



Reformy międzynarodowego systemu zarządzania zdrowiem publicznym

Szymon Zaręba

Dotychczasowe efekty starań o poprawę zdolności społeczności międzynarodowej do zapobiegania i reagowania na przyszłe pandemie pokazują, że państwa dostrzegają konieczność zwiększenia finansowania tych zdolności. Są jednak dużo mniej jednomyślne co do skali i kierunków zmiany obowiązujących regulacji w tej sferze, mimo że to niewystarczająco precyzyjnie sformułowane obowiązki i brak sankcji za ich niedopełnienie były główną przyczyną porażki działań mających powstrzymać rozprzestrzenienie się COVID-19. Dążeniom do reformy tych regulacji mogłoby służyć zacieśnienie współpracy UE i USA.

We wrześniu br. Dyrektor Generalny (DG) Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) stwierdził, że koniec pandemii COVID-19 jest bliski. Większość ekspertów ds. chorób zakaźnych twierdzi jednak, że w związku z m.in. znacznym wzrostem w ostatnich latach intensywności turystyki i handlu międzynarodowego światu grożą kolejne poważne wyzwania zdrowotne. Wskazują jako przykład ogłoszenie przez DG w lipcu najwyższego poziomu alarmowego WHO – stanu zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym (PHEIC) – w odniesieniu do epidemii małpiej ospy. Reakcja państw i WHO na pandemię pokazała jednocześnie niską wydolność systemu zarządzania zdrowiem publicznym: słabą skuteczność WHO, mało konkretne i pozbawione sankcji przepisy dotyczące zgłaszania informacji o zagrożeniach, duże różnice w zakresie dostępu państw do nowych leków i szczepionek. W ostatnich miesiącach społeczność międzynarodowa stara się więc dokonać reform tego systemu.

Główne inicjatywy. Najważniejsze działania przebiegają dwutorowo. Pierwsza ich część zmierza do poprawy finansowania systemu. Pod koniec maja br. członkowie WHO uchwalili stopniowe zwiększanie swoich obowiązkowych składek tak, by w latach 2030–2031 pokrywały 50% budżetu organizacji (obecnie to ok. 22%, a przeważająca większość wpłat jest dobrowolna i często są przeznaczone tylko na

konkretny cel). Nowe fundusze mają poprawić skuteczność działania organizacji borykającej się ciągle z brakiem środków na podstawową działalność (z tego powodu np. jeszcze w połowie 2022 r. zapobieganiem epidemiom zajmowało się w niej mniej niż 10 osób). W czerwcu br. dzięki zabiegom USA i UE udało się również powołać Fundusz Pośrednictwa Finansowego funkcjonujący pod egidą Banku Światowego i koordynowany przez WHO. Ma on zapewniać państwom o niskich i średnich dochodach finansowanie budowy podstawowych zdolności w zakresie zapobiegania i reagowania na zagrożenia zdrowotne. Zaczął działać na początku września i na razie dysponuje 1,4 mld dol. z datków państw i organizacji pozarządowych.

Druga grupa działań zmierza do zmiany obowiązującego stanu prawnego. W styczniu USA zainicjowały w WHO dyskusję o reformie do 2024 r. ustanowionych przez tę organizację w 2005 r. i wiążących wszystkich jej członków Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (IHR). Zmiana ma wyjść naprzeciw zarzutom o zbyt dużą pobłażliwość WHO wobec [Chin, które ukrywały informacje m.in. o tempie i skali zakażeń COVID-19](#). Propozycja USA zakłada nałożenie na państwa i WHO obowiązku dokonania w bardzo krótkim terminie (zwykle 24–48 godzin) m.in. oceny powagi zagrożenia, odniesienia się do propozycji pomocy czy odpowiedzi na prośbę o dodatkowe informacje. Przewiduje

też m.in. ograniczenie niektórych obowiązków, np. weryfikacji przez WHO danych uzyskanych od podmiotów pozarządowych z państwem, którego dotyczą, czy odbycia z nim konsultacji przed ogłoszeniem PHEIC. Zakłada także stworzenie pośredniego stanu alarmowego innego niż PHEIC i przyznanie dyrektorom sześciu regionalnych biur WHO prawa do ogłaszania stanów alarmowych o znaczeniu regionalnym. Pod koniec lutego rozpoczęły się natomiast negocjacje zaproponowanego przez UE [instrumentu służącego zapobieganiu i reagowaniu na pandemię](#), który też ma powstać do 2024 r. Z dotychczasowych rozmów wynika, że większość państw chce, by instrument przybrał formę wiążącą – [traktatu antypandemicznego](#). Jego pierwszy projekt, opublikowany w lipcu, ma dużo szerszy zakres niż nowelizacja IHR proponowana przez USA. Oprócz obowiązku monitorowania i informowania o zagrożeniach uwzględni m.in. transfer technologii, koordynację łańcuchów dostaw środków medycznych, walkę z dezinformacją, minimalizację zagrożeń odzwierzęcych (np. tzw. mokrych targów w Azji, gdzie handluje się dzikimi zwierzętami). Oprócz obu konkurencyjnych projektów należy też odnotować stworzenie w maju przez WHO 14-osobowego Stałego Komitetu ds. Zapobiegania, Gotowości i Reagowania w Sytuacjach Zagrożenia Zdrowotnego, który ma nadzorować program WHO dotyczący sytuacji kryzysowych i służyć DG radą w razie ogłoszenia PHEIC.

