leviämään nisäkkästä toiseen, riskit sen leviämisestä ihmisiin kasvavat."

Etsi internetistä Ron Fouchier, virologi Erasmus Medical Centeristä Hollannista. Vuonna 2011 hän ja hänen kollegansa päättivät antaa H5N1-lintuinfluenssavirukselle paremman kyvyn levitä ilmateitse nisäkkäiden välillä.

## F. Patogeeninäytteiden ja geneettisten sekvenssien jakaminen

Jos pandemiasopimus hyväksytään, sen pohjalta perustettaisiin WHO:n patogeenien ja geneettisten sekvenssien jakamisjärjestelmän (PABS-järjestelmä), johon liittyy liiketoimintaa ja joka on kaikkien sopimusvaltioiden saatavilla.

10. artikkelissa todetaan:

"1. Täten tunnustetaan tarve monenväliselle, oikeudenmukaiselle, tasapuoliselle ja oikea-aikaiselle järjestelmälle pandemiapotentiaalin omaavien taudinaiheuttajien ja genomisten sekvenssien ja niistä saatavien hyötyjen jakamiseksi tasavertaisesti. Sen saavuttamiseksi on sovittu perustettavan WHO:n patogeenien saatavuuden ja hyötyjen jakamisjärjestelmässä ('PABS-järjestelmä') tämän WHO:n CA+ mukaisesti. [...]

2. PABS-järjestelmän on katettava kaikki taudinaiheuttajat, joilla on pandemiapotentiaalia, mukaan lukien niiden genomiset sekvenssit, sekä pääsy niistä saataviin hyötyihin, ja sen on varmistettava, että se toimii synergistisesti muiden asiaankuuluvien saatavuutta ja hyötyjen jakamista koskevien välineiden kanssa. [...]

Helpotettu pääsy on tarjottava vakiomateriaalin siirtosopimuksen mukaisesti, jonka muoto on esitettävä PABS-järjestelmässä ja joka sisältää hyödynjakovaihtoehdot yhteisöille, jotka pääsevät käsiksi pandemian potentiaalisesti aiheuttaviin patogeeneihin [...] PABS-järjestelmä [...] tukee tehokkaita, standardoituja, reaaliaikaisia maailmanlaajuisia ja alueellisia alustoja, jotka edistävät kaikkien osapuolten saatavilla olevia löydettäviä, saavutettavia, yhteentoimivia ja uudelleenkäytettäviä tietoja." (WHO 2023b: 17)

Vaikka pääsy geneettisiin sekvenssitietoihin on esimerkiksi tärkeää testauskapasiteetin nopean kehityksen kannalta, PABS-järjestelmä, sellaisena kuin se on tällä hetkellä ehdotettu ja kaikkien sopimusvaltioiden – diktatuurit, sotaa käyvät maat ja terrorismia tukevat valtiot mukaan lukien – saatavilla ilman määriteltyjä vastuita. Pandemiasopimusluonnoksessa ei käsitellä merkittäviä turvallisuusvaikutuksia, jotka liittyvät pandemian potentiaalisesti aiheuttavien patogeenien (PPP) ja niiden geneettisten sekvenssien jakamiseen. PABS-järjestelmä luo ylimääräisen bioturvallisuusriskin olemassa olevaan kansalliseen ja kansainväliseen tutkimukseen liittyvän riskin lisäksi. Keskitetty ja kaikkien käytössä oleva PABS-järjestelmä heikentää valvontaa entisestään. **WHO:lla ei ole valmiuksia taata, että tiedot tai materiaalit eivät päädy väärin käsiin.** Ehdotettu PABS-järjestelmä lähettää myös väärän signaalin, koska se voi kannustaa gain of function -



tutkimuksen laajentamiseen, kun tämänkaltaista tutkimusta pitäisi rajoittaa ja pysäyttää. WHO:lla ei ole keinoja varmistaa, ettei yhteisiä materiaaleja tai tietoja käytetä tieteellisissä kokeissa, jotka aiheuttavat uusia riskejä.

## G. One Health ja pandemian/epidemian juurisyyanalyysi

**One Health (yksi terveys) -lähestymistapa – suhteellisen uusi termi – on käsite, joka liittyy yhteen ihmisten, eläinten ja ekosysteemien terveyden.** One Health -lähestymistavan mukaisesti näiden alojen asiantuntemusta integroidaan. Ihmisten, eläinten ja ekosysteemien hyvinvointi liittyy läheisesti toisiinsa. Useat organisaatiot, kuten WHO, yrittävät kuitenkin väärinkäyttää tätä ymmärrystä omiin poliittisiin tarkoituksiinsa.

**WHO:n sopimuksen alustava luonnos (Zero Draft) käyttää One Health -kieltä edistämään keskittymistä ihmisen, eläimen ja ympäristön väliseen rajapintaan tartuntatautiin ja pandemioiden alkuperänä.** Se tunnistaa "tautiin ilmaantumisen ja uudelleen ilmaantumisen tekijöiksi ihmisen ja eläimen ja ympäristön rajapinnassa" erityisesti johtuen "ilmastonmuutoksesta, maankäytön muutoksesta, villieläinkaupasta, aavikoitumisesta ja mikrobilääkeresistenssistä" (WHO 2023b: 24). Artikla 18 velvoittaa sopimusvaltiot "pandemioiden ehkäisyyn, varautumiseen, reagoimiseen ja terveydenhuoltojärjestelmien elvyttämiseen yhteydessä edistämään ja toteuttamaan One Health -lähestymistapaa, joka on [...] koordinoitu ja toteutettu yhteistyössä kaikkien asiaankuuluvien toimijoiden kesken" (WHO 2023b: 24) ja "ottaa One Health -lähestymistapa huomioon kansallisella, alueellisella ja laitostasolla" (ibid.: 25). Sopimusvaltiot tunnustavat myös sopimuksella **WHO:sta, YK:n elintarvike- ja maatalousjärjestöstä, Maailman eläintautijärjestöstä ja YK:n ympäristöohjelmasta koostuvan ns. neljän osapuolen merkityksen One Health -lähestymistapaan liittyvien asioiden käsittelyssä.**

Sopimuksen alustava luonnos (Zero Draft) ohjaa yksipuolisen painopisteensä ansiosta huomion pois gain of function -tutkimuksesta COVID-pandemian todennäköisimpänä alkuperänä. WHO:n julkaisemalla videolla kerättiin tukea pandemiasopimukselle, ja samalla pääjohtaja Tedros Adhanom Ghebreyesus käsitteli pandemioita "yhteisenä uhkana, jota emme täysin luoneet ja joita emme voi täysin hallita - uhkana, joka tulee suhteestamme luontoon [videolla nämä sanat on asetettu kahdelle nuorelle henkilölle heidän kävellessä metsässä]". Tätä seuraa ironisesti: "On elintärkeää, että teemme rehellisen arvion COVID-pandemiasta ja opimme siitä, jotta emme toista samoja virheitä uudelleen. Olemme sen velkaa miljoonille, jotka olemme menettäneet." Tämä kertomus ei ole rehellinen arvio COVID-pandemiasta ja sen alkuperästä, mutta se paljastaa myös **ongelmallisen, yksipuolisen ymmärryksen luonnon roolista ihmisten terveydelle.** Vaikka luonnosta löytyy uhkia ihmisten terveydelle, se on myös olennainen ihmisten terveyden lähde ja edistäjä.

Yksipuolisen painopisteensä vuoksi pandemiasopimuksen alustava luonnos (Zero Draft) ei ota huomioon useita vakavien tartuntatautiin syntyminen ja säilyminen vaikuttavia tekijöitä. Laboratoriokokeiden kohteena oleviin pandemian potentiaalisesti aiheuttaviin patogeeneihin (PPP) - jotka myöhemmin vuotavat laboratorion - saattaa sisältyä nimenomaisesti ihmisen patogeeneiden leviäminen ja hoidon puuttuminen. Esimerkiksi tappavin yksittäinen tartuntatauti, joka tappaa noin 1,6 miljoonaa ihmistä vuosittain, on ihmisen tuberkuloosi, jonka aiheuttaa pääasiassa ihmisen patogeeni, joka on ollut olemassa suuren osan ihmiskunnan historiasta. Tuberkuloosi on useimmissa tapauksissa parannettavissa, mutta riittävästä hoidosta on vakava puute.

Oikein sovellettu One Health -lähestymistapa on keskeisessä asemassa useiden tartuntatautiin ja terveyskriisien ehkäisyssä. **On kuitenkin järkevää olla jättämättä yhtälön ulkopuolelle tärkeitä epidemioiden ja pandemioiden syitä ja ylläpitäjiä, jotka eivät tyypillisesti kuulu sen alle.** Lisäksi on huomionarvoista, että vaikka WHO:n sopimuksen alustava luonnos (Zero Draft) keskittyy ideologisesti One Health -lähestymistapaan ja ihmisen, eläimen ja ympäristön rajapintaan, se näyttää edistävän mainitun

lähestymistavan puutteellista ymmärtämistä. Siinä todetaan esimerkiksi, että "useimmat uudet tartuntataudit ovat peräisin eläimistä, mukaan lukien villieläimistä ja kotieläimistä" (WHO 2023b: 6), mutta ei mainita, että uusien kantojen vakavuus on tarkoituksenmukaisempi indikaattori merkityksellisyydestä kuin määrä, ja että monissa (vaikkakaan ei kaikissa) tapauksissa vakavammat uhat eivät johdu eläimistä sinänsä, vaan ihmisten aiheuttamasta liiallisesta, luonnottomasta pahoinpitelystä.

