Robert Tabaszewski

Rola *ius cogens* i *soft law* Światowej Organizacji Zdrowia w kształtowaniu praw i wolności człowieka

I. Uwagi ogólne

Przedmiotem niniejszego opracowania są rozważania dotyczące roli instrumentarium normatywnego Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) – najważniejszej organizacji sprawującej mandat ONZ w dziedzinie ustanawiania i rozbudowywania gwarancji instytucjonalnych dotyczących zdrowia[1]. Zarówno ogólne funkcje, dla których została powołana WHO, jak i realizowany przez nią specjalny tryb prawotwórczy, określone zostały w jej Konstytucji – statucie będącym umową wielostronną i aktem konstytuującym WHO[2]. Dokumenty wypracowywane przez WHO w postaci *ius cogens* oraz *soft law*, a także instrumentarium o charakterze mieszanym bądź hybrydowym, mają specjalne znaczenie[3]. Po pierwsze, ze względu na przedmiot szczególnej materii, którą regulują[4]. Dotyczą one bowiem zdrowia, dobra chronionego, które dla każdego człowieka ma charakter podstawowy, szczególnie cenny dla zachowania jego integralności[5]. Po drugie, ze względu na cha-

[1] Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, New York, 22 lipca 1946 r. (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477), dalej jako Konstytucja.

[2] K. Lankosz, *Interpretacja statutów organizacji międzynarodowych*, Kraków 1985, s. 33–40.

[3] V. Heyvaert, *Hybrid Norms in International Law*, „London Society Economy Working Papers" 2009, vol. 9, s. 2–4; L.O. Gostin, D. Sridhar, *Global Health and the Law*, „The New England Journal of Medicine" 2014, vol. 370, s. 1732.

[4] M. Marcinko, *ONZ wobec terroryzmu międzynarodowego*, Kraków 2008, s. 294.

[5] Szerzej zob. R. Tabaszewski, *Prawo człowieka do zdrowia i jego definiowanie w systemie ochrony Światowej Organizacji Zdrowia*, [w:] *Uniwersalne standardy ochrony praw człowieka a funkcjonowanie systemów politycznych w dobie wyzwań globalnych*, red. J. Jaskiernia, K. Spryszak, Toruń 2016, s. 264–284.

rakter wypracowanego przez WHO dorobku prawnego, oddziałującego na władze krajowe jako *corpus* prawa międzynarodowego[6].

Jako międzyrządowa organizacja międzynarodowa o charakterze *stricte* koordynacyjnym, WHO nie posiada mechanizmów władczych[7]. Dysponuje jednak innymi możliwościami oddziaływania na państwa za pomocą tworzonego przezeń instrumentarium o charakterze miękkim i mieszanym. W szczególności może „proponować konwencje, układy i przepisy oraz czynić zalecenia w odniesieniu do międzynarodowych spraw zdrowotnych, jak też wykonywać takie obowiązki, które mogą być tą drogą przekazane WHO i są zgodne z jej celem"[8]. Mogłoby zatem z tego wynikać, że rdzeń dorobku WHO będą stanowiły akty o charakterze bezwzględnie obowiązującym. Niemniej jednak dynamika rozwoju tej organizacji, zwłaszcza w ostatnich dwóch dekadach, wskazuje na dominację ekstraordynaryjnej sieci aktów *soft law*, a także aktów o charakterze hybrydowym. Jednocześnie WHO może „przedsiębrać wszelkie czynności, niezbędne dla osiągnięcia jej celu", w tym czynności o charakterze quasi-legislacyjnym, w odniesieniu do obowiązku ochrony, prewencji i promocji zdrowia ludzkiego szczególnie o nasyceniu socjalnym[9]. Stąd też celem artykułu będzie zbadanie charakteru prawnego, a następnie nadania właściwego znaczenia aktom typu *soft law* oraz dokumentom o charakterze hybrydowym wypracowywanym przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (World Health Assembly, WHA) jako statutowy organ WHO.

