

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut politologických studií

KATEDRA MEZINÁRODNÍCH VZTAHŮ

Petr Voves

**Úloha Světové zdravotnické organizace
v případě epidemie viru eboly na území
západní Afriky v roce 2014**

Diplomová práce

Praha 2017

Autor práce: **Petr Voves**

Vedoucí práce: **PhDr. Irah Kučerová, Ph.D.**

Rok obhajoby: 2017

Bibliografický záznam

VOVES, Petr. Úloha Světové zdravotnické organizace v případě epidemie viru eboly na území západní Afriky v roce 2014. Praha, 2017. 95 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut politologických studií. Katedra mezinárodních vztahů. Vedoucí diplomové práce PhDr. Irah Kučerová, Ph.D.

Abstrakt

Předložená diplomová práce se zabývá reakcí Světové zdravotnické organizace na vypuknutí epidemie viru eboly na území Guineji, Libérie a Sierra Leone v roce 2014. Průběh šíření nákazy je mapován od jejího samotného počátku na konci prosince 2013 až do vytvoření historicky první mezinárodní zdravotnické mise RB OSN UNMEER v září 2014. Účelem práce je na základě tohoto konkrétního případu vyhodnotit jednotlivé problémy WHO, které limitují její roli včasné a efektivní reakce na ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu (PHEIC) dle reformovaných Mezinárodních zdravotnických předpisů (IHR).

Reakce představitelů WHO na průběh šíření nákazy je zhodnocen s přihlédnutím k dostupným materiálním a kompetenčním kapacitám organizace i k její předešlé praxi v této oblasti. Konkrétní pochybení zástupců WHO je vysvětleno v souvislosti s dlouhodobými problémy WHO, které jsou spojeny především s vertikální fragmentací rozhodovacích orgánů a strukturou financování organizace jako takové. Z tohoto konkrétního případu jsou navíc vyvozeny obecnější problémy současně nastaveného mezinárodního zdravotnického systému včasné reakce na neočekávané krizové situace spojené s PHEIC.

Důraz je kladen především na povahu vztahu WHO a jejích členských států v oblasti reakce na nepředvídatelné krizové situace v souvislosti s PHEIC. Problematika je zkoumána optikou Teorie zastoupení s důrazem na povahu tzv. kolektivního agenta ve vztahu principál – agent, která umožňuje operovat s problémem fragmentace mezinárodních organizací. Vztah principál – agent je dále doplněn o tzv. model fragmentační pasti, který umožňuje zkoumat danou problematiku s přihlédnutím

k předešlému nastavení rozhodovacích kompetencí organizace, k jejímu dlouhodobému fungování a zavedené praxi.

Reakce zástupců WHO na rozšíření nákazy viru eboly na území všech tří postižených států především od druhé poloviny května 2014 znovu poukázala na dlouhotrvající problém ve vztahu mezi organizací jako takovou s jejími členskými státy. Zástupci regionálního úřadu i ústředí WHO prosazují především politiku minimálního konfliktu s představiteli jednotlivých členských států, což značně limituje nestranné zhodnocení závažnosti dané situace a nezávislé rozhodování jednotlivých orgánů WHO. V současné době tato organizace nedisponuje dostatečnými kapacitami, organizační kulturou a sebevědomím, aby mohla plnit roli prvotní, včasné a efektivní reakce na mimořádné události v oblasti ochrany veřejného zdraví. Reakce na epidemii viru eboly především znovu poukázala na dlouhodobou neochotu členských států dodržovat závazky vyplývající z IHR a respektovat roli WHO v oblasti ochrany veřejného zdraví v souvislosti s PHEIC.

Klíčová slova

Virus eboly, Světová zdravotnická organizace (WHO), Guinea, Sierra Leone, Libérie, Teorie zastoupení, kolektivní agent, fragmentace mezinárodních organizací, Mezinárodní zdravotnické předpisy (IHR), Ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu (PHEIC)

Rozsah práce: 172 567 znaků

Abstract

The M.A. thesis deals with the World Health Organization's response to the outbreak of the ebola virus disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone in 2014. The spread of the disease is mapped from its very beginning at the end of December 2013 until the creation of UNMEER in September 2014, which was the first international medical mission ever created by UN Security Council. The purpose of this thesis is to evaluate the particular problems, which limit WHO's role in a timely and effective response to the public health threats of international concern (PHEIC) under the reformed International Health Regulations (IHR).

The response of WHO representatives to the spread of the disease is evaluated taking into account the available material and competence capacities of the organization as well as its previous practice in this field. The specific misconduct of WHO representatives is explained in the context of longstanding WHO's problems, which are mainly linked to the vertical fragmentation of decision-making bodies and the structure of financing the organization itself. From this particular case, more general problems of the currently set international health system of the timely and effective response to the unexpected crisis situations associated with PHEIC are deduced.

The emphasis is placed especially on the nature of the relationship between the WHO and its Member States in responding to unforeseen crisis situations related to PHEIC. The issue is explored by the Principal – Agent Theory with an emphasis on the nature of the so-called collective agent in the principal – agent relationship. Such an approach allows to operate with the fragmentation problem of international organizations. The principal – agent relationship is further supplemented by a so-called fragmentation trap model, which allows to examine the given issue taking into account the previous setting of the decision-making competences within the organization, its long-term functioning and the established practice.

The reaction of WHO representatives to the spread of ebola virus disease in the territory of all three affected states, especially from the second half of May 2014, once again pointed to a long-standing problem in the relationship between organization as such and its Member States. Representatives of the regional office and the WHO headquarters primarily gave preference to minimal conflict policy with the representatives of Member

States, which considerably limits the impartial assessment of seriousness of particular situation and the independent decision-making of individual WHO bodies. At present, WHO does not have sufficient capacities, organizational culture and self-confidence to fulfill the role of a primary, timely and effective public health emergency response. The reaction to the ebola virus disease has, above all, reiterated the long-standing reluctance of Member States to comply with IHR obligations and to respect the role of the WHO in the field of public health protection related to PHEIC.

Keywords

Ebola virus disease, World Health Organization (WHO), Guinea, Sierra Leone, Liberia, Principal – Agent Theory, collective agent, fragmentation of international organizations, International Health Organizations (IHR), Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Českých Budějovicích dne 30. 04. 2017

.....

Bc. Petr Voves

Poděkování

Rád bych na tomto místě poděkoval vedoucí mé diplomové práce PhDr. Irah Kučerové, Ph.D. za odborné vedení, především pak za její věcné připomínky, cenné rady a celkový čas, který mi věnovala.

Seznam použitých zkratek

AFRO – Regionální úřad WHO pro Afriku (WHO Regional Office for Africa)

CDC – Americké středisko pro kontrolu a prevenci nemocí (Centers for Disease Control and Prevention)

GOARN – Síť globální pohotovosti a reakce na vypuknutí epidemie (Global Outbreak Alert and Response Network)

GŘ WHO – Generální ředitel Světové zdravotnické organizace (WHO Director General)

H1N1 – Chřipkový virus známý mimo jiné pod názvem „virus prasečí chřipky“

H5N1 – Chřipkový virus známý pod názvem „virus ptačí chřipky“

IHR Mezinárodní zdravotnické předpisy (International Health Regulations)

OSN – Organizace spojených národů (United Nations)

PASB – Pan-Americký sanitární úřad (Pan-American Sanitary Bureau)

PHEIC – Ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu (Public Health Emergency of International Concern)

RB OSN – Rada Bezpečnosti OSN (UN Security Council)

SARS – Těžký akutní respirační syndrom (Severe Acute Respiratory Syndrome)

UNDP – Rozvojový program OSN (United Nations Development Programme)

UNICEF - Dětský fond Organizace spojených národů (United Nations Children's Fund)

UNMEER – Zdravotnická mise OSN pro reakci na epidemii viru eboly (United Nations Mission for Ebola Emergency Response)

WHA – Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assembly)

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Obsah

ÚVOD	11
1 TEORIE ZASTOUPENÍ (PRINCIPAL AGENT THEORY) A FRAGMENTACE MEZINÁRODNÍCH ORGANIZACÍ	16
1.1 <i>Dosavadní převládající přístup zaměřený na pozici principálů ve vztahu principál – agent</i>	17
1.2 <i>Teorie zastoupení zaměřená na povahu agenta ve vztahu principál – agent</i>	20
1.2.1 <i>Fragmentace mezinárodní organizace v roli kolektivního agenta</i>	21
2 SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE	30
2.1 <i>Stručná charakteristika Světové zdravotnické organizace</i>	30
2.2 <i>Financování Světové zdravotnické organizace</i>	32
2.3 <i>Původ regionalizace WHO</i>	34
2.4 <i>Prohloubení fragmentace WHO jako vedlejší efekt reformy GR H. Mahlera</i>	36
2.5 <i>WHO v oblasti ochrany veřejného zdraví mezinárodního významu a Mezinárodní zdravotnické předpisy</i>	40
2.5.1 <i>Zkušenosti s vyhlášením PHEIC v rámci IHR před rokem 2014</i>	45
3 EPIDEMIE VIRU EBOLY V ZEMÍCH ZÁPADNÍ AFRIKY V ROCE 2014	47
3.1 <i>Předešlé zkušenosti s virem eboly na území Afriky</i>	48
3.2 <i>Šíření epidemie viru eboly na území západní Afriky a problémy charakteristické pro tento region</i>	49
3.2.1 <i>Epidemie viru eboly na území Guiney</i>	49
3.2.2 <i>Epidemie viru eboly na území Libérie</i>	50
3.2.3 <i>Epidemie viru eboly na území Sierra Leone</i>	52
3.2.4 <i>Epidemie viru eboly na území ostatních afrických států</i>	53
3.2.5 <i>Společná charakteristika problémů v západoafrických zemích, které přispěly k masivnímu rozšíření nákazy virem eboly</i>	54
3.3 <i>Reakce WHO na vypuknutí epidemie viru eboly na území západní Afriky v roce 2014</i>	57
4 ZHODNOCENÍ REAKCE WHO NA VYPUKNUTÍ EPIDEMIE VIRU EBOLY NA ÚZEMÍ ZÁPADNÍ AFRIKY V ROCE 2014	64
4.1 <i>Struktura rozpočtu Světové zdravotnické organizace</i>	66
4.2 <i>Neochota představitelů Guiney, Libérie a Sierra Leone sdílet relevantní informace o stávající situaci zástupcům WHO</i>	68
4.3 <i>Zdrženlivost a nedostatečné sebevědomí ústředí WHO prosadit opatření, která by mohla uškodit členským státům</i>	68
4.4 <i>Nedostatečné sdílení informací mezi AFRO a ústředí WHO</i>	70
4.5 <i>Role WHO v oblasti reakce na nepředvídatelné krizové situace spojené s PHEIC a efektivita IHR související s reakcí na epidemii viru eboly</i>	71
ZÁVĚR	75
POUŽITÁ LITERATURA	84
PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE	90

Úvod

Vypuknutí epidemie viru eboly na území západní Afriky v roce 2014 vyústilo v nejzávažnější, nerozšířenější a nejsmrtelnější nákazu tímto virem v celé historii. Reakce Světové zdravotnické organizace (WHO) na tuto epidemii je všeobecně vnímána jako neúspěch, který vedl k četné kritice ze strany jednotlivců, členských zemí i ostatních mezinárodních organizací, směřující především na fungování a efektivitu této organizace. Situace v západoafrických zemích se od března do konce roku 2014 stala natolik kritickou, že iniciativu převzala Rada Bezpečnosti OSN, prohlásila epidemii za hrozbu mezinárodnímu míru a iniciovala historicky první mezinárodní zdravotnickou misi OSN spojenou s ochranou veřejného zdraví. Vytvoření mise UNMEER bylo navíc považováno za jistou ztrátu hlavní role této organizace v oblasti reakce na nepředvídatelné krizové situace spojené s ochranou veřejného zdraví mezinárodního významu. Mnoho aktérů mezinárodního společenství bylo šokováno neefektivitou a opožděnou reakcí představitelů WHO a vyžadovalo vyvození důsledků ze strany jejího ústředí. Dokonce se jednalo o vytvoření zcela nové zdravotnické organizace, která by byla schopna tuto roli vykonávat efektivněji.