Yksi esimerkki on tehdasviljely, jossa eläimet riistetään niiden luonnollisesta elinympäristöstä ja sen sijaan ne suljetaan kymmeniin tuhansiin häkkeihin sisätiloissa, joissa on huonot saniteettiolosuhteet ja jätehuolto. Jotkut asiantuntijat ovat väittäneet, että vuoden 2009 A/H1N1-sikainfluenssapandemia saattoi saada alkunsa tehdasloilla. (Toisten mielestä H1N1:n rekombinanttivirustutkimukseen osallistuvat tiedemiehet olisivat voineet luoda sen tahattomasti.) BSE ja sen ihmisen muunnelma, Creutzfeldt-Jakobin taudin (vCJD) muoto, on peräisin ruohoa ja muuta luonnossa esiintyvää kasvillisuutta syövilä lehmiltä, joille syötettiin käsiteltyjä eläinten aivoja tehotuotannossa.

Erittäin patogeenisen lintuinfluenssan (HPAI) H5N8-kannan osalta lintuinfluenssaa käsittelevä tieteellinen työryhmä (2016: 1) toteaa, että tyypillisesti tämän vaarallisen tyyppin taudinpurkaukset "liittyvät intensiiviseen siipikarjantuotantoon [tehdasloilla] sekä siihen liittyvään kauppaan ja markkinointijärjestelmiin, joissa HPAI leviää saastuneen siipikarjan, siipikarjatuotteiden ja elottomien esineiden välityksellä".

Luonnonvaraiset linnut sitä vastoin ovat "varasto [vain] vähäisesti patogeenisille viruskannoille, joiden esiintyvyys on alhainen" (ibid.: 3). Marius Gilbert, Belgian Université Libre de Bruxelles -yliopiston epidemiologi, selittää: "Useimmat luonnonvaraisissa linnuissa kiertävistä viruksista ovat vaarattomia ja aiheuttavat vain lieviä vaikutuksia." Kun virus kuitenkin löytää tiensä tehdasloihin, se joutuu "kehitykselliseen muutokseen, joka liittyy enimmäkseen olosuhteisiin, joissa eläimiä viljellään. Olemme nähneet vähäisesti patogeenisten virusten patogeenisuuden lisääntyvän tiloilla." (Vidal 2021: 1)

Ihmiset ovat muuttaneet eläimille luonnossa enimmäkseen lievän viruksen - joilla on alhainen esiintyvyys luonnonvaraisissa linnuissa ja joilla on vain vähän kykyä levitä nisäkkäiden välillä - erittäin virulentteihin, tappaviin muotoihin teollisen eläinkasvatuksen kautta, luoden samanaikaisesti gain of function - tutkimuksen eläinkokeiden kautta ilmassa leviäviä, nisäkkäältä toiseen siirtyviä erittäin tarttuvia viruksen muotoja. Tämän seurauksena lintuinfluenssasta voi nyt tulla pandemia, joka on pahempi kuin COVID-19.

Tehotuotanto on myös merkittävä mikrobilääkeresistenssin (AMR) aiheuttaja, sillä valtaosaa tuotetuista antibiooteista (noin 75 % maailmanlaajuisesti) käytetään tehdasloilla eläimille, jotka ovat loukussa luonnottomiin ja epähygieenisiin elinolosuhteisiin, joissa taudinaiheuttajat kehittävät vastustuskykyä. Mikrobilääkeresistenssin arvioidaan tappaneen 1,27 miljoonaa ihmistä pelkästään vuonna 2019 (vrt. RKI 2022: 2).

Kaiken kaikkiaan sopimusluonnoksessa ei kiinnitetä huomiota keskeisiin mahdollisiin syihin tappavien tartuntatautien syntymiselle (kuten laboratoriovuodot gain of function -tutkimuksesta) ja säilyvyydelle (kuten ihmisten tuberkuloosin hoidon puuttuminen). Nämä eivät ensisijaisesti liity ihmisen, eläimen ja ympäristön väliseen rajapintaan, mutta jättävät huomiotta One Health -lähestymistavan keskeiset periaatteet.

## IV. Maailmanlaajuisen kansanterveysmonopolin hylkääminen

### A. Monopoliin aiheuttama uhka

Monopolivaltaa estetään sillä perusteella, että ihmisillä pitäisi olla valinnanvapaus ja ettei kukaan saa estää kilpailua omien suunnitelmiansa kanssa. [...] Monopolijärjestelmä on raateleva peto, kierre, joka muuttaa rahan vallaksi, vallan rahaksi ja [jälleen] rahan vallaksi. Meidän on katkaistava kierre. (Electronic Frontier Foundation, 2021)

Demokratia säilyy turvaamalla demokraattiset perusarvot, myös kriisiaikoina, estämällä vallan keskittyminen harvojen käsiin ja hajottamalla monopoleja. Yhdysvaltain korkeimman oikeuden tuomari Louis Brandeis varoitti sata vuotta sitten, että meillä voi joko olla keskitetty rikkaus (ja siten valta) harvojen käsissä tai demokratia, mutta meillä ei voi olla molempia. Yhdysvaltain presidentti Franklin Roosevelt totesi samalla tavalla: "Ensimmäinen totuus on, että demokratian vapaus ei ole turvassa, jos ihmiset sietävät yksityisen vallan kasvua siihen pisteeseen, että siitä tulee vahvempi kuin heidän demokraattinen valtionsa."

Monopoliin vastaiset järjestelmät eivät ainoastaan suojele demokratioita, vaan mahdollistavat myös vapaan valinnan kilpailevien ideoiden joukossa, edellyttävät itsenäistä ajattelua, johtavat vapaiden organisaatioiden syntymiseen, paikalliseen omistajuuteen, innovaatioihin ja laadukkaisiin palveluihin. Ilman keskitettyä valtaa on vaikeampaa korruptoida poliittisia prosesseja, vaarantaa tiedettä, hallita tietoa, tukahduttaa kilpailu ja eliminoida valinnanvapaus. Riippumattomat toimijat ja organisaatiot, jotka eivät ole riippuvaisia keskitetystä valtarakenteesta, ovat edelleen osoittautuneet välttämättömiksi ihmiskunnan historiassa vallitsevasta vallan väärinkäytöstä johtuvan epäoikeudenmukaisuuden haastamisessa ja torjumisessa.

Maailmanlaajuisen kansanterveyden alalla **monopolivalta, joka luonnostaan rajoittaa valinnanmahdollisuuksia, tukahduttaa kilpailevia ratkaisuja, turmelee tiedettä, korruptoi poliittisia prosesseja, pyrkii hallitsemaan tiedonkulkua ja tukahduttaa erimielisyydet, voi olla erityisen haitallista, koska alue koskettaa eniten ihmisten perustarpeita.** Tästä syystä kansainvälistä yhteistyötä ja jakamista maailmanlaajuisen kansanterveyden hyväksi ei voida parantaa antamalla keskitettyä valtaa WHO:n kaltaiselle demokratian ulkopuoliselle, vastuuvapaalle ja toimillaan jo kansanterveyttä vaarantaneelle ylikansalliselle organisaatiolle. Erilaisia ratkaisuja on etsittävä ja kehitettävä.

### B. Kuka johtaa WHO:ta – rakenteellinen todellisuus

Jalo ajatus WHO:sta maailmanlaajuisena terveysjärjestönä, joka työskentelee ihmiskunnan etujen hyväksi, on korvattu kokonaisuudella, jota suurelta osin ohjaavat yksityisten sidosryhmien ja muutamien vaikutusvaltaisten valtioiden taloudelliset ja ideologiset edut.

Maailman terveysjärjestö ohjaa kurssia, joka tasapainottaa muutaman voimakkaan maan, kuten Yhdysvaltojen ja Saksan (kaksi suurinta lahjoittajaa), suurten yksityisten rahoittajien (ensisijaisesti Bill & Melinda Gates -säätiö ja Gatesin rahoittama GAVI Alliance) ja Kiina. Kaudella 2020–2021 Saksa ja Euroopan komissio johtivat lahjoituksia 1 732 miljoonalla dollarilla, jota seurasivat Gatesin hallitsemat yritykset 1 183 miljoonalla dollarilla ja Yhdysvallat 693 miljoonalla dollarilla (vrt. WHO 2023c). Kiina on 168 miljoonan dollarin lahjoituksella 11. suurin, mutta sillä on merkittävä geopoliittinen vaikutus, mm. Maailman terveystieteiden kokouksessa.