II. Specyfika instrumentarium WHO w zakresie kształtowania praw i wolności

Najważniejszą funkcją każdej organizacji międzynarodowej jest funkcja tworzenia prawa. Nie inaczej jest w przypadku WHO, której Konstytucja dwukrotnie przewiduje możliwość kreowania dokumentów prawnie wiążących[10]. Oprócz art. 2 pkt (k) Konstytucji taka ewentualność została przywołana w art. 19, gdzie przewidziano, że WHA jest władne przyjmować konwencje lub umowy odnośnie do każdej sprawy na-

---

[6] K.W. Abbott, D. Snidal, *Hard and Soft Law in International Governance*, „International Organization" 2000, vol. 54, issue 3, s. 422 G.

[7] H. Okularczyk, *Członkostwo organizacji wyspecjalizowanych ONZ*, Warszawa 1970, s. 13; J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013, s. 57.

[8] Art. 2 pkt k Konstytucji.

[9] Art. 2 pkt v Konstytucji. Zob. I. Popiuk-Rysińska, *Organizacje międzynarodowe. Zarys problematyki*, [w:] *Udział Polski w organizacjach międzynarodowych*, red. S. Parzymies, I. Popiuk-Rysińska, Warszawa 2012, s. 22, 28.

[10] R. Abbing, *International Organizations in Europe and the Right to Health Care*, Antwerp–Boston–Deventer 1979, s. 91 i n.; W. Morawiecki, *Funkcje organizacji międzynarodowej*, Warszawa 1971, s. 149.

leżącej do kompetencji organizacji. Do przyjęcia konwencji lub umów wymagana jest większość kwalifikowana 2/3 głosów obecnych i głosujących członków WHO[11]. Tym samym uchwały dotyczące przyjmowania nowych konwencji lub układów uznano za formę „decydowania w ważnych sprawach". Stanowisko WHA dotyczące przyjęcia konwencji lub umowy stanowi bez wątpienia źródło klasycznego prawa międzynarodowego jako uchwała organizacji międzyrządowej, ma bowiem charakter wiążący i tworzy normy prawne[12].

Niezależnie od wymogów wynikających z konieczności zastosowania powyższej procedury prawotwórczej Konstytucja nakłada na państwa członkowskie obowiązek należytej procedury implementacyjnej. Konwencje lub umowy WHO wchodzą w życie w stosunku do każdego państwa członkowskiego po zaakceptowaniu ich przez władze krajowe zgodnie ze stosownymi przepisami ich prawa konstytucyjnego. Nie jest zatem możliwe odłożenie ich przyjęcia *ad acta*[13]. Państwa członkowskie zobowiązane zostały do tego, że w ciągu 18 miesięcy po przyjęciu przez WHA konwencji lub umowy podejmą działania pozytywne w celu ich zaakceptowania. Prawidłowej implementacji ma służyć specjalny tryb rocznej sprawozdawczości[14]. W razie gdy państwo członkowskie nie jest w stanie zaakceptować danej konwencji lub umowy, jego władze krajowe są zobowiązane w wymienionym terminie do zawiadomienia Dyrektora Generalnego WHO oraz dostarczenia wszelkich wyjaśnień na temat powodów, dla których dana umowa nie została przez nie zaakceptowana. W takiej sytuacji przepis art. 62 Konstytucji nie znajdzie zastosowania.

Ponieważ przedmiot konwencji lub umowy nie został dookreślony w Konstytucji, WHA korzysta ze swobody w tym zakresie, opierając się na zasadzie ogólnej wyrażonej w dyspozycji art. 19 Konstytucji. Wystarczy zatem, że WHA uzna, iż określone zagadnienie zasługuje na normatywne dopracowanie z racji choćby potencjalnego wpływu na zdrowie człowieka. Stąd też w ramach WHO tworzone mogą być nowe komponenty prawa człowieka do zdrowia bądź też mogą być dookreślane lub limitowane już istniejące. W ponadsiedemdziesięcioletniej historii WHO tryb art. 19 Konstytucji wykorzystano jedynie raz, a przedmiotem regulacji była Konwencja ramowa o ograniczeniu użycia tytoniu (FCTC)[15], przyjęta w 2003 r. Konwencja dotyczyła dopuszczalności ograniczenia wolności obrotu gospodarczego w zakresie obrotu wyrobami tytoniowymi i jego pochodnymi, wpływając tym samym na sfe-

[11] Art. 60 pkt a Konstytucji.

