

Tiivistelmä Maailman terveysjärjestö WHO:n 77. yleiskokouksessa 1.6.2024 hyväksytyistä muutoksista kansainväliseen terveyssäännöstyön (International Health Regulations, IHR)

Yhteenveto

WHO hyväksyi tiivistetyt seuraavat muutokset kansainväliseen terveyssäännöstyön (IHR):

- 1. Suomen kaltaiset vauraat jäsenvaltiot maksavat verovaroistaan sekä maansa että osan köyhien maiden pandemiavalmiudesta.** (Artikla 4, 13, 44, 44 bis)
 - WHO:n ja Maailmanpankin arvion mukaan pandemiavalmius maksaa globaalisti 31 miljardia dollaria vuodessa.
- 2. Pandemiavalmius on paljolti "terveystuotteilla", kuten suojavarusteilla, testeillä, lääkkeillä ja rokotuksilla, tapahtuvaa epidemioiden torjuntaa.** (Artikla 13, liite 1)
 - WHO:n pääjohtaja voi suositella terveystuotteiden käyttöä vasteena hätätilanteisiin, ja pääjohtajan ja jäsenvaltioiden tulee "poistaa esteitä" niiden saatavuuden edistämiseksi. (Artikla 13, 15 ja 16)
 - WHO:lle annetaan vahva rooli terveystuotteiden tuotannon ja logistiikan koordinoijana. (Artikla 13 ja 44)
 - Kansalaisilta voidaan edellyttää digitaalisia terveystodistuksia. (Artikla 35)
- 3. Kynnystä terveysturvallisuustoimenpiteiden - kuten karanteenien, eristysten, sulkutilojen, terveystuotteiden ja terveystodistusten - käyttöön madalletaan.**
 - WHO:n pääjohtaja voi julistaa kansainvälisen hätätilan pelkkään kansanterveysuhan mahdollisuuden vedoten - vaikka tautiin ei liittyisi korkea kuolleisuus. (Artikla 1 ja 12)
 - Matkustajia vaaditaan noudattamaan WHO:n suosittelemia toimenpiteitä myös liikennevälineeseen noustaessa ja sieltä poistuttaessa. (Artikla 24)
- 4. WHO:n asemaa määräävänä tahona vahvistetaan.**
 - WHO:sta tulee kansanterveyshätätilan vastatoimia koordinoiva taho. (Artikla 13)
 - Terveystoimenpiteiden toteutumista edistetään kasvattamalla viranomaisien määrää IHR:n toimeenpanoa koordinoivalla "kansallisella IHR-viranomaisella" sekä perustamalla IHR:n noudattamista valvova "totelevaisuuskomitea". (Artikla 1, 4, 54 bis)
 - Kansallisen IHR-viranomaisen toimivaltaa voidaan vahvistaa kansallisella lainsäädännöllä. (Artikla 4)
 - Jäsenvaltioiden tulee torjua WHO:n määrittelemää "vääriä tietoja". (Liite 1)

Perinteisesti WHO on toiminut neuvoja ja ohjeistuksia antavana tahona, eikä keskittynyt pyrkimykseen hallita terveyshätätiloja "terveystuotteiden" avulla - lienee ilmeistä, että muutos on teollisuuden ja sijoittajien intresseissä. Teollisuuden ja sijoittajien vaikutusvalta näkyy esimerkiksi siinä, että WHO:lla eli sen jäsenvaltioilla yhteisesti on täysi määräysvalta vain 16 prosenttiin koko WHO:n budjetista, kun vuonna 1950 vastaava osuus oli lähes 100%. Nykyään jopa 84% WHO:n budjetista käytetään rahoittajien valitsemiin tarkoituksiin, jonka seurauksena WHO:n mainetta, henkilökuntaa ja infrastruktuuria voidaan käyttää yksityisiä etuja edistävien hankkeiden toteuttamiseen.³⁸⁻⁴⁰