WHO erottaa määritetyt maksut (AC) ja vapaaehtoiset maksut (VC). Määritetyt maksut perustuvat prosenttiosuuteen kunkin jäsenvaltion bruttokansantuotteesta, ja ne kattavat alle 20 prosenttia WHO:n kokonaisbudjetista. Vapaaehtoiset lahjoitukset (VC) tulevat jäsenvaltioilta, yksityisiltä säätiöiltä ja teollisuudelta. Niiden osuus budjetista on yli 80 prosenttia. **Lähes 90 % vapaaehtoisista lahjoituksista on korvamerkitty tiettyihin ohjelmiin ja kohteisiin.** (vrt. WHO 2023d) Aiemmin 80 prosenttia WHO:n kokonaisbudjetista muodostui määritetyistä maksuista, ja WHO päätti niiden käyttämisestä. Vain 20 prosenttia oli korvamerkitty vapaaehtoisia maksuja (vrt. Mischke & Pinzler 2017).

Koska varat tulevat nyt lahjoituksina, järjestö on epäilyksenalainen useissa asioissa, jotka koskevat sen lahjoittajien etuja. Yksityinen sektori ja useimmat valtion toimijat, jotka ovat sidoksissa asianomaisiin yrityksiin (esim. saksalaisia yrityksiä ovat Bayer, joka osti Monsanto, BioNTech tai Boehringer Ingelheim; yhdysvaltalaisia yrityksiä ovat Pfizer, Moderna, Merck tai Johnson & Johnson), eivät todennäköisesti osallistu lahjoituksiin, ellei potentiaalia ole taloudellisiin tai muihin voittoihin. WHO:n edellinen pääjohtaja Margret Chan sanoi vuonna 2015 seuraavasti: "Minun on otettava hattu ja lähdevä ympäri maailmaa kerjäämään rahaa, ja kun he antavat meille rahaa, [se] liittyy vahvasti heidän mieltymyksiinsä, siihen, mistä he pitävät. Se ei ehkä ole WHO:n prioriteetti, joten jos emme ratkaise tätä, emme ole yhtä mahtavia kuin olimme." (Franck 2018)

Useat johtavat maailmanlaajuiset terveys- ja kilpailuoikeuden asiantuntijat sekä kansainväliset järjestöt ovat pitkään vaatineet WHO:n kattavaa uudistamista. He ovat olleet erityisen kriittisiä yksityisten yritysten ja Bill & Melinda Gates -säätiön merkittävästä vaikutuksesta organisaatioon.

Sen jälkeen kun Gatesin joutui syytteeseen yhtiönsä laittomasta monopolisoinnista - lakijutussa Yhdysvallat vastaan Microsoft Corporation - hän siirtyi keskittämään valtaa muille aloille, erityisesti maailmanlaajuiseen kansanterveyteen ja maatalouteen. Bill & Melinda Gates -säätiö on WHO:n toiseksi suurin rahoittaja, ja Gates on myös perustanut ja osittain rahoittanut rokotusallianssia (The Vaccine Alliance, GAVI) ja CEPI:n. Koska Gatesin monialayhtiön rahoitusosuudet on varattu tiettyihin hankkeisiin, WHO ei päättää, miten kyseiset rahat käytetään, vaan Gatesin säätiö päättää. Näin ollen hän maksaa WHO:lle siitä, että se käyttää heidän infrastruktuuriaan, henkilökuntaansa ja kansainvälistä asemaansa omiin tarkoituksiinsa. Gatesin säätiö tekee WHO:sta sopimuskumppanin.

James Love (Knowledge Ecology International) – joka osallistui Microsoftia vastaan nostettuun kilpailuoikeudenkäyntiin Yhdysvalloissa, työskenteli aiemmin Lääkärit ilman rajoja -järjestön kanssa ja oli ratkaisevassa roolissa taistelussa retrovirushoidon saatavuuden puolesta Afrikassa – toteaa, että Gatesin henkilökunta toimii selkeällä agendalla ja uskoo, että ihmiset eivät yleensä ymmärrä, mitä Gatesin säätiön tuottama vaikutusvalta käytännössä tarkoittaa.

Bill Jeffery (Center for Health, Science and Law) selventää, että Gatesin säätiön osalta WHO hyväksyy rahoitusta organisaatiolta, jonka taloudellinen menestys riippuu jalostetun elintarviketeollisuuden ja lääketeollisuuden menestyksestä. Lisäksi joukko Gatesin säätiön johtavia työntekijöitä on aiemmin työskennellyt Monsantoille (nykyisin Bayer), joka tuottaa glyfosaattia ja pyrkii maailmanlaajuiseen



Thank you @BillGates for sending a copy of your new book. I fully agree that we must act on #COVID19's lessons and innovate so that we can deliver swift, equitable health solutions to prevent the next pandemic. @gatesfoundation



Apr 15, 2022 - Twitter for iPhone

1,232 Retweets 1,824 Quote Tweets 3,159 Likes

WHO:n pääjohtaja Tedros Adhanom Ghebreyesus poseeraa tukeakseen Bill Gatesin uutta kirjaa Twitterissä.

monopoliasemaan siemenissä muuntelemalla niitä geneettisesti. Näin ollen Gatesin säätiön edun mukaista on, että WHO kannattaa tiettyjä lääkkeitä ja kemiallisia tuotteita ja estää niiden tiukkaa sääntelyä.

Thomas Gebauer (medico international) arvostelee liiallista harkinnanvaraista toimivaltaa, joka on annettu yhdelle, valitsemattomalle, vastuuttomalle henkilölle maailmanlaajuisessa elimessä: "Tämä on feodaalisten rakenteiden ilmentymä. Meidän on demokraattisina yhteiskuntina kohdattava se, millaisten prosessien olemme tähän mennessä sallineet kehittyä. (Mischke & Pinzler 2017)

Gatesin hankkeet, vaikka ne ovat laajimmalle levinneitä, eivät ole ainoita yksityisiä tahoja, jotka vaarantavat WHO:n. Myös joukko yksityisiä säätiöitä, kuten Rockefeller-säätiö, sijoittaa WHO:hon, joskin vähäisemmässä määrin. Itse lääkeyhtiöt lahjoittavat miljoonia Yhdysvaltain dollareita ylikansalliselle elimelle, joka on kronologisesti lähellä WHO:n tekemiä päätöksiä siten, että ne saattavat vaikuttaa sen päätöksiin. WHO vaalii pitkäaikaisia suhteita lahjoittajien ja lääkeyhtiöiden kanssa ja kuvailee niitä kumppaneiksi. Jopa valtioiden joukosta suurimmat rahoittajat - joista useimmat korvamerkitsevät vapaaehtoiset maksunsa - ovat sidoksissa tiettyihin yrityksiin, mikä aiheuttaa heille merkittäviä eturistiriitoja.

KM Gopakumar (Kolmannen maailman verkosto) huomauttaa lisäksi, että erityiset intressitahot eivät ainoastaan saa vaikutusvaltaa WHO:hon lahjoitusten kautta, vaan myös sijoittamalla omaa henkilöstöään organisaation sisälle toteuttamaan tiettyjä ohjelmia, mikä tarkoittaa, että nämä tahot ohjaavat WHO:n toimia kahdella rintamalla (vrt. ibid.).

IHR:n muutosten myötä WHO:lle luovutettava vallan lisäys maailmanlaajuisen kansanterveyden osalta sekä valtuus ohjata sopimusvaltioita ja niiden alueilla toimivia valtiosta riippumattomia toimijoita antaa väistämättä liikaa ja epädemokraattisesti valtaa niille vastuuttomille erityisintresseille, jotka ovat saattaneet WHO:n epäilyksenalaiseksi. Sopimus antaa väistämättä liiallisia ja epädemokraattisia valtuuksia vastuuttomille erityisjärjestöille. Erityisintressien ajamiseen ei enää tarvittaisi poliittisten prosessien lahjomista salaisilla takaoven sopimuksilla, vaan niillä olisi takanaan kansainvälisen oikeuden voima. Tämä mahdollisuus muodostaa vakavan uhan kovalla työllä saavutetuille demokraattisille järjestelmille, pienituloisten valtioiden suvereniteetille ja maailmanlaajuiselle kansanterveydelle.

### **C. Korruptio, huonot päätökset ja kohtalokkaat virheet**

WHO:n terveystyö on usein alisteinen poliittisille rajoituksille ja vahvojen vaikuttajien intressien lisääntyvälle vaikutukselle. Samaan aikaan Genevessä sijaitseva ylikansallinen byrokraatia kärsii tehokkaan riippumattoman valvonnan, vastuuvollisuuden ja nöyryyden puutteesta. Tämän seurauksena WHO on ollut toistuvasti osallisena korruptiossa ja tehnyt virheitä toteuttaen politiikkaa, jolla on vakavia seurauksia maailmanlaajuiselle kansanterveydelle, ilman minkäänlaista vastuuvollisuutta. Tämä on toinen syy, miksi WHO:n toimivaltaa ei pitäisi laajentaa. Millekään taholle ei pitäisi antaa monopolivaltaa maailmanlaajuisen kansanterveyden osa-alueissa tavalla, joka ylittäisi huomattavasti sen alkuperäisen tehtävän.

Ohessa on esimerkkejä WHO:n päätöksentekoon vaikuttaneista taustatoimijoista ja organisaation kohtalokkaista epäonnistumisista sen seurauksena.

