

Zmiany w prawie
międzynarodowym
projektowane przez
**ŚWIATOWĄ
ORGANIZACJĘ
ZDROWIA**

Projekt „traktatu antypandemicznego”

Zmiany międzynarodowych przepisów zdrowotnych (IHR)

Zmiany w konwencji FCTC

INSTYTUT ARCHE

Analiza prawna i ekonomiczna

Warszawa, 6 października 2023 r.

SPIS TREŚCI

GŁÓWNE TEZY	4
UWAGI WPROWADZAJĄCE	7
I. TRAKTAT ANTYPANDEMICZNY	11
1. OPIS PROBLEMU	11
1.1. STAN PRAC	11
1.2. ZDIAGNOZOWANE PROBLEMY	12
2. ROZWIĄZANIA ALTERNATYWNE	13
2.1. PROPOZYCJE ZMIAN	13
2.2. PRZEWIDYWANE KORZYŚCI	13
3. STANOWISKO POLSKI WOBEC NEGOCJACJI	14
II. ZMIANY W MIĘDZYNARODOWYCH PRZEPISACH ZDROWOTNYCH (IHR 2005)	15
1. OPIS PROBLEMU	15
1.1. STAN PRAC	15
1.2. ZDIAGNOZOWANE PROBLEMY	15
2. ROZWIĄZANIA ALTERNATYWNE	16
2.1. PROPOZYCJE ZMIAN	16
2.2. PRZEWIDYWANE KORZYŚCI	16
2.3 STANOWISKO POLSKI WOBEC NEGOCJACJI	17

III. PROBLEMY W ZWIĄZKU Z FUNKCJONOWANIEM I MOŻLIWYMI ZMIANAMI TRAKTATU FCTC	17
1. OPIS PROBLEMU	17
1.1. WPROWADZENIE	17
1.2. ZDIAGNOZOWANE PROBLEMY	17
2. ROZWIĄZANIA ALTERNATYWNE	21
2.1. PROPOZYCJE ZMIAN	21
2.2. PRZEWIDYWANE KORZYŚCI	22
3. STANOWISKO POLSKI WOBEC MOP 3	22
KONKLUZJE I REKOMENDACJE	23
WYKAZ WYKORZYSTANYCH ŹRÓDEŁ I LITERATURY	24
ŹRÓDŁA	24
BIBLIOGRAFIA	25
POZOSTAŁE	26

GLÓWNE TEZY

- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) **opiera finansowanie na kontrybucjach obowiązkowych państw członkowskich oraz kontrybucjach dobrowolnych**, które w praktyce mogą pochodzić od dowolnego podmiotu rządowego czy prywatnego.
- Wysokość kontrybucji obowiązkowych wyliczana jest na podstawie PKB danego kraju, co oznacza proporcjonalnie wyższy wkład dużych, bogatych państw. Wraz z wymiarem składki pochodzącej od jednego podmiotu rośnie jednak stopień, w jakim organizacja jest od niego uzależniona.
- Kontrybucje dobrowolne odpowiadają za 80% budżetu organizacji, co wystawia WHO na ryzyko poddania jej wpływowi pojedynczych państw oraz podmiotów prywatnych działających na rzecz partykularnych interesów.
- W ostatnich latach szczególnie widoczny jest wyraźny wzrost kontrybucji do WHO ze strony Chin: w okresie pomiędzy 2014 a 2023 r. przekracza on 50%. Chiny są dzisiaj drugim co do wielkości darczyńcą WHO. Wyprzedzają je tylko Stany Zjednoczone.
- Poważne kontrowersje budzi transparentność prac nad aktami prawnymi projektowanymi w ramach struktur WHO. Projekty proponowanych rozwiązań prawnych są dostępne tylko fragmentarycznie, brak jest szerokiej międzynarodowej debaty nad proponowanymi zmianami. Ich znaczenie jest duże, bo propozycje prezentowane przez WHO dotyczą aktów prawa międzynarodowego, które mogą uzyskać moc wiążącą.
- **Wątpliwości budzi tryb powoływania ciał eksperckich funkcjonujących w ramach struktury WHO oraz stworzonego z inicjatywy Organizacji pierwszego międzynarodowego traktatu w zakresie zdrowia publicznego, Ramowej Konwencji na rzecz Ograniczenia Użycia Tytoniu (*Framework Convention on Tobacco Control, FCTC*), w tym sposób zgłaszania i prezentacji kandydatur na ich członków oraz sposób prowadzenia głosowań dotyczących ich wyboru.** W praktyce o ich powołaniu decyduje Dyrektor Generalny Organizacji. Rekomendacje tworzone przez te organy są często automatycznie powielane przez administrację państw-stron, a także wytyczają kierunki rozwoju prawa międzynarodowego.
- Po ogłoszeniu przez WHO zakończenia pandemii COVID-19, na forum Organizacji **rozpoczęły się zakrojone najszerzej od blisko dwóch dekad prace nad nowymi instrumentami prawa międzynarodowego.** Powstaje projekt „traktatu antypandemicznego”, a równolegle opracowywane są zmiany w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych, w tym w konwencji FCTC.
- Dlatego tak istotny jest **stały monitoring rozwiązań proponowanych przez WHO**, w tym tworzonych przez Organizację instrumentów prawnych. Powinien on uwzględniać interesy Rzeczypospolitej Polskiej, w tym wpływ projektowanych aktów prawnych na polską gospodarkę oraz na zdrowie publiczne w naszym kraju.

Projekt „traktatu antypandemicznego”

- WHO w grudniu 2021 r. wyszła z inicjatywą zaprojektowania i przyjęcia „**konwencji, umowy lub innego instrumentu prawa międzynarodowego**” mającego na celu wzmocnienie mechanizmów „**zapobiegania, gotowości i reagowania na pandemię**”. Ma to być **druga, po FCTC, umowa międzynarodowa dotycząca zdrowia publicznego** przyjęta z inicjatywy WHO.
- Chociaż cel przyjęcia traktatu nie budzi wątpliwości, w debacie publicznej podniesiono szereg zastrzeżeń dotyczących proponowanych rozwiązań, które mogą przyznać WHO szerokie kompetencje w zakresie koordynacji polityki zdrowotnej na poziomie globalnym i zarządzania procesami polityki publicznej w szeregu obszarów.
- Projekt zawiera propozycję przyjęcia rozbudowanych regulacji dotyczących planowanej polityki „Jednego zdrowia” (*One Health Policy*), której głównym założeniem jest powiązanie ochrony zdrowia ludzi ze zdrowiem zwierząt i roślin oraz stanem szeroko pojętego środowiska naturalnego. Chociaż niekwestionowany jest związek zdrowia zwierząt i ludzi w kontekście rozprzestrzeniania chorób zakaźnych, proponowane rozwiązania mogą wykraczać poza planowany zakres regulacji traktatu. W praktyce mogą też znacząco poszerzyć zakres oddziaływania WHO poprzez wykreowanie instrumentów oddziaływania na prawodawstwo i politykę społeczną dalece wykraczających poza obszar polityki zdrowotnej, który podejmuje organizacja.
- W założeniach do traktatu nie zostało sprecyzowane, w jaki sposób ma funkcjonować projektowany mechanizm wzajemnej kontroli państw-stron. Jego egzekwowanie może budzić zasadnicze kontrowersje w świetle zasady równości państw obowiązującej w prawie międzynarodowym publicznym.
- Przewidziana w projekcie zasada międzynarodowych zamówień produktów leczniczych i wyrobów medycznych nie w pełni sprawdziła się na forum Unii Europejskiej. Tym większe wątpliwości budzi jej wdrożenie na poziomie globalnym w odniesieniu do państw-stron międzynarodowej konwencji. Ponadto negocjacje zamówień w imieniu grupy państw stwarzają dodatkowe pole do nadużyć ze strony polityków i urzędników. System „międzynarodowych łańcuchów dostaw” zarządzanych przez Światową Organizację Zdrowia powinien być traktowany co najwyżej jako uzupełnienie lokalnej produkcji produktów leczniczych opartej na zamówieniach publicznych realizowanych przez poszczególne państwa lub organizacje regionalne.
- Projekt winien zostać zmodyfikowany w kierunku zapewnienia jego zgodności z Konstytucją RP. W przeciwnym wypadku, jeśli ograniczona lub wyłączona zostanie możliwość składania zastrzeżeń do traktatu – co rozważają jego autorzy – władze Rzeczypospolitej Polskiej powinny rozważyć zasadność ratyfikacji tej umowy międzynarodowej.
- Nie jest jasne, czy stanowisko Polski w procesie negocjacyjnym zostało w klarowny sposób zdefiniowane. Odpowiedzi na wnioski o udzielenie informacji publicznej oraz interpelację poselską, skierowane do Ministerstwa Zdrowia, zawierają jedynie ogólne informacje dotyczące poparcia dla głównych założeń projektowanego instrumentu.

