



# 10 OBSZARÓW TRACONEJ SUWERENNOŚCI

NA PODSTAWIE REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO  
Z DNIA 22 LISTOPADA 2023 R. W SPRAWIE PROPOZYCJI  
PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO DOTYCZĄCYCH ZMIANY  
TRAKTATÓW (2022/2051(INL))



## OBSZAR 2: ZDROWIE

Poprawki wprowadzają dowolną możliwość przesunięcia kompetencji w zakresie ochrony zdrowia z państwa członkowskich na UE. Od utrzymywania jednolitego koszyka świadczeń zdrowotnych, poprzez wspólną politykę pandemiczną, po przeniesienie kompetencji do rozstrzygania zagadnień z obszaru moralności i bioetyki – poprzez włączenie w zakres świadczeń zdrowotnych aborcji, surogacji czy eutanazji dzieci i seniorów.



## 2. Zdrowie

---

### Główne tezy

---

- Wśród przyjętych przez Parlament Europejski poprawek do unijnych traktatów znalazły się zmiany oddające Unii Europejskiej kontrolę nad szerokim obszarem polityki zdrowotnej. Miałyby to także dotyczyć nieuznanej dotąd w normach traktatowych, niedookreślonej koncepcji „zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych”, co oznacza głównie aborcję i antykoncepcję, ale także drastyczne ingerencje chirurgiczne i hormonalne w ramach tzw. tranzycji czy edukację seksualną promującą rozwiązłość.
- Wraz z przyjęciem tej poprawki państwa członkowskie mogłyby zostać pozbawione suwerennej kontroli nad szeregiem elementów polityki zdrowotnej, w tym mogłyby zostać zmuszone do utrzymywania jednolitego koszyka świadczeń refundowanych, wyboru jednolitej formy organizacji usług medycznych czy też stworzenia wspólnej listy leków refundowanych.
- Jednocześnie zmiany proponowane w Karcie Praw Podstawowych jednoznacznie rozstrzygają, że Unia Europejska byłaby uprawniona do przejęcia od państw członkowskich kontroli nad regulacją dostępu do aborcji.
- Proponowane rozszerzenie kompetencji Unii na politykę zdrowotną państw członkowskich w przypadku ogłoszenia kolejnej epidemii skutkować może centralną polityką sanitarną, włączając w to decydowanie o ograniczaniu praw i wolności (w tym przez wprowadzanie lockdown'ów, ograniczeń w przemieszczaniu się i obowiązkowych szczepieniach) z pominięciem polskiego rządu i parlamentu.

### **Projektowane zmiany w traktatach**

Wśród przyjętych w listopadzie przez Parlament Europejski 267 poprawek do unijnych traktatów znalazła się poprawka 70 dotycząca art. 4 ust. 2 lit. e Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE). Poprawka zakłada, że kompetencje dzielone UE obejmowałyby dodatkowo następującą dziedzinę: „zdrowie publiczne, zwłaszcza ochrona i poprawa zdrowia ludzkiego, w szczególności transgraniczne zagrożenia dla zdrowia, w tym powszechny i pełny dostęp do zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych, oraz podejście »Jedno zdrowie«”.

Ze zmianą tą powiązana jest poprawka 245 dotycząca art. 3 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej (KPP), wdrażająca w obszar traktatowy nieuznawane wcześniej „prawo do autonomii cielesnej”. Pomimo ujęcia tego tematu w słowach o pozornie pozytywnej konotacji, prawdziwe jego znaczenie wyjaśniono w proponowanym dodatkowym ust. 2a do art. 3 Karty: „Każdy ma prawo do autonomii cielesnej, do swobodnego, świadomego, pełnego i powszechnego dostępu do zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych oraz do wszystkich związanych z tym usług opieki zdrowotnej bez dyskryminacji, w tym do dostępu do bezpiecznej i legalnej aborcji”. Istotą zmian proponowanych w KPP jest zatem wpisanie do niej „prawa do aborcji”, co wcześniej zgłaszała prezydent Francji Emmanuel Macron.