Kesäkuussa 2009 Margaret Chan, silloinen WHO:n pääjohtaja, julisti virallisesti A/H1N1-sikainfluenssapandemian. Cohen & Carter (2010: 1) kirjoittavat: "Se oli WHO:n 10 vuoden pandemiavalmiussuunnittelun huipentuma – vuosia kestäneet komiteoiden kokoukset asiantuntijoiden kanssa ympäri maailmaa ja valtava määrä asiakirjaluonnoksia, jotka tarjoavat ohjausta hallituksille." Lopulta **WHO antoi teollisuuden tukemien tutkijoiden ohjata influenssapoliitiikkaansa.**

WHO:n suosituksia noudattaneet valtiot hankkivat veronmaksajien rahoilla valtavia määriä lääketuotteita yrityksiltä, joille WHO:n tiedemiehet olivat aiemmin työskennelleet. Cohen & Carter (2010: 1) jatkavat: "Mutta vuoden kuluttua WHO:n neuvoja noudattaneet hallitukset purkivat rokotesopimuksiaan ja miljardien dollarien arvosta varastoitua oseltamiviiria (Tamiflu) ja tsanamiviiria (Relenza) - jotka oli maksettu jo ennestään tiukasti rajatuista terveydenhuoltobudjeteista - ja ovat nyt käyttämättöminä varastoissa ympäri maailmaa. BMJ:n ja Tutkivan journalismin viraston (Bureau of Investigative Journalism) yhteisessä tutkimuksessa on löydetty todisteita, jotka herättävät huolestuttavia kysymyksiä siitä, kuinka WHO hallinnoi pandemiasuunnittelua neuvoneiden tutkijoiden eturistiriitoja".

**"Avaintieteilijät, jotka neuvoivat Maailman terveysjärjestöä influenssapandemian suunnittelussa, olivat työskennelleet lääkeyrityksille, jotka hyötyivät heidän valmistelemastaan ohjeistuksesta. WHO ei ole koskaan paljastanut näitä eturistiriitoja julkisesti, ja se on hylännyt tutkimukset sen A/H1N1-sikainfluenssapandemian hoitamisesta 'salaliittoteorioina'."**

**Cohen & Carter (2010: 1) British Medical Journal**

### **British Medical Journal**

WHO:n suositukset tuottivat erittäin tuottoisat markkinat eri maissa ja miljardien voittoja lääkeyhtiöille, joilla oli yhteyksiä WHO:n tiedotuksen parissa työskenteleviin tutkijoihin. Lisäksi yksi suositelluista lääkkeistä on asiantuntijoiden mielestä tehoton A/H1N1-sikainfluenssan hoidossa. Vuonna 2009 WHO:n suositukset eivät olleet sitovia. Vuoden 2009 influenssapandemian opetukset tarjoavat painavia syitä, miksi sen pitäisi pysyä sellaisena.

Vuoden 2014 ebolaepidemian aikana Länsi-Afrikassa WHO epäonnistui reagoimaan asianmukaisesti ja oikea-aikaisesti, ja myös tuomitsi kansainväliset järjestöt, kuten Lääkärit ilman rajoja, jotka reagoivat siihen. WHO totesi, että taudinpurkaus ei johtaisi epidemiaan, mutta niin kuitenkin tapahtui. Lääkärit ilman rajoja -järjestö järjesti ja toteutti kuukausien ajan hätäapuoperaatioita, joissa oli joskus jopa 2 400 työntekijää. Yli 11 300 ihmistä kuoli tämän ebolaepidemian aikana. Vasta sen jälkeen, kun kansainvälinen kansanterveyshätätila julistettiin elokuussa 2014, kansainvälinen yhteisö ryhtyi toimiin taudin pysäyttämiseksi tehokkaasti. Jos WHO ja kansainvälinen yhteisö olisivat reagoineet ajoissa, paljon enemmän ihmishenkiä olisi voitu pelastaa. (vrt. Mischke & Pinzler 2017) Gostin & Katz (2016: 274) kirjoittavat: "Viive näytti vain pahemmalta ajan myötä, sillä **vuotaneet WHO:n asiakirjat paljastivat, että WHO:n päätökset olivat erittäin poliittisia ja niiltä puuttui avoimuus.**"

**"Kun olimme organisaationa todenneet kesäkuussa [2014], että ebola ei ollut hallinnassa, kesti elokuuhun asti, ennen kuin WHO tuli samaan johtopäätökseen. Varsinkin alussa WHO esitti syytöksiä meitä kohtaan organisaationa, sanoen että harjoitimme pelottelua ja soitimme hälytyskelloja jostakin, joka ei ollut niin dramaattista."**

**Tohtori Tankred Stöbe, Lääkärit ilman rajoja -järjestö (Mischke & Pinzler 2017)**

Tankred Stöbe (Lääkärit ilman rajoja) tarkentaa, että ebola kuuluu niin sanottuihin laiminlyötyihin sairauksiin, jotka ovat olleet tiedossa jo pitkään, mutta eivät saa tarvittavaa tieteellistä huomiota, koska ne vaikuttavat enimmäkseen köyhiin ihmisiin pienituloisissa maissa kaukana markkinoista, jotka ovat lääketeollisuudelle tuottoisia. Vastaavasti WHO:n ebolasta vastaavan osaston varat oli leikattu puoleen ennen vuoden 2014 epidemiaa. (vrt. Mischke & Pinzler 2017)

COVID-19-pandemian osalta WHO:n perustama riippumaton pandemiavalmiutta ja reagointia käsittelevä paneeli (IPPPR) totesi, että sekä hallitukset että WHO tekivät "huonoja strategisia valintoja", jotka tuottivat

"myrkyllisen cocktailin" ja mahdollisesti pandemian muuttumisen katastrofaaliseksi inhimilliseksi kriisiksi. (Kupferschmidt 2021: 1) Paneeli näkee ratkaisun entistä suuremmassa vallan keskittämisessä WHO:lle. Sen sijaan kansalliset hallitukset ja WHO on saatettava vastuuseen, ja päätöksentekoa olisi hajautettava.

Sekä hallitukset että WHO tekivät alusta alkaen huonoja valintoja. Kiinan hallitus tukahdutti järjestelmällisesti Wuhanin kiinalaisten etulinjan kliinikon varhaiset varoitukset potilaiden epätavallisista ja vakavista SARS:n kaltaisista taudin oireista. SARS-CoV-2:n leviämiseen liittyvien tietojen tukahduttaminen marraskuusta 2019 tammikuun 2020 loppuun – jolloin viruksen leviämistä olisi vielä voitu hillitä – on yksi historian pahimmista peittelyistä, jolla oli kohtalokkaat seuraukset miljoonille ihmisille. WHO levitti laajasti Kiinan hallituksen disinformaatiota sosiaalisessa mediassa siitä, että SARS-CoV-2:n tarttumisesta ihmisestä toiseen ei ollut todisteita, vaikka johtavat WHO:n tutkijat tiesivät todellisen asiointilan ja olivat niin todenneet. Traagisesta salailusta huolimatta WHO:n vanhempi virkamies Bruce Aylward julisti myöhemmin, että "maailma on Kiinalle suuressa velassa", kun maa lopulta aloitti autoritaariset rajoitustoimenpiteet.

Vasta 20. tammikuuta 2020 Kiinan hallitus myönsi vihdoinkin virallisesti, että tartuntoja tapahtui ihmisiltä ihmisille. WHO:lla meni tammikuun 30. päivään asti julistaakseen kansainvälistä huolta aiheuttavan kansanterveyden hätätilan (PHEIC). Seuranneen pandemian aikana WHO edisti useita vääriä teorioita (esim. ei tartuntaa ihmisestä ihmiseen, COVID ei leviä ilmassa jne.), vähätteli olennaista luonnollista immunitettia, julkaisi ristiriitaisia lausuntoja (kerran varoitus sulkemisista liian aikaisin, sitten ylisti Ruotsin sulkemista huomioivaa lähestymistapaa seuraavana kuussa) ja jäi jälkeen riippumattomista ja innovatiivisista lääkäreistä esimerkiksi, siinä mitä tulee kortikosteroidien käyttöön sairaalaympäristössä.



WHO suositteli alun perin olemaan käyttämättä kortikosteroideja pitkälle edenneen COVID-viruksen hoidossa (se on vasta-aiheinen varhaisessa COVID-taudissa), mutta muutti sitten arviotaan ja suositteli sitä voimakkaasti, koska osoittautui, että ne vähentävät kuolleisuutta vaikeassa COVID-taudissa.

Lopulta useat tunnetut etulinjan lääkärit eri puolilta maailmaa raportoivat onnistuneista COVID-taudin hoidosta, kun hoitoa tarjottiin varhaisessa vaiheessa. Nämä lääkärit käyttivät riippumatonta kliinistä arviotaan ja olivat edellä sekä WHO:ta että kansallisia terveysvirastoja. Arvostetut lääkärit kehittivät ja julkaisivat turvallisia ja tehokkaita varhaisia hoitoprotokollia (jotka sisälsivät pääasiassa jo tunnettuja lääkkeitä). Näillä hoidoilla potilaita ei kuollut juuri ollenkaan koronaan, kun hoito aloitettiin jo varhaisessa vaiheessa. Jotkut paikallishallinnot, Argentiinan Misiones Mexico City ja Intian Uttar Pradeshin alue, käyttivät menestyksekkäästi versioita näistä varhaisista hoitomenetelmistä itsenäisesti, mikä vähensi merkittävästi kuolleisuutta ja sairaalahoidon tarvetta.