Jos jäsenvaltio hylkää WHO:n 77. yleiskokouksessa hyväksytyt IHR:n muutokset, sen tulee ilmoittaa siitä WHO:n pääjohtajalle 1.4.2025 mennessä tai muutokset astuvat voimaan 1.6.2025.⁴¹

Tiivistelmä 77. yleiskokouksessa hyväksytyistä IHR:n muutoksista

Luettavuuden helpottamiseksi tässä tiivistelmässä *jäsenvaltioilla* viitataan kansainvälisen terveyssäännösten (IHR) sopimusosapuoliin.

Punaisella kirjoitettu teksti on suomentajan huomautuksia.

Oranssilla värjätty teksti on suora englanninkielinen lainaus WHO:n 77. yleiskokouksessa hyväksytystä WHO:n virallisesta dokumentista

WHO:n mukaan kansainvälinen terveyssäännöstö (IHR) on 196 maata oikeudellisesti sitova kansainvälisen oikeuden väline.¹ Tartuntatautilain (21.12.2016/1227) 84 §:n mukaan "tartuntatautien torjunnassa ja siihen liittyvässä kansainvälisessä yhteistyössä on tämän lain säännösten lisäksi noudatettava, mitä Maailman terveysjärjestön kansainvälinen terveyssäännöstö (2005) (SopS 51/2007) edellyttää".²

IHR:n muutosehdotuksia käsittelevä työryhmä (The Working Group on Amendments to the International Health Regulations, WGIHR) on neuvotellut vuonna 2005 hyväksytyt IHR:n muuttamisesta vuodesta 2022 lähtien. WHO:n 77. yleiskokouksessa hyväksytyssä dokumentissa on 66 artiklaa ja 9 liitettä.^{3,4}

Seuraavassa on nostettu esiin keskeisiä IHR:n muutoksia ja niiden mahdollisia ongelmakohtia.⁴

Artikla 1

"Kansallinen IHR-viranomainen" on uusi termi, jolla tarkoitetaan kokonaisuutta, joka **koordinoi IHR:n täytäntöönpanoa**.

Tarvitaanko uusi kansallinen viranomaistaho vahvistamaan WHO:n suositusten noudattamista?
Kuka tai ketkä Suomessa toimivat IHR-viranomaisina?

"Pandemiahätätila" on uusi termi, jolla tarkoitetaan **mahdollista** kansainvälistä kansanterveyshätätilaa, jonka aiheuttaa tarttuva, mahdollisesti useaan jäsenvaltioon leviävä, mahdollisesti terveydenhuollon kapasiteetin ylittävä ja sosiaalista, taloudellista ja poliittista häiriötä aiheuttava tauti, joka vaatii nopeita kansainvälisiä toimia.

Näin löyhän määritelmän mukaan pandemiahätätilan voi aiheuttaa mikä tahansa vaaraton tauti - tai jopa vain taudin mahdollisuus. Määritelmässä ei mainita taudin aiheuttamaa kuolleisuutta tai sairastuneisuutta. Vastaavalla tavalla hätätilan julistamisen kynnystä madallettiin WHO:ssa vuonna 2009 poistamalla influenssapandemian määritelmästä lause "*maailmanlaajuiset epidemiat aiheuttavat valtavan määrän kuolemantapauksia ja sairastumisia*".^{5,6}

"Asiaankuuluvat **terveystuotteet**" on käsite, jolla tarkoitetaan kansanterveyden hätätilanteissa tarvittavia tuotteita, kuten lääkkeitä, rokotteita, diagnostiikkaa, suojarusteita, **solu- ja geeniterapiaa** ja muuta terveysteknologiaa.