### **Utrata swobody decyzyjnej państw członkowskich**

Wskazane poprawki zmierzają zatem wprost do przejęcia przez UE kompetencji w kolejnych istotnych obszarach życia społecznego, w których dotychczas państwa członkowskie zachowywały swobodę decyzyjną. Dotąd bowiem (zgodnie z art. 6 lit. a TFUE) dziedzina „ochrona i poprawa zdrowia ludzkiego” stanowi kompetencję krajową, a rolą UE jest wyłącznie wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań państw członkowskich. Zmiana charakteru kompetencji Unii w tym zakresie oznaczać będzie np. możliwość wydawania w Brukseli wiążących aktów prawnych, do których wykonania będą zobowiązane wszystkie kraje wspólnoty.

Spośród pakietu 267 poprawek omawiane przejęcie kompetencji w zakresie „zdrowia publicznego” może mieć najpoważniejsze znaczenie w uszczupleniu suwerenności państw członkowskich w zakresie wpływającym na codzienne życie milionów ludzi. Poprawka dotyczy bowiem prawa do kształtowania obszaru usług medycznych, organizacji opieki zdrowotnej, określania warunków dostępu do świadczeń i ich finansowania, jak również takich zagadnień jak polityka szczepień, zasady reagowania na zagrożenia nadzwyczajne (epidemie i pandemie). Poprawka obejmuje także zagadnienia bioetyczne, począwszy od aborcji, surogacji i eutanazji, po procedury tranzycji, klonowania i zasady wykorzystania komórek ludzkich i komórek pochodzenia ludzkiego.

W niniejszym rozdziale dalszej analizie zostaną poddane wybrane spośród tych zagadnień.

## Zagadnienie zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych

Na wstępie warto zauważyć, że użyty w treści rezolucji i poprawki termin „prawa seksualne i reprodukcyjne” odwołuje się do kategorii niezdefiniowanej w żadnym z wiążących aktów prawa międzynarodowego, w tym najważniejszych: Karcie Narodów Zjednoczonych z 26 czerwca 1945 r., Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 r., Europejskiej Konwencji Praw Człowieka z 4 listopada 1950 r., Międzynarodowych Paktach Praw z grudnia 1966 r. czy Karcie Praw Podstawowych UE z 7 grudnia 2000 r. W związku z tym kategoria ta jest obca systemowi praw człowieka. „Prawa seksualne i reprodukcyjne” stanowią od lat wyłączenie koncepcję ideologiczną oraz **zbiór postulatów politycznych współczesnego ruchu feministycznego i nurtów pokrewnych (LGBT, gender itd.)**. Są one często wzmiankowane w niewiążących aktach „soft law” (rezolucje Parlamentu Europejskiego i ONZ, opinie komitetów ONZ) na forach międzynarodowych organizacji jak ONZ czy właśnie Unia Europejska. W dyskursie międzynarodowym termin ten pojawił się najpierw na forum Organizacji Narodów Zjednoczonych, po czym został wprowadzony do języka aktów wewnętrznych Unii Europejskiej. Z całą pewnością konstrukcja „praw seksualnych i reprodukcyjnych” nie jest wyrazem wspólnych i objętych konsensusem wartości państw członkowskich, do których odwołują się unijne traktaty, np. art. 2 Traktatu o Unii Europejskiej, lecz stanowi element obcy, niemniej coraz mocniej obecny w doktrynie i postulatach politycznych części krajów z kręgu kultury europejskiej.

