



Porozumienie pandemiczne – cenny kompromis w trudnym czasie dla WHO

Szymon Zaręba

Choć wynegocjowane pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) porozumienie pandemiczne (PP) może poprawić zbiorową odporność państw na zagrożenia zdrowotne oraz dostęp do leków, szczepionek i materiałów diagnostycznych, jego kluczowe postanowienia mają jeszcze zostać doprecyzowane w oddzielnym załączniku. Dla Polski korzystne byłoby silniejsze zaangażowanie w jego negocjacje. Jednocześnie sytuacja finansowa WHO będzie w przyszłości wymagać od państw zwiększenia wydatków na jej poprawę.

Główne efekty rozmów. Kluczowym rozwiązaniem w przyjętym 20 maja br. PP jest tzw. mechanizm PABS (skrót od Pathogen Access and Benefit-Sharing). W jego ramach państwa mają obowiązek dzielić się szybko i nieodpłatnie próbkami i informacjami cyfrowymi o wirusach i bakteriach o potencjale pandemicznym. W zamian korzystający z tych danych producenci leków, szczepionek i materiałów diagnostycznych mają przekazywać WHO w trakcie pandemii do 20% bieżącej produkcji – 10% w formie darowizn i do 10% po przystępnej cenie. WHO ma je rozdzielać według potrzeb, zwłaszcza państwom rozwijającym się, za pośrednictwem sieci logistycznej również utworzonej w ramach PP. To rozwiązanie budziło duże opory państw globalnej Północy z silnymi sektorami farmaceutycznymi, bo wiązało się ze spadkiem zysków, ale ostatecznie zostało przevorsowane przez państwa Południa. Niemniej szczegóły działania mechanizmu mają być jeszcze doprecyzowane przez strony w załączniku do porozumienia, bez którego nie będzie ono mogło być otwarte do podpisu i ratyfikowane.

PP obejmuje dwie główne grupy zobowiązań. Pierwsze mają zwiększyć odporność państw na kryzysy zdrowotne, w tym pandemię, a więc działać prewencyjnie. Jest to m.in. zapewnienie wielosektorowego nadzoru nad zagrożeniami zdrowotnymi, wzmacnianie podstawowej opieki zdrowotnej, wdrożenie opracowanej przez WHO koncepcji „Jedno Zdrowie”, która wymaga m.in. polepszenia

warunków sanitarnych i weterynaryjnych handlu zwierzętami w celu ograniczenia przenoszenia się na ludzi chorób odzwierzęcych. Druga grupa obowiązków ma służyć poprawie reagowania na pandemię. Mowa np. o wspieraniu dekoncentracji produkcji leków i szczepionek w skali świata oraz transferu technologii do państw rozwijających się, a także zwiększaniu odporności łańcuchów dostaw. Realizację wszystkich wymogów ma wspierać utworzony przez PP Koordynacyjny Mechanizm Finansowy, korzystający głównie z dobrowolnych wpłat państw, sektora farmaceutycznego i podmiotów pozarządowych.

PP wychodzi też naprzeciw problemom wynikającym z dezinformacji wymierzonej w WHO, a zwłaszcza odpowiada na zarzuty, że organizacja dąży do pozbawienia suwerenności jej członków. Odpowiedni przepis wprost wskazuje, że PP nie przyznaje sekretariatowi ani dyrektorowi generalnemu WHO kompetencji do tworzenia lub zmiany krajowego prawa albo nakazywania państwom podjęcia takich działań, jak np. zakazy podróżowania, obowiązek szczepień czy wdrażanie lockdownów.

Okoliczności przyjęcia. Porozumienie zostało przyjęte w trudnym momencie dla WHO. Ogłoszone 20 stycznia br. [wycofanie się USA](#) na tyle uderzyło w jej sytuację finansową, że według sekretarza generalnego jest to największy kryzys w prawie 80-letniej historii WHO. Z wkładem ok. 1,3 mld dol. Stany Zjednoczone były największym płatnikiem,

pokrywającym ok. 20% budżetu WHO (w latach 2023–2024 wynosił ok. 6,9 mld dol.). Wycofanie się USA oznaczało też zakończenie wymiany informacji o zagrożeniach zdrowotnych, współpracy z amerykańskimi agencjami i wykorzystywania ich specjalistów jako ekspertów. Dodatkowo [wstrzymanie przez administrację USA pomocy w ramach USAID](#) uszczupliło budżety wielu organizacji pozarządowych, które także zmniejszyły wsparcie dla WHO.

W reakcji na problemy finansowe WHO już ograniczyła liczebność wyższej kadry zarządzającej o 50%, zaczęła zamykać biura w części państw, zwłaszcza zamożniejszych, i ograniczać działalność wydawniczą. Zmniejszyła też planowany na lata 2026–2027 łączny budżet z 7,4 do 6,2 mld dol., w tym podstawowe wydatki z 5,3 do 4,2 mld dol. Finansowanie centrali w Genewie ma być obcięte o 25%, a działań we wszystkich regionach – o 14%. Najbardziej odbije się to na największym odbiorcy w liczbach bezwzględnych – Afryce, do której trafi 150 mln dol. mniej niż dotąd. Cięcia spowodują m.in. ograniczenia programów walki z chorobami zakaźnymi (np. polio, gruźlica) i szkoleń personelu medycznego w państwach rozwijających się. Do przyszłego roku przełożą się też prawdopodobnie na redukcję o 20% zatrudnienia w całej WHO (dotąd ok. 9,5 tys. osób) i aż o 40% w centrali. Problemy finansowe WHO mogą utrudnić wdrażanie PP, bo państwa i organizacje pozarządowe mogą preferować już działające programy.