Nykypäivän geeniterapialääkkeiden tiedetään aiheuttavan käyttäjälleen hyvin voimakkaita haittavaikutuksia.^{7,8} Miksi geeniterapian käyttöä edes harkittaisiin kansainvälisen hätätilan hallitsemiseksi, jos tavoitteena on edistää kansanterveyttä? Koronapandemian aikana annetut mRNA-rokotteet täyttävät geeniterapian määritelmän.⁹

Artikla 2

Säännöstön tarkoituksena on jatkossa myös **varautua** tautien kansainväliseen leviämiseen.

Tarkoitetaanko pandemiaan varautumisella pääasiassa testien, suojavaarusteiden ja lääkinnällisten tuotteiden hankkimista jäsenvaltioiden varastoon? Onko pandemiaan varautuminen järkevää veronmaksajien rahankäyttöä, kun potentiaalisesti pandemian aiheuttavia patogeenejä on lukuisia?

Artikla 3

Kohta 1

Säännöstön täytäntöönpanossa edistetään jatkossa myös **oikeudenmukaisuutta ja yhteisvastuuta**.

Oikeudenmukaisuus ja yhteisvastuu ovat arvostettavia periaatteita, mutta ne ovat myös keino kasvattaa terveystuotteiden markkinaa.

Artikla 4

Kohta 1 bis

"**Kansallinen IHR-viranomainen koordinoi** säännöstön täytäntöönpanoa sopimusvaltion lainkäyttöalueella."

*"The National IHR Authority **shall** coordinate the implementation of these Regulations within the jurisdiction of the State Party."*

Uusi viranomainen huolehtii WHO:n suositusten toimeenpanosta. Tarkoittaako tämä käytännössä sitä, että jäsenvaltioissa noudatetaan WHO:n suosituksia entistä ehdottomammin?

Kohta 2 bis

Jäsenvaltioiden "**tulee toteuttaa toimenpiteitä kohdan 1, 1 bis ja 2 täytäntöönpanemiseksi, muun muassa mukauttamalla tarvittaessa kansallisia lainsäädännöllisiä ja hallinnollisia järjestelyjään**".

*"States Parties **shall** take measures to implement paragraphs 1, 1 bis, and 2 of this Article, including, as appropriate, adjusting their **domestic legislative and administrative arrangements**."*

IHR:n aiempien luonnosten perusteella uusi viranomaistaho tulee maksettavaksi julkisista varoista. Tuleeko jäsenvaltioiden muuttaa kansallinen lainsäädäntöä IHR-viranomaisen toimivallan vahvistamiseksi, jolloin WHO:lla olisi käytännössä enemmän määräysvaltaa?

Artikla 8

Jäsenvaltioiden **täytyy** neuvotella WHO:n kanssa asianmukaisista terveystoimenpiteistä, vaikka niiden alueella tapahtunut tilanne ei voisi aiheuttaa kansainvälistä hätätilaa.

Koronapandemian aikana WHO suositteli useita terveysturvallisuustoimenpiteitä vuonna 2019 laaditun influenssapandemiaohjeistuksensa vastaisesti - voidaanko luottaa, että WHO noudattaa seuraavalla kerralla parhaaseen tutkimusnäyttöön perustuvia ohjeistuksiaan?¹⁰⁻¹² Sen lisäksi, että monet suositellut toimenpiteet olivat tehottomia vähentämään tartuntoja - aivan kuten WHO:n influenssapandemiaohjeistuksessa mainitaan - ne aiheuttivat merkittävää sosiaalista, psykologista, fyysistä ja talodellista vahinkoa.¹³⁻³⁵

Artikla 12

Kohta 1

WHO:n pääjohtaja päättää, aiheuttaako tapahtuma kansainvälisen hätätilan tai pandemiahätätilan.

Huolta herättää se, että yhdelle henkilölle annetaan näin merkittävästi päätäntävaltaa, etenkin, kun pandemiahätätilan määritelmä ei edellytä, että tauti aiheuttaa korkean kuolleisuuden. WHO:n pääjohtaja voi julistaa kansainvälisen hätätilan käytännössä mistä tahansa kulkutaudista - tai jopa vain sen mahdollisuudesta.