Możliwe zmiany w konwencji FCTC

- Ramowa Konwencja o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (FCTC), która weszła w życie w 2005 r., była pierwszym instrumentem traktatowym stworzonym z inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia. Praktyka jej stosowania pokazała bardzo istotną rolę stałych ciał traktatowych, w tym sekretariatu konwencji i grup eksperckich, w procesie jej interpretacji, oraz w zakresie inicjatywy jej zmian. Konwencja FCTC była punktem wyjścia dla bezsprzecznie potrzebnych Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych. Jej wdrażanie i egzekwowanie jednak ewoluowało. Praktyka tworzenia rekomendacji i wytycznych przez ciała eksperckie FCTC odbiega jednak od standardów europejskich i może prowadzić do nadużyć. Zastrzeżenia budzi też sam tryb negocjacji zmian w traktacie.
- Proponowane w Traktacie zmiany nie dotyczą przeciwdziałania palenia papierosów - chociaż do tego Traktat został ustanowiony. Co więcej, dodatkowymi, utopijnymi postulatami WHO w dokumencie jest całkowity zakaz reklamy (tzw.TAPS), który wychodzi poza jakiegokolwiek ramy, przyjęte w państwach demokratycznych. Propozycje zakładają również zakaz produkcji i sprzedaży e-papierosów smakowych czy saszetek z nikotyną, które obecnie są legalnym towarem na rynkach m.in. UE.
- Agenda spotkania COP w Panamie przewiduje dyskusję na temat wprowadzenia przepisów, które miałyby nie tylko wykluczyć możliwość reklamy tytoniu, ale w ogóle wykluczyć możliwość prezentowania tytoniu w przestrzeni publicznej, w tym w dobrach kultury takich jak filmy. Takie rozwiązanie budzi oczywiste wątpliwości co do jego efektywności oraz proporcjonalności względem założonego celu.
- Bezpośredni wpływ na polską gospodarkę może mieć także przebieg spotkania państw-stron Protokołu o Wylimitowaniu Nielegalnego Obrotu Produktami Tytoniowymi, podczas którego dyskutowane mają być istotne zmiany w polityce akcyzowej. Z informacji medialnych wynika, że Polska mogłaby być reprezentowana podczas spotkania jedynie przez przedstawicieli Unii Europejskiej.
- Biorąc pod uwagę znaczący wpływ zmian w traktacie na polską gospodarkę, delegacja polskiego rządu uczestnicząca w spotkaniu COP powinna obejmować nie tylko przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, ale także innych resortów, w tym Ministerstwa Finansów i Ministerstwa Rolnictwa.
- Dotychczasowe doświadczenia w zakresie wdrażania norm traktatowych wskazują na bardzo zróżnicowany poziom implementacji zawartych w nim norm przez poszczególne państwa-strony, w tym w szczególności brak pełnego wdrożenia przepisów traktatu przez Chińską Republikę Ludową. Zróżnicowanie poziomu implementacji tej umowy międzynarodowej może wpływać niekorzystnie na gospodarkę krajów, które dostosowały w pełni porządek prawny do jej wymogów.
- Szerokiej oceny z wykorzystaniem aparatu naukowego wymaga wpływ instrumentów FCTC na zmniejszenie liczebności populacji osób z powodu korzystania z wyrobów tytoniowych. Wymaga to także odniesienia się do doświadczeń państw trzecich prowadzących zróżnicowane polityki w tym zakresie. Taka szeroka międzynarodowa debata powinna poprzedzać dyskusję o zmianach w postanowieniach traktatu.

Zmiany w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych (IHR)

- Równoległe przedstawiony został projekt zmian w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych (*International Health Regulations*, IHR), których podstawowym celem jest umocnienie roli WHO w światowym systemie ochrony zdrowia.
- Projektowane rozwiązania mogą doprowadzić do faktycznego uzależnienia polityki rządów państw członkowskich WHO od decyzji zapadłych na forum tej organizacji. Nadają bardzo szerokie kompetencje Dyrektorowi Generalnemu WHO, który w przypadku stwierdzenia „stanu zagrożenia zdrowia publicznego” będzie uprawniony do wydawania decyzji wpływających bezpośrednio na politykę zdrowotną państw członkowskich, zakres udzielanej przez nie ochrony patentowej produktów leczniczych oraz funkcjonowanie łańcuchów dostaw.
- Zdziwienie i konsternację budzi propozycja wykreślenia godności człowieka z katalogu wartości, jakimi WHO powinna się kierować przy wdrażaniu przepisów. Trudno znaleźć uzasadnienie dla takiego posunięcia, ponieważ ta wartość prawna jest szeroko ugruntowana w porządku prawa międzynarodowego i nie była dotychczas kwestionowana.
- W toku renegocjacji IHR oraz negocjacji traktatu antypandemicznego państwa członkowskie UE są reprezentowane przez organy Unii Europejskiej. Budzi to poważne wątpliwości w świetle faktu, że zadania publiczne z zakresu polityki zdrowotnej mieszczą się w zakresie kompetencji własnych państw członkowskich UE.

UWAGI WPROWADZAJĄCE

1 grudnia 2021 r. podjęto decyzję o powołaniu grupy roboczej mającej na celu negocjacje tzw. „traktatu antypandemicznego”. Decyzja o podjęciu prac była umotywowana doświadczeniami pandemii COVID-19, która ujawniła szereg słabości globalnego systemu ochrony zdrowia. Na drugiej w historii specjalnej sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia przyjęto decyzję „The World Together”, na mocy której ustanowiono Międzyrządowe Ciało Negocjacyjne. Jego zadaniem jest przygotowanie projektu nowego instrumentu prawnego¹.

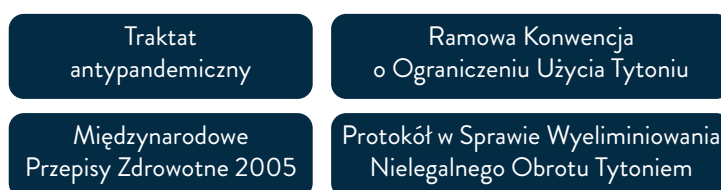
Równoległe toczą się prace nad ponad 300. poprawkami do Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych z 2005 r.². Podobnie jak w przypadku „traktatu antypandemicznego”, punktem wyjścia dla prowadzonych prac był wybuch pandemii COVID-19.

1 *World Health Assembly agrees to launch process to develop historic global accord on pandemic prevention, preparedness and response*, <https://www.who.int/news/item/01-12-2021-world-health-assembly-agrees-to-launch-process-to-develop-historic-global-accord-on-pandemic-prevention-preparedness-and-response>, dostęp: 7 lipca 2023 r.

2 *Countries begin negotiations on global agreement to protect world from future pandemic emergencies*, <https://www.who.int/news/item/03-03-2023-countries-begin-negotiations-on-global-agreement-to-protect-world-from-future-pandemic-emergencies>, dostęp: 7 lipca 2023 r.

W ten sam kontekst wpisuje się także planowana agenda międzyrządowych spotkań COP 10 oraz MOP 3 w Panamie dotyczących Ramowej Konwencji o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) oraz Protokołu w Sprawie Wyeliminowania Nielegalnego Obrotu Tytoniem³.

Zmiany proponowane przez WHO

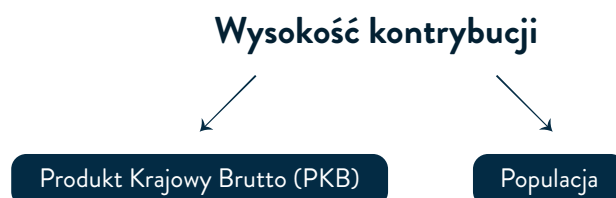


BRAK TRANSPARENTNOŚCI

Wszystkie trzy przedsięwzięcia łączy brak transparentności prac organów międzynarodowych. Istnieją podstawy, żeby przewidywać, że w efekcie przyjęcia nowych instrumentów prawa międzynarodowego dojdzie do centralizacji kompetencji w ramach wąskiej grupy urzędników kosztem państw-stron danego traktatu, a w konsekwencji ograniczenie poziomu ich suwerenności w zakresie polityki zdrowotnej i w szeregu obszarów mających z nią związek.

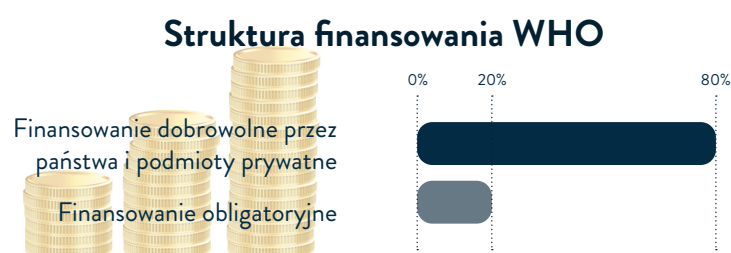
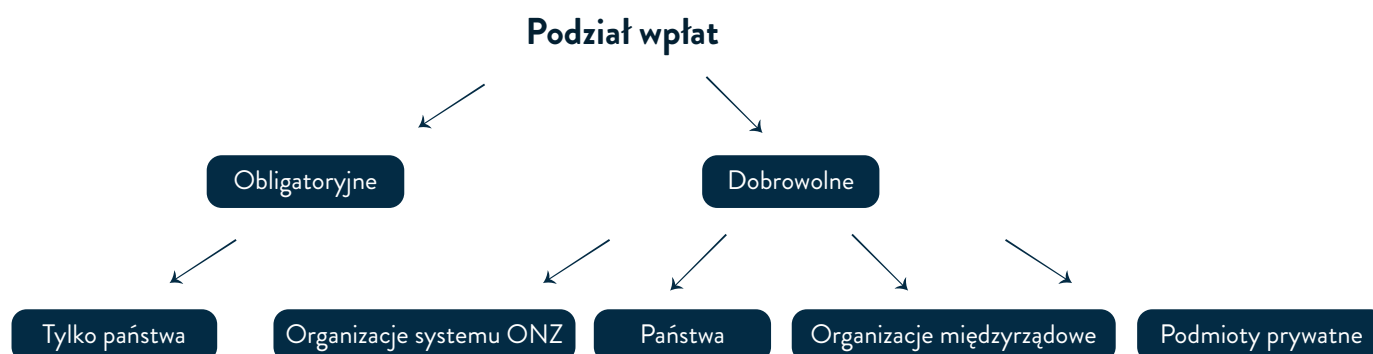
Zastrzeżenia dotyczące finansowania WHO

Źródła finansowania WHO obejmują składki obowiązkowe, pochodzące od państw (assessed contributions), oraz wpłaty dobrowolne (voluntary contributions), pochodzące zarówno od państw, organizacji systemu ONZ, organizacji międzyrządowych, jak i podmiotów prywatnych. Pierwsza kategoria odpowiada za mniej niż 20% finansowania⁴, co w praktyce oznacza, że organizacja jest uzależniona od składek dobrowolnych. Wysokość kontrybucji każdego państwa jest uzależniona m.in. od jego PKB i populacji. W związku z tym, do krajów przekazujących najwyższe kontrybucje na rzecz WHO należy Chińska Republika Ludowa.



3 Panama to host the upcoming COP10 to the WHO FCTC and the MOP3 to the Protocol, <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/17-11-2022-panama-host-upcoming-cop10-mop3>, dostęp: 7 lipca 2023 r.

4 How WHO is funded, <https://www.who.int/about/funding>, dostęp: 7 lipca 2023 r.



Wątpliwości budzą też obowiązujące standardy dotyczące relacji z prywatnymi podmiotami finansującym działalność WHO. Organizacja może przyjmować darowizny od podmiotów prywatnych, których działalność nie jest związana z WHO – pod warunkiem, że nie są zaangażowane w żadną działalność niezgodną z misją WHO lub nie mają bliskich powiązań z żadnym podmiotem prowadzącym taką aktywność. WHO nie może jednak przyjmować ani zabiegać o finansowanie ze strony podmiotów prywatnych, które same lub poprzez powiązane spółki mają bezpośredni interes komercyjny w wyniku projektu, na który zostaną przekazane środki finansowe – chyba że zostaną one zatwierdzone zgodnie z przepisami dotyczącymi badań klinicznych lub rozwoju produktów.

WHO może przyjmować wkłady finansowe od podmiotów prywatnych mających pośredni interes komercyjny w wyniku projektu, ale tylko przy zachowaniu zdefiniowanych przez organizację wymogów ostrożności⁵. W praktyce oznacza to, że Światowa Organizacja Zdrowia akceptuje pewien poziom ryzyka niepożądanego wpływu na projekt ze strony podmiotów prywatnych.

Wątpliwości co do transparentności procesu powoływania ciał eksperckich WHO

Trzeba też wskazać na dążenia do rozbudowy kompetencji decyzyjnych, które charakteryzują na przestrzeni ostatnich dekad znaczną część organizacji międzynarodowych oraz ich organów, w tym Światową Organizację Zdrowia. Ogromną rolę odgrywają sekretariaty przygotowujące robocze dokumenty negocjacyjne⁶. W ten sposób WHO może stawać się w praktyce raczej stroną negocjacji, a nie ich moderatorem.

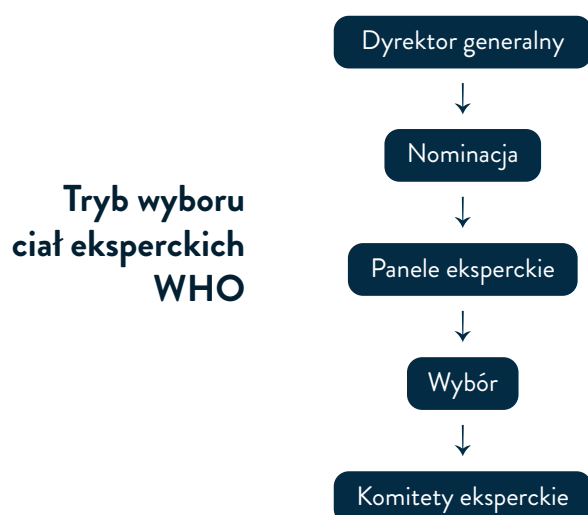
⁵ WHO, *Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*, b.m.w. 2020, s. 122-123.

⁶ Np. *Conceptual zero draft for the consideration of the Intergovernmental Negotiating Body at its third meeting*, https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb3/A_INB3_3-en.pdf, dostęp: 7 lipca 2023 r.

Bardzo dużą rolę w procesie aplikacji prawa mają też grupy robocze i ciała eksperckie, które formułują rekomendacje i wytyczne niejednokrotnie wykraczające poza zakres regulacji traktatowej i budzące kontrowersje. Choć nie budzi wątpliwości sam model, w którym organy eksperckie wydają szczegółowe zalecenia dotyczące stosowania traktatów, szeroka debata toczy się wokół sposobu powoływania członków tych gremiów oraz zarzutów pozorności procesu ich nominacji.

Tryb wyboru ekspertów do odpowiednich paneli oraz komitetów jest uregulowany dość ogólnie, a wytyczne dotyczące kreacji składów osobowych są nieprecyzyjne. Wątpliwość może budzić już fakt uwzględnienia przy obsadzaniu komitetów eksperckich czynników całkowicie niemytarycznych⁷. Największe zastrzeżenia wiążą się jednak z pozostawieniem nominacji członków paneli eksperckich, a także komitetów eksperckich, do wyłącznej decyzji Dyrektora Generalnego.

Członkami komitetów mogą być tylko członkowie paneli, a zatem występuje bardzo silna zależność personalna między Dyrektorem Generalnym a poszczególnymi ekspertami. W przypadku powołań do paneli eksperckich, gdzie istnieje obowiązek konsultacji z władzami krajowymi, nie jest w żaden sposób określone, czy konsultacje te są wiążące. Również przedłużenie kadencji eksperta leży w gestii Dyrektora Generalnego.



W praktyce system w tak dużym stopniu uzależniający pozycję eksperta od rozstrzygnięć Dyrektora Generalnego może stanowić poważne zagrożenie dla pluralizmu naukowego i bezstronności ciał eksperckich. Ma to tym większe znaczenie, że WHO wydaje zalecenia realizowane przez większość państw świata, a przesłanki przemawiające za takim, a nie innym składem eksperckim, oraz sam proces nominacji powinny być maksymalnie transparentne.

Wskazać również należy, że organizacje pozarządowe pozostające w oficjalnych stosunkach z WHO mogą zostać zaproszone do zgłoszenia swoich przedstawicieli przy danym Komitecie eksperckim⁸. Stwarza to potencjalne pole do lobbyingu, który nie musi pozostawać w zgodzie z dobrem wspólnym. Dotyczy to także FCTC, w ramach której decyzje podejmowane są w sposób nietransparentny, a dostęp do danych, na których zostały oparte, jest znacznie utrudniony.

7 WHO, *Basic documents...*, op. cit., s. 155-158.

8 Ibidem, s. 157.

I. TRAKTAT ANTYPANDEMICZNY

1. OPIS PROBLEMU

1.1. STAN PRAC

W drugiej połowie listopada 2022 r. została przedstawiona pierwsza wersja robocza proponowanej regulacji⁹. W czerwcu 2023 r. przedstawiona została najnowsza wersja traktatu negocjowana w ramach Międzynarodowego Ciała Negocjacyjnego¹⁰. Efekty prac mają być przedstawione na 77. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia¹¹.



Źródło: WHO

9 Conceptual zero draft for the consideration of the Intergovernmental Negotiating Body at its third meeting, https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb3/A_INB3_3-en.pdf, dostęp: 07 lipca 2023 r.

10 Bureau's text of the WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response (WHO CA+), https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb5/A_INB5_6-en.pdf, dostęp: 07 lipca 2023 r.

11 INB process, <https://inb.who.int/home/inb-process>, dostęp: 07 lipca 2023 r.

1.2. ZDIAGNOZOWANE PROBLEMY

Wątpliwości budzą założenia polityki „jednego zdrowia” (ang. one health)¹². Ma ona polegać na zintegrowanym, ujednocającym podejściu, którego celem jest zrównoważenie i optymalizacja zdrowia ludzi, zwierząt i ekosystemów. Zgodnie z nią uznaje się, że zdrowie ludzi, zwierząt domowych i dzikich, roślin i szeroko pojętego środowiska (w tym ekosystemów) są ściśle powiązane i współzależne. Rozważać można, czy regulacje w obecnym kształcie wariantu A projektowanego traktatu mieszczą się nadal w zakresie przedmiotowym proponowanego instrumentu.

Największe wątpliwości budzi zawarta w wariantcie A koncepcja stworzenia globalnej sieci łańcuchów dostaw na wypadek pandemii opartej na zasadzie solidarności między państwami¹³. Przypomnieć w tym kontekście trzeba chociażby wielomiesięczne problemy logistyczne związane np. z ograniczeniami maksymalnej przepustowości portów morskich i lotniczych.

Założenia międzynarodowego łańcucha dostaw (wg wariantu A art. 13 ust. 2)

1. Zostaje utworzony „transparentny, solidny, zwinny, efektywny, skoordynowany i różnorodny globalny łańcuch dostaw i funkcji logistycznych” pod zarządkiem WHO.
2. „Każda Strona, która ma w swojej jurysdykcji zakłady produkujące produkty związane z pandemią, ułatwi ich wysyłkę do WHO zgodnie z harmonogramami uzgodnionymi między WHO a producentami.”
3. „Promowanie przejrzystości w kosztach, cenach i wszystkich innych istotnych warunkach umownych wzdłuż łańcucha dostaw.”
4. Zostanie opracowany mechanizm zapewniający sprawiedliwy i równy podział produktów związanych z pandemią na podstawie ryzyka i potrzeb zdrowia publicznego.

Proponowana zasada solidarności¹⁴ miała być praktykowana w czasie pandemii COVID-19 na forum Unii Europejskiej. Chodziło o zbiorowe zamówienia szczepionek przeciwvirusowych. Okazało się jednak, że (jak wskazano w dokumencie z 2021 r.) w praktyce państwa kierowały się egoizmem narodowym. W tym przypadku nie jest jednak jasne, czy narzucenie przez WHO odgórnych zasad dystrybucji środków antypandemicznych byłoby czynnikiem elimi-

12 Bureau's text of the WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response (WHO CA+), https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb5/A_INB5_6-en.pdf, dostęp: 07 lipca 2023 r., art. 5.

13 Ibidem, art. 13 ust. 2.

14 Ibidem, art. 15 ust. 1 lit. f.

nującym takie ryzyko, wystawiając jednocześnie część rządów i społeczeństw stosujących w sposób konsekwentny zaproponowane zasady na zależność od ciała międzynarodowego¹⁵. Podkreślić też trzeba, że dokonywanie zamówień na poziomie globalnym stanowić może naruszenie swobody działalności gospodarczej podmiotów prowadzących aktywność w poszczególnych krajach, tworzy ryzyko arbitralności podejmowanych decyzji i może negatywnie wpłynąć na poziom innowacyjności proponowanych rozwiązań.

2. ROZWIĄZANIA ALTERNATYWNE

2.1. PROPOZYCJE ZMIAN

Zakres przedmiotowy „Jednego zdrowia” jest teoretycznie otwarty i wydaje się potencjalnie stwarzać możliwość znaczącego poszerzenia kompetencji WHO bez zmiany traktatu. Jeżeli istnieje konieczność przyjęcia art. 5, powinien on zostać zmodyfikowany w sposób tworzący zakres zamknięty.

Wydaje się, że rozwiązaniem bardziej efektywnym od tworzenia międzynarodowych łańcuchów dostaw byłby rozwój produkcji lokalnej. Model bezpośredniego zarządzania wyprodukowanymi środkami przez WHO, który jest z istoty rzeczy otwarty na szerokie pole do nadużyć, może być traktowany co najwyżej jako uzupełnienie lokalnej produkcji produktów leczniczych opartej na zamówieniach publicznych realizowanych przez poszczególne państwa członkowskie lub organizacje regionalne.

2.2. PRZEWIDYWANE KORZYŚCI

Doprecyzowanie zakresu regulacji „Jednego zdrowia” może znacząco ograniczyć ryzyko rozszerzającej interpretacji przepisów traktatu. Tworzenie mechanizmów produkcji lokalnej pozwoliłoby na tworzenie miejsc pracy z wykorzystaniem lokalnego potencjału, adaptację rozwiązań do standardowych warunków np. technicznych panujących w danym regionie oraz częściowe uniezależnienie od dostaw zewnętrznych w czasie ograniczenia ruchu granicznego. Ponadto zdecentralizowanie produkcji i łańcuchów dostaw w miejsce ich centralizacji może umożliwić pozyskiwanie środków w sposób bardziej zdywersyfikowany, co przekłada się na jednostkowe ceny końcowe.



¹⁵ Ibidem, art. 12 wariant B ust. 6 lit. c wariant X.

3. STANOWISKO POLSKI WOBEC NEGOCJACJI

Polska obecna jest w pracach nad tekstem przez cały okres negocjacji. Z publicznie dostępnych dokumentów nie wynika jednak stanowisko, jakie zajęto w ramach prac. Relatywnie niewiele informacji udało się uzyskać w związku ze złożoną w przedmiotowym zakresie interpelacją poselską¹⁶. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, resort „nie znalazł powodów do niewłączenia się w dyskusję o możliwości opracowania nowego instrumentu międzynarodowego, którego celem byłaby poprawa reagowania na niespodziewane wydarzenia zdrowotne, takie jak wybuch pandemii”. Wskazano również m.in., że instrukcja negocjacyjna dla delegacji polskiej była wówczas (31 marca 2022 r.) w opracowaniu. Nie jest znana publicznie jej treść. Z kalendarium posiedzeń Międzyrządowego Ciała Negocjacyjnego wynika jednak, że wg stanu na koniec marca 2022 r. miały już miejsce dwa posiedzenia pierwszej sesji Ciała¹⁷. Wiadomo natomiast, że Ministerstwo Zdrowia popiera prace nad traktatem¹⁸. Polska w pierwszym półroczu 2023 r. nie przekazała do Ciała żadnych dokumentów. Ministerstwo Zdrowia podaje, że w sprawie negocjacji w imieniu Polski i innych państw członkowskich UE kontaktuje się Komisja Europejska¹⁹.

16 Odpowiedź na interpelację nr 31875 w sprawie międzynarodowego traktatu w sprawie profilaktyki i gotowości pandemicznej, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/interpelacja.xsp?typ=INT&nr=31875>, dostęp: 08 lipca 2023 r.

17 *Intergovernmental Negotiating Body*, <https://apps.who.int/gb/inb/index.html>, dostęp: 08 lipca 2023 r.

18 *Anti-Pandemic Treaty: developments on the ongoing negotiations within the World Health Organization*, <https://en.ordoiuris.pl/civil-liberties/anti-pandemic-treaty-developments-ongoing-negotiations-within-world-health>, dostęp: 08 lipca 2023 r.

19 Odpowiedź Biura Współpracy Międzynarodowej Ministerstwa Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. na wniosek o udzielenie dostępu do informacji publicznej, sygn. WMO.0164.2.2023.KK.

II. ZMIANY W MIĘDZYNARODOWYCH PRZEPISACH ZDROWOTNYCH (IHR 2005)

1. OPIS PROBLEMU

1.1. STAN PRAC

Zmiany w International Health Regulations 2005 negocjowane są równoległe do poddane go analizie powyżej traktatu antypandemicznego²⁰. Nie pozostaje to bez wpływu na kształt obu inicjatyw, bowiem propozycje przedstawiane w toku negocjacji wykazują pewne podobieństwo i kompatybilność. Propozycje zmian opracowane zostały nie przez państwa członkowskie, a przez Grupę Roboczą ds. zmian w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych (WGIHR), której proces powołania budził szereg wątpliwości. Obecnie państwa członkowskie uczestniczą w negocjacjach dotyczących ostatecznego brzmienia przepisów.

1.2. ZDIAGNOZOWANE PROBLEMY

Wątpliwości budzą projektowane zmiany w art. 9 IHR polegające na zniesieniu obowiązku konsultacji projektu wydawanych zaleceń z państwem, którego one dotyczą²¹. Może to prowadzić do sytuacji, w której WHO nie posiadałoby pełnych danych dotyczących danej sprawy i wydawałoby arbitralne zalecenia oparte na fałszywych przesłankach i błędnym stanie faktycznym. Ograniczają też prawo państw członkowskich do prezentowania założeń prowadzonej polityki zdrowotnej.

Obowiązek udzielenia pomocy innemu państwu na żądanie WHO ma zostać wprowadzony zmianami w art. 13 ust. 4 i 5 IHR. Wskazać trzeba, że państwo-strona w przypadku, gdyby nie mogło zaoferować pomocy, powinno przynajmniej podzielić się środkami, jakie ma do dyspozycji. Pomoc obejmować ma takie składniki jak: produkty zdrowotne i technologie, w szczególności urządzenia diagnostyczne i inne, środki ochrony osobistej, lekarstwa i szczepionki. Powyższe rozwiązanie może powodować pewne nierówności w przypadku jego wybiórczego stosowania przez państwa-strony, a także stwarza teoretyczną możliwość znacznego uszczuplenia zapasów danego państwa na rzecz innego.

Ogólnie można odnieść wrażenie znacznego wzmocnienia roli WHO, de facto przekształcenia WHO w globalne superministerstwo zdrowia, szczególnie po lekturze propozycji nowego art. 13a IHR, który precyzuje obowiązek państw w zakresie współdziałania po stwierdzeniu „stanu zagrożenia zdrowia publicznego” przez Dyrektora Generalnego WHO. Wydaje się, że kompetencje przyznane WHO doprowadziłyby do jego jeszcze większego zbiurokratyzowania

20 *Countries begin negotiations on global agreement to protect world from future pandemic emergencies*, <https://www.who.int/news/item/03-03-2023-countries-begin-negotiations-on-global-agreement-to-protect-world-from-future-pandemic-emergencies>, dostęp: 08 lipca 2023 r.

21 WHO, *Reference document: proposed amendments and technical recommendation*, https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf_files/wgihhr2/A_WGIHR2_Reference_document-en.pdf, dostęp: 08 lipca 2023 r.

i powiązania np. produkcyjnego i know-how (podobnie jak w traktacie antypandemicznym), przez co korzyści takich rozwiązań wydają się być mniej znaczące od aspektów negatywnych.

Planuje się wykreślenie odwołania do godności człowieka z zakresu zasad, jakimi powinno się kierować przy wdrażaniu regulacji²². Wydaje się, że jest to rozwiązanie nieprawidłowe i nie znajduje jakiegokolwiek uzasadnienia. Katalog wartości powinien być sformułowany w sposób uniemożliwiający nadużycia o charakterze ideologicznym przy jego stosowaniu.

2. ROZWIĄZANIA ALTERNATYWNE

2.1. PROPOZYCJE ZMIAN

Uwagi do propozycji wzorowanych na rozwiązaniach traktatu antypandemicznego pozostają aktualne także w ramach IHR.

Negatywnie trzeba odnieść się do zamiaru usunięcia obowiązku konsultacji wydawanych zaleceń, o których mowa w art. 9 IHR. Tempo podejmowania działań nie powinno w tym przypadku przeważać nad niebezpieczeństwem, jakie może przynieść podjęcie działań nieprawidłowych czy nieadekwatnych do zagrożenia.

Stanowczo należy sprzeciwić się jasnemu wyznaczeniu WHO wiodącej roli w funkcjonowaniu globalnego systemu ochrony zdrowia mającej się przejawiać poprzez centralizację kompetencji. Oczywiście WHO ma istotne możliwości w zakresie dostępu do uznanych ekspertów i to samo przez się stwarza możliwości do oddziaływania na państwa poprzez budowany latami autorytet.

Trzeba zwrócić również uwagę na wykreślenie godności człowieka z katalogu wartości kierujących wykonującymi regulacje. Z przyrodzonej godności ludzkiej istoty bowiem wypływają inne kwestie związane z samym faktem bycia człowiekiem.

2.2. PRZEWIDYWANE KORZYŚCI

Główną przewidywaną korzyścią byłoby zapobieżenie centralizacji kompetencji w rękach WHO i poprzez to stworzeniu de facto globalnego superministerstwa zdrowia. W związku z powyższą, choć możliwe do częściowego osiągnięcia niezależnie, należą np. możliwość w pełni suwerennego decydowania przez państwa-strony o dystrybucji środków medycznych i udzielaniu pomocy innym państwom-stronom, co w pełni gwarantowałyby pierwszeństwo ochrony własnych obywateli. Wskazać również należy na potrzebę wyartykułowania kierowania się we wdrażaniu IHR godnością ludzką.

22 Ibidem.

2.3 STANOWISKO POLSKI WOBEC NEGOCJACJI

Polska nie znajduje się w grupie państw, które przedstawiły własne propozycje zmian. Reprezentowana była przez Czechy jako państwo sprawujące wówczas prezydencję w UE²³.

III. PROBLEMY W ZWIĄZKU Z FUNKCJONOWANIEM I MOŻLIWYMI ZMIANAMI TRAKTATU FCTC

1. OPIS PROBLEMU

1.1. WPROWADZENIE

W drugiej połowie 2023 r. odbędzie się konferencja stron umowy FCTC²⁴. Wskazać trzeba, że istotny udział w rynku tytoniowym posiada Chińska Republika Ludowa²⁵, będąca – jak zaznaczono na wstępie – istotnym podmiotem finansującym działalność WHO. Tymczasem FCTC, jak wskazuje sama WHO, jest pierwszym traktatem powstałym pod jej auspicjami²⁶.

1.2. ZDIAGNOZOWANE PROBLEMY

Istotnym problemem jest zdolność do równego egzekwowania poziomu wdrożenia postanowień FCTC. Chiny, będące istotnym uczestnikiem rynku tytoniowego, nie wdrożyły w pełni przepisów FCTC. Wskazać jednocześnie należy na widoczny konflikt interesów tamtejszych organów państwowych²⁷. Nierówność państw-stron w zakresie wdrażania obowiązków ograniczających w sposób oczywisty rozwój branży tytoniowej powoduje pewną nierówność uczestników rynku, w tym wypadku na korzyść Chin.

Znaczna część gospodarstw plantatorskich to gospodarstwa drobne. Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej (IERiGŻ) oraz Główny Urząd Statystyczny (GUS) wskazują, że w 2017 r. tytoń był uprawiany w około 6,2 tys. gospodarstw rolnych, ze średnim arealem zasiewu na poziomie 2,09 ha. Jednocześnie w ponad 40 proc. gospodarstw tytoń był

23 *Appendix to the submission of proposed amendments to the International Health Regulations (IHR) (2005), pursuant to decision WHA75(9) of the World Health Assembly, by the Czech Republic, the current Presidency of the Council of the European Union, as a State Party to the IHR and in coordination with the European Union, and on behalf of the Member States of the European Union: Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Republic of Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain and Sweden, as State Parties to the IHR (2005)*, <https://www.eeas.europa.eu/sites/default/files/documents/Explanations%20for%20the%20amendments%20to%20the%20International%20Health%20Regulations.pdf>, dostęp: 22 lipca 2023 r.

24 *Panama to host the upcoming COP10 to the WHO FCTC and the MOP3 to the Protocol*, <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/17-11-2022-panama-host-upcoming-cop10-mop3>, dostęp: 22 lipca 2023 r.

25 M.R. Bodył, *Ewolucja światowego rynku tytoniu i wyrobów tytoniowych*, „Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. Problemy Rolnictwa Światowego”, t. 16 (XXXI), z. 2 (2016), s. 19.

26 *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Overview*, <https://fctc.who.int/who-fctc/overview>, dostęp: 22 lipca 2023 r.

27 Więcej na ten temat: X. Wan, S. Ma, J. Hoek, J. Yang, L. Wu, J. Zhou, G. Yang, *Conflict of interest and FCTC implementation in China*, „Tobacco Control”, z. 21 (2012), s. 412-415, DOI:10.1136/tc.2010.041327.

uprawiany na powierzchni mniejszej niż 1 ha. Plantatorzy tytoniu najczęściej zrzeszają się w grupy producenckie, a interesy rolników zajmujących się uprawą są reprezentowane przez odpowiednie związki²⁸.

Uprawy tytoniu w Polsce

Liczba gospodarstw rolnych,
w których uprawiany jest tytoń

6200

Średni areal zasiewu tytoniu
w gospodarstwach rolnych,
w których uprawiany jest tytoń

2,09 ha

Odsetek gospodarstw rolnych,
w których areal upraw
tytoniu wynosi mniej niż 1 ha

40%

Źródło: J. Hagemeyer, A. Malinowska, G. Poniatowski, A. Śmietanka,
Wpływ produkcji wyrobów tytoniowych na polską gospodarkę, Warszawa
2020, s. 18.

Ze względu na spadającą produkcję w Unii Europejskiej, Polska staje się coraz ważniejszym producentem. W 2018 r. produkcja tytoniu nieprzetworzonego w Polsce stanowiła 18,6 proc. produkcji w UE, a w latach 2016–2018 nasz kraj zajmował pod tym względem drugie miejsce w UE. Na zbliżonym poziomie utrzymuje się także udział polskich upraw w całkowitym areale unijnym. W 2018 r. Włochy – unijny lider produkcji nieprzetworzonego tytoniu – dostarczały 33,2 proc. surowca tytoniowego²⁹.



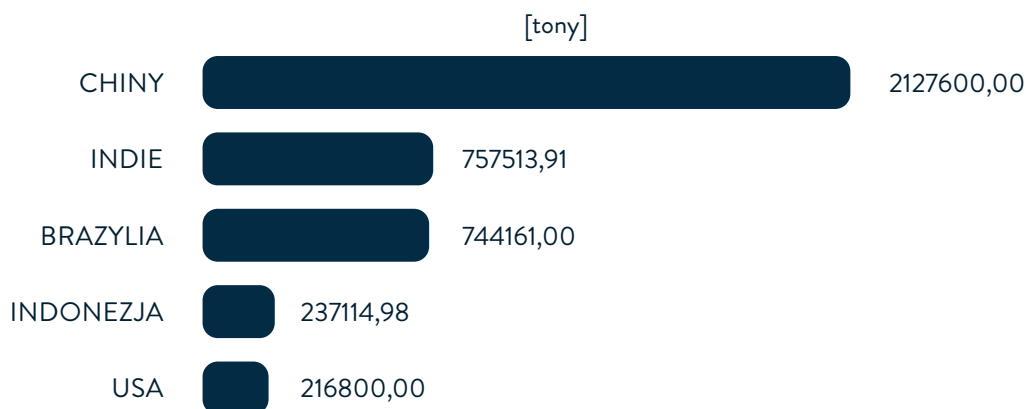
Zmniejszenie areалу przeznaczanego pod uprawę tytoniową jest zgodne z art. 22 ust. 1 lit. b pkt iii FCTC. Zwrócić jednak należy uwagę, że stwarza to warunki do transgranicznej walki o ziemię przeznaczoną pod uprawę, także w Polsce, ale przede wszystkim w krajach rozwijających się. Przykładem jest Brazylia, gdzie chińskie przedsiębiorstwa na bardzo szeroką ska-

²⁸ J. Hagemeyer, A. Malinowska, G. Poniatowski, A. Śmietanka, *Wpływ produkcji wyrobów tytoniowych na polską gospodarkę*, Warszawa 2020, s. 18.

²⁹ Ibidem, s. 21.

lę wykupują ziemię pod uprawę tytoniu. W rezultacie Brazylia znalazła się w gronie pięciu państw o największym areale upraw tytoniu na świecie³⁰.

Kraje o największej produkcji nieprzetworzonego tytoniu (wg stanu na 2021 rok)



Źródło: Food and Agriculture Organization

Jednocześnie, z trudnych do jednoznacznego wskazania powodów, WHO uchyła się od przeprowadzenia niezależnych badań oceniających stopień toksyczności produktów nikotynowych nowego typu, w nomenklaturze organizacji określanymi jako ENDS (Electronic-Nicotine Delivery Systems, czyli e-papierosy) lub HTP (Heated Tobacco Products, czyli nowatorskie wyroby tytoniowe). Tymczasem coraz więcej instytucji ds. zdrowia publicznego na świecie uznaje niektóre z form takiego dostarczania nikotyny do organizmu za mniej szkodliwe od papierosów – miało to miejsce m.in. w Stanach Zjednoczonych³¹, Wielkiej Brytanii³² czy Nowej Zelandii³³. Badania naukowe prowadzone przez instytucje rządowe i ośrodki akademickie zwracają uwagę na niższą emisyjność substancji szkodliwych i rakotwórczych w takich pro-

30 M. Shahbandeh, *Tobacco production worldwide 2021, by country*, <https://www.statista.com/statistics/261173/leading-countries-in-tobacco-production/>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.

31 S. Gottlieb, *Protecting American Families: Comprehensive Approach to Nicotine and Tobacco*, White Oak, MD 2017, <https://www.fda.gov/news-events/speeches-fda-officials/protecting-american-families-comprehensive-approach-nicotine-and-tobacco-06282017>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.; *Nicotine Is Why Tobacco Products Are Addictive*, <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-effects-tobacco-use/nicotine-why-tobacco-products-are-addictive>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.; *Modified Risk Tobacco Products*, <https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/modified-risk-tobacco-products>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.; *FDA Authorizes Marketing of IQOS Tobacco Heating System with 'Reduced Exposure' Information*, <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.; *Swedish Match USA, Inc., MRTP Applications*, <https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/swedish-match-usa-inc-mrtp-applications>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.

32 Department of Health and Social Care, N. O'Brien, *Smokers urged to swap cigarettes for vapes in world first scheme*, <https://www.gov.uk/government/news/smokers-urged-to-swap-cigarettes-for-vapes-in-world-first-scheme>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.; Office for Health Improvement and Disparities, *The Khan review: making smoking obsolete*, <https://www.gov.uk/government/publications/the-khan-review-making-smoking-obsolete>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.; *Action on smoking and health, Vaping and Tobacco Harm Reduction*, <https://ash.org.uk/health-inequalities/vaping-and-tobacco-harm-reduction>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.

33 Ministry of Health, *Smokefree Aotearoa 2025 Action Plan*, Wellington 2021, s. 12; *Smokefree Aotearoa 2025 Action Plan*, <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/smokefree-aotearoa-2025-action-plan>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.

duktach, w porównaniu z papierosami. Niższą emisyjność takich produktów w świetle nauki odnotowuje też Europejskie Biuro WHO. Zgodnie z dokumentami WHO, powodem rezygnacji Organizacji z prowadzenia pogłębionych badań w tym zakresie mają być problemy związane z brakiem wystarczająco wykwalifikowanej kadry pracowniczej i odpowiednio wyposażonych laboratoriów³⁴. Rozważania te zachowują aktualność także w odniesieniu do propozycji całkowitego zakazu produkcji i sprzedaży e-papierosów, poprzez eliminację dodatków smakowych oraz saszetek z nikotyną. Obawy budzą również wyjątkowo restrykcyjne regulacje w art.13 Traktatu (tzw. TAPS), które w sposób niespotykany ograniczają wszelką informację na temat produktów oraz firm wytwarzających te produkty.

Twierdzenie to opiera się na opinii grupy ekspertów powołanej przez WHO, która nie wskazała jednak konkretnych przesłanek jego sformułowania. Ma to uniemożliwiać testowanie ww. produktów (np. e-papierosów i nowatorskich wyrobów tytoniowych) oraz porównanie wyników pomiarów z wynikami badań tradycyjnych wyrobów tytoniowych.

Daleko idący jest projekt aktu wykonawczego wobec art. 13 FCTC załączony do raportu jednej z grup roboczych. Rekomenduje się zasadniczo wprowadzenie całkowitego zakazu wszelkiej reklamy, promocji, sponsoringu, a nawet pokazywania tytoniu i wyrobów nowatorskich³⁵. Jak podnoszą autorzy materiału, w przypadku sprzeczności zakazu z konstytucjami krajowymi państwo-strona konwencji powinno wprowadzić stosowne ograniczenia³⁶. Wprowadzenie ograniczeń zamiast zakazów jest zatem zdecydowanie bardziej prawdopodobne w odniesieniu do większości państw demokratycznych, ponieważ wprowadzenie kategorycznego zakazu prowadziłyby do naruszenia istoty wolności działalności gospodarczej³⁷. Wątpliwości prawne budzi też postulat transgranicznego zakazu prezentowania wyrobów tytoniowych w mediach tradycyjnych, social media i przemyśle rozrywkowym – prowadziłyby to do niedozwolonej cenzury prewencyjnej, w tym dotyczącej dzieł kultury.

Wytyczne powinny zostać wdrożone na poziomie prawa krajowego. Państwo-strona mogłoby wybrać, czy w odniesieniu do podmiotów niestosujących się do ww. wytycznych chce wycofać istniejące udogodnienia, czy też w ogóle nie udzielać wsparcia w postaci dotacji czy ulg podatkowych³⁸.

To samo tyczy się wniosku o całkowity zakaz produkcji i sprzedaży e-papierosów, poprzez eliminację dodatków smakowych oraz saszetek z nikotyną. Obawy budzą również drastyczne regulacje w art.13 Traktatu (tzw. TAPS), które w sposób niespotykany ograniczają wszelką informację nt. produktów oraz firm wytwarzających te produkty.

34 *Implementation of Articles 9 and 10 of the WHO FCTC (Regulation of contents and disclosure of tobacco products)*, <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Main%20documents/fctc-cop10-6-en.pdf>, dostęp: 21 lipca 2023 r., s. 3.

35 *Tobacco advertising, promotion and sponsorship: depiction of tobacco in entertainment media*, FCTC/COP/10/8, storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Main%20documents/fctc-cop10-8-en.pdf, dostęp: 27.09.2023 r., s. 5.

36 *Ibidem*, s. 5.

37 D.E. Harasimiuk, 5.3. *Prawo polskie [w:] Zakazy reklamy towarów w prawie europejskim i polskim*, Warszawa 2011, SIP LEX, dostęp: 27.09.2023 r.

38 *Tobacco advertising, promotion...*, *op. cit.*, s. 8.

2. ROZWIĄZANIA ALTERNATYWNE

2.1. PROPOZYCJE ZMIAN

Nie doszło do spadku palaczy na świecie, a w Polsce ten wskaźnik uległ wzrostowi. W Polsce od 2015 r. liczba palaczy rośnie. Według raportu PAN obecnie w Polsce papierosy pali 29% społeczeństwa i jest to wzrost o 3% od 2019 r.

„Redukcja palenia papierosów i używania e-papierosów, w szczególności wśród młodego pokolenia Polaków”. Dokument PAN w ramach projektu Polskie Zdrowie 2.0.

Mimo że FCTC jest instrumentem o znaczącym wpływie na gospodarki państw-sygnatariuszy, to jednak znacząco ogranicza zakres procesu konsultacyjnego wyłączając możliwość przedstawienia stanowisk przez część podmiotów, których konwencja dotyczy. Z oczywistych przyczyn budzi to wątpliwości co do zgodności ze standardami dobrych praktyk legislacyjnych. Zarówno sekretariat FCTC jak i polskie Ministerstwo stoją na stanowisku, że taka norma wynika z art. 5 pkt 3 Konwencji:

„Przy określaniu i wdrażaniu swoich polityk zdrowia publicznego w odniesieniu do ograniczania użycia tytoniu, Strony będą działać na rzecz ochrony takich polityk przed wpływem interesów handlowych i innych żywotnych interesów przemysłu tytoniowego, zgodnie z przepisami prawa krajowego”.

Według Ministerstwa Zdrowia³⁹ i WHO⁴⁰ powyższy artykuł eliminuje dialog i wymianę informacji. Taka interpretacja wydaje się być też sprzeczna z wyrokiem Trybunału Sprawiedliwości UE z dnia 22 lutego 2022 r.:

„(59) Z samego brzmienia tego postanowienia wynika, że nie zakazuje ono jakiegokolwiek udziału przemysłu tytoniowego w określaniu i wdrażaniu uregulowań w zakresie ograniczenia użycia tytoniu, lecz ma na celu uniemożliwienie, by interesy tego przemysłu miały wpływ na polityki stron tej konwencji w zakresie ograniczenia użycia tytoniu”⁴¹.