Nicméně nelze pouze jednostranně odsoudit Světovou zdravotnickou organizaci jako takovou bez podrobnějšího průzkumu jejího předešlého fungování, organizační kultury a dostupných kapacit v době vypuknutí epidemie. Je také důležité přihlídnout k předešlým zkušenostem týkajících se reakce na ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu a k současnému celkově nastavenému mezinárodnímu zdravotnickému systému včasné reakce, který je spojen především s reformovanými Mezinárodními zdravotnickými předpisy. Domnívám se, že pravý problém neefektivity včasné reakce na podobné krizové situace souvisí především s dlouhodobou neochotou jednotlivých členských států WHO podstoupit část své suverenity v oblasti ochrany veřejného zdraví na mezinárodní úroveň. Problematika ochrany zdraví byla a stále je převážně považována za suverénní oblast kompetencí jednotlivých států, které jsou odpovědné za zajištění ochrany zdraví svých obyvatel.

Od počátku devadesátých let dvacátého století je ovšem stále více patrné, že spolu se zvyšující se propojeností jednotlivých států a se současnou globalizací se vyskytují hrozby veřejného zdraví, které mohou ohrozit širší mezinárodní společenství a vyžadují tedy společný koordinovaný postup při jejich řešení. Tato potřeba je zvláště patrná

v případě nerozvinutých a nestabilních států, které v současné době nedisponují dostatečnými kapacitami pro rychlou a efektivní reakci na ohrožení veřejného zdraví s možným mezinárodním dosahem na svém území. Konkrétně vysoce nakažlivé nemoci se v průběhu posledního desetiletí projevily jako závažný a dlouhotrvající problém na území těchto států.

Účelem předložené diplomové práce je na základě případu epidemie viru eboly na území západní Afriky v roce 2014 vyhodnotit konkrétní problémy Světové zdravotnické organizace, které ji značně limitují pro vykonávání role včasné reakce na ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu (PHEIC). Práce si klade za cíl identifikovat konkrétní pochybení představitelů WHO a problémy organizace jako takové během reakce na průběh epidemie a porovnat tuto reakci s předešlými zkušenostmi a v souvislosti se zavedenou praxí fungování organizace. Z tohoto konkrétního případu jsou vyvozeny obecnější problémy současně nastaveného mezinárodního zdravotnického systému včasné reakce na nepředvídatelné krizové situace spojené s ohrožením veřejného zdraví mezinárodního významu. Důraz je kladen především na vztah organizace s jejími členskými státy ve výše uvedené oblasti zájmu. Problematika je tedy zkoumána optikou Teorie zastoupení (Principal Agent Theory), pomocí které lze patřičně vystihnout vztah mezi členskými státy a organizací jako takovou a problémy vycházející z povahy tohoto vztahu.

Konkrétně si tato práce klade za cíl zodpovědět následující výzkumné otázky:

- *VO č.1: Jaká konkrétní pochybení s ohledem na dostupné kapacity WHO ovlivnily její reakci na epidemii viru eboly na území západní Afriky v roce 2014?*
- *VO č.2: Disponuje v současné době WHO dostatečnými prostředky a autoritou pro to, aby byla schopna efektivně reagovat na ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu?*
- *VO č.3: Jaké konkrétní jednání členských států WHO limituje reakci této organizace na ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu?*

Výše uvedené otázky jsou zkoumány v souladu s touto hypotézou:

Neochota členských států WHO vzdát se části své suverenity v oblasti ochrany veřejného zdraví a respektovat roli organizace v této oblasti značně limituje její reakci

na ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu. Tento přístup je dlouhotrvající a patrný od samotného vzniku organizace.

A zároveň:

S výše uvedeným je spojena neochota představitelů WHO rozhodovat se a jednat proti zájmům jednotlivých členských států, což značně limituje nezávislé zhodnocení a případné vyhlášení ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu.

Práce se skládá z teoretické a praktické části a je rozdělena celkem na čtyři kapitoly. První kapitola zastupující teoretickou část se zaměřuje na stručné představení Teorie zastoupení spolu s problémem fragmentace mezinárodních organizací. Nejdříve je uveden dosavadní převažující přístup zaměřující se především na roli principálů ve vztahu principál – agent. Posléze je zde představen koncept tzv. kolektivního agenta, který umožňuje v rámci Teorie zastoupení klást důraz na rozdílné preference, priority a mocenské rozložení uvnitř mezinárodní organizace jako takové. S tímto pohledem je spojena i problematika fragmentace mezinárodních organizací, která může značně limitovat efektivitu fungování ustanoveného agenta. Teorie zastoupení je dále doplněna o tzv. koncept fragmentační pasti, který umožňuje nazírat na kolektivního agenta v širších historických souvislostech a na základě předešlých zkušeností s daným okruhem zájmu.

Druhá kapitola je zaměřena na charakteristiku Světové zdravotnické organizace a na její současný způsob financování, který značně limituje flexibilitu alokace případných finančních zdrojů na nepředvídatelné krizové situace spojené s ochranou veřejného zdraví. Jsou zde zdůrazněny dva historické milníky organizace, které ovlivňují její fungování dodnes. Zaprvé se jedná o okolnosti jejího samotného vzniku, kde převládl silný regionální a decentralizační přístup v oblasti fungování a rozhodovacích procesů v rámci struktury organizace jako celku. Již zde lze také identifikovat jistou neochotu ze strany členských států podstoupit část své suverenity v oblasti ochrany veřejného zdraví na nově vytvořenou WHO. Druhý důležitý milník je spojen s reformou tehdejšího generálního ředitele WHO H. Mahlera, jejíž vedlejší důsledky ovlivnily strukturu financování celé organizace, výrazně posílily jednotlivé regionální úřady WHO, a významně tak prohloubily vertikální fragmentaci celé organizace. Poslední část této kapitoly je zaměřena na roli WHO v rámci Mezinárodních zdravotnických předpisů (IHR), které definují podmínky pro vyhlášení ohrožení veřejného zdraví mezinárodního

významu (PHEIC). Je zde také stručně popsán první případ vyhlášení PHEIC v souvislosti s vypuknutím chřipky H1N1, která představovala první zátěžový test pro reformované IHR.

V třetí kapitole je popsán konkrétní případ epidemie viru eboly na území západní Afriky v roce 2014. Práce se zaměřuje především na situaci v Guineji, Libérii a Sierra Leone, které byly nejvíce postižené epidemií. Vývoj šíření nákazy je mapován od svého samotného počátku na konci roku 2013 až do září 2014, kdy byla vytvořena Radou bezpečnosti OSN mise UNMEER a hlavní roli při řešení krize převzala ona. Nejprve jsou zde uvedeny specifické okolnosti a charakteristika problémů, které zapříčinily nepozorované šíření viru na území těchto států a způsobily tak bezprecedentní nárůst nákazy viru eboly v celé historii. Identifikace těchto specifických vlastností a problémů daného regionu je důležitá pro širší pochopení problému, se kterým se jednotliví představitelé postižených států a zástupci WHO museli potýkat. Následně je popsána reakce představitelů WHO na průběh šíření nákazy.

Ve čtvrté a zároveň poslední kapitole je zhodnocena reakce zástupců WHO na průběh šíření epidemie viru eboly. Jsou zde zohledněny závěry dvou posudkových těles, prozatímní komise pro posouzení reakce WHO na průběh epidemie a revizní komise o úloze IHR v případě epidemie viru eboly. Jsou zde vyzdvíženy specifické problémy spojené s rolí WHO, fragmentací organizace, a jejím vztahem se členskými státy, které do jisté míry zapříčinily neadekvátní a opožděnou reakci na zhoršující se situaci během prvních šesti měsíců šíření nákazy. Dále jsou zhodnoceny Mezinárodní zdravotnické předpisy, jejich efektivita v případě epidemie viru eboly a ochota či neochota ze strany členských států dodržovat závazky, které z nich vyplývají.

Za užitečný zdroj týkající se Teorie zastoupení, který do této problematiky přináší určitý inovativní přístup lze označit odborný článek E.R. Grahama (2014) *International organizations as collective agents: Fragmentation and the limits of principal control at the World Health Organization*. V oblasti fragmentace mezinárodních organizací s ohledem na jejich historický vývoj je nutné vyzdvihnout knihu T. Hanriederové (2015) *International Organization in Time: Fragmentation and Reform*. Vzhledem k relativní aktuálnosti epidemie viru eboly na území západní Afriky bylo čerpáno o této problematice především z odborných článků, internetových portálů a oficiálních dokumentů Světové zdravotnické organizace. Za jeden z nejdůležitějších odborných

zdrojů týkající se Teorie zastoupení i reakce WHO na epidemii viru eboly lze považovat autora A. Kamradt-Scott (2016) a jeho článek *WHO's to blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa*. Za důležitý zdroj lze v neposlední řadě označit zprávu revizní komise: *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*, která měla za úkol nezávisle posoudit reakci zástupců WHO na epidemii viru eboly, a také před následně ustanovenou revizní komisí shrnout dosavadní fungování reformovaných Mezinárodních zdravotnických předpisů.

1 Teorie zastoupení (Principal Agent Theory) a fragmentace mezinárodních organizací

Teorie zastoupení (*Principal Agent theory*), teoretický konstrukt původně používaný v rámci Nové ekonomie organizace při zkoumání vztahů uvnitř podniků, se stala dominantním teoretickým rámcem při výzkumu problematiky uzavírání smluv mezi jednotlivými aktéry napříč všemi obory. Zabývá se situací, kdy jedna strana – principál či zastoupený (principal) – vstoupí do smluvního vztahu s druhou stranou – agentem či zástupcem – na kterého deleguje část svých pravomocí a dává mu tak pravomoc jednat svým jménem v určité, předem stanovené oblasti působnosti. Po uvedení smluvního vztahu v platnost je principál vnímán jako majitel či spolupodílník společnosti, jejímž úkolem je řídit daný okruh zájmu na denní bázi. Principálem ovšem může být vnímán jakýkoliv aktér smluvního vztahu, například jednotlivec, členský stát či organizace, který deleguje část své zodpovědnosti na druhé těleso (Kassim – Menon 2003: 121).

Teorii zastoupení můžeme považovat za přístup užitečný i při zkoumání mezinárodních vztahů, ve kterém jsou mezinárodní organizace vnímány jako samostatní aktéři jednající sami za sebe. Členské státy lze označit za stranu principálů, která deleguje některé ze svých pravomocí na společně ustanovené agenty, tedy mezinárodní organizace. Organizace jsou pak oprávněny vystupovat a jednat jménem členských států v situacích, které spadají do jejich pole působnosti. Členské státy i zástupci jednotlivých mezinárodních organizací ovšem řeší některá dilemata, která nezbytně vyplývají ze vztahu principál – agent a vycházejí převážně z problémů asymetrické distribuce informací, dodržování jednotlivých závazků obou stran, a nakonec i ze samotného rozhodnutí představitelů členských států, zda delegovat určitou část svých doposud výhradních pravomocí na mezinárodní úroveň. Tyto problémy jsou podrobněji uvedeny v následující podkapitole. Zásadním faktorem pro principály je především kalkul, zda výhody vyplývající z delegování části svých pravomocí na zástupce převažují nad nevýhodami, které vycházejí především z nákladů na kontrolu agenta (Graham 2014: 368).

Termín delegace pravomocí lze definovat jako podmíněné udělení autority principálem na daného agenta, jehož role a pole působnosti jsou předem definované a odvozené od vzájemného vztahu, přičemž agent dostává oprávnění jednat jménem principála. Toto udělení je omezeno z hlediska času či rozsahu daného pole působnosti

a principálovi musí být umožněno agenta případně odvolat. Klíčovou roli v teorii zastoupení pak hrají preference obou stran vztahu, tedy principála i agenta (Hawkins-Lake-Nielson-Tierney 2004: 9).