Artikla 13

Kohta 1

Jäsenvaltiot velvoitetaan kehittämään, vahvistamaan ja ylläpitämään "keskeisiä valmiuksia" kansanterveysriskeihin, mukaan luettuna **pandemiahätätilanteisiin**, varautumiseksi.

Miksi jäsenvaltioiden tulee varautua myös "pandemiahätätilanteisiin", jotka voivat olla lähes mitä tahansa mahdollisia uhkia? Mitä pandemiavarautuminen maksaa tarkalleen ottaen veronmaksajille? WHO:n ja Maailmanpankin mukaan pandemiavalmiuden kokonaisuus maksaisi maailmanlaajuisesti 31 miljardia dollaria. Suurin osa summasta on suunniteltu rahoitettavaksi julkisin varoin.^{36,37}

Kohta 3

Myös WHO voisi esittää mm. "**kansainvälisten asiantuntijaryhmien**" lähettämistä kansainterveydellisiin riskeihin reagoimiseksi.

Aiemmin kyseisiä ryhmiä on lähetetty vain jäsenvaltioiden pyynnöstä. Miksi WHO:n tulisi voida ehdottaa jäsenvaltioille kyseisiä toimenpiteitä? Voidaanko "asiantuntijaryhmillä" tarkoittaa myös Bill Gatesin lanseeraamaa GERM-tiimiä? (ks. <https://www.gatesnotes.com/Meet-the-GERM-team>)

Kohta 7

"WHO [...] koordinoi vastatoimia kansanterveydellisissä kriisitilanteissa, mukaan lukien pandemiahätätilanteissa."

"WHO shall [...] coordinate international response activities during public health emergencies of international concern, including pandemic emergencies [...]"

WHO:sta tulee kansanterveystoimia koordinoiva taho myös mahdollisissa hätätilanteissa. Tämä on merkittävä roolin muutos, sillä aiemmin WHO:n rooli on ollut neuvojen ja ohjeiden antaminen hätätilojen aikana.

Kohta 8

Julistaessaan kansainvälisen kansanterveyshätätilan **WHO:n pääjohtajan tulee arvioida tarvittavien terveystuotteiden saatavuus** sekä edistää tarvittaessa kyseisten tuotteiden **hyväksymistä**, saatavuutta ja tuotantoa.

WHO:n pääjohtaja veloitetaan edistämään välineellisiä toimenpiteitä - kuten varmistamaan maskien, testien ja kokeellisten rokotteiden saatavuus - hätätilaan vastaamiseksi, vaikka terveystuotteiden käyttö vasteena kyseisiin tilanteisiin on tieteellisesti ja oikeudellisesti hyvin kyseenalaista. Perinteisesti WHO on vastannut kansanterveydellisiin uhkiin pääsääntöisesti neuvoja antamalla.

Kohta 9

Jäsenvaltioiden tulee auttaa WHO:ta ja muita jäsenvaltioita sekä hyödyntää **valtiosta riippumattomia** tahoja terveystuotteiden saatavuuden edistämiseksi, ja julkaista ehdot valtion rahoittamista tutkimussopimuksista terveystuotteisiin liittyen.

Jäsenvaltiot veloitetaan edistämään terveystuotteiden saatavuutta yksityisiä toimijoita hyödyntäen sekä jakamaan julkisesti rahoitettua terveystuotteisiin liittyvää teknologiaa muille jäsenvaltioille.

Artikla 15

Kohta 1

WHO:n pääjohtaja voisi antaa väliaikaisia suosituksia myös **pandemiahätätilanteissa**.

Pääjohtaja antaa suosituksia myös mahdollisissa hätätiloissa.

Kohta 2

Väliaikaisiin suosituksiin kuuluisi jatkossa myös **terveystuotteisiin** liittyvät pääjohtajan suositukset.