[12] B. Kuźniak, M. Marcinko, *Organizacje międzynarodowe*, Warszawa 2013, s. 16.

[13] I. Popiuk-Rysińska, *Instytucjonalizacja współpracy międzynarodowej na rzecz ochrony zdrowia*, [w:] *Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych*, red. W. Lizak, A.M. Solarz, Warszawa 2013, s. 162.

[14] Art. 62 Konstytucji.

[15] WHO Framework Convention on Tobacco Control, Genewa, 21 maja 2003 (WHO 2302 U.N.T.S. 166), tekst polski: Ramowa konwencja światowej organizacji zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu (Dz.U. z 2007 r. Nr 74, poz. 487).

rę osobistych uprawnień człowieka[16]. Względny sukces w postaci zmaterializowania FCTC jako aktu o charakterze prawnie zobowiązującym nie zachęcił jednak WHO do dalszej realizacji twardych funkcji prawotwórczych[17]. Konwencja FCTC wciąż pozostaje jedynym prawnie wiążącym dokumentem wypracowanym na podstawie art. 19 Konstytucji, będącym źródłem uprawnień i obowiązków jednostki[18]. Takim źródłem, kształtującym sytuację jednostki w zakresie ich prawa do zdrowia, stają się coraz częściej wypracowywane przez organy WHO akty typu *soft law*.

III. Instrumenty WHO prawnie niewiążące i ich znaczenie

W ramach swojej ponadsiedemdziesięcioletniej działalności WHO wykorzystywało przede wszystkim środki o charakterze *soft law*, z których można i należy dekodować elementy składające się na prawidłowo ukształtowane prawo człowieka do zdrowia[19]. Stosownie do art. 23 Konstytucji, WHA może dokonywać zaleceń państwom członkowskim w odniesieniu do wszelkich spraw należących do kompetencji WHO[20]. Decyzje w takich sprawach zapadają zwykłą większością członków obecnych i głosujących[21]. W ten sposób wypracowywany jest przez WHO szereg instrumentów prawnie niewiążących. Przybierają one postać aktów o różnym charakterze i znaczeniu (*recommendations*, *global strategies*, *global action plans*, *guidelines* i in.), które tworzą swoistą sieć przepisów technicznych. W tej formie przenikają one do krajowych kodeksów etycznych, kodeksów dobrych praktyk i postępowania, w dalszej zaś dopiero perspektywie są implementowane do ustawodawstw krajowych.

Ważnym składnikiem dorobku WHO są deklaracje formułowane w trybie art. 41 Konstytucji. Zgodnie z nim WHA lub Rada Wykonawcza WHO mogą zwoływać lokalne, ogólne, techniczne lub inne specjalne konferencje w celu rozważenia wszelkich spraw w granicach ich kompetencji bądź też w inny określony sposób uczestniczyć na konferencjach międzynarodowych z zakresu zdrowia indywidualnego i publicznego. Deklaracja z Ałma Aty, pierwszy tego typu akt, ogłoszona w 1978 roku,

---

[16] Obecnie stroną FCTC jest 180 państw członkowskich WHO, w tym Polska, która ratyfikowała konwencję dnia 14 grudnia 2006 r., a Protokołu Dodatkowego z 12 listopada 2012 r. 24 państwa strony konwencji. Stan na dzień 31 października 2016 r. Tekst Protokołu Dodatkowego: http://www.who.int/fctc/protocol/en (dostęp: 31.10.2016).

[17] Por. W. Burek, *Zmiana sposobu realizacji kompetencji prawotwórczych przez Światową Organizację Zdrowia*, „Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego Europejskiego i Porównawczego" 2014, vol. 12, s. 74, 80–81.

[18] R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 43–44.

[19] W. Burek, *Zmiana sposobu realizacji kompetencji...*, *op. cit.*, s. 82; J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia...*, *op. cit.*, s. 162.

[20] Art. 23 w zw. z art. 2 pkt k Konstytucji.