Wciąż jednak niektóre państwa takie jak Polska, Malta, Węgry formułują zastrzeżenia do pojęcia „zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne”, ilekroć przywołane zostaje ono w dokumentach organizacji międzynarodowych. Przykładami aktów „soft law” są podjęte niedawno: rezolucja Parlamentu Europejskiego z 26 listopada 2020 r. w sprawie faktycznego zakazu aborcji w Polsce<sup>1</sup> oraz rezolucja Parlamentu Europejskiego z 24 czerwca 2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet<sup>2</sup>. W rezolucjach tych zapisano m.in., że „dostęp do aborcji stanowi prawo człowieka, a jej opóźnianie i odmowa są formami przemocy uwarunkowanej płcią i mogą być równoznaczne z torturami lub okrutnym, nieludzkim i poniżającym traktowaniem”<sup>3</sup> oraz że „prawa seksualne i reprodukcyjne są chronione jako prawa człowieka w międzynarodowym i europejskim prawie dotyczącym praw człowieka”<sup>4</sup>, a ich nieprzestrzeganie stanowi „naruszenie praw człowieka, w szczególności prawa do życia, integralności fizycznej i psychicznej (...) prywatności i wolności od traktowania w nieludzki i poniżający sposób”<sup>5</sup>. Trzeba mieć na uwadze, że wprowadzenie dokumenty te nie mają mocy wiążącej państwa członkowskie, jednak wyznaczają kierunek zmian legislacyjnych w UE, który znalazł wyraz w treści proponowanych przez Parlament Europejski poprawek traktatowych. W przypadku przyjęcia omawianych zmian w traktatach, silnie nacechowana ideologicznie treść niewiążących rezolucji realnie stanie się prawem obowiązującym w całej Unii.

Dla pełniejszego zrozumienia idei „praw seksualnych i reprodukcyjnych” oraz zagrożeń, jakie niesie ze sobą nadanie im charakteru normatywnego, przypomnieć trzeba leżące u ich podstaw teorie

- 1 Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie faktycznego zakazu aborcji w Polsce (2020/2876(RSP)), Dz. Urz. UE C 425 z 2021 r., s. 147.
- 2 Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet (2020/2215(INI)), Dz. Urz. UE C 81 z 2022 r., s. 43.
- 3 Zob. lit. F. motywów rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie faktycznego zakazu aborcji w Polsce.
- 4 Zob. lit. C. motywów rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet.
- 5 Zob. lit. F. motywów rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie faktycznego zakazu aborcji w Polsce.

radykalnego feminizmu. Dobrym zobrazowaniem dalekosiężnych implikacji nowej kategorii praw są poglądy Shulamith Firestone: „[p]odobnie jak Marks doszedł do wniosku, że wyzwolenie robotników wymaga rewolucji ekonomicznej, Firestone doszła do konkluzji, że wyzwolenie kobiet wymaga rewolucji biologicznej. Podobnie jak proletariatus, który musi przejąć środki produkcji, aby wyeliminować system klas ekonomicznych, kobiety muszą przejąć kontrolę nad środkami reprodukcji, aby wyeliminować system klas płciowych”<sup>6</sup>. Autorka otwarcie krytykowała macierzyństwo, postulując jego likwidację i zastąpienie sztuczną reprodukcją, a w dalszej perspektywie całkowitą eliminację biologicznej rodziny, mającej ustąpić miejsca „rodzinie intencjonalnej”, której członkowie wybieraliby siebie nawzajem ze względu na przyjaźń lub po prostu dla wygody<sup>7</sup>.

Aktualnie, prawo unijne nie reguluje kwestii dostępności aborcji w poszczególnych państwach członkowskich, pozostawiając to zagadnienie parlamentom krajowym. **Obowiązująca dotąd zasada suwerennego decydowania o prawnej dopuszczalności aborcji** przy pomocy interwencji chirurgicznych, mechanicznych, farmakologicznych czy środków poronnych, **na mocy proponowanych poprawek może być zastąpiona centralizacją polityki aborcyjnej na skalę całej UE** (poprawka 70 do art. 4 ust. 2 lit e TFUE w związku z poprawką 245 do art. 3 KPP). Przyjęcie procedowanych zmian w TFUE i KPP stworzy realne możliwości wpływania na poziom ochrony życia, politykę rodzinną, rozwiązania z obszaru bioetyki oraz politykę demograficzną poszczególnych krajów UE. Będzie mogło to nastąpić w drodze ogólnounijnego, mającego pierwszeństwo przed jakimikolwiek ustawami, rozporządzenia regulującego – w imię swobody przepływu towarów, usług oraz osób – sprzedaż tabletek aborcyjnych i środków antykoncepcyjnych w każdym kraju członkowskim. Równie prawdopodobne jest zobowiązanie Polski, na podstawie „standardów” wdrożonych w innych państwach UE, do udostępniania i pełnego finansowania z kieszeni podatników aborcji, w tym tzw. późnych aborcji (np. w III trymestrze). Brzmienie proponowanych przepisów art. 4 ust. 2 lit. e TFUE i art. 3 ust. 2a KPP nie wprowadza w tym zakresie żadnych ograniczeń.