WHO:n pääjohtajan voi suositella terveystuotteita myös mahdollisissa terveyshätätiloissa.

Artikla 16

Kohta 1

Pysyviin suosituksiin kuuluisi jatkossa myös **terveystuotteisiin** liittyvät WHO:n suositukset.

WHO:n voisi suositella terveystuotteita pysyvästi vasteena terveyshätätilaan.

Artikla 24

Kohta 1

Kuljetusliikenteen harjoittajien on edellytettävä WHO:n suositusten mukaisia toimenpiteitä myös liikennevälineeseen **nousun** ja sieltä **poistumisen aikana**.

Ilmeisesti WHO:n pyrkimyksenä on kiristää terveysturvallisuustoimia matkustuksen yhteydessä.

Artikla 35

Kohdat 2 ja 4

Terveysasiakirjat voivat olla myös **digitaalisia**.

Kyse on ilmeisesti koronapassin kaltaisista digitaalisista asiakirjoista.

Artikla 42

"Näiden asetusten nojalla toteutettavat **terveystoimenpiteet on aloitettava ja saatettava päätökseen viipymättä**."

Artiklaan 42 ei hyväksytty muutoksia WHO:n 77. yleiskokouksessa, mutta terveystoimenpiteisiin kuuluu jatkossa suositukset terveystuotteiden käytöstä vasteena hätätilaan, mikä jäsenvaltioiden on "aloitettava ja saatettava päätökseen viipymättä".

Artikla 44

Kohta 1 c

Jäsenvaltioiden tulee tehdä yhteistyötä "*taloudellisten resurssien käyttöönottamiseksi, myös **asianmukaisten rahoituslähteiden ja rahoitusmekanismien kautta**, jotta helpotetaan näiden asetusten mukaisten velvoitteiden täytäntöönpanoa erityisesti kehitysmaiden tarpeisiin vastaamiseksi*".

Mitä tarkalleen ottaen ovat "asianmukaiset rahoituslähteet" ja "rahoitusmekanismit"?
Tarkoitetaanko tässä sitä, että kehittyneet maat maksavat osan kehittyvien maiden pandemiavalmiudesta?

Kohta 2 d

WHO:n tulee helpottaa **terveystuotteiden saatavuutta** jäsenvaltion pyynnöstä.

Jälleen yksi **velvollisuus terveystuotteiden käytön edistämiseksi**.

Kohta 2 bis

Jäsenvaltiot "*ylläpitävät tai **lisäävät tarvittaessa julkista rahoitusta**, jollei sovellettavasta lainsäädännöstä ja käytettävissä olevista resursseista muuta johdu, ja tekevät yhteistyötä,*

tarvittaessa myös **kansainvälisen** yhteistyön ja **avun avulla**, vahvistaakseen kestävää rahoitusta näiden sääntöjen täytäntöönpanon tukemiseksi."

Kuinka suuri lasku pandemiavaraustumisesta tulee veronmaksajille, kun otetaan huomioon, että vauraat jäsenvaltiot maksaisivat ilmeisesti osan kehitysmaiden varautumisesta? Pandemiavalmiuden kokonaisuuden on arvioitu maksavan yhteensä 31 miljardia dollaria.³⁶

Kohta 2 ter

Jäsenvaltioiden tulee yhteistyössä "*tunnistaa ja mahdollistaa koordinoivan rahoitusmekanismin kautta tarvittavat taloudelliset resurssit, jotka ovat tarpeen kehittyvien maiden tarpeiden ja painopisteiden tasapuoliseksi täyttämiseksi, mukaan lukien **keskeisten valmiuksien kehittäminen, vahvistaminen ja ylläpitäminen***".

Vahvistus siitä, että vauraat jäsenvaltiot, kuten Suomi, maksaisivat osan köyhien maiden pandemiavaraustumisesta.