1.1 Dosavadní převládající přístup zaměřený na pozici principálů ve vztahu principál – agent

Dosavadní zkoumání teorie zastoupení je převážně zaměřeno na stranu principálů a na problematiku související s kontrolou činnosti agenta. Vysvětluje proč, z jakých důvodů a za jakých podmínek jsou členské státy ochotny podstoupit část své suverenity a pravomocí na společně ustanoveného agenta, případně tyto svěřené kompetence zpětně omezit. Touto optikou jsou také zdůrazněny problémy v rozdílnosti jednotlivých preferencí mezi členskými státy. Pokud je tato heterogenita mezi principály vysoká, snižuje to jejich schopnost kontrolovat daného agenta. Dalším argumentem většinou bývá relativní vliv členských států na agenta, kdy jej dominantní členský stát dokáže svým vlivem přimět k prosazování svých určitých preferencí. Z tohoto úhlu pohledu lze vyvodit, že potenciál neposlušnosti agenta vůči principálům vychází primárně z preferencí a faktických kapacit jednotlivých principálů, naopak na agenta jako takového je doposud převážně nahlíženo jako na jedno koherentní těleso (Graham 2014: 368).

Ve vztahu zastoupení může být přítomen jeden nebo více principálů. Pokud má agent uzavřenou více než jednu smlouvu s organizačně odlišnými principály, jedná se o vztah zastoupení s tzv. vícečetnými principály (multiple principals). Pokud je mezi principálem a agentem uzavřena pouze jedna smlouva, přičemž principál je složen z vícero aktérů, jedná se o vztah zastoupení s tzv. kolektivním principálem (collective principal). Tento typ vztahu je v oblasti politiky a mezinárodních vztahů běžnější. V praxi nejdříve zástupci členských států mezi sebou dospějí ke společné dohodě vytvořit daného agenta, specifikují podmínky jeho vytvoření, fungování a oblasti zájmu, ve kterém bude daný agent působit. Poté je sepsána jednotná zakládající smlouva, která specifikuje práva a povinnosti jednotlivých členských států jako kolektivního principálu na jedné straně, na druhé straně pak práva a povinnosti nově ustanoveného agenta. Povaha společné smlouvy tedy závisí na schopnosti dosažení určité formy společné dohody mezi jednotlivými aktéry, kteří tvoří kolektivní principál. Samozřejmě čím více aktérů tvoří kolektivní principál, tím je dosažení společné dohody obtížnější vzhledem k často rozdílným

prioritám a preferencím jednotlivých aktérů. Z tohoto důvodu kolektivní principál ustanovuje pravidla pro rozhodování a také institucionální prostředky, které mají za úkol usnadnit agregaci preferencí jednotlivých aktérů, a tím i usnadnit dosažení určitého společného postoje (Nielson – Tierney n.d.: 247–248).

Z pozice členských států můžeme identifikovat několik důvodů, proč delegovat část svých pravomocí na danou mezinárodní organizaci. Cílem členských států je snížit transakční náklady, které jsou spojeny s kooperací s ostatními státy, snadněji dosáhnout určitých strategických cílů a v neposlední řadě získat přístup k objektivním informacím o ostatních členských státech. K těmto účelům samozřejmě není nezbytně nutné zřídit společně ustanoveného agenta. Ovšem pokud se jedná o komplexní soubor vztahů mezi jednotlivými státy, který je charakteristický určitou nejistotou o druhých či nedostatkem informací potřebných k snadnější spolupráci, či vyjednávání států mezi sebou by bylo obtížné a časově náročné, pak může být výhodné vytvořit společného agenta formou mezinárodní organizace, exekutivního orgánu či soudní instance za účelem snížení těchto transakčních nákladů. Organizace tak mohou být vytvořeny například kvůli monitorování aktivit členských států v určité svěřené oblasti působnosti. Shromážděné informace pak zpřístupňují jednotlivým členům za účelem dostatečné informovanosti o aktivitách druhých. Organizace by měly dohlížet na dodržování závazků vyplývajících ze členství z dané mezinárodní organizace a pakliže je to nezbytné, poukazují na členy, kteří tyto závazky neplní, případně je sankcionují. Mohou být také vytvořeny za účelem působení v určité odborné oblasti. Zde pak zpracovávají a zpřístupňují svým členům odborné analýzy týkající se dané problematiky či v jiném případě slouží jako nezávislý rozhodce ve sporech v dané oblasti. Mezinárodní organizace dále nastavují základní rámec a pravidla kooperace mezi jednotlivými členskými státy. Státy spolupracují mezi sebou na základě předem nastavených pravidel. Jelikož se interakce mezi státy v rámci struktur organizace opakuje, stává se kooperace mezi jednotlivými členy více předvídatelnou, a tedy i snadnější (Pollack 1997: 102–104).

Problémy ve vztahu principál – agent nastávají především tehdy, pokud dochází k asymetrické distribuci informací či jejich zkreslení mezi těmito stranami. Vítalným zájmem každého principála je dohlížet na činnost ustanoveného agenta a zajistit, aby agent svou samostatnou činnost v rámci delegované oblasti působnosti prováděl v souladu s preferencemi a cíli principála (Kassim – Menon 2003: 121–122).

Autonomie agenta se do značné míry odvíjí od účinnosti a důvěryhodnosti kontrolních mechanismů ustanovených principály. Tyto mechanismy se ovšem liší nejen v rámci jednotlivých agentů, ale také napříč jednotlivými oblastmi působnosti. Kontrolní mechanismy, například monitorování a sankcionování, mohou být do značné míry zatěžující nejen pro samotné mezinárodní organizace, ale také pro jejich členské státy. Delegování pravomocí s sebou přirozeně přináší řadu vedlejších efektů. Například, agent může zastávat systematicky rozdílné zájmy než principálové a může používat svůj vliv v dané oblasti působnosti k dosažení svých preferencí na úkor ostatních. Agenti se mohou chovat oportunisticky a mohou prosazovat vlastní cíle, ovšem pouze v rámci nastavených pravidel ve vztahu principál – agent. Toto „vyhýbání se“ (shirking) lze označit za jeden z hlavních problémů v tomto vztahu. S výše uvedeným je spojen i problém takzvaného „prokluzování“ (slippage), které nastává v případě, že struktura delegování pravomocí sama o sobě poskytuje možnosti pro agenta zastávat rozdílné preference než jeho principálové (Pollack 1997: 101–108).

Kontrolní mechanismy naopak dovolují principálům monitorovat ex post chování daného agenta a ovlivňovat jeho chování především pomocí uvalení pozitivních a negativních sankcí. Tím lze částečně snížit asymetrickou distribuci informací, která z tohoto pohledu zvýhodňuje pozici agenta. Prostřednictvím nových právních předpisů a administrativních procedur, které ovlivňují agentův mandát, lze docílit ze strany principálů změny chování daného agenta. Mezi další kontrolní mechanismy samozřejmě může patřit například jmenování jednotlivých funkcionářů do struktur agenta či dohled nad jeho vynaloženými finančními prostředky. Výše nastíněné způsoby dohledu však vyžadují ze strany principálů značné finanční, časové a jiné prostředky, uvalení sankcí navíc může negativně zasáhnout obě dvě strany daného vztahu. Z tohoto důvodu principálové ustanovují jednotlivé kontrolní mechanismy pouze za předpokladu, že z nich vyplývající náklady a negativa budou menší než souhrn nákladů a negativ souvisejících se současným chováním daného agenta (Pollack 1997: 108–110).

Kontrolní mechanismy mohou být dvojího typu. Zaprvé tzv. „policejní hlídka“, která je spojena s aktivním monitoringem chování agenta v určitých vybraných oblastech působnosti. Tento typ slouží především k odhalení a odstranění jakéhokoliv porušení předpisů a cílů agentem. Dohled sám o sobě také slouží k odrazení agenta dané předpisy a cíle porušovat ex ante. Mezi tyto mechanismy patří konkrétně přezkoumání

a zhodnocení objektivnosti informací, které agent zveřejňuje principálům, například formou pravidelných reportů o jeho aktivitách a úspěších. Takovéto řešení je efektivní, zároveň však ze strany principálů značně zatěžující. Druhý typ kontrolního mechanismu, tzv. „požární poplach“, vyžaduje od principálů méně přímého zapojení a spoléhá se především na monitoring agenta od třetích stran, jako jsou například občané, zájmové skupiny, neziskové organizace a další. Tento typ dohledu se sice často omezuje na užší okruh pole působnosti a může často vyústit ve zkreslené informace, pro principály však představuje převedení nákladů spojených s monitoringem na výše uvedenou třetí stranu (Pollack 1997: 109–111).

Dále mohou principálové vytvořit v rámci struktur mezinárodní organizace tzv. princip brzd a vyvažování, kdy jedna část rozhodovacích orgánů v rámci organizace disponuje pravomocí monitorovat a případně vetovat rozhodnutí ostatních orgánů. Pokud je tento princip nastaven správně, může principálům poskytnout cenné nezkreslené informace o činnosti v dané organizaci a zamezit chování jejích rozhodovacích orgánů, které by bylo v protikladu s preferencemi a cíli principálů. V pravomoci principálů je také samozřejmě přezkoumání a případná změna v jejich smluvním vztahu s daným agentem (Nielson – Tierney n.d.: 242).

1.2 Teorie zastoupení zaměřená na povahu agenta ve vztahu principál – agent

Pro účely této práce je ovšem důležité zkoumat problematiku vztahu principál – agent primárně s důrazem na rozdílnost ve vztazích, preferencích a mocenských dispozic uvnitř agenta, v našem případě Světové zdravotnické organizace. Uvnitř WHO působí několik regionálních úřadů, které se vzhledem ke své geografické rozdílnosti mohou lišit v preferencích jedna od druhé nebo od svého ústředí v Ženevě. Na WHO tedy nemůžeme pohlížet jako na jednoho unitárního agenta, ale spíše jako na agenta kolektivního (*collective agent*), ve kterém lze najít rozdílné preference a mocenský vliv. Kolektivního agenta můžeme jinými slovy definovat jako společenství rozdílných byrokratických těles, které byly ustanoveny jednotnou smlouvou a v rámci jednoho institucionálního rámce, který odvozuje svou legitimitu od společného souhlasu principálů. Kolektivní agent se tedy liší nejen od unitárního agenta, který je charakteristický jednotným byrokratickým orgánem, ale také od vícero agentů, tedy rozhodovacích těles, které působí samostatně.

Kolektivní agent je často vystaven tzv. fragmentaci, která může nejen ztížit kontrolu členských států nad danou organizací, ale také může negativně ovlivnit plnění jejich závazků vůči nim (Graham 2014: 369).

1.2.1 Fragmentace mezinárodní organizace v roli kolektivního agenta

Ačkoliv můžeme najít mnoho definic fragmentace, které se od sebe mohou lišit, všechny mají jeden společný prvek: fragmentace je vnímána především jako dynamický proces. Tato dynamika částečně pochází z působení strukturálních faktorů a faktorů týkajících se jednotlivých rozhodovacích aktérů v rámci organizace, kteří na sebe vzájemně působí a navzájem se ovlivňují. V případě mezinárodních organizací na jednom konci působí hierarchicky uspořádaný celek charakterizovaný aktéry, kteří sdílejí společné politické cíle i způsoby jejich dosažení. Na druhém konci se pak nachází horizontální struktura s aktéry, kteří společné cíle ani způsoby jejich dosažení nesdílejí. Takovéto vnímání klade důraz zaprvé na důležitost struktur obsažených v daném systému a zadruhé na důležitost aktérů, kteří zde působí.

Strukturální povaha specifikuje pravidla a rozhodovací procesy, které řídí interakce mezi rozdílnými aktéry uvnitř organizace. Struktury působí nejen na vertikální, ale také na horizontální interakce mezi aktéry, jinými slovy regulují vztahy mezi aktéry na jednotlivých úrovních rozhodovacích procesů uvnitř organizace. Vnímání mezinárodní organizace optikou kolektivního agenta nám mimo jiné umožňuje pracovat s vertikální i horizontální rozmanitostí strukturální fragmentace. Důležitým strukturálním ukazatelem fragmentace je míra komunikace mezi jednotlivými aktéry, kteří ovlivňují činnost a proces rozhodování organizace. Míru komunikace lze také zkoumat nejen vertikálně, například mezi regionálními pobočkami a jejich ústředím, ale také horizontálně, tedy mezi jednotlivými pobočkami stejné úrovně (Graham 2014: 370-371).