Przyjęcie omawianych poprawek, w tym poprawki do Karty Praw Podstawowych, będzie skutkowało zobowiązaniem wszystkich państw członkowskich do zapewnienia na ich terytorium bezpłatnego dostępu do wszelkich środków, służących realizacji omówionej wyżej koncepcji „wyzwolenia seksualnego” (w istocie ludobójstwa prenatalnego), nie tylko tych już poznanych, ale – wobec braku określonych ram dla pojęcia „zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne” – także tych, które wraz z postępem ideologicznym wpisywane będą w to nieostre pojęcie. Do katalogu znanych już środków w postaci: metod chirurgicznych takich jak rozszerzanie szyjki macicy i wyłyżeczkowanie, odsysanie próżniowe lub ręczne, albo metod przy użyciu środków farmakologicznych: tabletki poronnej RU 486 czy zastrzyku z Metotreksatu, realnie mogłyby dołączyć kolejne, które w Brukseli uznane zostaną za potrzebne do realizacji niedookreślonych „praw seksualnych i reprodukcyjnych” (np. skrajnie okrutna tzw. aborcja przez częściowe urodzenie).

W tym kontekście przypomnieć trzeba, że zgodnie z obowiązującymi przepisami unijnymi, **państwa członkowskie mogą decydować o tym, czy oraz w jakim zakresie dostęp do aborcji jest legalny**. Dotyczy to także obrotu środkami poronnymi i tabletkami antykoncepcyjnymi – zgodnie z art. 4

6 „In much the same way that Marx concluded workers' liberation requires an economic revolution, Firestone concluded women's liberation requires a biological revolution. Like the proletariat who must seize the means of production to eliminate the economic class system, women must seize control of the means of reproduction to eliminate the sexual class system” – R. Tong, *Feminist thoughts. A more comprehensive introduction*, Westview Press 2009, s. 75.

7 *Ibidem*, s. 55.

ust. 4 dyrektywy 2001/83<sup>8</sup> akt ten „nie wpływa na stosowanie ustawodawstwa krajowego zabraniającego lub ograniczającego sprzedaż bądź stosowanie produktów leczniczych jako środków antykoncepcyjnych lub poronnych”. Projektowane zmiany traktatowe wolność w tej przestrzeni mają zastąpić przymusem.

Pozostając w tematyce ideologicznej koncepcji „praw seksualnych i reprodukcyjnych”, pamiętać należy, że już w 2021 r. organy Unii Europejskiej przyjęły w formie rozporządzenia ogólnounijny program zdrowotny na lata 2021 – 2027 pod nazwą „Program UE dla zdrowia”<sup>9</sup>. W akcie tym wyraźnie wskazano, że jednym z celów polityki zdrowotnej Unii Europejskiej jest przyczynianie się do osiągnięcia przez państwa członkowskie Celów Zrównoważonego Rozwoju ustalonych w Agendzie ONZ 2030<sup>10</sup>. W ramach Celu nr 3 znajduje się m.in. zapewnienie dostępu do tzw. świadczeń zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego<sup>11</sup>. W tym nieostrym terminie, obok dostępu do aborcji czy środków antykoncepcyjnych, mieszczą się również takie elementy jak tranzycja czy permissywna, wulgarna edukacja seksualna dzieci i młodzieży, które ONZ i UE zgodnie promują jako wymagane elementy polityki zdrowotnej, mające przyczynić się do budowania powszechnego zdrowia i swoście rozumianego „dobrostanu” współczesnych społeczeństw. Przejęcie przez UE kompetencji decyzyjnych w ramach polityki zdrowotnej spowoduje, że przymusowe wdrażanie szkodliwej koncepcji „zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych” stanie się codziennością także w społeczeństwie polskim.