Kaavio Argentiinan Misionesin provinssin varhaisen hoito-ohjelman tuloksista (vihreä = varhainen hoito, sininen = ei varhaista hoitoa), jonka tuloksena todettiin: "Sairaalahoitoon ja kuolemantapaukset ovat huomattavasti vähentyneet hoitoa seuranneessa väestössä".

Yksi COVID-pandemian suurimmista rikoksista oli varhaisten hoitokäytäntöjen salaaminen ja tukahduttaminen sekä kansallisten terveysvirastojen että WHO:n toimesta, koska he olivat erityisen kiinnostuneita maailmanlaajuisen rokotuskampanjan toteuttamisesta ja keskittyivät siihen. Jos COVID-taudin varhainen hoito olisi tunnustettu, uudet ja kannattavat mRNA-tuotteet - joihin sekä monet vaikutusvaltaiset hallitukset että yksityiset WHO:n rahoittajat, kuten Bill & Melinda Gates -säätiö, ovat investoineet merkittävästi miljoonia Yhdysvaltain dollareita - eivät olisi voineet saada hätäkäyttölupaa. (Suomentajan huomio: hätäkäyttöluvan edellytyksenä on, ettei tautiin ole muita lääkehoitomuotoja)

Jotkut asiantuntijat arvioivat, että 70–80 % maailmanlaajuisista COVID-kuolemista olisi voitu välttää järjestelmällisellä ja oikea-aikaisella hoidolla. Se, että liittovaltion virastot, yritysten edut sekä WHO:n kaltaiset organisaatiot estivät COVID-taudin turvallisia ja tehokkaita, mutta taloudellisesti kannattamattomia varhaisia hoitomenetelmiä, johti ennennäkemättömään kärsimykseen ja ihmishenkien menetyksiin. On mahdollista, että tästä voidaan puhua rikoksena ihmisyyttä vastaan.

Monopolivaltaa ei saa antaa kenellekään henkilölle, laitokselle tai organisaatiolle. Jos toimijalla olisi tällaisia valtuuksia ja se tekisi huonoja valintoja tai kohtalokkaita virheitä, niitä olisi vaikea torjua ja yhteiskunta voisi romahtaa. Tämä on yksi syy, miksi **on tärkeää, että valta on hajautettua ja että vallankäytölle on tehokkaat demokraattiset valvontamekanismit.**



## V. Parempi tapa kansanterveyden maailmanlaajuiseen edistämiseen

Tässä luvussa annetaan neuvoja keskeisistä toimista, joita kansalliset ja kansainväliset johtajat ja organisaatiot tarvitsevat. Ehdotetut lainsäädännölliset ja koulutukselliset toimet perustuvat muun muassa COVID-pandemian eri kehitysvaiheissa saatuihin kokemuksiin. Vaihe 1 liittyy SARS-CoV-2:n alkuperään – mikä todennäköisimmin piilee gain of function -tutkimuksessa. Vaihe 2 koskee ajanjaksoa, jolloin pandemian leviäminen olisi vielä voitu estää ilmiantajien ja asianmukaisten varhaisten toimenpiteiden avulla. Vaihe 3 koskee ajanjaksoa, jolla oli suurin vaikutus kuolleisuuteen, jota olisi voitu vähentää merkittävästi helposti saatavilla olevalla turvallisella ja tehokkaalla varhaisella hoidolla. Vaihe 4 liittyy toipumisjaksoon, joka edellyttää rehellistä arviointia ja vastuullisuustoimenpiteitä.

### A. Keskitetyn vallan purkaminen ja yksilön oikeudet

COVID-pandemiasta opitun perusteella, ja jotta tuleviin kansainvälisiin terveyshätätilanteisiin valmistautumista ja reagointia voidaan parantaa, tarvitaan nykyistä hajautetumpaa lähestymistapaa maailmanlaajuiseen ja kansalliseen terveyspolitiikkaan. Uskottavuuden ja johtajuuden tulee perustua osaamiseen ja toimiviin ratkaisuihin eikä kritiikittömään auktoriteettiin.

Kun liittovaltion hallitukset ja niiden terveysvirastot sekä ylikansalliset organisaatiot, kuten WHO ja omaehtoiset yksityiset sidosryhmät, epäonnistuivat monilla tasoilla COVID-pandemian aikana kohtalokkain seurauksin, jotkut paikallishallinnot ja etulinjan lääkärit sekä vaihtoehtoisiin hoitomuotoihin perustuvat aloitteet ovat osoittaneet arvonsa.

Useat paikallishallinnot jakoivat onnistuneesti turvallisia ja tehokkaita koronan varhaisen hoidon pakkauksia. Jotkut poikkeukselliset etulinjan lääkärit antoivat toimivat varhaisen hoidon hoitoprotokollat samalla, kun heillä oli huomattavaa painetta noudattaa virallista linjaa. Jotkut paikalliset aloitteet, kuten Perun kristityn papin aloitteet, järjestivät kipeästi tarvittavia laitteita (esim. happea) yhteisöille. Edellä mainituille toimijoille on yhteistä vahva eettinen vakaumus sekä läheiset kontaktit paikan päällä tapahtuvaan ja paikallisiin ihmisiin. He eivät luovuttaneet henkilökohtaista vastuutaan keskitetyille auktoriteetille, mikä vaikutti myönteisesti satojen tuhansien ihmisten elämään.

*Seuraaviin toimiin tulee ryhtyä kansallisesti ja kansainvälisesti:*

❖ *Kansainväliseen terveys sääntöön (2005) ehdotetut muutokset ja pandemiasopimus (WHO CA+), sellaisena kuin se on hahmoteltu sen alustavassa luonnoksessa (Zero Draft), on vastustettava ja hylättävä, kun niistä äänestetään. Jos ne hyväksytään, maiden on jättäydyttävä uudistettujen asetusten ulkopuolelle 10 kuukauden kuluessa, ja niiden on hylättävä sopimuksen ratifiointi.*

❖ *Lainsäädäntö, joka rajoittaa ylikansallisia järjestöjä tarjoamasta foorumia vaihtoa, neuvontaa ja reagointivalmiuksia varten, pitäisi ottaa käyttöön, hyväksyä ja panna täytäntöön. Näillä järjestöillä ei ole kansan valtuutusta, niihin ei sovelleta demokraattisia valvontamekanismeja, ja niiltä puuttuu tilivelvollisuus sääntöjen tai toimintapolitiikan määräämisen suhteen. Ylikansallisten elinten, kuten WHO:n kaltaisten organisaatioiden tulisi saada suurin osa varoistaan jäsenvaltioiltaan. Jäsenvaltioiden ei pitäisi korvamerkitä rahoitusosuuksiaan, jotta järjestö voisi toimia vapaasti kansallisista eduista riippumatta. Korruption estämiseksi olisi myös kiellettävä ylikansallista elintä ottamasta vastaan varoja yksityisiltä sidosryhmiltä ja yrityksiltä, joilla on taloudellisia intressejä suhteessa järjestön käsittelemisiin asioihin.*

❖ *Terveyspolitiikan hallinta olisi hajautettava lainsäädännöllisin keinoin siten, että valtiot, valtioiden parlamentit, tuomioistuimet ja kansanäänestykset voivat toimia keskeisemmässä roolissa kuin liittovaltion*

hallituksissa. Lainsäädännön tulisi myös estää kaikki päätöksentekovalta, joka voi ohittaa kansalliset, demokraattiset instituutiot, jotka on alistettu valitsemattomalle ylikansalliselle elimelle.

❖ On esiteltävä, hyväksyttävä ja pantava täytäntöön lainsäädäntö, joka tarjoaa vankan oikeussuojan lääkärin ja potilaan väliselle suhteelle ja antaa potilaille yksinoikeuden päättää yksilöllisestä lääketieteellisestä hoidosta valitsemiensa lääkäreiden kliinisen arvion ja neuvojen perusteella sekä tietoon perustuvaa suostumusta koskevan oikeudellisen periaatteen mukaisesti. Ulkopuolinen puuttuminen loukkaamattomaan lääkärin ja potilaan väliseen suhteeseen hallituksen, terveydenhuollon virastojen tai sairaaloiden hallintoelinten toimesta, on kiellettävä.

❖ On annettava oikeudellinen suoja turvallisen, patentin ulkopuolisen lääkkeen tai lääkeaineen käyttöön uudessa tarkoituksessa, vaikka teollisuuden intressit yrittäisivät rajoittaa niiden käyttöä.

❖ Eturistiriidat, jotka ovat saattaneet merkittävän määrän hallituksia, terveysvirastoja, tieteellisiä ja akateemisia tahoja, kansainvälisiä järjestöjä ja ylikansallisia elimiä epäilyksenalaiseksi, on tutkittava huolellisesti.

## **B. Oikeus yksityisyyteen: digitaalinen identiteetti, digitaaliset todistukset ja yksityiset terveystiedot**

"He tunkeutuvat yksityiseen elämäämme valvonnan avulla, he keräävät tietoa elämästämme, muuttaen keräämäänsä käyttäytymistä koskevaa tietoa ja sitten he vaativat näitä käyttäytymistietoja yksityisomaisuudekseen."