Fragmentaci můžeme také v její finální fázi označit jako stav vyplývající ze struktury dané organizace. Tento stav se odvíjí od míry pravomocí, kterými disponují rozhodovací „podjednotky“ (například jednotlivé regionální či sektorové pobočky) v rámci organizace jako celku. Jedná se konkrétně o rozhodovací pravomoci týkající se přípravy rozpočtu a distribuce finančních prostředků, sestavení agendy v dané oblasti působnosti, zvolení čelních reprezentantů a výběr personálu v rámci dané pobočky. Tyto

podjednotky mohou navíc ovlivnit či dokonce kontrolovat přístup k finančním prostředkům udržováním separátních vztahů s jednotlivými sponzory v konkrétním sektoru či regionu. Mezi ně patří především vlády členských států spadající do sektorové či regionální působnosti podjednotky, ale také nestátní aktéři jako například neziskové organizace a sponzoři z řad jednotlivců. Jinými slovy tedy s větší mírou autonomie rozhodovacích podjednotek se zvětšuje fragmentace rozhodovacích pravomocí vertikálním směrem v rámci organizace jako celku. V některých případech můžeme toto rozdělení odůvodnit jako oprávněné, s úmyslem delegovat pravomoci na konkrétní rozhodovací tělesa, která jsou úzce spojena s daným sektorem či regionem. Na druhou stranu se však vytváří tenze mezi podjednotkami a ústředím organizace a ve většině případů je tato situace charakteristická snížením efektivní kontroly ze strany ústředí směrem k jejím pobočkám (Hanrieder 2015: 2–4).

Fragmentaci ovšem výrazně ovlivňují i faktory spojené s rozhodovacími aktéry organizace. Zde se jedná především o rozdílné preference týkající se role, směřování a priorit organizace mezi jednotlivci, kteří řídí jednotlivé pobočky a oddělení organizace. Tyto neshody často vyplývají z rozdílných zájmů jednotlivých aktérů. Je přirozené, že například pobočky charakteristické určitým regionálním omezením pole působnosti upřednostňují zájmy daného regionu. Z konkrétního regionu přirozeně vyplývají jednotlivé preference, priority a cíle, které jsou založeny na potřebách určité skupiny občanů či jednotlivých států. Tyto priority se zástupci daných regionů v rámci organizace jako celku snaží prosazovat. Z tohoto vyplývá přirozený střet s ostatními pobočkami zastávající zájmy ostatních regionů v rámci organizace či s jejím ústředím, které své zájmy a preference odvíjí z globálního měřítka. Výše uvedené může vyústit v závažné spory mezi jednotlivými rozhodovacími aktéry v rámci vertikálního i horizontálního uspořádání organizace, v soustavné neshody jednotlivých aktérů nad směřováním organizace jako celku a v neposlední řadě v nedostatečnou schopnost ústředí kontrolovat činnost jednotlivých poboček organizace. Fragmentace mezinárodní organizace může tedy značně ztěžovat roli, která jí byla svěřena členskými státy a kvůli které byla v důsledku vytvořena (Graham 2014: 370).

Problém fragmentace je patrný v celém systému OSN, který zahrnuje přidružené programy, fondy a specializované agentury. Můžeme tvrdit, že postupná expanze systému OSN vytvořila fragmentovanou síť nezávislých a polo-nezávislých entit, jejichž

kompetence a oblast zájmu nejsou striktně vymezeny. Mezi těmito aktéry navíc dochází k jistému zdvojení a překrývání polí působnosti a oblastí zájmů, které může vyústit v jejich rivalitu v rámci celého systému OSN. Jen v oblasti ochrany veřejného zdraví v rámci tohoto systému kromě hlavních rozhodovacích orgánů OSN a Světové zdravotnické organizace zde do jisté míry působí i UNICEF, Světová banka, Populační fond OSN, Rozvojový program OSN, Světový potravinový program a další (Müller 2010: 29–35).

Konkrétně v případě Světové zdravotnické organizace můžeme fragmentaci definovat jako výsledek i proces odvozený ze strukturální povahy organizace, který je charakteristický koexistencí několika od sebe odlišných mocenských center. WHO je podle Hanriederové zachycena v jakési fragmentační pasti: samotná současně nastavená struktura kompetencí a rozhodovacích procesů v rámci WHO činí reformu její struktury směrem k větší centralizaci značně obtížnou, protože prosazení jakékoliv změny je mimo jiné závislé i na rozhodovacích orgánech, které si žádnou změnu nepřejí. V případě pokusu o reformu takto nastavené struktury tak paradoxně dochází k prohloubení fragmentace a větší decentralizaci jednotlivých kompetencí, protože strana podporující reformu musí značnými ústupky zajistit souhlas orgánů, které jsou zpočátku proti reformě. Další variantou může být snaha o reformu obejitím současně nastavené struktury vytvořením dodatečných rozhodovacích orgánů v rámci organizace. Tímto ovšem dochází k rozšíření fragmentace celé organizace horizontálním směrem (Hanrieder 2015: 2, 36–40).

WHO je fragmentována teritoriálně existencí šesti odlišných regionálních úřadů. Tyto úřady jsou charakteristické vysokou mírou autonomie v rámci organizace jako celku. Jsou schopny formulovat a prosazovat své politické cíle a preference, které jsou spojeny s konkrétním regionem. Navíc díky úzké propojenosti v rámci konkrétního regionu jsou schopny zajistit si podporu při prosazování daných cílů u jednotlivých vlád členských zemí spadajících do daného regionu. WHO je ovšem fragmentována i tematicky kvůli výjimečnému statutu speciálních programů. Výdaje na tyto programy nespádají do standartního rozpočtu organizace, nýbrž jsou financovány mimorozpočtovými příspěvky nad rámec rozpočtu organizace (Hanrieder 2015: 2–4). Snahy o větší centralizaci pravomocí ve fragmentované struktuře mezinárodní organizace tedy narážejí na odlišné zájmy nejen daných podjednotek organizace, ale také

jednotlivých členských států. Zástupci členských států mohou totiž udržovat úzké vazby s představiteli daných podjednotek organizace, a mohou tak prosazovat své osobní zájmy v rámci organizace jako celku. Tyto státy většinou benefitují z takto nastavené struktury, a proto mohou být proti centralizaci i přesto, že by reforma rozhodovacích pravomocí ve prospěch větší centralizace byla pro organizaci jako celek výhodnější. Jinými slovy, kvůli osobním ziskům, kterých členské státy dosahují pomocí fragmentované struktury organizace, a sporům vycházející z odlišných zájmů mezi ústředím a regionálními pobočkami, je velice obtížné zvrátit stávající fragmentační proces organizace (Hanrieder 2015: 35–36).

Jak již bylo zmíněno výše, k zajištění věrnosti agenta je důležitý efektivní dohled ze strany principálů. Principálové musí monitorovat agentovo chování, aby mohli objektivně vyhodnotit, zda se agent řídí jejich preferencemi a cíli, či jakým způsobem používá finanční prostředky. V praxi je však monitoring činností všech úrovní rozhodovacích procesů v rámci mezinárodní organizace značně omezený.

Zprvé, členské státy se ve většině případů omezují na komunikaci pouze s ústředím dané mezinárodní organizace, a jsou tedy odkázány na informace, které jim ústředí poskytne. Tyto informace, například v podobě pravidelných reportů o činnosti organizace, mohou být do značné míry zkreslené a nemusejí reflektovat skutečnou činnost organizace na jednotlivých úrovních rozhodování. Z jedné strany pohledu se může jednat o situaci, kdy ústředí organizace vědomě zkreslí informace například za účelem ochrany vlastní reputace.

Z druhé strany se však může jednat o situaci, kdy ústředí nemůže poskytnout relevantní nezkreslené informace, protože je kvůli fragmentaci uvnitř organizace samo nemá. V tomto případě často chybí efektivní kontrolní mechanismus ze strany ústředí, který by se vztahoval na jeho podřízená oddělení a pobočky. Nezkreslené informace o činnosti organizace mohou být tedy ztraceny jak neúmyslně v rámci povahy struktury organizace, tak i úmyslně zadržovány ze strany podřízených rozhodovacích orgánů uvnitř dané mezinárodní organizace. Tento problém se dále prohlubuje, pokud jsou v rámci fragmentace upozaděny i další dva kontrolní mechanismy – především pravidelný monitoring činnosti a určitá forma sankcí na všech rozhodovacích úrovních organizace (Graham 2014: 372–374).

Může ovšem také nastat situace, kdy naopak členský stát nebo skupina členských států poskytuje organizaci zkreslené informace (ať již úmyslně či neúmyslně) o určité situaci na svém území. I v tomto případě organizace disponuje nepřesnými informacemi, které dále zprostředkuje ostatním členským státům. Konkrétně v případě epidemie viru eboly na území západní Afriky hrálo zprostředkování zkreslených informací ze strany zástupců Guineji, Libérie a Sierra Leone směrem k ústředí WHO v prvních šesti měsících šíření nákazy velice významnou roli (Kamradt-Scott 2016: 408–409).

Mezinárodní organizace potýkající se s vertikální fragmentací jsou tedy charakteristické značně limitovanou kontrolou a kompetencemi ze strany ústředí směrem k jednotlivým formálně podřízeným pobočkám organizace. Generální ředitel WHO v praxi například nedisponuje pravomocí vybrat si dle svého uvážení vedoucí daných regionálních úřadů. Jednotliví regionální ředitelé nejsou tedy podřízenými generálnímu řediteli v pravém slova smyslu, a tudíž vliv ústředí na tyto úřady je značně omezený. S tím je spojená i problematika efektivní kontroly činnosti formálně podřízených úřadů ze strany ústředí organizace, která může vyústit v neefektivitu činnosti organizace jako celku. Případné sankce ze strany členských států jsou ovšem v převážné většině zaměřeny na ústředí organizace, a nikoliv na konkrétního rozhodovacího aktéra, který by měl být v rámci struktury organizace sankcionován. Ve většině případů jsou sankce uplatněny v podobě nahrazení či opětovného nezvolení čelního představitele dané organizace. Vzhledem k výše popsaným omezeným pravomocím týkajících se vertikální struktury organizace ve vztahu nadřízený – podřízený však takovýto úkon nevede ke zlepšení dané situace. Další variantou postihu mohou být například snížené finanční prostředky do rozpočtu organizace. Zde se ovšem efektivnost odvíjí od faktu, zda regionální úřady, které jsou charakteristické svou neposlušností, mají pravomoc alokace zdrojů z daného rozpočtu či nikoliv. Pokud ano, může být takovýto mechanismus efektivní. Nicméně v případě WHO jsou zástupci jednotlivých regionálních úřadů schopni zajistit si finanční prostředky nad rámec běžného rozpočtu organizace prostřednictvím mimorozpočtových fondů od států z daného regionu. Plošné rozpočtové škrty tak spíše negativně postihnou ústředí organizace, které v praktické rovině nemá dostatečný vliv na své formálně podřízené úřady, a navíc tím negativně ovlivní jeho budoucí činnost (Graham 2014: 373).

Míra fragmentace může být ovšem rozšiřována také horizontálním směrem. Cílem těchto reforem je obejít rozhodovacích orgánů nižší instance pomocí vytvoření dalších

organizačních podjednotek v rámci organizace, kterým jsou svěřeny nezávislé kompetence. Tuto situaci můžeme označit jako tzv. vrstvení mocenských center a strukturálních kompetencí v rámci organizace jako celku. Této reformní strategie je využíváno mnoha mezinárodními organizacemi v případě, že je nemožné danou reformu ve fungování prosadit pomocí souhlasu mezi stávajícími rozhodovacími orgány. V případě WHO tak můžeme například odůvodnit vytváření speciálních programů a veřejně-soukromého partnerství v oblasti zdraví. Reforma fungování organizace pomocí tohoto vrstvení vytváří prostor pro dosažení dalších cílů a požadavků, kterých lze jen obtížně dosáhnout v rámci současných struktur organizace.