[21] Art. 60 pkt b Konstytucji.

zawierała zobowiązania władz krajowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a jej niewiążące postanowienia były następnie powtórzone w wielu aktach prawnie wiążących, w tym ustawodawstwa polskiego[22]. Rozwinięcie postanowień zawarto zwłaszcza w Deklaracji Ottawskiej, gdzie uznano powszechne prawo do zdrowia jako fundamentalne uprawnienie podmiotowe[23].

Oddziałującą na środowisko międzynarodowe formą aktywności są rezolucje WHA w określonych sprawach[24]. Ich przedmiotem stają się coraz częściej zagadnienia na pozór niezwiązane ze zdrowiem, jak np. prawo własności, prawo do nauki, swoboda działalności gospodarczej. Jednym z takich obszarów jest m.in. dopuszczalność obrotu ludzkimi organami oraz zjawisko tzw. turystyki transplantacyjnej[25]. Sukcesywne podnoszenie problemu legalności transplantacji w kolejnych rezolucjach ostatecznie utorowało możliwość przyjęcia w 1991 roku przez WHA Zasad Przewodnich WHO jako jednolitego instrumentu ramowego w zakresie transplantacji[26]. Kluczowe znaczenie mają również rezolucje ogólne, w tym rezolucja z 1970 roku pt. „Prawa człowieka", która zobowiązując WHO m.in. do współpracy z dawną Komisją Praw Człowieka ONZ, potwierdziła, że „prawo do zdrowia jest podstawowym prawem człowieka"[27].

Państwa członkowskie nie są w oczywisty sposób skrępowane postanowieniami wynikającymi z aktów typu *soft law*. Niemniej jednak sprawozdawczość nałożona na władze krajowe przepisem art. 61 Konstytucji wymaga wykazania przez władze krajowe Dyrektorowi Generalnemu podjętych przez nie czynności w zakresie realizacji zaleceń WHO, a w konsekwencji wykazania postępu i poprawy stanu zdrowotnego ludności. Zalecenia kreowane w trybie art. 23 Konstytucji nie są składnikiem prawa krajowego, nie nadają się również do bezpośredniego stosowania, chyba że staną się częścią medycznych kodeksów etyki bądź choćby częścią strategii międzynarodowego Corporate Social Responsibility. Walor częściowego oddziaływania na krajowe porządki prawne mają dokumenty będące podstawą inicjowania globalnych kampanii WHO. W literaturze szczególne znaczenie nadaje się zwłaszcza pierwszym takim kampaniom dotyczącym przeciwdziałaniu malarii (1955 r.), ospy (1959 r.), polio (1988 r.) czy HIV (2003 r.)[28]. Nieco inny charakter mają deklaracje polityczne WHO, np. Deklaracja dotycząca milenijnych celów WHO z 2000 roku czy Deklaracja

---

[22] Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Ałma Ata, 6-12 września 1978; B.C.A. Toebes, *The Right to Health as a Human Right in International Right*, Antwerpen-Groningen-Oxford 1999, s. 251-252.

[23] WHO, *Ottawa Charter for Health Promotion*, Ottawa 21 listopada 1987; J.M. Zuniga, I. Sidibé, *Primum non nocere and the right to health*, [w:] *Advancing the right to health*, red. J.M. Zuniga i in., Oxford 2013, s. 336.

[24] R. Tabaszewski, *Prawo człowieka...*, *op. cit.*, s. 279.

[25] WHO, Resolution WHA 42.5 (WHO Doc. WHA/40/1987/REC1/11).

[26] WHO, Revised Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. Resolution WHA 63.22 (WHO Doc. A63/R22).

[27] WHO, Resolution WHA 8.1.2 (WHO Handbook Res. 8.1.2).

[28] L.O. Gostin, D. Sridhar, *Global Health...*, *op. cit.*, s. 1734-1735.

w sprawie zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich kontroli z 2011 roku będąca zapowiedzią kolejnych działań programowych organizacji.