Shoshana Zuboff (fmr. Harvardin yliopisto)

Totalitaariset mekanismit, kuten Kiinan sosiaalinen luottojärjestelmä, ovat riippuvaisia muutamien henkilökohtaisten tietojen absoluuttisesta hallinnasta. Tämän mahdollistavat digitaaliset valvontatekniikat ja tekoäly (AI) – jotka saattavat lopulta karata ihmisen hallinnasta. Tällaista totalitaarista valvontaa ei pitäisi sallia maailmanlaajuisesti. Toimenpiteet, kuten digitaaliset tunnisteet ja digitaaliset terveystodistukset, uhkaavat siirtää globaalia kehitystä sellaiseen suuntaan, jossa vaikutusvaltaiset yksityiset tahot ja hallitus keräävät, analysoivat ja myyvät jokaisen elämän osa-alueen tuotteena. Ihmisten yksityisyyttä tutkitaan, tuotteistetaan ja myydään.

Lopulta jotkut poliittiset ja yritysten toimijat pitävät yksilöitä hakeroitavina eläiminä. Termin on keksinyt Maailman talousfoorum (World Economic Forum, WEF) ideologi Yuval Harari. Tämä tarkoittaa, että jotkin yksityiset tahot ja hallitukset uskovat voivansa saada ihmiset tekemään mitä tahansa (olipa kyse taloudesta tai politiikasta) manipuloimalla heitä psykografisten viestien ja muiden työkalujen perusteella. Kaikenlaiset yksityiset tiedot ovat hyödyksi, jotta he voivat rakentaa 360 asteen profiilin henkilöstä.

Digitaaliset valvontajärjestelmät, jotka joissakin toiminnoissaan perustuvat digitaaliseen varmenteeseen, ovat väline harvojen vallan lisäämiseen ja väestön alistamiseen. Kuten Kiinan tai Indonesian esimerkissä, digitaalisia terveystodistuksia käytetään rajoittamaan liikkumista ja varmistamaan keskitettyjen direktiivien noudattaminen riippumatta siitä, mitkä ovat määräysten perusteet. Monissa maissa digitaalisia terveystodistuksia käytettiin – vastoin perusetiikkaa – pakotteena lääkinnällisten tuotteiden käyttöön, jotka myöhemmin osoittautuivat mahdollisesti kohtalokkaiksi sivuvaikutuksineen, ja jotka eivät myöskään pysäyttäneet infektioita tai taudin tarttumista. Jossain vaiheessa ihmiset, jotka olivat ottaneet rokotteen, mutta olivat saaneet tartunnan, pääsivät silti paikkoihin, kun taas ihmiset, jotka eivät olleet ottaneet sitä, mutta eivät olleet saaneet tartuntaa, eivät päässeet. Tämä osoittaa mielivaltaisuuden, johon määräyksiä voidaan käyttää, vaikka niillä olisi kielteinen vaikutus kansanterveyteen.

Varsinaisen maailmanlaajuisen kansanterveyshätätilanteen aikana testaus ja/tai kotikaranteeniin asettaminen sekä tarvittaessa vapaaehtoinen varhainen hoito ovat toimenpiteitä, jotka eivät vaadi minkäänlaista digitaalista varmennetta tai pakkohoitoa eivätkä edellytä valvontamekanismeja, joita voidaan käyttää väärin totalitaariin tarkoituksiin.

*Seuraaviin toimiin tulee ryhtyä kansallisesti ja kansainvälisesti:*

❖ *Kaikenlainen digitaalinen tunnistus, jossa kaikki yksilöä koskevat tiedot on koottu yhteen, on kiellettävä asianmukaisin lainsäädännöllisin toimenpitein. Tällainen yksittäinen digitaalinen tietovarasto muodostaa merkittävän riskin yksilön oikeuksille, tietoturvallisuudelle sekä kansalliselle turvallisuudelle, ja demokratian vastaiset toimijat ja vihamieliset tahot voivat väärinkäyttää sitä.*

❖ *Koulutusta digitaalisen identiteetin riskeistä tulee käynnistää ja toteuttaa.*

❖ *Digitaalinen louhinta sekä yksityisten terveystietojen valvonta on kriminalisoitava lainsäädännöllä. Oikeus yksityisyyteen – varsinkin kun on kyse terveydellisistä asioista – on demokratian kulmakivi.*

❖ *Lainsäädäntötoimilla on varmistettava, että henkilöillä on aina omistusoikeus omiin tietoihinsa ja että tätä normia rikkovat yksityisten tai valtion tahojen asettamat ehdot ovat kiellettyjä.*

❖ *Kansallisten ja kansainvälisten organisaatioiden tulisi sitoutua seuraavien kysymysten tutkimukseen: Kuka omistaa ja hallinnoi tietosisältömme? Kuka hyötyy kaupankäynnistä tiedoillamme? Ja miksi meillä ei ole sananvaltaa siihen, kuka tiedot saa?*

## **C. Sananvapaus ja oikeus olla eri mieltä**

"Ei riitä, että sallimme erimielisyyden. Meidän on vaadittava sitä. Sillä on paljon asioita, joista voidaan olla eri mieltä."

- Robert F. Kennedy (1966)

Khosla & McCoy (2022: 1–2) kirjoittavat:

"Toisinajattelijoiden suvaitseminen ei merkitse ainoastaan kykyä haastaa ja pitää hallitukset (ja muut voimakkaat toimijat) vastuullisina ja halukkuutta kunnioittaa vähemmistöjen näkemyksiä, vaan se rohkaisee keskustelua ja pohdintaa yhteiskunnassa tavoilla, jotka edistävät positiivista yhteiskunnallista muutosta ja kehitystä. Erimielisyys voi auttaa tiedottamaan yleisestä mielipiteestä, muuttamaan politiikkaa, nopeuttamaan uudistuksia sekä edistämään ja suojelemaan muita ihmisoikeuksia. Eri mieltä oleminen on ollut keskeinen tekijä sukupuolten tasa-arvon ja naisten oikeuksien edistämässä sekä etnisen ja rodullisen sarron kääntämisessä, mistä ovat esimerkkinä Yhdysvaltojen kansalaisoikeusliike ja Etelä-Afrikan apartheidin vastainen taistelu. Se on ollut tärkeä ainesosa monissa onnistuneissa kampanjoissa, joiden tarkoituksena on suojella luonnonympäristöä vahingoilta ja tuholta. Terveiden alalla toisinajattelulla oli tärkeä rooli hoitoon pääsyn edistämässä HIV-pandemiassa. [...] Sanan- ja mielipiteenvapautta on kunnioitettava ja pidettävä terveenä demokratian ja vapauden ilmaisuna, ja meidän on tietoisesti pyrittävä tarkkailemaan ja suojelemaan tätä oikeutta jatkuvasti. [...]"

Terveystieteiden ammattilaisten äänet ovat [...] ratkaisevan tärkeitä sen varmistamiseksi, että pandemian torjuntatoimenpiteitä ei väärinkäytetä millään verukkeella, joka johtaisi ihmisoikeuksien loukkaamiseen, toimittajien ja aktivistien pidättämiseen tai ankarien lakien käyttöönottoon "valeutisten" torjumiseksi. [...] Globaaleilla terveysalan toimijoilla on keskeinen rooli kriittisen ajattelun suojelemisessa, säilyttämisessä ja

edistämässä. Kun kohtaamme ennennäkemättömiä haasteita, on entistä tärkeämpää pysyä lujana ja puolustaa näitä ihmisoikeuksien perusperiaatteita."

Sananvapauden ja lehdistön sensuuri, joka ei loukkaa demokraattisia perustuslakeja sellaisenaan (esim. kehottamalla väkivaltaan henkilöä tai ryhmää kohtaan), tulee paljastaa perustuslain- ja ihmisoikeusloukkauksena. Sananvapaus ja lehdistönvapaus ovat välttämättömiä suojakeinoja valta- asemissa olevien ylilyöntejä vastaan. Teollisen sensuurikompleksin perustaminen – joka liittyy läheisesti toimeenpanoelimiin, kansalliseen turvallisuuteen ja yksityisiin sidosryhmiin – on luonteeltaan epädemokraattista ja voi esittää perus- ja ihmisoikeuksien kumoamista valheelliseen syyhyn vedoten. Tämän kompleksin tarkoituksena ei ole torjua valeuutisia, vaan hallita tiedon sisältöä ja kulkua. On naiivi ja vaarallinen harhaluulo uskoa, että niiden, joilla on valta sensuroida, täytyy aina olla totuuden puolella tai tietää aina, mikä on totuus. Tieto erotetaan parhaiten väärästä tiedosta avoimella tiedonvälityksellä ja keskustelulla, jossa hyödynnetään parasta saatavilla olevaa näyttöä. Erilaisten pätevien näkökulmien sisällyttäminen, mukaan lukien ne, jotka poikkeavat virallisesta linjasta, hyödyttää yhteiskuntaa kriisiaikoina ja sen jälkeen, tuo tasapainoa julkiseen keskusteluun ja voi kaataa vääriä paradigmoja.