Artikla 44 bis

Kohta 1

Perustetaan koordinoiva rahoitusmekanismi, "*edistämään oikea-aikaisen, ennakoitavissa olevan ja kesävän rahoituksen myöntämistä **säännöstön toimeenpanoa varten***". Koordinoiva rahoitusmekanismi edistäisi jäsenvaltioiden "keskeisiä valmiuksia" esimerkiksi pandemiahätätiloja varten.

Artiklassa 15 ja 16 WHO:lle annetaan valta suositella kaupallisia tuotteita, kuten testejä, maskeja ja rokotteita, jotka jäsenvaltioiden olisi otettava artikla 42 mukaan viipymättä käyttöön. Rahoitusmekanismin kautta varoja voidaan ohjata kaupallisten tuotteiden hankintaan.

Artikla 54 bis

Jäsenvaltioiden edustajista koostetaan IHR:n noudattamista käsittelevä komitea, jonka tehtävänä on **edistää IHR:n asettamien velvoitteiden noudattamista**. Komitea koostuu kaikkien jäsenvaltioiden edustajista.

Tämä aiemmissa sopimusluonnoksissa "tottelevaisuuskomiteaksi" nimetty taho on uusi byrokraatia. Sen lisäksi, että se maksaa, se vahvistanee WHO:n pääjohtajan asemaa määräävänä tahona perinteisen neuvoja antavan tahon sijaan.

Liite 1

Kohta A

Jäsenvaltiot vahvistaisivat "keskeisiä valmiuksiaan", joilla tarkoitetaan mm. valvontaa, diagnosointia, hoitoa ja tartuntojen ehkäisyä koskevien ohjeiden laatimista, terveyspalvelujen ja terveystuotteiden saatavuutta sekä **väärän ja virheellisen tiedon torjuntaa**.

Mikä on WHO:n näkökulmasta väärää ja virheellistä tietoa? Onko WHO antanut selitystä sille, miksi se suositteli koronapandemian aikana laatimansa parhaaseen tutkittuun tietoon perustuvan influenssapandemiaohjeistuksen vastaisesti karanteeneja, tulo- ja lähtötarkastuksia sekä tartunnan jäljityksiä?¹⁰⁻¹²

Viitteet

1. World Health Organization. International Health Regulations. https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1
2. Tartuntatautilaki 21.12.2016/1227. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20161227>
3. World Health Organization. International Health Regulations (2005) - Third edition. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1031116/retrieve>
4. World Health Organization. Seventy-seventh World Health Assembly Agenda item 13.3. International Health Regulations (2005). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_ACONF14-en.pdf
5. World Health Organization. Pandemic preparedness. 2009a. <https://web.archive.org/web/20090503221306/http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/index.html>
6. World Health Organization. Pandemic preparedness. 2009b. <https://web.archive.org/web/20090505221413/http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/index.html>
7. European Medicines Agency. Luxturna. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/luxturna>
8. European Medicines Agency. Zolgensma. https://www.ema.europa.eu/documents/overview/zolgensma-epar-medicine-overview_en.pdf
9. U.S. Department of Health and Human Services. Design and Analysis of Shedding Studies for Virus or Bacteria-Based Gene Therapy and Oncolytic Products - Guidance for Industry. <https://www.fda.gov/media/89036/download>
10. World Health Organization. Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. <https://www.who.int/publications/i/item/non-pharmaceutical-public-health-measures-for-mitigating-the-risk-and-impact-of-epidemic-and-pandemic-influenza>
11. World Health Organization. WHO advice for international traffic in relation to the SARS-CoV-2 Omicron variant (B.1.1.529). <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-traffic-in-relation-to-the-sars-cov-2-omicron-variant>
12. World Health Organization. Contact tracing and quarantine in the context of COVID-19: interim guidance, 6 July 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Contact_tracing_and_quarantine-2022.1
13. Joffe, A. COVID-19: rethinking the lockdown groupthink. *Frontiers of Public Health* 2021, 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7952324/>
14. Bendavid, E. Oh, C. Bhattacharya, J. Ioannidis, A. Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19. *European Journal of Clinical Investigation* 2021, 51. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13484>
15. Pepp, K. Bjørnskov, C. Lockdown effects on Sars-CoV-2 transmission - The evidence from Northern Jutland. (Preprint) https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3756920
16. Lundberg, J. Zeberg, H. Longitudinal variability in mortality predicts COVID-19 deaths. *European Journal of Epidemiology* 2021, 36. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00777-x>
17. Gibron, J. Government mandated lockdowns do not reduce Covid-19 deaths: implications for evaluating the stringent New Zealand response.

