



W stronę międzynarodowego traktatu antypandemicznego

Szymon Zaręba

Unia Europejska, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i część państw wzywają do zawarcia traktatu mającego stworzyć skuteczny system zapobiegania kolejnym pandemiom. Założenia tej inicjatywy są ambitne, ale jej szeroki zakres może utrudnić powszechną akceptację propozycji. Dlatego priorytetem państw negocjujących traktat powinny być poprawa skuteczności wymiany i weryfikacji informacji o zagrożeniach dla zdrowia publicznego oraz monitorowania i egzekwowania przestrzegania przyjętych przepisów. Z uwagi na globalny charakter wyzwań takich jak COVID-19 w interesie Polski leży włączenie się do debaty na temat nowych regulacji.

Idea i założenia. 30 marca br. przewodniczący Rady Europejskiej Charles Michel, dyrektor generalny (DG) WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus i przywódcy 26 państw Europy, Azji, Afryki i Ameryki Łacińskiej wystosowali list otwarty wzywający do przyjęcia wielostronnego traktatu w sprawie profilaktyki i gotowości antypandemicznej. Wskazują w nim, że bez wzmocnienia zdolności społeczności międzynarodowej do zapobiegania i reagowania na zagrożenia dla zdrowia publicznego kolejna pandemia – podobna do wywołanej przez koronawirusa SARS-Cov-2 – jest nieunikniona. Założenia ich propozycji są daleko idące, choć dość ogólne. Postulowane jest wzmocnienie współpracy międzynarodowej w celu poprawy systemów ostrzegania, wymiany danych, badań oraz w zakresie produkcji i dystrybucji środków takich jak szczepionki czy leki. Autorzy listu wzywają także do wdrożenia promowanego przez WHO podejścia „Jedno zdrowie”, zakładającego zintegrowane zwalczanie chorób ludzi i zwierząt w związku z międzygatunkowym przenoszeniem się patogenów. Dzięki traktatowi chcą poprawić przejrzystość działań państw, ich zgodność z obowiązującymi regulacjami i odpowiedzialność za naruszenia. Deklarują, że podstawą nowej umowy powinny być przyjęte przez WHO w 2005 r. Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (IHR), obecnie jedyne w skali globalnej wiążące normy dotyczące prewencji i reagowania na międzynarodowe zagrożenia dla zdrowia publicznego.

Postulaty traktatu bazują na bardziej szczegółowej koncepcji wysuniętej przez Michela w listopadzie 2020 r.,

która także wzywała m.in. do zwiększenia liczby poziomów alarmowych w przypadku zagrożeń zdrowotnych ([obecny system jest zero-jedynkowy](#)) oraz poprawy zdolności do informowania o zagrożeniach dla zdrowia i przeciwdziałania dezinformacji. Duża część obu propozycji była już wcześniej zgłaszana przez ekspertów i raporty WHO jako niezbędna do wprowadzenia w odpowiedzi na [niewystarczająco skuteczną reakcję organizacji i jej członków na wybuch pandemii COVID-19](#).

Reakcja międzynarodowa. Idea nowego traktatu cieszy się ograniczonym poparciem. Wsparty ją głównie państwa europejskie, stanowiące większość autorów listu z 30 marca. Oprócz kilku członków UE (Chorwacja, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Niemcy, Portugalia, Rumunia, Włochy) list podpisały także Albania, Norwegia, Serbia, Ukraina i Wielka Brytania. Odzew spoza Europy ogranicza się do kilku liderów z poszczególnych regionów, zachęconych do dołączenia przez UE i WHO. Z Azji i Pacyfiku są to Fidżi, Indonezja, Korea Południowa i Tajlandia, z Afryki – Kenia, Rwanda, RPA, Senegal, Tunezja, z obu Ameryk – Chile, Kostaryka, Trynidad i Tobago.

Przedstawiciele UE i WHO sygnalizują zamiar szukania poparcia dla traktatu podczas obrad głównego organu WHO – Światowego Zgromadzenia Zdrowia (pod koniec maja 2021 r.), a także szczytu G7 w Wielkiej Brytanii w czerwcu br. i Światowego Szczytu na rzecz Zdrowia współorganizowanego przez UE i G20 w Rzymie w październiku br. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że może się to okazać trudne. G7 w komunikacie z lutego

2021 r. – mimo starań państw UE i przedstawicieli Unii – wyraziła tylko poparcie dla „zbadań potencjalnej wartości globalnego traktatu w sprawie zdrowia”, co sugerowało sceptycyzm jej pozaeuropejskich członków. Jego wyjaśnieniem w przypadku USA może być wypowiedź rzeczniczki Białego Domu, która stwierdziła, że negocjacje traktatu będą odwracać uwagę od działań na rzecz powstrzymania trwającej pandemii. Japonia i Kanada nie zajęły jednak publicznie stanowiska, podobnie jak większość pozostałych państw, w tym Chiny, Indie i Rosja. Część z nich prawdopodobnie nie akceptuje niektórych elementów propozycji.