### **Niebezpieczne unijne podejście do problemów bioetycznych**

Zaakceptowanie rozszerzenia kompetencji Unii na obszar bioetyki skutkować może obowiązkiem wdrożenia przyjętych na szczeblu unijnym jednolitych rozwiązań prawnych, obejmujących takie kwestie jak w szczególności eutanazja czy zasady wykorzystania substancji pochodzenia ludzkiego.

W imię wprowadzania „wspólnych wskaźników dotyczących systemów opieki zdrowotnej” oraz w wykorzystaniu nowej kompetencji w zakresie „zdrowia publicznego, zwłaszcza ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego” należy spodziewać się oddziaływania na instytucje UE lobbystów sprzyjających wdrożeniu w całej Unii refundowanej dostępności takich praktyk. W szczególności dotyczy to skracania życia nieuleczalnie chorych pacjentów czy wspomaganego samobójstwa, które to metody od lat stosowane są w niektórych państwach członkowskich, a w innych aktualnie poważnie rozważane. Uznanie ich za element unijnego „standardu opieki medycznej” prowadzić będzie do obowiązkowej ich dostępności we wszystkich krajach członkowskich.

Ponadto, w obszarze bioetyki poważne zastrzeżenia już teraz budzą proponowane rozwiązania unijne w ramach projektu rozporządzenia w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi („rozporządzenie SoHo”)<sup>12</sup>. Projektowi przyjętemu przez Komisję Europejską zarzuca się wprowadzenie nieograniczonej możliwości badań na

8 Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, Dz. Urz. UE L 311.

9 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia („Program UE dla zdrowia”) na lata 2021–2027 oraz uchylenia rozporządzenia (UE) nr 282/2014, Dz. Urz. UE L 107, s. 1.

10 Ibidem, pkt 19 preambuły.

11 Zob. pkt 3.7. [w:] *Cel 3. Zapewnić wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrobyt*, Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 25 września 2015 r., [https://www.un.org/files/164/Agenda%202030\\_pl\\_2016\\_ostateczna.pdf](https://www.un.org/files/164/Agenda%202030_pl_2016_ostateczna.pdf), dostęp: 19 stycznia 2024 r.

12 Projekt rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi oraz uchylającego dyrektywy 2002/98/WE i 2004/23/WE (2022/0216(COD)).

komórkach, tkankach czy krwi, bez uwzględnienia kwestii etycznych, przy jednoczesnym zapewnieniu firmom farmaceutycznym daleko idących udogodnień w realizacji ich celów biznesowych. Co istotne, formą wspomnianej regulacji ma być ogólnounijne rozporządzenie, zastępujące dotychczas obowiązujące dyrektywy, czyli akty prawne wiążące wszystkie państwa członkowskie. Obawy związane z procedowaniem takich projektów na forum UE stanowią jedynie przedsmak ryzyka, które wiąże się z przyjęciem omawianych poprawek traktatowych w zakresie zdrowia publicznego.

### **Koniec suwerennej polityki zdrowotnej w sytuacji pandemii**

Autorzy poprawek do traktatów postulują odebranie państwom członkowskim suwerenności w kształtowaniu własnej polityki zdrowotnej, także w obszarze działań podejmowanych w sytuacjach epidemii lub pandemii. Dotychczasowe doświadczenia wskazują jednak, że sprostanie wyzwaniom, jakim są organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych czy refundacja produktów leczniczych wymaga pozostawienia tego obszaru w obrębie krajowego procesu decyzyjnego. Stworzenie jednolitych dla wszystkich państw Unii warunków korzystania ze świadczeń zdrowotnych to zmiana niezwykle głęboka, która ponadto nie została poprzedzona niezbędnymi badaniami i szacowaniem skutków proponowanych zmian w postaci wpływu na jakość i dostępność usług opieki zdrowotnej z perspektywy potrzeb świadczeniobiorców.