Vytvářením dodatečných struktur organizace je také možné změnit současné rozdělení kompetencí ve prospěch aktérů, kteří jsou ve stávajících strukturách například upozaděni, nemají zde takový vliv nebo zde nejsou vůbec přítomni. Těmito aktéry lze myslet mimo států i nestátní aktéry, jako například jednotlivce, neziskové organizace či ostatní mezinárodní organizace státního a nestátního charakteru. Nově vytvořené orgány navíc ve většině případů disponují pravomocemi nezávisle na ostatních z toho důvodu, aby bylo možné obejít případné veto aktérů působících ve stávajících strukturách organizace. Mnohdy se tak ze strany reformátorů jedná o jedinou možnost, jak dosáhnout určité změny v jejích stávajících strukturách. Zároveň je však organizace dále fragmentována ve smyslu horizontální decentralizace pravomocí ve prospěch dodatečně vytvořených rozhodovacích orgánů (Hanrieder 2015: 36–40).

V případě Světové zdravotnické organizace je horizontální fragmentace především spojena s vytvářením speciálních programů v určité oblasti působnosti, které mají jistým způsobem za úkol obejít současně nastavenou strukturu organizace a její stávající rozhodovací aktéry. Speciální programy jsou financovány nad rámec běžného rozpočtu organizace prostřednictvím mimorozpočtových příspěvků převážně ze strany členských států WHO. Každý speciální program má navíc svého vlastního ředitele a výkonný výbor složený ze zástupců jednotlivých sponzorů programu. Rozhodovací proces v rámci speciálního programu tedy není závislý na stávajících orgánech ústředí WHO. Mnoho členských států WHO začalo financovat tyto programy na úkor standardního rozpočtu organizace především v souvislosti s finančními skandály WHO během 80. let, kdy vyšlo najevo, že většina finančních prostředků zmizela v rámci struktur organizace. Financování speciálních programů oproti tomu bylo mnohem více

transparentní. Vytváření těchto programů ovšem zároveň rozšiřovalo horizontálním směrem fragmentaci Světové zdravotnické organizace jako celku (Godlee 1995: 178–179).

Vymanění se z fragmentační pasti lze jinými slovy označit za značně obtížné. V obecné rovině můžeme tvrdit, že ocitnutí se ve fragmentační pasti do velké míry závisí na souboru několika událostí, ve kterých ústředí organizace musí překonat mocenskou pozici svých podjednotek za účelem dosažení reformy v politické a strukturální rovině. Jelikož se ústředí pohybuje v rámci nastavených pravidel fungování organizace, respektuje tedy současné pravomoci svých podjednotek, jeho aktivita reformovat současný statut quo ve prospěch větší hierarchie a centralizace pravomocí často spěje k přesnému opaku, tedy k dalšímu prohlubování nebo rozšiřování fragmentace dané mezinárodní organizace. Hanriederová konkrétně definuje tzv. fragmentaci závislou na zvolené cestě (path dependent fragmentation), vycházející z historického institucionalismu. Tvrdí, že pro každou mezinárodní organizaci jsou klíčové okolnosti jejího vzniku, které se promítají do institucionálního designu a fungování organizace od jejího samotného počátku. Zde se mohou tzv. uzamknout některé problémy, které je velice obtížné do budoucna změnit (Hanrieder 2015: 36–40).

Z hlediska stimulů pro institucionální změny lze vymezit dva nejčastější přístupy. První přístup zdůrazňuje především exogenní faktory, které si svým významem vyžádají změnu institucionálního designu a fungování mezinárodní organizace. Pro tento přístup jsou důležité především tzv. zlomové klíčové okamžiky (critical junctures), které jsou prvotním hybatelem fundamentální změny organizace. Teorie závislosti na zvolené cestě představuje zásadní kauzální mechanismus pro historický institucionalismus. Zlomové klíčové okamžiky zde představují počáteční bod nastavení procesu zvolené cesty, které je až do dalšího okamžiku podobného typu velice těžké změnit (Capoccia – Keleman 2007: 341–343).

Druhý přístup se zaměřuje především na endogenní faktory organizace. Zde je operováno s argumentem, že k postupným změnám organizace může docházet i bez zásadních externích podnětů. Externí podněty mohou určitým způsobem ovlivnit změnu organizace, prvotním hybatelem změn jsou ovšem faktory uvnitř organizace jako takové. Pomocí tohoto přístupu tedy můžeme vysvětlit, proč se některé organizace dokáží

adaptovat na změnu, která je podnícena externími faktory, a jiné nikoliv (Greif – Laitin 2004: 633–635, 649–650).

Hanriederové model fragmentační pasti do jisté míry kombinuje oba výše nastíněné přístupy. Tvrdí, že jednotlivé mezinárodní organizace reagují na externí stimuly, ovšem pouze v rámci určitého směru, který vychází z předchozích podmínek a zkušeností organizace. Historický Institutionalismus a s ním spojený koncept závislosti na zvolené cestě zdůrazňuje časovou proměnnou a doplňuje tak koncept principál – agent o svou dynamičnost. Pomocí konceptu principál – agent můžeme popsat vztah mezi mezinárodními organizacemi a jejich členskými státy, jejich spory v preferencích vycházející z tohoto rozčlenění na jednotlivé role v daném časovém bodě. Z pohledu WHO jako kolektivního agenta spolu s fragmentací závislé na zvolené cestě můžeme zaprvé více specifikovat rozdělení moci uvnitř mezinárodní organizace, a zadruhé konkretizovat problémy mezi jednotlivými aktéry nejen ze vztahu jako takového, ale na základě dříve nastavených pravidel a udělaných rozhodnutí, od kterých se odvíjí rozhodnutí budoucí (Hanrieder 2015: 27–29).

Teorie zastoupení zdůrazňuje fakt, že vztah mezi oběma stranami je udržitelný pouze za předpokladu, že ztráty vycházející z tohoto vztahu nepřevýší zisky. Málokdy se však stane, že se členské státy rozhodnou vystoupit z dané mezinárodní organizace, spíše se ji pokoušejí změnit více v souladu se svými preferencemi. Fragmentace závislá na zvolené cestě však do této problematiky zahrnuje fakt, že dosažení této změny není tak jednoduché, jak se může v klasickém přístupu teorie zastoupení jevit. Žádná mezinárodní organizace není vytvořena bez určitého širšího historického kontextu, ve kterém se odrážejí mocenské zájmy, priority a preference jednotlivých rozhodovacích aktérů. Tyto počáteční predispozice pak jistým způsobem konzervují nastavené podmínky v rámci struktur organizace, které již nemusejí odpovídat novému rozdělení moci mezi principály nebo změněným okolnostem, ve kterých daná organizace působí (Hanrieder 2015: 27–29).

Tento argument lze použít nejen na Světovou zdravotnickou organizaci, ale i na ostatní organizace a rozhodovací orgány v rámci celého systému OSN. Za nejvíce markantní můžeme označit Radu Bezpečnosti OSN. Především kvůli jejímu složení a pravidlům hlasování, které v podstatě stále odráží značně zastaralé rozdělení moci po druhé světové válce, se již několik let diskutuje o reformě tohoto nejvyššího

rozhodovacího tělesa v oblasti bezpečnosti. V minulosti již bylo předloženo několik scénářů reform, které by přizpůsobily RB OSN současnému rozložení mocenských sil mezi jednotlivými státy. Některé návrhy obsahovaly například dokonce i zrušení práva veta pro současné stálé členy RB OSN. Jiné reformy reflektovaly spíše realističtější přístup ve formě rozšíření počtu nestálých členů RB OSN. Zároveň je však reforma RB OSN závislá mimo jiné i na souhlasu jejích současných stálých členů RB OSN, kteří si samozřejmě žádnou změnu v mocenském rozložení nepřejí a snaží se udržet současný stav. Jako důkaz můžeme označit návrh předložený Brazílií, Německem, Indií a Japonskem z roku 2005, který byl kvůli opozici několika států včetně stálých členů RB OSN tak jako jiné předešlé návrhy zamítnut. Jinými slovy pravidla fungování organizace, která byla nastavena přibližně před sedmdesáti lety, ovlivňují organizaci a limitují její změnu, a to dnes a denně! V případě WHO můžeme také identifikovat některé okolnosti spojené s jejím vznikem a s předešlými zkušenostmi, které dodnes ovlivňují její způsob fungování a její efektivitu (Hosli et al. 2011: 26–28).

2 Světová zdravotnická organizace

2.1 Stručná charakteristika Světové zdravotnické organizace

Světová zdravotnická organizace (WHO) je specializovanou agenturou OSN v oblasti ochrany veřejného zdraví. Organizace oficiálně vznikla 7. dubna 1948, kdy vstoupila v platnost ústava WHO a od této doby je tento den oslavován jako Světový den zdraví. V současné době zde pracuje více než 7 000 odborného personálu ve 150 národních pobočkách, v 6 regionálních úřadech a v ústředí organizace sídlící v Ženevě (WHO 2016c). WHO je charakteristická inkluzivním členstvím. Členy se mohou stát všechny země, které disponují členstvím v OSN, přijetím ústavy organizace. Ostatní země se mohou stát členy na základě souhlasu prosté většiny Světového zdravotnického shromáždění (WHA). Nyní WHO tvoří celkem 194 zemí, které jsou rozděleny do skupin podle převážně regionálních charakteristik (WHO 2017a).

Za hlavní rozhodovací orgán WHO můžeme označit Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assembly, WHA), které se skládá ze zástupců všech členských států a zabývá se agendou, která je připravena Výkonnou radou. WHA především určuje politickou koncepci organizace jako celku, jmenuje generálního ředitele WHO, schvaluje a upravuje rozpočet. Shromáždění se schází jednorůčně v Ženevě (WHO 2017c). Výkonná rada především implementuje rozhodnutí a politické koncepce, které byly schváleny WHA. Skládá se z 34 kvalifikovaných odborníků, kteří jsou voleni na tříleté volební období. Na výročním lednovém zasedání rada schvaluje agendu pro WHA a další usnesení, kterými se shromáždění bude zabývat. Druhé zasedání se většinou koná v květnu v návaznosti na zasedání WHA (WHO 2017d).

Sekretariát WHO je složen z generálního ředitele WHO a technického a administrativního personálu, který působí v ústředí, regionálních úřadech i národních pobočkách. Generální ředitel je jmenován WHA na základě nominace Výkonné rady. Generální ředitel je považován za vedoucího technického a administrativního úředníka v rámci organizace jako celku (WHO 1946). V současné době je generálním ředitelem WHO Dr. Margaret Chan, která byla poprvé jmenována shromážděním 9. listopadu 2006. Dr. Chan byla podruhé zvolena na další pětileté období v červenci 2012 (WHO 2017e).

Jednotlivé členské státy jsou rozděleny do šesti regionálních úřadů WHO: Regionální úřad pro Afriku (celkem 47 členských států, sídlo v Brazzaville), Regionální úřad pro Ameriku (celkem 35 členských států, sídlo ve Washingtonu DC), Regionální úřad pro jihovýchodní Asii (celkem 11 členských států, sídlo v Novém Dillí), Regionální úřad pro Evropu (celkem 53 členských států, sídlo v Kodani), Regionální úřad pro východní Středomoří (celkem 21 členských států, sídlo v Káhiře) a Regionální úřad pro západní Pacifik (celkem 27 členských států, sídlo v Manile) (WHO 2017b).

Za priority programového rozpočtu pro období 2014-2015 můžeme označit:

- Podporu a posílení zdravotnických systémů jednotlivých členských států
- Boj proti přenosným chorobám, převážně proti HIV/AIDS, tuberkulóze, malárii a ostatním tropickým chorobám
- Boj proti nepřenosným nemocem, například srdečním onemocněním, rakovině, duševním poruchám a dalším
- Podpora zdraví spojená s dosažením Rozvojových cílů tisíciletí týkajících se veřejného zdraví
- Podpora týkající se připravenosti, dohledu a efektivní reakce na propuknutí krizových situací spojených s ohrožením veřejného zdraví
- Organizační vedení a korporátní služby, které jsou spojené s integritou a efektivním fungováním WHO jako celku (WHO 2013a: 4–6).