- <https://www.semanticscholar.org/paper/Government-mandated-lockdowns-do-not-reduce-deaths:-Gibson/ae33abae901371e353850df01657365fd128f741>
18. Larochelambert, Q. Marc, A. Antero, J. Bourg, E. Toussaint, J-F. Covid-19 mortality: A matter of vulnerability among nations facing limited margins of adaptation. *Frontiers in Public Health* 2020, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.604339/full>
 19. Letizia, A. Ramos, I. Obla, A. Goforth, C. Weir, D. Ge, Y. Bamrhan, M. Dutta, J. Ellis, E. Estrella, L. George, M-C. Gonzalez-Reiche, A. Graham, W. van de Guchte, A. Gutierrez, R. Jones, F. Kalomoiri, A. Lizewski, R. Lizewski, S. Marayang, J. Marjanovic, N. Millar, E. Nair, V. Nudelman, G. Nunez, E. Pike, B. Porter, C. Regeimbal, J. Rirak, S. Santa Ana, E. Sealfon, R. Sebra, R. Simons, M. Soares-Schanoski, A. Sugiharto, V. Termini, M. Vangeti, S. Williams, C. Troyanskaya, O. van Bakel, H. Sealton, S. SARS-CoV-2 transmission among marine recruits during quarantine. *The New England Journal of Medicine* 2020, 383: 2407-2416. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2029717>
 20. Neil, T. McGorian, I. Hudson, N. Exploring inter-country coronavirus mortality. Panda. <https://pandata.org/wp-content/uploads/2020/07/Exploring-inter-country-variation.pdf>
 21. Forbes, H. Morton, C. Bacon, S. McDonald, H. Minassian, C. Brown, J. Rentsch, C. Mathur, R. Schulze, A. DeVito, N. MacKenna, B. Hulme, W. Croker, R. Walker, A. Williamson, E. Bates, C. Mehrkar, A. Curtis, H. Evans, D. Wing, K. Inglesby, B. Drysdale, H. Wong, A. Cockburn, J. McManus, R. Parry, J. Hester, F. Harper, S. Douglas, I. Smeeth, L. Evans, S. Bhaskaran, K. Eggo, R. Goldcre, B. Tomlinson, L. Association between living with children and outcomes from covid-19: OpenSAFELY cohort study of 12 million adults in England. *BMJ* 2021, 372. <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n628>
 22. Atkeson, A. Kopecky, K. Zha, T. Four stylized facts about COVID-19. National Bureau of Economic Research. <https://www.nber.org/papers/w27719>
 23. Bjørnskov, C. Did lockdown work? An economist's cross-country comparison. <https://www.semanticscholar.org/paper/Did-Lockdown-Work-An-Economist%E2%80%99s-Cross-Country-Bj%C3%B8rnkov/14c986d39e38969eb566da6f9d90c9f3b2203c1e>
 24. Djaridze, L. Lois, F. SARS-CoV-2 waves in Europe: A 2-stratum SEIRS model solution. (Preprint) <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.09.20210146v1>
 25. Herby, J. Jonung, L. Hanke, S. A literature review and meta-analysis of the effects of lockdowns on COVID-19 mortality. Johns Hopkins Institute for Applied Economics. <https://sites.krieger.jhu.edu/iae/files/2022/01/A-Literature-Review-and-Meta-Analysis-of-the-Effects-of-Lockdowns-on-COVID-19-Mortality.pdf>
 26. New York Post. 10 myths told by COVID experts - and now debunked. <https://nypost.com/2023/02/27/10-myths-told-by-covid-experts-now-debunked/>
 27. Petterson, S. Westfall, J. Miller, B. Projected deaths of despair from COVID-19. https://wellbeingtrust.org/wp-content/uploads/2020/05/WBT_Deaths-of-Despair_COVID-19-FINAL-FINAL.pdf
 28. Kailash Satyarthi Children's Foundation. A study on impact of lockdown and economic disruption on poor rural households with special reference to children. https://www.researchcommonsonchildren.com/uploadfile/documents/A_Study_on_Impact_of_Lockdown_and_Economic_Disruption_on_Poor_Rural_Households.pdf
 29. Arena, P. Malta, M. Rimoin, A. Strathdee, S. Race, COVID-19 and deaths of despair. *EClinical Medicine* 2020, 25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7396816/>
 30. Irish Cancer Society. Oireachtas Special Committee on COVID-19 Response. https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/committee/dail/33/special_committee_on_covid_19_response/submissions/2020/2020-09-30_submission-averil-power-chief-executive-irish-cancer-society-scc19r-r-0419_en.pdf
 31. Singh, S. Roy, D. Sinha, K. Parveen, S. Sharma, G. Joshi, G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research* 2020, 293. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517812031725X>