Nieefektywność podejmowanych prób paneuropejskiego zarządzania kwestiami zdrowotnymi oraz wyższość rozproszonego poszukiwania rozwiązań ujawniły się wyraźnie w okresie pandemii Covid-19. Skutki tych działań widoczne są jeszcze dzisiaj, a perspektywa ich zażegnania nie wydaje się być rychła. Przykładem może być postępowanie sądowe, wszczęte przez koncern farmaceutyczny Pfizer przeciwko Polsce, dotyczące negocjowanej przez przewodniczącą Komisji Europejskiej umowy obejmującej zakup szczepionek, w którym Polska musi bronić się przed belgijskim sądem i w oparciu o prawo belgijskie, a nie polskie.

Przyjęte w reakcji na kryzys wywołany pandemią i polityką sanitarną nowe regulacje unijne, ze szczególnym uwzględnieniem Instrumentu na rzecz Odbudowy i zwiększenia Odporności, powiązany z nim uwspólnotowiony dług UE czy wciąż wstrzymywane wypłaty w ramach Krajowych Planów Odbudowy, dowodzą nieskuteczności centralnego zarządzania w zakresie polityki zdrowotnej.

Skuteczność suwerenności w zakresie polityki zdrowotnej ilustruje historia z 2009 r., gdy minister zdrowia Ewa Kopacz sprzeciwiła się zakupowi przez polski rząd kosztownych i wątpliwych pod względem bezpieczeństwa dla zdrowia szczepionek przeciwko tzw. świńskiej grypie, której pandemię, podobnie jak w 2020 r., ogłosiła Światowa Organizacja Zdrowia<sup>13</sup>.

Wbrew doświadczeniom proponowane przejście przez UE kompetencji w zakresie polityki zdrowotnej zmierza w stronę postulowanego również przez WHO globalnego zarządzania polityką sanitarną.

13 O możliwych poważnych konsekwencjach zdrowotnych przyjęcia szczepionki przeciwko „świńskiej grypie” informowali np. badający jej skutki zdrowotne we francuskiej populacji naukowcy publikujący na łamach czasopisma „Brain”, udostępnionego przez serwis Oxford Academic - Y. Dauvilliers i in., *Increased risk of narcolepsy in children and adults after pandemic H1N1 vaccination in France*, <https://academic.oup.com/brain/article/136/8/2486/431857>, dostęp: 7 grudnia 2023 r.

## **Podsumowanie**

Przyjęcie omawianych poprawek do traktatów skutkować może utratą suwerenności i swobody decyzyjnej zarówno w sprawach z zakresu bioetyki, jak i państwowej polityki zdrowotnej. W obszarach tych państwa członkowskie dotychczas podejmują suwerenne decyzje, co w praktyce oznacza możliwość realizowania własnego standardu opieki zdrowotnej w Polsce: w szczególności uwzględniającego aspekty zdrowia prokreacyjnego i pomijającego ideologiczną koncepcję „zdrowia i praw reprodukcyjnych i seksualnych”, jak również przyjmującego pozytywny model opieki paliatywnej w miejsce utylitarne odbierania życia ciężko chorym pacjentom.

Dotychczasowe doświadczenia wskazują ponadto, jak bardzo nieefektywne mogą być próby odgórnego zarządzania kryzysami zdrowotnymi. Zasadne są przy tym przewidywania, iż w przypadku ogłoszenia kolejnej pandemii, po przyjęciu omawianych poprawek traktatowych, wszelkie działania byłyby sterowane centralnie, a inicjatywę w tym zakresie unijne regulacje, głęboko ingerujące w podstawowe wolności obywatelskie, przekazałyby centralnemu organowi odpowiadającemu za politykę sanitarną okresu zagrożenia. To jego decyzji – i poza kontrolą władz krajowych – powierzona mogłyby zostać inicjatywa ogłaszania lockdown’ów, zamykania szkół, kościołów, parków miejskich, lasów, ograniczanie swobody przemieszczania się itp. Ujęte w poprawkach do traktatów kwestie związane z organizacją i finansowaniem udzielania świadczeń zdrowotnych w kraju bezwzględnie powinny zostać w gestii państw członkowskich jako element krajowego procesu decyzyjnego.