IV. Specyfika i znaczenie hybrydowego instrumentarium WHO

We wspomnianej już grupie uprawnień prawotwórczych WHO dość interesującą kategorię stanowią kompetencje WHA wynikające z art. 21 Konstytucji, na której podstawie kreowane są przepisy dotyczące ściśle określonych zagadnień. Z uwagi na specyficzny tryb wydawania tych przepisów, względną ich egzekwowalność, a także sporną możliwość powołania się przez jednostki na treść zawartych w nich przepisów, w literaturze różnie podchodzi się do charakteru prawnego tych dokumentów. Najczęściej określa się je jako dokumenty mieszane bądź hybrydowe. Ich hybrydowość polega na tym, że łączą one cechy aktów typu *hard law* oraz *soft law*[29]. Z jednej strony – oprócz tego, że tworzą zobowiązania o charakterze wiążącym – pozwalają także na formułowanie negatywnej definicji prawa człowieka do zdrowia, z drugiej – ich względna skuteczność jest osłabiona przez mechanizm *opt-out*. W stosunku do tego typu przepisów państwom członkowskim przysługuje możliwość notyfikowania Dyrektorowi Generalnemu zamiaru odrzucenia lub wniesienia zastrzeżeń w terminie określonym w zawiadomieniu.

WHA od początku swojej działalności miało możliwość uchwalania przepisów m.in. w odniesieniu do szeregu zagadnień zdrowotnych, w tym norm w zakresie bezpieczeństwa, standardów czystości i mocy produktów biologicznych i farmaceutycznych[30]. Pierwsza kompetencja dotyczyła sanitarnych, a także związanych z kwarantanną wymagań oraz innych środków, mających na celu zapobieganie międzynarodowemu rozpowszechnianiu się choroby. Stanowiła ona podstawę wydania w 1951 roku Międzynarodowego Regulaminu Sanitarnego, i w 2005 roku Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych w wersji zrewidowanej[31]. Drugą kompetencję WHA zrealizowało już w 1948 roku, przyjmując mianownictwo w odniesieniu do chorób i przyczyn śmierci, zawierające 25 klas chorób[32]. Inne tego typu przepisy weszły do polskiego porządku prawnego po „należytym zawiadomieniu", w przypadku mianownictwa WHA

[29] R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 271.

[30] Art. 21 pkt a w zw. z art. 2 pkt s Konstytucji; J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia...*, *op. cit.*, s. 162.

[31] L.O. Gostin, D. Sridhar, *Global Health...*, *op. cit.*, s. 1735–1736; WHO, *International Health Regulations*, Genewa, 23 maja 2005, Resolution WHA Res. 58.3 (WHO Doc. A63/R22).

[32] Art. 21 pkt b w zw. z art. 2 pkt s Konstytucji; N. Buchowska, *Wykonywanie kompetencji prawotwórczych przez organizacje międzynarodowe w ramach systemu contracting out*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2008, z. 4, s. 36–37.

nastąpiło to jednak z kilkunastomiesięcznym opóźnieniem, bo 1 stycznia 1951 roku[33]. Przepisy te do dziś mają zasadnicze znaczenie dla doprecyzowania pozytywnych obowiązków państwa w zakresie zdrowotnych uprawnień jednostkowych. Nawet nieznaczna ich rewizja może zasadniczo wpływać na status jednostki w społeczeństwie[34].

Inną niż tworzona zgodnie z art. 21 Konstytucji grupę aktów o charakterze hybrydowym stanowią dokumenty kreowane na podstawie prawnej typu *soft law*, ale – w odróżnieniu od tej grupy prawnie niewiążących dokumentów – nakładające na państwa obowiązki o charakterze pozytywnym i imperatywnym. Przykładem takiego aktu jest m.in. *Pandemic Influenza Preparedness Framework* (PIP)[35]. Dokument został przyjęty w maju 2011 r. i miał zakończyć spór dotyczący dyskontowania korzyści z odkrycia naukowego przez władze krajowe Indonezji w zakresie pozyskanego na ich terytorium wirusa A(H5N1) przekazanego następnie do biura regionalnego WHO[36]. Celem PIP jest ułatwienie badań naukowych nad wirusem grypy poprzez zawieranie przez władze krajowe umów z WHO, z jednostkami uniwersyteckimi, sieciami badawczymi oraz korporacjami farmaceutycznymi[37]. W zamian za preferencyjny dostęp m.in. do szczepionek i leków przeciwwirusowych państwa zobowiązują się m.in. do udostępniania określonych informacji na temat sytuacji pandemicznej w ich krajach czy przekazania materiału biologicznego. PIP jest jednak ograniczony przedmiotowo do zagadnień związanych z A(H5N1).