Světovou zdravotnickou organizaci můžeme považovat svým způsobem za unikátní v rámci celého systému OSN především kvůli vysoké míře regionalizace. Ačkoliv i ostatní agentury OSN zřizují své regionální úřady, zřídka disponují pravomocemi jako v tomto případě. Jednotlivé úřady v rámci WHO si mohou prakticky autonomně vybrat své čelní představitele ve svém regionu či vytvořit si podle svých priorit a preferencí vlastní programový rozpočet bez nějakého většího vlivu ze strany ústředí organizace. Regionální úřady řídí regionální ředitelé WHO, kteří jsou z formálního hlediska jmenováni Výkonnou radou (Executive Board) po dohodě s regionálním shromážděním, tedy shromážděním zástupců jednotlivých členských států WHO v rámci daného regionu. V praxi ovšem Výkonná rada nemá na zvolení regionálního ředitele téměř žádný vliv a vše se odvíjí od výběru ze strany regionálního shromáždění. Regionální ředitele jednotlivých úřadů lze tedy jen stěží považovat za podřízené generálnímu řediteli WHO v pravém slova smyslu, protože jejich zvolení či

nezvolení na něj není nijak vázané. Naopak, prosazení jednotlivých aktivit iniciovaných ústředím musí být ve většině případů prováděno se souhlasem a spoluprací s danými regionálními úřady. Tato nevyváženost ve vztahu nadřízený – podřízený v rámci struktury organizace je vskutku ojedinělá. Nicméně jednotlivé snahy o větší centralizaci organizace byly zatím spíše neúspěšné (Hanrieder 2015: 4–7).

2.2 *Financování Světové zdravotnické organizace*

Programový rozpočet WHO je tvořen standartními a dobrovolnými finančními příspěvky. Standartní příspěvky jsou poskytovány na základě závazků vycházejících z členství v organizaci. Tento typ příspěvků ovšem v současné době tvoří méně než jednu čtvrtinu celkových finančních prostředků WHO (WHO 2017f). Zbytek tvoří dobrovolné příspěvky, které jsou také převážně poskytovány členskými státy nad rámec standartních příspěvků do rozpočtu, mohou být ovšem poskytovány i ostatními sponzory. Dobrovolné příspěvky jsou však ve valné většině spojeny s konkrétními projekty a nemohou být použity na financování ostatních aktivit organizace (Kekulé 2015: 3796–3797).

Programový rozpočet WHO na období 2014-2015 tvořil celkem 3,977 miliardy amerických dolarů. Z tohoto přibližně 23% (929 milionů USD) představovaly stanovené standartní příspěvky členských států a zbylých 77% (3,048 miliardy USD) tvořily dobrovolné příspěvky. Rozpočet pro toto období tak potvrzuje dlouhodobý trend financování WHO, kdy stanovené příspěvky zůstávají ve stejné výši jako v předešlém období, zvyšuje se však relativní podíl dobrovolných finančních příspěvků, které jsou v převážné většině účelově vázány na konkrétní projekty. Pro porovnání, rozpočet organizace na období 2010-2011 představoval více než 4,5 miliardy USD. Během následujících let došlo k výraznému snížení finančních zdrojů ze strany členských států a zástupci WHO museli tuto změnu v návaznosti na vytváření rozpočtu na další období reflektovat.

V porovnání s předešlým rozpočtem na období 2012-2013 došlo ke snížení výdajů mimo jiné také v oblasti boje proti nakažlivým chorobám o 7,9 %. Nejdůležitější snížení výdajů ovšem představovala oblast reakce na nepředvídatelné krizové situace a propuknutí epidemie, kterou můžeme v následném boji proti epidemii viru eboly v západní Africe považovat za klíčovou. Výše zmíněná oblast byla snížena celkem o 51,4 % v porovnání s předešlým obdobím. Je nutné zdůraznit, že v předešlých šesti

letech bylo jen na území Afriky potvrzeno 168 epidemií celkem v 34 afrických státech, které byly způsobeny 16 rozdílnými chorobami. Lze také porovnat dostupné finanční prostředky pro Regionální úřad pro Afriku a ústředí WHO. Pro období 2014-2015 jenom rozpočet afrického regionálního úřadu tvořil 1,12 miliardy USD, tedy více než 28 % celkového rozpočtu WHO. Ústředí WHO k porovnání disponovalo 1,286 miliardy USD, tedy 32,3 % celkového rozpočtu organizace, přičemž tyto zdroje ústředí musí alokovat v rámci organizace jako celku (WHO 2013: 2–12,77).

Financování WHO představuje závažný strukturální problém. Spoléhání se na dobrovolné mimorozpočtové finanční příspěvky s sebou přináší několik zásadních negativ:

Zaprvé, dobrovolné příspěvky ve většině případů doplňují nedostatečné finanční prostředky v běžném rozpočtu organizace, jejichž míra se nezvýšila od roku 1980. Zadruhé, dobrovolné finanční příspěvky se ve valné většině případů pojí pouze s krátkodobým horizontem financování aktivit organizace a jsou tedy upřednostněna témata, která jsou mezi sponzory více populární. Z tohoto důvodu může dojít k nevyvážené distribuci finančních příspěvků týkajících se řešení jednotlivých problémů, a dokonce k podfinancování například střednědobých a dlouhodobých prevenčních opatření, týkajících se boje proti určitým chorobám či zlepšení podmínek v rámci zdravotních systémů jednotlivých členských zemí. Mimorozpočtové příspěvky lze tedy označit svým způsobem za podmíněné či vyhrazené pouze pro použití u konkrétních projektů.

Zatřetí, programy financované těmito příspěvky jsou závislé na jednotlivých aktérech, kteří mají určitý zájem projekt podpořit, snižuje se však závislost daných speciálních programů na ústředí organizace. Tím se samozřejmě snižuje i možnost efektivní kontroly daného programu ze strany ústředí organizace (Hanrieder 2015: 8–11). V následujících dvou podkapitolách jsou uvedeny dva nejdůležitější historické milníky organizace, které přispěly k výše zmíněnému současnému stavu, a které omezují její efektivní fungování dodnes.

2.3 Původ regionalizace WHO

Kořeny regionalizace Světové zdravotnické organizace lze najít od jejího samotného vzniku. Původně se počítalo s vytvořením pouze pěti regionálních úřadů: pro Ameriku (AMRO), jihovýchodní Asii (SEARO), Evropu (EURO), Východní středomoří a západní Pacifik. Souhlas s vytvořením africké regionální pobočky (AFRO) byl udělen až po dosažení dohody s tehdejšími evropskými koloniálními mocnostmi. Původně na každou regionální kancelář dohlížela komise složená ze zástupců plnohodnotných členů (jednotlivých členských států organizace), a také z tzv. přidružených členů, složených obvykle ze zástupců jednotlivých koloniálních mocností. Úřady byly zodpovědné za vytváření a vykonávání politické agendy v konkrétním regionu, za najímání svých zaměstnanců a v neposlední řadě za vyjednávání s vládami jednotlivých členských států spadajících do daného regionu. Hlavní iniciativu regionálního rozdělení organizace lze najít v americkém regionu. USA společně se zeměmi latinské Ameriky trvaly na pokračování již existujícího Pan-Amerického sanitárního úřadu (Pan-American Sanitary Bureau, PASB), který měl dále disponovat značnou autonomií i v rámci WHO (Fee – Cueto – Brown 2016: 2-4).

PASB byl vytvořen v roce 1902 a jako takový byl součástí širšího Pan Amerického systému, jehož původ lze mapovat až do devatenáctého století. Od svého vzniku zastupoval tento úřad většinu amerických států v oblasti ochrany veřejného zdraví. Snaha o inkorporaci současných struktur PASB do nově vytvořené WHO se setkala se značnou nevolí především ze strany latinskoamerických států. Pozice Spojených států amerických k této otázce byla ovšem méně zřetelná. Fungování PASB bylo až do čtyřicátých let dvacátého století značně odkázáno na finanční prostředky a odborné expertízy především ze strany USA. Od roku 1942 však podpora ze strany USA směrem k PASB postupně klesala. V důsledku druhé světové války USA postupně opouštěly původně propagovanou politiku izolacionismu (do kterého v jistém slova smyslu spadal i Panamerický regionalismus) a postupně přebíraly svou roli v širším mezinárodním měřítku.

Během negociací o vytvoření a fungování WHO však USA poněkud nejasně kolísaly mezi Panamerickou solidaritou a všeobecným závazkem integrace PASB do struktur WHO. Ačkoliv ostatní státy prosazovaly spíše centralizovanou organizaci, ve které by jednotlivé regionální úřady zastávaly pouze pozici poradního orgánu, USA

poněkud nejasně navrhovaly nadřazenost ústředí organizace, ale zároveň i zachování části současných struktur regionálních organizací. Ostatní státy v čele s Británií a Francií tento návrh kritizovaly a prosazovaly úplné začlenění současných regionálních organizací do WHO. Kvůli tomuto střetu zájmů se nakonec dospělo k určitému kompromisu, ze kterého plynul závazek integrace stávajících organizací do struktur WHO, ovšem až nastane „patřičný“ čas a se souhlasem obou stran. Takový výsledek spíše stranil PASB, protože nezmiňoval žádná konkrétní data začlenění a jeho vnímání a interpretace mohla být značně rozdílná (Hanrieder 2015: 52–57).

Většina latinskoamerických států navíc odmítala ratifikovat ústavu WHO. V květnu 1948, kdy ústava vyšla v platnost, ji z této skupiny států ratifikovaly pouze Haiti a Mexiko. Z tohoto můžeme soudit, že převážná většina členských států PASB nechtěla ztratit pravomoci, kterými v rámci současných struktur organizace disponovala, a předat je mezinárodní organizaci v globálním měřítku, ve které jejich vliv bude menší. V roce 1949 nakonec došlo k dohodě mezi oběma stranami, že PASB bude sloužit jako regionální kancelář WHO v rámci amerického regionu. Ústředí WHO ovšem dosáhlo společné dohody pouze na úkor značných ústupků směrem ke značné autonomii Panamerické organizace (Fee – Cueto – Brown 2016: 2-4, Allen 1950: 36–37).

Součástí této dohody bylo potvrzení, že Panamerická organizace může nadále podporovat vlastní programy v oblasti ochrany veřejného zdraví na území amerických států. Již zde byla navíc garantována jistá finanční autonomie amerického regionálního úřadu WHO směrem k ústředí organizace. Financování těchto programů bylo oddělené od běžného rozpočtu organizace a bylo realizováno prostřednictvím přímých dobrovolných příspěvků od jednotlivých členských států z amerického regionu. Americký regionální úřad již od počátku fungování WHO mohl těžit z úzkých vazeb se zastupiteli amerických států a tento trend přetrvává dodnes. Dokonce i v současné době více než 75 % celkových výdajů amerického regionálního úřadu WHO tvoří přímé finanční příspěvky ze strany amerických států. Tento regionalizační přístup postupně převládl v celé organizaci (Clift 2013: 22).

Lze identifikovat četnou kritiku ze strany evropských států a USA směrem k rozšíření regionální samosprávy i do ostatních regionů. Základním argumentem bylo tvrzení, že nově vzniklá organizace nedisponuje dostatečnými zdroji ani zkušenostmi, aby se téměř ihned po jejím založení vytvořily dceřiné organizace na teritoriálním

principu (Hanrieder 2015: 62–64). Na základě kapitoly XI. ústavy WHO má ovšem Světové zdravotnické shromáždění pravomoc vytvořit regionální úřady i v ostatních regionech se souhlasem většiny členských států, kteří působí v daném vymezeném regionu. Zároveň však může být v daném vymezeném regionu působit pouze jeden regionální úřad WHO a všechny tyto úřady by měly být integrální součástí této organizace. Na základě tohoto ustanovení tedy byly postupně vytvořeny i ostatní regionální úřady na popud členských států působících v rámci daného regionu (WHO 1946: 11–12).