Decyzja USA o wystąpieniu z WHO, połączona z ich rezygnacją z udziału w negocjacjach PP, paradoksalnie przyczyniła się jednak do ułatwienia rozmów, bo Stany Zjednoczone były jednym z państw hamujących ich postępy. Nie spełniły się więc obawy części ekspertów, że wobec wycofania się USA pozostałe państwa zrezygnują z przyjęcia tej umowy. Nie nastąpiła też fala wystąpień innych członków, poza Argentyną 5 lutego br.

Dalsze działania i perspektywy. By poprawić stabilność finansową organizacji, jej członkowie zgodzili się pod koniec maja br. podnieść o 20% swoje obowiązkowe wkłady do budżetu. Nie zapełni to jednak luki spowodowanej wycofaniem się USA, co wynika z faktu, że obowiązkowe składki stanowią niedużą część łącznych środków, które wydaje WHO, np. w latach 2024–2025 było to nie więcej niż 25%. Resztę zapewniają dobrowolne wpłaty państw i niepaństwowych darczyńców, w blisko 90% przeznaczone na konkretne cele, bez możliwości przesunięć. Decyzja członków jest zgodna z deklarowanym przez WHO kilka lat wcześniej celem, by w latach 2030–2031 obowiązkowe wpłaty stanowiły już ok. 50% jej funduszy. Zapewniłoby to większą odporność na gwałtowne zmiany polityczne, umożliwiając w razie potrzeby przekierowanie środków na kluczowe programy, takie jak reagowanie w sytuacjach nadzwyczajnych, np. na epidemie mogące nabrać wymiaru międzynarodowego, lub opracowywanie wytycznych w zakresie leczenia i szczepień.

Jednocześnie wsparcie zwiększa część państw, np. w maju 2025 r. Szwajcaria (gdzie mieści się siedziba WHO)

zadeklarowała dodatkowe 80 mln dol., Szwecja 13,5 mln dol., a Chiny aż 0,5 mld dol., ale rozłożone na 5 lat. ChRL stanie się po odejściu USA największym płatnikiem do budżetu WHO i może chcieć przy tym zwiększyć swoje wpływy – sygnalizować może to także jej rekordowa, ponad 180-osobowa delegacja na doroczną sesję Światowego Zgromadzenia Zdrowia w Genewie. Jak dotąd Chiny preferowały jednak wsparcie dwustronne, m.in. realizowane w ramach [inicjatywy Zdrowotnego Jedwabnego Szlaku](#), nie wykazując ambicji, by dorównać USA we wsparciu formatów wielostronnych.

Państwa założyły, że rozmowy dotyczące załącznika do PP, który ma określać zasady działania PABS, potrwać do maja przyszłego roku. Może to okazać się terminem zbyt optymistycznym, bo kwestie dotyczące PABS powodują silne spory między globalnym Południem i Północą. Tymczasem od kształtu tego załącznika będzie zależeć, czy do PP przystąpi duża grupa państw. Choć jego założenia przyjęto w drodze konsensusu, pod koniec negocjacji sceptycyzm wyrażało kilkanaście krajów, m.in. Bułgaria, Iran, Izrael, Rosja, Słowacja i Włochy. Głównie krytykowały one właśnie odłożenie ważnych zagadnień do czasu negocjacji treści załącznika.

Wnioski i rekomendacje. Przyjęcie PP jest pośrednim wyrazem przekonania większości członków WHO, że nie ma lepszej alternatywy dla tej organizacji. [To pod jej egidą toczyły się negocjacje](#) i jej zostało powierzone koordynowanie wdrażania PP. Część zobowiązań – zwłaszcza w zakresie reagowania na pandemię – jest ujęta mało precyzyjnie, więc zainteresowanym państwom (w tym wypadku głównie rozwijającym się) może być trudno je wyegzekwować. Obowiązki dotyczące zapobiegania pandemiom dawałyby jednak Polsce, innym państwom rozwiniętym i UE możliwość nacisku na kraje rozwijające się, by podnosiły standardy w zakresie ochrony weterynaryjnej i sanitarnej oraz opieki zdrowotnej. Zmniejszyłoby to ryzyko nowych poważnych zagrożeń zdrowotnych w wymiarze międzynarodowym, które wzrosło wraz ze spadkiem finansowania m.in. programów WHO w Afryce. Problemem w realizacji PP może być oparty głównie na dobrowolności system finansowania jego wdrażania.

Z perspektywy Polski wskazane byłoby wywieranie nacisku na WHO, by ograniczała wydatki na działania w niewielkim stopniu wymagające współpracy międzynarodowej, np. programy dotyczące chorób cywilizacyjnych, i koncentrowała się na zwalczaniu głównych chorób zakaźnych i reagowaniu kryzysowym. Korzystne, m.in. z perspektywy krajowego sektora farmaceutycznego, byłoby też aktywne zaangażowanie w negocjacje załącznika określającego szczegóły działania PABS. Mogłoby to zapobiec nadmiernemu obciążeniu tego mechanizmu rozwiązaniami regulacyjno-administracyjnymi i zagwarantować dostęp do niego także mniejszym producentom na odpowiednio elastycznych zasadach.