Do tej samej kategorii co PIP można również zaliczyć niektóre rekomendacje przyjęte przez WHA: Międzynarodowy kodeks marketingu produktów zastępujących mleko kobiece z 1981 roku[38] oraz Globalny kodeks postępowania WHO w sprawie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego z 2010 roku[39]. Oba dokumenty, mimo że ustanawiają minimalne, dobrowolne standardy, uzyskały już walor powszechnej rekognicji prawnej, jako składnik większości ustawodawstw krajowych, w tym polskiego, i z tej racji mają walor skuteczności prawnej[40]. O ile jednak PIP do-

---

[33] Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 1950 r. w sprawie mianownictwa chorób i przyczyn zgonu (M.P. z 1951 r. Nr 3, poz. 41).

[34] Por. S.D. Cochran i in., *Proposed Declassification of Disease Categories Related to Sexual Orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*, „Bulletin of the WHO 2014", vol. 92, no. 9, s. 672–679.

[35] WHA 64.5 (WHO Doc. A64/8).

[36] L.O. Gostin, D. Sridhar, *Global Health...*, *op. cit.*, s. 1736.

[37] D.P. Fidler, L.O. Gostin, *The WHO Pandemic Influenza Preparedness Framework: A Milestone in Global Governance for Health*, „Journal of the American Medical Association" 2011, vol. 306, no. 2, s. 200.

[38] International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes, WHA34/1981/REC/1, Annex 3, Geneva 1981.

[39] WHA63.16 (WHO Doc. A63/R16).

[40] A. Taylor, I.S. Dhillon, *The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: The Evolution of Global Health Diplomacy*, „Global Health Governance" 2011, vol. 5, no. 1, s. 21–22; L.O. Gostin, D. Sridhar, *Global Health...*, *op. cit.*, s. 1734.

tyczy możliwości zobowiązania państwa członkowskiego do dzielenia się informacjami, szczepionkami, a także dostępem do materiału biologicznego, pośrednio zatem związany jest z prawami człowieka, w tym prawem do zdrowia, o tyle wspomniane dwie rekomendacje dotyczą już bezpośrednio sfery zdrowotnych uprawnień jednostek: matek z dziećmi, pacjentów czy personelu medycznego.

V. Uwagi końcowe

Zdecydowaną większość wymiernej aktywności WHO stanowią przedsięwzięcia w zakresie stanowienia *soft law*. Należy również wspomnieć zarówno o dokumentach hybrydowych, tworzonych na podstawie art. 21 Konstytucji, jak i o aktach kreowanych na mieszanej podstawie prawnej. Akty prawnie wiążące nie są obecnie wydawane nie tyle ze względu na brak autorytetu WHO, ile ze względu na specyficzny przedmiot regulacji. W procesie negocjowania i decydowania o poszczególnych rozwiązaniach technicznych uczestniczą głównie specjaliści z zakresu zdrowia publicznego, działający w granicach otrzymanego mandatu, którym znacznie szybciej i łatwiej jest wypracować *soft law*. Niezależnie od tego wiele z dokumentów tego typu nakłada na państwa coraz większe, choć wciąż dobrowolne, zobowiązania.

Wszystkie wypracowane przez WHO dokumenty mają cechy wspólne, w tym dotyczące sposobu i formy ich negocjowania w łonie WHO, częściowo w zakresie ich oddziaływania na państwa członkowskie, a także w zakresie obowiązku monitoringu i kontroli stosowania przyjętych zobowiązań w ramach organizacji. Wreszcie, podobnie jak w odniesieniu do aktów prawnie wiążących, państwa członkowskie zostały zobowiązane do składania sprawozdań rocznych, w tym do zarządzeń WHO oraz odnośnie do podjętych czynności i osiągniętego postępu w sprawie poprawy stanu zdrowotnego swej ludności[41]. Wszystkie one wypierają bądź zastępują akty o charakterze *hard law*.

[41] Art. 61–62 Konstytucji.