Wyzwania. Proponowane reformy stanowią krok w dobrym kierunku. O ile jednak inicjatywy dotyczące finansowania zakończyły się w dużej mierze powodzeniem, to próby zmiany otoczenia regulacyjnego napotykają poważne przeszkody. Podstawowym problemem są rozbieżne priorytety głównych zaangażowanych stron. USA kładą nacisk na zmianę IHR, a UE dąży do zawarcia traktatu antypandemicznego. Choć kilkakrotnie deklarowały współpracę przy reformach, ich działania sprawiają wrażenie prowadzonych bez wystarczającej koordynacji, czego dowodzi m.in. częściowe pokrywanie się przedmiotu obu planowanych regulacji. Obie inicjatywy spotkały się także z oporem części państw. Przeciw traktatowi wypowiedziały się np. Brazylia, Indie i Rosja, które preferują przyjęcie niewiążących rekomendacji. Wiele państw afrykańskich też było wobec niego sceptycznych, co część ekspertów odczytała jako próbę wymuszenia na państwach rozwiniętych jednoczesnych ustępstw w kwestii dzielenia się lekami i szczepionkami. Nowelizacja IHR wzbudziła jeszcze większą rezerwę – m.in. liczne państwa afrykańskie, w tym RPA, a także Chiny, Indie, Iran i Rosja wyrażały obawy, że w razie jej przyjęcia WHO będzie mogła ingerować w ich suwerenność pod naciskiem państw zachodnich. Dyskusja o kwestiach zdrowotnych staje się więc odbiciem istniejących różnic w postrzeganiu ładu międzynarodowego.

Wyzwaniem dla zmian otoczenia regulacyjnego jest też siła ruchów protestu w państwach demokratycznych

(m.in. Australii, Kanadzie, Niemczech, RPA, USA), które wyrosły z grup kontestujących reakcją państw na pandemię COVID-19. Uważają one negocjowane rozwiązania za zagrożenie dla demokracji w związku z przyznawaniem szerszych kompetencji WHO, instytucji nieodpowiedzialnej bezpośrednio przed obywatelami. Promują też teorie spiskowe, twierdząc np., że Konstytucja WHO ma uzyskać prymat nad konstytucjami krajowymi, albo że WHO będzie mogła sama zarządzać lockdowny w państwach członkowskich. Działalność tych ruchów może utrudnić zebranie politycznej większości w krajowych parlamentach, która jest konieczna do ratyfikacji ewentualnego traktatu. Świadczy o tym fakt, że choć nie został jeszcze nawet przyjęty jego tekst, w Wielkiej Brytanii w petycji zebrano już 150 tys. głosów przeciw, a w USA krytykowali go znani politycy republikańscy, m.in. Marco Rubio i Ted Cruz. Zbliżony problem dotyczy jednak także IHR – nawet jeśli zostaną zmienione, niechętnie państwa mogą odrzucić znowelizowane przepisy i pozostaną związane tylko ich obecną wersją (w USA decyzję mógłby jednak podjąć sam prezydent, a nie Senat, i dlatego administracja preferuje IHR).

Co więcej, nawet jeśli państwa uniwersalnie zaakceptują wynegocjowane zobowiązania niezależnie od ich formy (traktat czy IHR), nie ma pewności, że wszystkie będą chciały rzeczywiście je wypełniać. W tej kwestii wiele zależy od przekonania państw do konieczności współpracy albo od skutecznych sankcji, a tymczasem oba projekty przewidują jedynie powołanie ciał monitorujących ich przestrzeganie. Przykłady takich instytucji jak Rada Praw Człowieka ONZ pokazują, że nie zawsze jest to skuteczne rozwiązanie.

Wnioski. Ze względu na ogólny charakter projekt traktatu antypandemicznego na razie nie zapowiada, że będzie sprawnie przeciwdziałał nowym zagrożeniom. Traktat wymaga uszczegółowienia i wyposażenia w postanowienia możliwe do wyegzekwowania, chyba że równoległe sukcesem zakończy się nowelizacja IHR, która przewiduje takie rozwiązania. Wówczas traktat, mając dużo szerszy zakres, mógłby pełnić rolę uzupełniającą i wspierającą. Dotychczas jednak fakt częściowego pokrywania się obu projektów sugeruje potencjalne problemy dla spójności i skuteczności całego międzynarodowego systemu zarządzania zdrowiem publicznym. Dlatego wskazana byłaby w tej dziedzinie ściślejsza koordynacja działań USA i UE, a także wspólne poszukiwanie rozwiązań możliwych do zaakceptowania przez państwa globalnego Południa. Aktualna sytuacja wskazuje raczej, że porozumienie istnieje głównie na poziomie deklaracyjnym, a każdy z partnerów priorytetyzuje własną inicjatywę. W obliczu rosnącego stopnia dezinformacji, wyzwaniem – zwłaszcza dla krajów demokratycznych, w tym Polski – będzie walka z nią i wyjaśnienie społeczeństwu korzyści wynikających ze sprawniej działającego systemu zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym.