



## Zmiany regulacji WHO w zakresie międzynarodowych zagrożeń dla zdrowia publicznego

Szymon Zaręba

Rezultaty zakończonego w czerwcu br. corocznego posiedzenia Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHA) – głównego organu decyzyjnego WHO – są mieszane. Państwom udało się znowelizować przepisy dotyczące zapobiegania i reagowania na zagrożenia zdrowotne o wymiarze międzynarodowym. Nie osiągnęły jednak konsensusu co do traktatu antypandemicznego, którego negocjacje zostały przedłużone. Dokonane zmiany globalnego systemu zarządzania zdrowiem publicznym są zbyt pobieżne, by skutkować jego wymiernym wzmocnieniem, i konieczne będą dalsze działania.

**Główne osiągnięcie.** Sukcesem WHA było pomyślne [zakończenie rozpoczętych w 2022 r. negocjacji nowelizacji Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych \(IHR\) z 2005 r.](#), podstawowego zbioru norm regulujących zasady zapobiegania i reagowania na międzynarodowe zagrożenia zdrowotne. Zmiany IHR wejdą w życie i będą obowiązywać wszystkie państwa, o ile nie odrzucą ich w ciągu 18 miesięcy – dotąd sceptycyzm wyraziły Argentyna, Rosja i Słowacja.

Nowelizacja IHR wprowadziła kilka ważnych rozwiązań, wychodząc naprzeciw części zarzutów podniesionych przez organy WHO w procesie oceny reakcji społeczności międzynarodowej na pandemię COVID-19. Przede wszystkim ustanowiła nowy specjalny stopień alarmowy. Dotąd – [zgodnie z IHR – WHO mogła ogłaszać tylko stan zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym \(PHEIC\), bez względu na skalę zagrożenia.](#) Po zmianach w przypadku chorób stwarzających np. wysokie ryzyko szybkiego rozprzestrzeniania się między państwami albo znacznych zakłóceń społecznych lub gospodarczych będzie mogła zadeklarować dodatkowo zagrożenie pandemiczne. By poprawić wdrażanie IHR (mimo ich przyjęcia w 2005 r. nadal pozostawia ono wiele do życzenia), nowelizacja ustanowiła z kolei Komitet Państw-Stron, który ma wspierać w tym zakresie państwa, promować ich współpracę i świadczyć pomoc techniczną. Strony IHR (194 państwa WHO, Liechtenstein i Stolica Apostolska) mają też wyznaczyć

krajowe organy do spraw implementacji przepisów i walki z dezinformacją w dziedzinie zdrowia publicznego. Poprawki wprowadziły także zobowiązanie stron IHR do solidarności, równości i wzajemnego wspierania się w rozwijaniu zdolności służących walce z zagrożeniami zdrowotnymi, w tym dostępu do produktów medycznych i odnośnego finansowania. Ma w tym pomóc nowo utworzony Koordynujący Mechanizm Finansowy, identyfikujący potrzeby państw rozwijających się i zapewniający im dostęp do środków na rozwijanie tych zdolności.

Zmiany IHR są pozytywne, ale zbyt ograniczone, by wydatnie poprawić zdolność społeczności międzynarodowej do lepszego reagowania na poważne zagrożenia dla zdrowia publicznego. Stworzenie dwóch stopni alarmowych w miejsce jednego pozwoli WHO lepiej wpływać na zachowanie państw, skłaniając je do mniej lub bardziej zdecydowanej reakcji zależnie od rodzaju ogłoszonego alarmu, a ustanowienie specjalnych organów może w średnim terminie poprawić zakres wdrożenia IHR. Jednak rozwiązania z zakresu dostępu do produktów medycznych i wsparcia finansowego są zbyt ogólne, by stanowić jakościową różnicę, i nadal konieczne jest dokładniejsze uregulowanie tych kwestii w traktacie antypandemicznym. Wadą IHR pozostaje brak skutecznego mechanizmu egzekwowania ich postanowień i brak możliwości jednostronnego pozwania przed trybunał międzynarodowy

państwa naruszającego zobowiązania z IHR ([czego nie mogły zrobić m.in. USA podczas pandemii COVID-19 mimo posiadania zarzutów wobec Chin](#)). Choć część państw chciała, by nadzorowaniem przestrzegania IHR zajął się Komitet Państw-Stron, nie udało się to i strony sporów będą mogły nadal kierować je tylko do Dyrektora Generalnego WHO, czego nie robią, bo ze względów politycznych nie widzą szans powodzenia. Wbrew dążeniom części państw, zwłaszcza USA, nie doszło też do wprowadzenia ścisłych i krótkich terminów przekazywania informacji o zagrożeniach zdrowotnych ani do zniesienia obowiązku zachowania poufności informacji uzyskanych od państw przez WHO, co było [poważnym problemem podczas pandemii COVID-19](#).

**Dyskusja o traktacie antypandemicznym.** Trudno będzie o jakościowy przełom w globalnym zarządzaniu zdrowiem publicznym bez przyjęcia traktatu antypandemicznego. Państwom nie udało się jednak ustalić jego ostatecznej treści mimo starań [UE, jego głównej oredowniczkii](#). Powodem były głębokie podziały między państwami rozwiniętymi a rozwijającymi się. Choć wstępnie uzgodniono konieczność dekoncentracji produkcji szczepionek i leków w skali świata oraz wsparcia transferu technologii medycznych do państw rozwijających się, dyskusje o szczegółach utknęły w martwym punkcie. Głównym przedmiotem sporu jest planowany system PABS – obowiązkowego dzielenia się przez państwa rozwinięte produktami medycznymi z państwami rozwijającymi się w zamian za przekazywanie informacji o nowych patogenach. Projekt zakładał objęcie PABS – w przypadku pandemii – 20% całej produkcji m.in. szczepionek i leków, ale państwa rozwinięte są sceptyczne wobec tej liczby. Ich zastrzeżenia budzą też zasady finansowego wsparcia dla państw rozwijających się, [transferu technologii medycznych i know-how](#) oraz działania planowanych Globalnego łańcucha Dostaw i Sieci Logistycznej pod egidą WHO, które miałyby zapewniać równy dostęp państw do produktów medycznych. Państwa rozwijające się są z kolei mało entuzjastyczne wobec oparcia traktatu na koncepcji WHO „One Health”, która zakłada m.in. zwiększenie kontroli nad handlem zwierzętami, by zapobiegać rozprzestrzenianiu się wśród ludzi chorób odzwierzęcych (szacuje się, że 75% nowych chorób zakaźnych ma takie pochodzenie, m.in. grypa H1N1, ptasia grypa, COVID-19). Państwa te obawiają się kosztów działań regulacyjnych i negatywnych konsekwencji dla swojego sektora rolnego. Tak jak w przypadku IHR, w projekcie traktatu brak też aktualnie skutecznych mechanizmów egzekwowania jego przepisów, co może uczynić je martwymi.

Napięcia wokół traktatu omal nie doprowadziły do zakończenia tegorocznego posiedzenia WHA bez przyjęcia nowelizacji IHR. Udało się to tylko dzięki porozumieniu państw rozwiniętych (m.in. Francji, Niemiec, Nowej Zelandii, USA) i rozwijających się (zwł. Arabii Saudyjskiej, Indonezji, Kenii). Umożliwiło ono przekonanie grupy afrykańskiej do

akceptacji zmian IHR mimo nieprzyjęcia [traktatu antypandemicznego](#) (na którym państwem afrykańskim zależy najbardziej, głównie z uwagi na planowane mechanizmy dzielenia się przez państwa rozwinięte produktami farmaceutycznymi i technologiami medycznymi). Grupa państw z Afryki obawiała się, że państwa Zachodu – głównie z UE oraz Japonia, USA i Wielka Brytania – nie będą skłonne do dalszych negocjacji traktatu, jeśli ważne dla nich (zwłaszcza dla USA) poprawki do IHR zostaną przyjęte wcześniej. Ostatecznie zapadła decyzja o przedłużeniu rozmów o traktacie o rok, do posiedzenia WHA w maju 2025 r.

**Wnioski i perspektywy.** Nowelizacja IHR jest umiarkowanym sukcesem dyplomatycznym USA, które były głównym inicjatorem zmian, a także dowodem, że mimo napięć w stosunkach międzynarodowych państwa rozwijające się i rozwinięte są w stanie wypracować wspólne rozwiązania (podkreślały to m.in. UE i Chiny). Można zakładać, że państwa generalnie nie odrzucą nowelizacji i zmienione przepisy wejdą w życie w zdecydowanej większości z nich. Z tej grupy mogą jednak wyłamać się Rosja i Słowacja, co dla Polski oznaczałoby wyższe ryzyko zagrożeń zdrowotnych z ich strony, które trzeba byłoby uwzględnić w krajowym planie zapobiegania i reagowania na transgraniczne zagrożenia zdrowotne. Analizowane zmiany IHR stanowią jednak najmniejszy wspólny mianownik i nie są przełomowe. Globalny system zarządzania zdrowiem publicznym wymaga dalszego wzmocnienia, zwłaszcza w zakresie informowania o zagrożeniach i egzekwowania postanowień IHR.

Choć nie udało się zakończyć negocjacji traktatu antypandemicznego podczas WHA, jego przyjęcie jest konieczne dla utrzymania wiarygodności Zachodu wobec państw rozwijających się, które uzależniały od niego zgodę na zmianę IHR. Co więcej, ewentualne fiasko może skutkować masowym odrzuceniem przez te państwa poprawek do IHR, czyli powrotem do punktu wyjścia. Wobec mocno rozbieżnych stanowisk możliwe jest przyjęcie traktatu zawierającego mało konkretne zobowiązania i pozbawionego mechanizmów egzekwowania jego postanowień. Potencjalne zwycięstwo Donalda Trumpa w wyborach prezydenckich w USA może jednak doprowadzić do zerwania negocjacji lub wycofania się USA z traktatu (gdyby został uzgodniony wcześniej), a także skutkować ponownym opuszczeniem WHO przez USA zgodnie z postulatami wspierających Trumpa środowisk.

Wobec skromnej skali zmian IHR i niejasnych perspektyw traktatu (w tym jego skuteczności) wskazane byłoby prewencyjne podnoszenie przez Polskę własnych zdolności w zakresie zapobiegania zagrożeniom dla zdrowia publicznego o wymiarze międzynarodowym (przez wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej w tej sferze). Pożądane byłoby też dążenie do poprawy zdolności w ramach UE, np. w zakresie wytwarzania leków i szczepionek w Unii oraz zwiększania spójności regulacji dotyczących kontroli chorób zakaźnych.