Wyzwania. Osiągnięcie celów inicjatywy będzie wymagać rozwiązania kilku problemów. Pierwszym z nich jest zakres podmiotowy – traktat tylko wtedy ma szansę odnieść realny sukces, jeżeli będzie zaakceptowany przez możliwie wiele państw. Będzie to trudne, gdy nie dołączą się państwa najludniejsze i zarazem liderzy w zakresie badań i rozwoju lub produkcji leków i szczepionek (Chiny, Indie, Rosja i USA), zwłaszcza że z części z nich wywodziły się w ostatnich latach poważne zagrożenia dla zdrowia publicznego, takie jak SARS, świńska grypa czy COVID-19 (Chiny, USA). Konieczny będzie więc kompromis. Do jego osiągnięcia może być niezbędne ograniczenie zakresu umowy do kwestii kluczowych: skutecznego systemu wymiany i weryfikacji informacji o zagrożeniach, a także odpowiednich mechanizmów reagowania oraz monitorowania wdrażania postanowień traktatu i egzekwowania odpowiedzialności za ich naruszenia. Nawet takie ograniczenia mogą jednak nie wystarczyć, by skłonić do zawarcia traktatu Chiny, które wbrew zobowiązaniom wynikającym z IHR [ukrywały informacje dotyczące COVID-19 na przełomie 2019 i 2020 r.](#) Niemniej zbyt wąski zakres traktatu też może mieć wady – podczas pierwszych miesięcy pandemii COVID-19 ujawnił się np. [brak koordynacji działań państw w zakresie ograniczeń międzynarodowego handlu czy transportu](#), częściowo związany z niedostatkiem regulacji.

Choć [administracja Bidena kładzie nacisk na problematykę zdrowia publicznego](#), w krótkiej perspektywie – ze względu na obserwowaną od lat niechęć USA do ograniczania sobie pola manewru poprzez wiązanie się wielostronnymi umowami międzynarodowymi – można spodziewać się dalszego sceptycyzmu wobec idei traktatu. Negocjacje umowy mogą jednak trwać dość długo (zwykle kilka lat), a konieczność jej ratyfikacji może dodatkowo opóźnić realne zmiany. Alternatywą mogłaby być gruntowna nowelizacja IHR, szybsza i łagodząca potencjalne zastrzeżenia USA. Jej wadą byłby jednak brak szans wyegzekwowania odpowiedzialności za naruszenia zobowiązań. IHR – o ile w tym zakresie nie uległyby zmianie – powierzają rozstrzygnięcie sporów DG WHO lub

Światowemu Zgromadzeniu Zdrowia, co jest metodą upolitycznioną i nieskuteczną, niekorzystnie wpływającą na przestrzeganie przepisów. Rozwiązanie kwestii dochodzenia odpowiedzialności, podobnie jak problemu weryfikacji przestrzegania nowych regulacji, będzie jednak konieczne także w traktacie. Do rozwiązania pozostaje też problem możliwych kolizji postanowień nowego traktatu z IHR, które mogłyby negatywnie wpływać na stosowanie norm zawartych w obu dokumentach. W tym zakresie nie jest wystarczająco jasna propozycja z 30 marca, by IHR stanowiły podstawę traktatu.

Wnioski i rekomendacje. Reforma systemu prewencji i reagowania na zagrożenia dla zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym jest konieczna, a propozycje zawarte w liście otwartym z 30 marca br. stanowią dobry punkt wyjścia. Co najmniej część z nich – zwłaszcza poprawa systemów ostrzegania, wymiany danych i przejrzystości działań państw w zakresie zwalczania zagrożeń dla zdrowia mogących mieć wymiar międzynarodowy – wymaga niezwłocznego wdrożenia, czy to w postaci traktatu, czy też zmiany IHR. Ponadto pożądane jest podtrzymanie niektórych propozycji niewymienionych w liście, a wcześniej podnoszonych przez UE, w tym stworzenia kilku poziomów ostrzegawczych przed zagrożeniami zdrowotnymi. Realizacja proponowanych zmian w pełnym zakresie będzie jednak trudna, a dążenie do zagwarantowania jak największej uniwersalności nowych norm może wymagać ograniczenia reformatorskich ambicji. Nie powinno to jednak odbić się na skuteczności monitorowania stosowania nowych regulacji i ich egzekwowania. Te zadania można np. powierzyć specjalnie utworzonym organom WHO (niezależnym od organów politycznych) albo powołanej w tym celu nowej organizacji.

Polska jako członek UE będzie pośrednio zaangażowana w prace nad nowym traktatem. Jest jednak wskazane, by w ślad za grupą państw Unii rozważyła także przystąpienie do listu z 30 marca br. Niezależnie od tego wydaje się konieczne przygotowanie Polski do debaty na temat negocjacji traktatu lub nowelizacji IHR, gdyż te kwestie będą przedmiotem uwagi podczas najbliższego Światowego Zgromadzenia Zdrowia pod koniec maja br. i w kolejnych miesiącach. Mogłoby temu sprzyjać powołanie międzyresortowego ciała eksperckiego – z możliwym udziałem specjalistów spoza sektora publicznego – które dokonałoby analizy reakcji WHO i jej członków na pandemię COVID-19, a także proponowanych przez WHO i ekspertów rozwiązań mających zapobiec powtórzeniu popełnionych już błędów. Wnioski z jego prac mogłyby następnie posłużyć do opracowania polskiego stanowiska negocjacyjnego.