Sananvapaus on myös paras tae varhaiselle tiedon jakamiselle maailmanlaajuisissa kansanterveyden hätätilanteissa (PHEIC). Gostin & Katz (2016: 279–280) kirjoittavat: "Vaikka IHR [2005] vaatii vahvaa tiedon jakamista raportoimalla mahdollisista PHEIC-tilanteista ja pyytämällä myöhempiä seurantatietoja, maat viivyttelevät edelleen ilmoituksia ja/tai rajoittavat raportoituja tietoja. [...] Mitä nopeammin terveysviranomaiset tietävät uudesta tapahtumasta, sitä nopeammin he voivat reagoida tehokkaammin, minkä ansiosta tapauksia on harvemmin. Hallituksilla voi kuitenkin olla taloudellisia syitä kieltää avoin tiedonvälitys tai viivyttää sitä. [...] Kuitenkin maailmanlaajuisen hätätilan julistamisen laiminlyönti voi lopulta olla vielä vahingollisempi ihmishenkien ja kansallisaarteiden kannalta."

Ilmiantajat ja etulinjan henkilöstö ovat tärkein lähde varhaisten tietojen ja varoitusten saamiseksi mahdollisista maailmanlaajuisista kansanterveysuhkista, eivät hallitukset. Wuhanissa, Kiinassa, lääkärit havaitsivat nopeasti epätavalliset, tuntemattomasta alkuperästä johtuvat SARS:n kaltaiset keuhkokuumeen ilmenemiset vuoden 2019 lopulla. Jos he olisivat voineet toteuttaa sananvapautta ja päässeet mukaan kansainväliseen arviointifoorumiin ja -verkostoon, COVID-pandemia olisi voitu ennaltaehkäistä. Ehdotetut IHR:n muutokset tai pandemiasopimusluonnos eivät ota riittävästi tätä asiaa huomioon. WHO:n pääjohtajalle annettava suurempi valta julistaa maailmanlaajuinen kansanterveyshätätilanne ei ole ratkaisu, sillä nykyisissä rakenteellisissa olosuhteissa hän ei ole riippumaton Kiinan kaltaisten vaikutusvaltaisten valtioiden eduista.

*Seuraaviin toimiin tulee ryhtyä kansallisesti ja kansainvälisesti:*

❖ *Ilmiantajien suojelu olisi vahvistettava kansallisessa ja kansainvälisessä oikeudessa. Monipuolisten voittoa tavoittelemattomien järjestöjen tulisi tarjota turvallinen foorumi ja verkosto ilmiantajille sekä heidän viestiensä vahvistamiseen heidän tietojensa vahvuuden tarkastelun yhteydessä. Ilmiantajien tulisi saada erityistä kansainvälistä suojelua, joka on samanlainen kuin järjestäytyneen rikollisuuden tapauksissa todistajille.*

❖ *Tarvitaan koulutusta ja lainsäädännöllisiä toimia, joilla paljastetaan ja lopetetaan sanan- ja lehdistönvapauden loukkaaminen ja perus- ja ihmisoikeuksien kumoaminen.*

❖ *Tarvitaan koulutusta ja lainsäädännöllisiä toimia epädemokraattisen teollisen sensuurikompleksin paljastamiseksi ja purkamiseksi.*

❖ *Lääketeollisuuden tai sen osakkeita omistavien toimijoiden sijoitukset mediayrityksiin mainostamisen tai muiden keinojen välityksellä tulisi kieltää, koska niillä on kohtuuton vaikutus median luomaan maailmankuvaan, joka rajoittaa tosiasioiden ja tapahtumien tasapainoista uutisointia.*

❖ *Yksityisten sidosryhmien tulisi laillisesti sallia sijoittaa vain noin 50 000 dollaria vuodessa kahdelle mediayhtiölle joko henkilönä tai minkä tahansa niiden organisaation edustajana, jotta vältetään vallan keskittymiseltä yksittäisille mediatahoille sen sijaan, että olisi laaja valikoima tiedotusvälineitä.*

teen

## **D. Kansainvälinen yhteistyö ja sääntelyn luotettavuus**

Tarvitaan parempaa kansainvälistä yhteistyötä ja laajempaa yhtenäisyyttä sekä hätätilanteissa että muissa kuin hätätilanteissa. Aito globaali yhteistyö voidaan saavuttaa tunnustetuilla foorumeilla, jotka mahdollistavat kansalaisyhteiskunnan osallistumisen. Turvallisten ja tehokkaiden lääkkeiden ja terveystuotteiden maailmanlaajuinen jakaminen niitä tarvitsevien kanssa tulisi toteuttaa kansainvälisistä ja paikallisista vakaumukseen perustuvista ja voittoa tavoittelemattomista järjestöistä koostuvan monipuolisen järjestelmän kautta, jolla on todistetusti kokemusta yritysten ja kansallisten etujen vastustamisesta. Näiden järjestöjen on pitänyt toiminnallaan ansaita väestön luottamus ja hyväksyntä paikallisesti. Näiden organisaatioiden tulisi myös kehittää nopean toiminnan valmiuksia, joita valtiot ja paikalliset yhteisöt voivat tarvittaessa hyödyntää ja jotka täydentävät kansallisvaltioiden ja ylikansallisten järjestöjen valmiuksia. Tällä tavalla ei olisi olemassa yhtä toimijoiden tasoa, joka voisi rakentaa monopolin ja saisi hallintavaltuudet. Tämä mahdollistaa suuremman valinnanvaran ja vastuun. Samanaikaisesti edellä mainittujen vakaumukseen perustuvien ja voittoa tavoittelemattomien järjestöjen, joilla ei ole eturistiriitoja, tulisi tehdä yhteistyötä paikallisten yhteisöjen ja valtioiden kanssa kehittääkseen järjestelmällisesti omia valmiuksiaan. Näin yhteisöt voivat huolehtia omista ihmisistä ja ojentaa auttavan kätensä muille.

Uusia terveystuotteita koskevassa sääntelyprosessissa on suositeltavaa estää kliinisten tutkimusten pituuteen ja laatuun perustuvan varovaisen sääntelyn vaatimusten heikentäminen. Samanaikaisesti henkeä uhkaavista tai vakavista sairauksista kärsivien potilaille tulisi olla oikeus kokeilla näitä tuotteita, ja se olisi kirjattava kansalliseen ja kansainväliseen lainsäädäntöön.

*Seuraaviin toimiin tulee ryhtyä kansallisesti ja kansainvälisesti:*

❖ *Kansainvälisistä asioista keskustelevien foorumien tulisi mahdollistaa kansalaistoimijoiden vahva osallistuminen päätöksentekoprosessiin.*

❖ *Vastuu turvallisten ja tehokkaiden lääkkeiden sekä muiden terveystuotteiden hyväntekeväisyysjakelusta tulee siirtää erilaisille vakaumukseen perustuville ja voittoa tavoittelemattomille järjestöille, joihin luotetaan paikallisesti, ja joilla on riittävät valmiudet ja joilla ei ole eturistiriitoja.*

❖ *Näiden organisaatioiden tulisi tehdä yhteistyötä paikallisten yhteisöjen ja valtioiden kanssa kehittääkseen järjestelmällisesti omia valmiuksiaan.*

❖ *Sääntelyprosessin heikentäminen kliinisten tutkimusten pituuden ja laadun osalta tulisi estää.*

❖ *Oikeus kokeilla terveystuotteita ja hoitoja tulisi kirjata kansalliseen ja kansainväliseen lainsäädäntöön.*

## **E. Gain of function -tutkimuksen lopettaminen**

Tässä asiakirjassa on hahmoteltu aiemmissa luvuissa laajat huolet ja bioturvallisuusriskit, jotka liittyvät gain of function -tutkimukseen.

*Seuraaviin toimiin on ryhdyttävä kansallisesti ja kansainvälisesti:*

- ❖ *Gain of function -tutkimuksen luonteen ja bioturvallisuuden vaaroista on järjestettävä koulutusta. Riskeistä valistaville asiantuntijoille, joilla ei ole eturistiriitoja asiassa, olisi tarjottava foorumi.*
- ❖ *SARS-CoV-2:een liittyen Wuhanissa Kiinassa USA:n veronmaksajien rahoilla tehty gain of function-tutkimus sekä siihen liittyvän tiedon järjestelmällinen tukahduttaminen on paljastettava.*
- ❖ *Gain of function -tutkimus, sen rahoitus ja ulkoistaminen on kiellettävä lainsäädännöllä*

## **F. Maailmanlaajuisen kansanterveyspolitiikan ihanteelliset puitteet ja asenteet**

Ihmisten terveyden, hyvinvoinnin ja oikeuksien turvaamisen tulisi olla keskeinen periaate, indikaattori ja tulos pandemioiden ehkäisemisessä, niihin varautumisessa ja reagoinnissa. Kaikkien toimenpiteiden tulee perustua ennen kaikkea luovuttamattomaan, Jumalan antamaan ihmisarvoon ja ihmisoikeuksiin. Sitä vastoin, kun on kysymys siitä, miten maailmanlaajuisiin kansanterveyden hätätilanteisiin liittyviä syitä ja muita asioita analysoidaan ideaalisesti, mikään yksittäinen lähestymistapa ei voi muodostaa kokonaiskuvaa asian monimutkaisuudesta. Kansallisvaltioiden, yhteisöjen ja yksittäisten tutkijoiden tulee aina olla avoimia eri näkökulmille.