Zwrócić należy uwagę także na protokół w sprawie wyeliminowania nielegalnego obrotu wyrobami tytoniowymi z dnia 12 listopada 2012 r., do Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, który stwierdza w art. 4 pkt 2: „Wykonując zobowiązania wynikające z niniejszego Protokołu, strony stosują maksymalną przejrzystość wszelkich powiązań między nimi a przedstawicielami przemysłu tytoniowego”⁴². Takie stwierdzenie, przy założe-

39 Wtórjuje mu Polska Akademia Nauk, która rekomenduje „podjęcie wszelkich działań wykluczających przedstawicieli przemysłu tytoniowego z procesu kształtowania polityk antytytoniowych oraz prozdrowotnych, a ponadto nieuwzględnianie interesów tejże branży w procesach decyzyjnych”. M. Balwicka-Szczyrba, Ł. Balwicki, W. Hanke, M. Miller, A. Tyrańska-Fobke, *Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027. Redukcja używania tytoniu i innych produktów zawierających nikotynę, szczególnie wśród młodego pokolenia Polaków. Policy brief II.3*, Warszawa 2023, s. 9, https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/03/PolskieZdrowie2.0_II.3_REDUKCJA-UZYWANIA-TYTONIU-I-INNYCH-PRODUKTOW-ZAWIERAJACYCH-NIKOTYNE-SZCZEGOLNIE-WSROD-MLODEGO-POKOL.pdf, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.

40 WHO, *WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation*

Article 5.3; Article 8; Articles 9 and 10; Article 11; Article 12; Article 13; Article 14, 2013 edition, b.m.w. 2013, s. 7.

41 Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 lutego 2022 r. w sprawie C160/20.

42 Protokół w sprawie wyeliminowania nielegalnego obrotu wyrobami tytoniowymi (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 268, str. 10).

niu racjonalności twórców konwencji, wskazuje na dopuszczalność istnienia pewnych powiązań z przedstawicielami przemysłu tytoniowego, a zatem w zgodności ze wspomnianym wyrokiem TSUE dowodzi istnienia innego stanu prawnego niż wynikałoby to z interpretacji WHO i polskiego Ministerstwa Zdrowia.

Powyższe oznacza, że regulacje nie zakazują jakichkolwiek kontaktów przedstawicieli państwa z branżą tytoniową, a jedynie nakazują ich transparentność. Taka interpretacja została przyjęta m.in. przez rząd brytyjski⁴³.

Trzeba również zwrócić uwagę na budzące wątpliwości z prawnego punktu widzenia rozwiązania proponowane w ramach projektów dokumentów przygotowanych na posiedzenie COP10. W zakresie zakazu wszelkiej reklamy, promocji, sponsoringu oraz prezentowania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich, wydają się one wręcz niedopuszczalne w krajach opartych na ustroju demokratycznego państwa prawnego. Bardziej uzasadnione wydaje się stosowanie dodatkowych oznaczeń materiałów promujących produkty tytoniowe, z wyraźnym wskazaniem negatywnych skutków korzystania z nich. Skupiać się należy bowiem na celu FCTC, jakim jest ograniczenie zażywania tytoniu – cel ten zdaje się umykać uwadze projektodawców, którzy skupiają się wyłącznie na instrumentach prawnych mających na celu wyeliminowanie obecności tytoniu w przestrzeni publicznej.

2.2. PRZEWIDYWANE KORZYŚCI

Szeroka debata na temat efektywności systemu FCTC może przyczynić się do zwiększenia skuteczności polityki na rzecz ograniczenia użycia tytoniu. Wskazać należy np. na sukcesy Szwecji czy USA na tym polu, gdzie liczba osób używających wyrobów tytoniowych pozostaje na niskim poziomie⁴⁴.

3. STANOWISKO POLSKI WOBEC MOP 3

Z informacji medialnych wynika, że Polska może nie zaprezentować własnego stanowiska podczas MOP3 lub nawet w ogóle nie uczestniczyć w konferencji. Jak wskazuje się w dyskusji, stanowisko naszego kraju może być reprezentowane wyłącznie przez Komisję Europejską⁴⁵. Co prawda projekt agendy spotkania nie przewiduje dyskusji w tym przedmiocie, jednak może ona zostać uzupełniona o taki punkt. W UE podwyższone opodatkowanie uderzyłoby w nieproporcjonalny sposób w rynek polski ze względu na jego rozmiar.

43 Przykładowy rejestr odbywanych spotkań z przedstawicielami branży tytoniowej: https://khub.net/web/phe-national/public-library/-/document_library/v2WsRK3ZEig/view/660217126?, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.

44 Ibidem; Dr Karniej: Ministerstwo Zdrowia zmienia narrację w walce z paleniem, <https://www.isbzdrowie.pl/2023/05/dr-karniej-ministerstwo-zdrowia-zmienia-narracje-w-walce-z-paleniem/>, „ISB Zdrowie”, dostęp: 21 lipca 2023 r.

45 B. Supernak, *KE chce decydować w Panamie o polityce akcyzowej bez członków UE*, <https://inwestycje.pl/gospodarka/ke-chce-decydowac-w-panamie-o-polityce-akcyzowej-bez-czlonkow-ue/>, dostęp: 21 lipca 2023 r.

KONKLUZJE I REKOMENDACJE

Nie sposób kwestionować inicjatywy regulacji traktatowej mającej na celu przeciwdziałanie pandemiom stanowiącym zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi czy regulacjom chroniącym społeczeństwa przed negatywnymi następstwami używania tytoniu. Zważyć jednak trzeba na przejawiane tendencje centralizacyjne ze strony inicjatora – WHO. Niektóre mogą być interpretowane w sposób prowadzący do poszerzania kompetencji bez konieczności zmian traktatowych. W toku dalszych prac należałoby im stanowczo przeciwdziałać. Podobnie zwrócić należy uwagę na wspomniane kwestie odniesień do praw człowieka i stosowania w angielskim tekście autentycznym słów o nacechowaniu ideologicznym, co może doprowadzić do interpretacji niezgodnej z krajowym porządkiem prawnym RP.

Wydaje się, że projekty o charakterze zdrowotnym powinny zostać zmodyfikowane co najmniej w kierunku uniemożliwiający stwierdzenie niezgodności z Konstytucją RP. W ostateczności polscy decydenci powinni rozważyć odstąpienie od związania Polski traktatami.

Tendencja do centralizacji procesów zarządzania polityką zdrowotną na poziomie globalnym widoczna jest w pracach nad modyfikacją IHR 2005 oraz w procesie stosowania konwencji FCTC. Podobnie jak w pracach nad traktatem antypandemicznym Polska i inne państwa członkowskie w praktyce reprezentowane są przez Komisję Europejską. Instytucjonalizacja prób takiego postępowania może okazać słabość rządów krajowych w czasach kryzysu zdrowotnego, gdzie mogłyby zostać w istotnym stopniu zależne od organizacji międzynarodowych, które powinny mieć znaczenie subsydiarne, służebne wobec narodów świata. Szczególnie widoczne deficyty transparentności procesu decyzyjnego, przy ograniczonym wpływie rządów krajowych na postanowienia kierujących organizacjami międzynarodowymi pozostawiają wątpliwości co do zdolności mechanizmów globalnych do skutecznego zwalczania zagrożeń przy rosnącej centralizacji kompetencji. Z kolei sposób finansowania WHO pozostawia szczególne wątpliwości co do podejmowania decyzji bezstronnie, niezależnie od podmiotów zewnętrznych, nawet prywatnych, i innych grup wpływu.

Projektowane rozwiązania proponowane przez WHO, ze względu na wysoki poziom zarówno centralizacji, jak i szczegółowości, nie mogą osiągnąć założonego celu w odniesieniu do każdego państwa-strony w takim samym stopniu. Rozwiązania powinny być bardziej elastyczne i uwzględniać np. poziom rozwoju służby ochrony zdrowia w danym kraju oraz jego potencjał gospodarczy.

WYKAZ WYKORZYSTANYCH ŹRÓDEŁ I LITERATURY

ŹRÓDŁA

1. *Appendix to the submission of proposed amendments to the International Health Regulations (IHR) (2005), pursuant to decision WHA75(9) of the World Health Assembly, by the Czech Republic, the current Presidency of the Council of the European Union, as a State Party to the IHR and in coordination with the European Union, and on behalf of the Member States of the European Union: Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Republic of Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain and Sweden, as State Parties to the IHR (2005)*, <https://www.eeas.europa.eu/sites/default/files/documents/Explanations%20for%20the%20amendments%20to%20the%20International%20Health%20Regulations.pdf>, dostęp: 22 lipca 2023 r.
2. *Bureau's text of the WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response (WHO CA+)*, https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb5/A_INB5_6-en.pdf, dostęp: 07 lipca 2023 r.
3. *Conceptual zero draft for the consideration of the Intergovernmental Negotiating Body at its third meeting*, https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb3/A_INB3_3-en.pdf, dostęp: 07 lipca 2023 r.
4. *Implementation of Articles 9 and 10 of the WHO FCTC (Regulation of contents and disclosure of tobacco products)*, <https://storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Main%20documents/fctc-cop10-6-en.pdf>, dostęp: 21 lipca 2023 r.
5. Ministry of Health, *Smokefree Aotearoa 2025 Action Plan*, Wellington 2021
6. Odpowiedź Biura Współpracy Międzynarodowej Ministerstwa Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. na wniosek o udzielenie dostępu do informacji publicznej, sygn. WMO.0164.2.2023.KK.
7. Odpowiedź na interpelację nr 31875 w sprawie międzynarodowego traktatu w sprawie profilaktyki i gotowości pandemicznej, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/interpelacja.xsp?typ=INT&nr=31875>, dostęp: 08 lipca 2023 r.
8. Protokół w sprawie wyeliminowania nielegalnego obrotu wyrobami tytoniowymi (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 268, str. 10).
9. *Smokefree Aotearoa 2025 Action Plan*, <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/smokefree-aotearoa-2025-action-plan>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.