Můžeme tvrdit, že původně zakládající státy v čele s USA počítaly s tím, že postavení americké regionální organizace v rámci struktur WHO bude ojedinělé a v ostatních regionech převládne slabší míra regionalizace. V praxi však výše zmíněná dohoda vytvořila určitý odkaz, ze kterého vycházeli zástupci členských států a regionálních úřadů WHO i v ostatních regionech. Podobně jako v americkém regionu členské státy WHO vytvářely spolu se zástupci regionálních úřadů koalice za účelem většího vlivu na alokaci rozpočtových zdrojů a určování priorit v oblasti ochrany veřejného zdraví. Tento odkaz se týkal i procesu zvolení a jmenování regionálních ředitelů a ostatního personálu v rámci daného úřadu. Zde znovu výjimka vycházející z povahy vztahu mezi americkým úřadem a ústředím organizace definovala směr, kterým se upíraly i ostatní regionální úřady. Neochota jednotlivých členských států jakožto principálů podstoupit část své suverenity Světové zdravotnické organizaci jakožto společně ustanovenému agentovi v oblasti ochrany veřejného zdraví je tedy patrná od jejího samotného vzniku. V následujících letech byla navíc tato praxe ještě více posilována (Hanrieder 2015: 62–68).

2.4 Prohloubení fragmentace WHO jako vedlejší efekt reformy GŘ H. Mahlera

V roce 1973 byl zvolen generálním ředitelem WHO Halfdan Mahler (1923–2016, ve funkci 1973–1988). Jeho hlavním zájmem bylo přeorientovat politickou strategii WHO směrem k základním potřebám chudých a rozvojových států, jejichž počet se spolu s dekolonizací rapidně navýšil. Do této doby bylo WHO zaměřeno na užší okruh zájmu, především na boj proti infekčním chorobám, které by mohly mít potenciální nepříznivý vliv na mezinárodní obchod a cestování. V roce 1975 28. Světové zdravotnické

shromáždění tento směr schválilo a určilo za prioritu dostupnost základní zdravotní péče v rozvojových státech. V roce 1976 GŘ Mahler zveřejnil cíl Zdraví pro všechny do konce roku 2000. Tato koncepce měla prosadit právo každého člověka na základní zdravotní péči, která je zakořeněna v samotné ústavě WHO (Cueto 2004: 1864–1867).

V roce 1978 byla přijata deklarace z Almaty, ve které se WHO, UNICEF a dalších 134 signatářských zemí zavázalo prosadit cíl Zdraví pro všechny do konce roku 2000. Zdraví pro všechny bylo přelomové také samotnou definicí zdraví, která se neomezovala pouze na dostupnost zdravotnických služeb na konkrétním území. Pojem zdraví byl nově vnímán jako veškerý zdravotní stav člověka, který mu umožňuje vést produktivní život v ekonomické a sociální sféře. Cíl Zdraví pro všechny se tedy stal holistickým konceptem, který zdůrazňoval nejen důležitost rozvojových iniciativ v nerozvinutých státech, ale také i provázanost s ostatními oblastmi a problémy veřejné sféry, které více či méně působí na dosažení tohoto cíle. Za hlavní předpoklady pro dosažení cíle Zdraví pro všechny tedy můžeme považovat: více sektorový přístup, angažovanost místních komunit, dostupnost patřičných zdravotnických zařízení, a především celkové pokrytí zdravotnických služeb i v nejvzdálenějších částech země a mezi nejchudšími obyvateli, kteří v dané zemi žijí (The Meaning of "Health for All by the Year 2000" 2016: 36–38).

Uvedení základní zdravotní péče do praxe ovšem do velké míry záviselo na ochotě spolupráce ze strany jednotlivých států, kterých se daný problém týkal. Ústředí organizace počítalo s tím, že se jednotlivé státy budou řídit nařízeními, které vyplývají z reformy, a implementují je do svých národních zdravotnických systémů nebo podpoří určité projekty řízené přímo WHO na svém území. Služby spojené se základní zdravotní péčí mohly být jednotlivým státům poskytnuty pouze za předpokladu, že o ně samy požádají. Velká důvěra ve spolupráci byla tedy svěřena jednotlivým regionálním úřadům organizace, jelikož ty byly úzce spojené s členskými státy v daném regionu a jako takové na jejich politiku měly určitý vliv.

Za účelem prosazení výše zmíněné reformy a dosažení větší spolupráce ze strany jednotlivých členských států GŘ Mahler přesunul rozpočtové kompetence týkající se každodenních aktivit organizace v daném regionu na jednotlivé regionální ředitele. Předtím regionální úřady mohly pouze navrhnout rozpočtové plány na realizaci konkrétních projektů, konečné schvalování výdajů z běžného rozpočtu organizace bylo ovšem stále v kompetenci ústředí organizace. Tento klíčový přesun rozpočtových

pravomocí na denní bázi z ústředí organizace na jednotlivé regionální úřady značně zvýšil nezávislost jednotlivých regionálních úřadů na ústředí organizace a prohloubil tak fragmentaci související s kompetencemi v organizaci jako celku. Po této reformě mohli regionální ředitelé nejen svobodně operovat se standardním rozpočtem určeným pro daný region. S nově nabytými rozpočtovými pravomocemi se značně rozrostl i administrativní aparát jednotlivých regionálních úřadů a mnoho kritiků této reformy tvrdilo, že bylo vytvořeno šest samostatných organizací v oblasti ochrany veřejného zdraví (Hanrieder 2015: 82–84).

Úspěch celé reformy tedy závisel na rozhodovacích orgánech jednotlivých regionálních úřadů organizace, které ovšem z faktického hlediska nebyly nijak odpovědné ústředí organizace. Zpráva společné inspekční jednotky OSN o Světové zdravotnické organizaci z roku 1993, která byla vypracována jako součást širšího zhodnocení decentralizace organizací v rámci systému OSN, závažnost problému hierarchie mezi ústředím a regionálními úřady potvrdila. Za hlavní problém uvedla především faktickou nezávislost Regionálních ředitelů jednotlivých úřadů na generálním řediteli WHO. Tato nezávislost pramení především z nemožnosti zvolit a případně odvolat daného Regionálního ředitele v případě, že nejedná v souladu s širší politikou a prioritami organizace jako celku. Pozice Regionálních ředitelů a ostatních zástupců regionálních úřadů jsou především kvůli úzkým vztahům s představiteli jednotlivých členských států v rámci daného regionu značně zpolitizované. Regionální ředitelé odvozují svůj mandát spíše od zástupců členských států, kterými byl do funkce dosazení. Tato situace vytváří závažné odstředivé tendence směrem k ústředí organizace (Daes – Daoudy 1993: 23–27).

Od druhé poloviny osmdesátých let již bylo patrné, že mnoho prostředků určených původně pro podporu základní zdravotní péče v rozvojových zemích bylo využíváno neadekvátně a v rozporu s všeobecnou politikou WHO. Regionální úřady organizace byly kritizovány z toho, že poskytují fondy v oblasti technické spolupráce bez jakýchkoliv podmínek čerpání a zpětně nekontrolují jakým způsobem bylo s danými prostředky naloženo. Pouze minimum členských států navíc bylo ochotno implementovat základy této reformy do své politiky na národní úrovni. Regionální úřady se dočkaly ostré kritiky nejen ze strany ústředí WHO v čele s generálním ředitelem Mahlerem, který

původně regionalizaci podporoval, ale také ze strany některých členských států a ostatních mezinárodních organizací (Hanrieder 2015: 85–88).

Šetření Společné inspekční jednotky OSN navíc zjistilo, že více než dvě třetiny poskytovaných prostředků z běžného rozpočtu WHO mezi lety 1980 a 1990 byly v důsledku výše uvedené změny rozpočtových kompetencí alokovány jednotlivým regionálním úřadům. Je zde také zdůrazněno, že decentralizovaná struktura WHO a jistá rivalita mezi ústředím, regionální a národní úrovní značně limituje efektivní vynaložení finančních prostředků na úrovni jednotlivých států. Svěření významných rozpočtových kompetencí na regionální úroveň jinými slovy nezvýšilo efektivní financování projektů na národní úrovni. Fondy, které byly přidělovány jednotlivým státům navíc nereflektovaly vytyčené cíle v souvislosti s programem Zdraví pro všechny, ale byly spíše udělovány v souvislosti s regionálním politikařením. Podle inspekční jednotky tak neefektivita financování programů na národní úrovni značí fakt, že WHO není primárně operační organizace v podobném smyslu jako UNICEF a UNDP, které jsou primárně zaměřené na národní úroveň. Současná struktura organizace především na regionální úrovni je navíc náchylná na politizaci některých zdravotnických témat a limituje tak primárně nezávislý asistenční a technický charakter organizace jako celku (Daes – Daoudy 1993: 30–35).

Regionální úřady tedy po Mahlerově reformě disponovaly téměř úplnou autonomií na ústředí organizace, a tudíž se mu nemusely v praktické rovině zodpovídat za své aktivity. Hlavním argumentem Mahlerovy reformy Zdraví pro všechny byl fakt, že regionální úřady budou nejlépe kvalifikovány k efektivní alokaci zdrojů organizace směrem ke členským státům, které danou podporu potřebují nejvíce. V následujících letech se však ukázalo, že zástupci regionálních úřadů se řídili spíše svými osobními zájmy než obecnější politikou WHO. Jednotlivé regionální úřady byly z jedné strany téměř nezávislé na ústředí WHO, z druhé strany se s nimi snažili zástupci jednotlivých členských států v daném regionu udržovat dlouhodobě dobré vztahy, protože mohli takto získat vícero zdrojů do národního rozpočtu. Vznikl tak určitý tandem mezi zástupci členských států z daného regionu a mezi zástupci regionálního úřadu WHO, což ještě více podryvalo snahu ústředí kontrolovat činnost regionálních úřadů a efektivní spolupráci mezi ústředím a daným regionálním úřadem (Hanrieder 2015: 87–97).

Je také důležité zdůraznit, že od tohoto momentu státy odmítaly nadále financovat WHO současným způsobem prostřednictvím standartních příspěvků z členství, jejichž používání se potvrdilo za značně netransparentní, a v následujících letech převládla praxe financování organizace pomocí dobrovolných příspěvků mimo běžný rozpočet, které bylo možno lépe kontrolovat. Několik odborných studií zhodnocující efektivitu mimorozpočtových fondů navíc prokázalo značné pozitivní výsledky, které se týkaly zacílení na nejzávažnější problémy ochrany veřejného zdraví v nerozvinutých státech. Problémem ovšem v současné době je, že tato forma financování je převážně vázána na konkrétní projekty a vytváří značně limitovanou flexibilitu v případě reakce na nepředvídatelné krizové situace (Clift 2013: 32–34).

2.5 WHO v oblasti ochrany veřejného zdraví mezinárodního významu a Mezinárodní zdravotnické předpisy

Od roku 2001 můžeme každoročně zaznamenat více než 700 krizových situací souvisejících s ochranou veřejného zdraví a vyskytujících se po celém světě, které postihnou přibližně 200 milionů lidí a způsobí až 130 000 úmrtí. Více než jedna čtvrtina krizí a téměř polovina všech úmrtí se nachází na území rozvojových států, které nedisponují patřičnými kapacitami pro reakci na tyto události. Za nejčastější v těchto zemích můžeme označit výskyt vysoce nakažlivých chorob. V případě vypuknutí nákazy určité choroby je naprosto klíčové její včasné odhalení a patřičná reakce za účelem zamezení dalšího rozšíření. Z tohoto důvodu byly vytvořeny Mezinárodní zdravotnické předpisy (IHR), jenž zavazují jednotlivé členské státy mimo jiné vytvořit určité minimální kontrolní mechanismy, pomocí kterých lze na nastávající situace patřičně reagovat. Je také důležité zdůraznit, že si současné vedení WHO pro období 2014-2015 určilo jako jednu z priorit prosadit závazky vycházející z IHR (WHO 2013a: 5,77–78).