32. Miles, D. Stedman, M. Heald, A. Living with COVID-19: Balancing costs against benefits in the face of the virus. National Institute Economic Review 2020, 253.
https://www.researchgate.net/publication/343278351_LIVING_with_COVID-19_BALANCING_COSTS_against_BENEFITS_in_the_FACE_of_the_VIRUS
33. Rice, K. Wynne, B. Martin, V. Ackland, G. Effect of school closures on mortality from coronavirus disease 2019: Old and new predictions. BMJ Clinical Research 2020, 371.
https://www.researchgate.net/publication/346031988_Effect_of_school_closures_on_mortality_from_coronavirus_disease_2019_Old_and_new_predictions
34. Shlomain, A. Leshno, A. Sklan, E. Leshno, M. Modeling social distancing strategies to prevent SARS-CoV-2 spread in Israel - A cost-effectiveness analysis. Value in Health 2021, 24: 607-614. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301520344211>
35. Aragona, M. Barbato, A. Cavani, A. Costanzo, G. Mirisola, C. Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties. Public Health 2020, 186: 52-56.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350620302936>
36. World Bank Group. A Proposed Financial Intermediary Fund (FIF) for Pandemic Prevention, Preparedness and Response Hosted by the World Bank.
<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/018ab1c6b6d8305933661168af757737-0290032022/original/PPR-FIF-WB-White-Paper.pdf>
37. United Nations. Political Declaration of the United Nations General Assembly High-level Meeting on Pandemic Prevention, Preparedness and Response.
<https://www.un.org/pga/77/wp-content/uploads/sites/105/2023/06/Zero-draft-PPPR-Political-Declaration-5-June.pdf>
38. World Health Organization. How WHO is funded. <https://www.who.int/about/funding>
39. Iwunna, O. Kennedy, J. Harmer, A. Flexibly funding WHO? An analysis of its donor's voluntary contributions. BMJ Global Health 2023, 8.
<https://gh.bmj.com/content/8/4/e011232>
40. Vaughan, J. Mogedal, S. Walt, G. Kruse, S-E. Lee, K. de Wilde, K. WHO and the effects of extrabudgetary funds: is the Organization donor driven?
<https://academic.oup.com/heapol/article/11/3/253/607591?login=false>
41. Valtioneuvosto. Sopimuksen hyväksyminen STM/2023/128.
<https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatokset?decisionId=0900908f80858d7c>