10. *Tobacco advertising, promotion and sponsorship: depiction of tobacco in entertainment media*, FCTC/COP/10/8, storage.googleapis.com/who-fctc-cop10-source/Main%20documents/fctc-cop10-8-en.pdf, dostęp: 27.09.2023 r.
11. WHO, *Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*, b.m.w. 2020.
12. WHO, *Reference document: proposed amendments and technical recommendation*, https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf_files/wgihhr2/A_WGIHR2_Reference_document-en.pdf, dostęp: 08 lipca 2023 r.
13. WHO, *WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation. Article 5.3; Article 8; Articles 9 and 10; Article 11; Article 12; Article 13; Article 14*, 2013 edition, b.m.w. 2013.
14. Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 22 lutego 2022 r. w sprawie C160/20.

BIBLIOGRAFIA

1. B. Łoza, K. Jahnz-Różyk, D. Karkowska, W. Kozubski, A. Mamcarz, R. Mróz, S. Nawrocki, N. Waszkiewicz, M. Herman, *Możliwości realizacji programu redukcji szkód u osób palących tytoń. Stan aktualny i rekomendacje*, „Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny”, z. 11 nr 3-4 (2019).
2. B. Supernak, *KE chce decydować w Panamie o polityce akcyzowej bez członków UE*, <https://inwestycje.pl/gospodarka/ke-chce-decydowac-w-panamie-o-polityce-akcyzowej-bez-czlonkow-ue/>, dostęp: 21 lipca 2023 r.
3. D.E. Harasimiuk, 5.3. *Prawo polskie* [w:] *Zakazy reklamy towarów w prawie europejskim i polskim*, Warszawa 2011, SIP LEX, dostęp: 27.09.2023 r.
4. J. Hagemeyer, A. Malinowska, G. Poniatowski, A. Śmietanka, *Wpływ produkcji wyrobów tytoniowych na polską gospodarkę*, Warszawa 2020.
5. J. Lietzmann, M. Moulac, *Novel tobacco and nicotine products and their effects on health*, Luxembourg 2023.
6. M. Balwicka-Szczyrba, Ł. Balwicki, W. Hanke, M. Miller, A. Tyrańska-Fobke, *Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027. Redukcja używania tytoniu i innych produktów zawierających nikotynę, szczególnie wśród młodego pokolenia Polaków. Policy brief II.3*, Warszawa 2023, s. 9, https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/03/PolskieZdrowie2.0_II.3_REDUKCJA-UZYWANIA-TYTONIU-I-INNYCH-PRODUKTOW-ZAWIERAJACYCH-NIKOTYNE-SZCZEGOLNIE-WSROD-MLODEGO-POKOL.pdf, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.

7. M. Długopolski, *Liczba palaczy w Polsce wciąż rośnie*. Światowa Organizacja Zdrowia: Polska radzi sobie doskonale, „Nasze Miasto”, <https://suwalki.naszemiasto.pl/liczba-palaczy-w-polsce-wciaz-rosnie-swiatowa-organizacja/ar/c3-9341943>, dostęp: 21 lipca 2023 r.
8. M.R. Bodył, *Ewolucja światowego rynku tytoniu i wyrobów tytoniowych*, „Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. „Problemy Rolnictwa Światowego”, t. 16 (XXXI), z. 2 (2016).
9. *Newseria, 20 lat walki z paleniem papierosów na świecie nie przyniosło efektu. Polacy palą coraz więcej*, Medexpress.pl, <https://www.medexpress.pl/pacjent/20-lat-walki-z-paleniem-papierosow-na-swiecie-nie-przynioslo-efektu-polacy-pala-coraz-wiecej/>, dostęp: 05 października 2023 r.
10. S. Michalopoulos, *EU-wide excise tax on novel tobacco products: A tough equation to solve*, Euractiv.com, <https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/eu-wide-excise-tax-on-novel-tobacco-products-a-tough-equation-to-solve/>, dostęp: 27.09.2023 r.
11. X. Wan, S. Ma, J. Hoek, J. Yang, L. Wu, J. Zhou, G. Yang, *Conflict of interest and FCTC implementation in China*, “Tobacco Control”, z. 21 (2012), s. 412-415, DOI:10.1136/tc.2010.041327.

POZOSTAŁE

1. Action on smoking and health, *Vaping and Tobacco Harm Reduction*, <https://ash.org.uk/health-inequalities/vaping-and-tobacco-harm-reduction>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.
2. *Anti-Pandemic Treaty: developments on the ongoing negotiations within the World Health Organization*, <https://en.ordoiuris.pl/civil-liberties/anti-pandemic-treaty-developments-on-going-negotiations-within-world-health>, dostęp: 08 lipca 2023 r.
3. *Countries begin negotiations on global agreement to protect world from future pandemic emergencies*, <https://www.who.int/news/item/03-03-2023-countries-begin-negotiations-on-global-agreement-to-protect-world-from-future-pandemic-emergencies>, dostęp: 07 lipca 2023 r.
4. *Countries begin negotiations on global agreement to protect world from future pandemic emergencies*, <https://www.who.int/news/item/03-03-2023-countries-begin-negotiations-on-global-agreement-to-protect-world-from-future-pandemic-emergencies>, dostęp: 08 lipca 2023 r.
5. Department of Health and Social Care, N. O'Brien, *Smokers urged to swap cigarettes for vapes in world first scheme*, <https://www.gov.uk/government/news/smokers-urged-to-swap-cigarettes-for-vapes-in-world-first-scheme>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.
6. *Dr Karniej: Ministerstwo Zdrowia zmienia narrację w walce z paleniem*, <https://www.isbzdrowie.pl/2023/05/dr-karniej-ministerstwo-zdrowia-zmienia-narracje-w-walce-z-paleniem/>, „ISB Zdrowie”, dostęp: 21 lipca 2023 r.
7. *FDA Authorizes Marketing of IQOS Tobacco Heating System with ‘Reduced Exposure’ Infor-*

- mation, <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.
8. *How WHO is funded*, <https://www.who.int/about/funding>, dostęp: 07 lipca 2023 r.
 9. *INB process*, <https://inb.who.int/home/inb-process>, dostęp: 07 lipca 2023 r.
 10. *Intergovernmental Negotiating Body*, <https://apps.who.int/gb/inb/index.html>, dostęp: 08 lipca 2023 r.
 11. M. Shahbandeh, *Tobacco production worldwide 2021, by country*, <https://www.statista.com/statistics/261173/leading-countries-in-tobacco-production/>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.
 12. *Modified Risk Tobacco Products*, <https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/modified-risk-tobacco-products>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.
 13. *Nicotine Is Why Tobacco Products Are Addictive*, <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-effects-tobacco-use/nicotine-why-tobacco-products-are-addictive>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.
 14. Office for Health Improvement and Disparities, *The Khan review: making smoking obsolete*, <https://www.gov.uk/government/publications/the-khan-review-making-smoking-obsolete>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.
 15. *Panama to host the upcoming COP10 to the WHO FCTC and the MOP3 to the Protocol*, <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/17-11-2022-panama-host-upcoming-cop-10-mop3>, dostęp: 22 lipca 2023 r.
 16. *Panama to host the upcoming COP10 to the WHO FCTC and the MOP3 to the Protocol*, <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/17-11-2022-panama-host-upcoming-cop-10-mop3>, dostęp: 07 lipca 2023 r.
 17. Przykładowy rejestr odbywanych spotkań z przedstawicielami branży tytoniowej: https://khub.net/web/phe-national/public-library/-/document_library/v2WsRK3ZlEig/view/660217126?, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.
 18. S. Gottlieb, *Protecting American Families: Comprehensive Approach to Nicotine and Tobacco*, White Oak, MD 2017, <https://www.fda.gov/news-events/speeches-fda-officials/protecting-american-families-comprehensive-approach-nicotine-and-tobacco-06282017>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.
 19. Swedish Match USA, Inc., *MRTP Applications*, <https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/swedish-match-usa-inc-mrtp-applications>, dostęp: 21 sierpnia 2023 r.
 20. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Overview*, <https://fctc.who.int/who-fctc/overview>, dostęp: 22 lipca 2023 r.
 21. *World Health Assembly agrees to launch process to develop historic global accord on pandemic prevention, preparedness and response*, <https://www.who.int/news/item/01-12-2021-world>

[-health-assembly-agrees-to-launch-process-to-develop-historic-global-accord-on-pandemic-prevention-preparedness-and-response](#), dostęp: 07 lipca 2023 r.

ARCHE

I N S T Y T U T

© COPYRIGHT BY

INSTYTUT BADAŃ NAD PRAWEM I MEDYCYNĄ ARCHE

AUTORZY:

dr r. pr. Tymoteusz Zych

Przemysław Pietrzak

Wydanie I, 2023 rok

W A R S Z A W A