*Seuraaviin toimiin tulee ryhtyä kansallisesti ja kansainvälisesti:*

- ❖ *Hätätilanteiden hallinnassa tulee priorisoida terveys, ihmisarvo ja ihmisoikeudet.*
- ❖ *Koulutuksen tulisi muistuttaa ja keskittyä ihmisarvon ja ihmisoikeuksien merkitykseen ja huomioida aiemmat valta-asemassa olevien ylilyönnit historiassa.*
- ❖ *Useita järkeviä lähestymistapoja maailmanlaajuisiin kansanterveyden hätätilanteisiin tulisi harkita ja samalla varmistaa toimien lahjomattomuus, jotta niitä ei voida väärinkäyttää.*

## VI. Johtopäätökset

Monien kansainvälisten terveysäännösten (IHR) ja WHO:n pandemiasopimuksen muutosten tukijoiden perusteluna on lisätä myöntymistä järkeen vetoaviin velvollisuuksiin IHR:n nojalla ja estää kansallisia etuja torjumasta toimet tartuntatauteja vastaan. Häätötilanteissa ne antaisivat ennennäkemättömän vallan WHO:lle ja mahdollistaisivat sen harjoittaman keskitetyn poliittisen hallitsemisen.

Suunniteltujen muutosten puolestapuhujat eivät ota huomioon sitä, että suuremman vallan luovuttaminen WHO:lle tässä vaiheessa merkitsee enemmän - ei vähemmän - valtaa kansallisille ja yksityisille erityisintresseille, jotka ovat valitettavasti jo saattaneet WHO:n toiminnan epäilyksenalaiseksi ja estäneet tehokkaita vastatoimia useiden tartuntatautien osalta sekä muiden maailmanlaajusten kansanterveysongelmien osalta viime aikoina.

He eivät myöskään ota huomioon sitä, että liiallinen vallan keskittyminen harvojen käsiin monopolivallaksi ilman kansalaisten mandaattia ja perustuslaillisia valvontamekanismeja sen hillitsemiseksi johtaa luonnostaan vallan väärinkäyttöön, heikentää ja vaarantaa demokraattisia prosesseja, turmelee tiedettä, kaventaa valinnanvapautta, tukahduttaa kilpailevat ratkaisut, mahdollistaa tiedonkulun hallinnan ja tukahduttaa eriävät mielipiteet.

Ehdotettuja IHR:n muutoksia ja pandemiasopimusta – jos niistä sovitaan – käytetään väistämättä edistämään WHO:n epäilyksenalaiseksi saattaneiden muutamien vaikutusvaltaisten toimijoiden etuja muiden kustannuksella. He voivat käyttää näitä välineitä korvatakseen kansainvälisen yhteistyön epädemokraattisilla keskitetyillä määräyksillä, kannustaen terveystietoon liittyvään sensuuriin ja laillistaen kartellin, joka pakottaa väestölle heidän etuihinsa perustuvia terveystuotteita, jotka tuottavat näille tahoille voittoa parhaiten toimivien tuotteiden sijaan - oikeudenmukaisuuden varjolla.

Kansainvälistä yhteistyötä ja integraatiota maailmanlaajuisen kansanterveyden hyväksi ei voida parantaa antamalla epädemokraattista ja keskitettyä valtaa vaaleilla valitsemattomalle ja vastuista vapautetulle ylikansalliselle organisaatiolle. Siksi luvussa II käsiteltyjä muutoksia kansainväliseen terveysäännöstyön (2005) ja alustavaa luonnosta (Zero Draft) pandemiasopimuksesta (WHO CA+) on vastustettava ja ne on hylättävä, kun niistä äänestetään joko toukokuussa 2023 tai toukokuussa 2024.

Jos ne hyväksytään, valtioiden on hylättävä IHR:n muutokset (opt-out-menettely) 10 kuukauden kuluessa ja hylättävä sopimuksen ratifiointi. Lisäksi tämän asiakirjan luvussa V hahmoteltuja harkittuja lainsäädännöllisiä ja koulutuksellisia toimia tulisi esitellä, hyväksyä ja toteuttaa monopolisoitumisen tai monopolisointiyritysten torjumiseksi, demokratian periaatteiden turvaamiseksi ja kansanterveyden edistämiseksi.

## Lähteet

- COHEN, D., & CARTER, P. (2010). WHO and the pandemic flu “conspiracies”. *BMJ*; 340 :c2912 doi:10.1136/bmj.c2912.
- FIDLER, David P. (2005). From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations, *Chinese Journal of International Law*, Volume 4, Issue 2, NOVEMBER 2005, Pages 325–392, <https://doi.org/10.1093/chinesejil/jmi029>.
- FRANCK, Lilian (2008). TrustWHO Documentary. <https://vimeo.com/ondemand/trustwho/260921911>.
- GOSTIN, L. O., & KATZ, R. (2016). The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security. *Milbank Q*, 94(2), 264–313. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12186>.
- GOV.UK (2023). Foreign Travel Advise, Indonesia. <https://www.gov.uk/foreign-travel-advice/indonesia/coronavirus#:~:text=You%20will%20need%20a%20doctor's,vaccination%20and%20covid%20test%20requirements>.
- INDONESIAN EMBASSY (2023). Current Health Regulations at Entry. <https://indonesianembassy.de/current-health-regulations-on-entry/>.
- KAHN, Laura H. (2023). The Seven Deadly Sins of Biomedical Research. *Georgetown Journal of International Affairs*. <https://gjia.georgetown.edu/2023/03/03/the-seven-deadly-sins-of-biomedical-research/>.
- KHOSLA, R., & MCCOY, D. (2022). Dissent and the right to protest in context of global health. *BMJ Global Health* 2022; 7:e011540. doi:10.1136/bmjgh-2022-011540.
- KUPFERSCHMIDT, Kai (2021). ‘A toxic cocktail’: Panel delivers harsh verdict on the world’s failure to prepare for pandemic. <https://www.science.org/content/article/toxic-cocktail-panel-delivers-harsh-verdict-world-s-failure-prepare-pandemic>.
- MISCHKE, Tatjana, & PINZLER, Jutta (2017). Die WHO – Im Griff der Lobbyisten? L'OMS - Dans les griffes des lobbyistes? *Arte*. <https://m.imdb.com/title/tt12336562>.
- RKI (2022). The burden of antimicrobial resistance in G7 countries and globally. [https://www.rki.de/EN/Content/infections/antibiotic/brochure\\_IHME\\_RKI.pdf?\\_\\_blob=publicationFile#:~:text=Global%20context%3A%20a%20total%20of,directly%20attributable%20to%20antimicrobial%20resistance](https://www.rki.de/EN/Content/infections/antibiotic/brochure_IHME_RKI.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=Global%20context%3A%20a%20total%20of,directly%20attributable%20to%20antimicrobial%20resistance).
- SCIENTIFIC TASK FORCE ON AVIAN INFLUENZA AND WILD BIRDS (2016). Statement on H5N8 Highly Pathogenic Avian Influenza (HPAI) in poultry and wild birds. 20 December 2016. [https://www.cms.int/sites/default/files/Scientific%20Task%20Force%20on%20Avian%20Influenza%20and%20Wild%20Birds%20H5N8%20HPAI\\_December%202016\\_FINAL.pdf](https://www.cms.int/sites/default/files/Scientific%20Task%20Force%20on%20Avian%20Influenza%20and%20Wild%20Birds%20H5N8%20HPAI_December%202016_FINAL.pdf).
- THE GUARDIAN (2020). If China valued free speech, there would be no coronavirus crisis. <https://www.theguardian.com/world/2020/feb/08/if-china-valued-free-speech-there-would-be-no-coronavirus-crisis>.
- WHO (2023). Report of the Review Committee regarding amendments to the International Health Regulations (2005). [https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf\\_files/wgihhr2/A\\_WGIHR2\\_5-en.pdf](https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf_files/wgihhr2/A_WGIHR2_5-en.pdf).
- WHO (2023a). Article-by-Article compilation of proposed amendments to the International Health



Regulations (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022).  
[https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf\\_files/wgihhr2/A\\_WGIHR2\\_7-en.pdf](https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf_files/wgihhr2/A_WGIHR2_7-en.pdf).

WHO (2023b). Zero draft of the WHO CA+ for the consideration of the Intergovernmental Negotiating Body at its fourth meeting. [https://apps.who.int/gb/inb/pdf\\_files/inb4/A\\_INB4\\_3-en.pdf](https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb4/A_INB4_3-en.pdf).

WHO (2023c). Our contributors. <https://www.who.int/about/funding/contributors>.

WHO (2023d). How WHO is funded. <https://www.who.int/about/funding>.

WORLD ECONOMIC FORUM (2022). Sustainable Development Impact Meetings 2022. Tackling Disinformation. <https://www.weforum.org/events/sustainable-development-impact-meetings-2022/sessions/tackling-disinformation>.