Mezinárodní zdravotnické předpisy označují mezinárodní instrument, který je právně závazný pro všechny členské státy WHO. Hlavním cílem je pomoci mezinárodnímu společenství předcházet, případně reagovat na ohrožení veřejného zdraví, které může mít mezinárodní dosah (WHO 2010b). IHR dohlíží na aktivity spojené s ochranou mezinárodního společenství před riziky ohrožení veřejného zdraví v mezinárodním měřítku. Poskytuje právní rámec pro prevenci, odhalení a omezování

tohoto typu rizik prostřednictvím spolupráce jednotlivých stran včetně WHO jako celku a jednotlivých vlád členských zemí (WHO 2010a).

Prvotní snahy o zavedení určité formy mezinárodní dohody za účelem omezení šíření vysoce nakažlivých chorob lze nalézt již v roce 1851. V tomto období se konaly první sanitární konference, jejichž účelem bylo především ochránit evropské mocnosti před rozšířením nakažlivých chorob z okolních států a území, a zamezit, aby tyto choroby měly negativní důsledky na mezinárodní obchod. Konference vyústily ve vytvoření Mezinárodní sanitární úmluvy v roce 1892, která byla zaměřena původně na problém nákazy cholery. Postupně však pod tuto úmluvu spadaly i další nemoci, jako například mor či žlutá horečka (Gostin – Katz 2016: 266).

V roce 1952 byla Mezinárodní sanitární úmluva nahrazena Mezinárodními sanitárními předpisy, které byly později v roce 1969 znovu upraveny a přejmenovány na Mezinárodní zdravotnické předpisy (IHR). Nicméně, chyběla zde ochota členských států dodržovat závazky vycházející z IHR. Předpisy se omezovaly pouze na úzkou škálu infekčních nemocí. Nebyly zde navíc zohledněny specifické problémy chudých rozvojových států, které tedy nepokládaly těmto předpisům velkou váhu. Rozvinuté státy měly naopak vlastní kapacity, které byly schopny vypořádat se s danými nemocemi v poli působnosti IHR, z tohoto důvodu pro ně tyto předpisy nepředstavovaly politickou prioritu. Doporučení a závazky vycházející z IHR tedy nebyly dodržovány a nebyl jim přikládán žádný velký význam. Změna nastala až během devadesátých let spolu s výskytem krizí způsobených rozšířením nakažlivých nemocí, které přiměly jednotlivé státy přehodnotit svá stanoviska a inkorporovat koncept boje proti nakažlivým chorobám do své národně-bezpečnostní, ekonomické a zahraničně-politické agendy (Fidler 2015: 183).

Spolu s výskytem HIV/AIDS, šířením endemických nemocí a virové hemoragické horečky v mnoha rozvojových státech bylo patrné, že současná podoba IHR není dostatečně flexibilní na to, aby dokázala včas a efektivně reagovat na nově vzniklé hrozby (Gostin – Katz 2016: 266–267). K první reformě IHR došlo v roce 1995. Byl zde rozšířen okruh zájmu na vícero druhů chorob, a také zde můžeme identifikovat snahy o dosažení většího dodržování závazků vycházejících z regulací ze strany členských států. Spolu s výskytem SARS v roce 2003 bylo patrné, jak rychle se vysoce nakažlivé nemoci mohou rozšířit v celosvětovém měřítku. Dále s vypuknutím chřipky H5N1

(známá pod názvem tzv. ptačí chřipka) bylo jasné, že hrozba mezinárodního rozšíření nakažlivých chorob představuje závažný dlouhodobější problém, který vyžaduje razantnější mezinárodní spolupráci. V roce 2005 58. Světové zdravotnické shromáždění tedy schválilo druhou reformu IHR a nový legislativní rámec vstoupil v platnost 15. července 2007 (Kamradt-Scott – Rushton 2012: 58, 64 65).

Za hlavní úkol reformovaných Mezinárodních zdravotnických předpisů můžeme určit: „*prevenci, ochranu, kontrolu a poskytnutí veřejné zdravotní odezvy na mezinárodní rozšíření nemoci způsobem, který je přiměřený a omezený na rizika veřejného zdraví, a který předchází zbytečnému zasahování do oblasti mezinárodní dopravy a obchodu.*“¹(WHO 2008: 10).

Nové znění IHR nebylo omezeno na konkrétní výčet nemocí. Mohlo se tedy týkat jakékoliv nemoci, která svým potenciálem ohrožuje lidské životy. Takováto koncepce reagovala především na předešlou zastaralou a neflexibilní strukturu regulací, která svou povahou nebyla schopna reagovat na nově vzniklé hrozby. Fakt, že IHR mohlo být nově použito prakticky ve všech případech výskytu vysoce nakažlivých chorob, reflektuje světovou provázanost a možnost výskytu zcela nových onemocnění ohrožujících veřejné zdraví. Nově také IHR zavazovalo všechny členské státy vytvořit určité minimální zdravotnické kontrolní mechanismy, které by byly schopny včas identifikovat hrozbu veřejného zdraví a informovat o tom zástupce WHO. Je důležité zdůraznit, že všechny státy mají povinnost nahlásit zástupcům WHO jakoukoliv událost či krizovou situaci, která splňuje podmínky pro ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu (PHEIC). WHO má navíc oprávnění vyhodnotit zprávy o dané situaci i od ostatních aktérů, není tedy omezena pouze na oficiální zprávy od představitelů zemí, kterých se daný problém týká (WHO 2008: 1–10).

IHR dále definuje základní dohledový rámec pro včasnou detekci případné hrozby. Zavazuje členské státy rozvíjet klíčové schopnosti týkající se rozpoznání, zhodnocení, nahlášení a reakce na potenciální ohrožení veřejného zdraví s mezinárodním dosahem. Definuje také základní kapacity v oblasti těchto klíčových schopností, kterými musí všechny smluvní státy IHR disponovat na lokální, regionální a národní úrovni.

¹ V originále: „*to prevent, protect against, control and provide a public health response to the international spread of disease in ways that are commensurate with and restricted to public health risks, and which avoid unnecessary interference with international traffic and trade.*“ (WHO 2008: 10).

Smluvní státy byly zavázány vytvořit výše zmíněné kapacity do konce roku 2012, s případným prodloužením do roku 2016. V roce 2015 bylo toto prodloužení schváleno všem 81 státům, které o něj zažádaly. Státům v západní a střední Africe bylo uděleno prodloužení dokonce až k roku 2019. Nicméně můžeme tvrdit, že státy, které nedisponují těmito minimálními požadavky, mají tendenci dlouhodobě nedodržovat závazky vyplývající z IHR. V rámci reformy byly také vytvořeny tzv. národní ústředny (National Focal Point, NFP), které mají za úkol usnadnit komunikaci a sdílení informací mezi národní úrovní a zástupci WHO. V praxi však v mnoha státech NFP vytvořeny nejsou nebo nekomunikují s ústředím WHO na pravidelné bázi (Gostin – Katz 2016: 269–270).

Na základě práv a povinností vycházejících z IHR mají ovšem jednotlivé státy povinnost včasné hlásit ohniska případných chorob a dalšího ohrožení veřejného zdraví přímo Světové zdravotnické organizaci. Mají také povinnost implementovat určité procedury na území svého státu za účelem snadnější identifikace a včasné reakce na tento typ ohrožení (WHO 2010b). Členské státy jinými slovy formálně souhlasily, že podstoupí část své suverenity v oblasti ochrany veřejného zdraví mezinárodního významu Světové zdravotnické organizaci, převezmou prvotní odpovědnost za včasnou detekci případného ohrožení veřejného zdraví na svém území, a že budou sdílet určité citlivé informace spojené s výše popisovanou problematikou WHO a jejím ostatním členským státům (Rhymer, Speare 2017:10).

Za nejdůležitější ustanovení v rámci aktuálních Mezinárodních zdravotnických předpisů lze označit ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC), které můžeme definovat jako: *„mimořádnou událost, která představuje ohrožení veřejného zdraví ostatním státům prostřednictvím mezinárodního rozšíření nemoci a potenciálně vyžaduje koordinovanou mezinárodní reakci“*² (Soghaier – Saeed – Zaman 2015: 219).

Členské státy musí upozornit zástupce WHO vždy, pokud se jedná o 4 konkrétní nemoci: SARS, neštovice, dětskou obrnu a neobvyklé typy chřipky přenositelné na člověka. V případě pandemických chorob včetně eboly, plicního moru, žluté zimnice a virových hemoragických horeček, je vyžadováno rozšířené pozorování vývoje dané

² V originále: *“an extraordinary event which is determined to constitute a public health risk to other States through the international spread of disease and to potentially require a coordinated international response”* (Soghaier – Saeed – Zaman 2015: 219).

situace. U ostatních typů chorob je vyžadováno ze strany členských států zhodnotit danou situaci, zda představuje hrozbu veřejného zdraví v mezinárodním měřítku a/nebo zda její řešení vyžaduje určitá omezení postihující mezinárodní obchod a cestování (Gostin – Katz 2016: 270–273). Pokud je zjištěno potenciální ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu, je generálním ředitelem WHO svolán tzv. Pohotovostní výbor (Emergency Committee), který posoudí, zda se jedná o ohrožení mezinárodního významu a navrhne případná opatření (Rhymer, Speare 2017:10).

Ustanovení IHR také opravňuje zástupce WHO zhodnotit neoficiální zprávy a upozornění od mezinárodních organizací, jednotlivých odborníků, a dokonce i od médií. Pokud WHO obdrží tuto neoficiální zprávu o možnosti výskytu určité hrozby, kontaktuje zástupce daného státu, kterého se hrozba týká, aby se k dané problematice vyjádřili. Generální ředitel WHO disponuje výhradní pravomocí svolat Pohotovostní výbor, a také výhradní pravomocí vyhlásit PHEIC. V případě PHEIC jsou zohledněny informace poskytnuté státy, kterých se daný problém týká, doporučení Pohotovostního výboru, odborné analýzy a především objektivní vyhodnocení rizik související s lidským zdravím, hrozbou mezinárodního rozšíření nákazy či omezením postihující mezinárodní obchod a cestování. Pokud generální ředitel WHO oficiálně vyhlásí PHEIC, následuje vydání dočasných doporučení týkající se specifických opatření pro členské státy, od kterých se očekává, že je budou dodržovat (Gostin – Katz 2016: 273).

V případě vyhlášení PHEIC na území určitého státu mají ostatní členské státy WHO možnost uvalit určitá omezení spojená s ochranou veřejného zdraví na svém území podle pravidel uvedených v článku 43 IHR. Takováto opatření nesmí být více restriktivní, než uvádějí konkrétní doporučení ústředí WHO především v oblasti mezinárodního obchodu a cestování. Pakliže jsou přesto některými státy uvaleny, musejí vycházet z vědeckých poznatků a odůvodnění, že zvyšují bezpečnost daného státu. Ústředí WHO má právo v případě takového uvalení dodatečných restrikcí oficiálně vyzvat zástupce daného státu o vysvětlení. Po obdržení vysvětlení pak mohou zástupci WHO zveřejnit odůvodnění a akceptovat ho nebo zažádat daný stát o přehodnocení takového postupu. Tato pravidla mají především zajistit garance pro daný postižený stát, že na něj nebudou uvaleny nesmyslné a neodůvodnitelné restriktce ze strany ostatních států, které by mohly značně postihnout jeho ekonomiku. Dodržení těchto pravidel je velice důležité především proto, aby postižené státy neměly zbytečné záminky pro skrývání objektivních informací

o závažnosti dané situace na svém území, které by následně mohly vyústit k vyhlášení PHEIC. Zároveň však v rámci IHR neexistuje efektivní mechanismus kontroly a vymáhání poslušnosti ze strany členských států WHO (WHO 2008: 28–29).

2.5.1 Zkušenosti s vyhlášením PHEIC v rámci IHR před rokem 2014

Vypuknutí chřipky H1N1 (známé pod názvem tzv. prasečí chřipky) v roce 2009 původně na území Mexika můžeme považovat za první zátěžový test nově nastavené struktury Mezinárodních zdravotnických předpisů. Vzhledem k tomu, že se jednalo o nový kmen chřipky, GŘ Margaret Chan rozhodla svolat zasedání Bezpečnostního výboru, aby zhodnotil danou situaci. Výbor nakonec rozhodl, že nákaza H1N1 splňuje podmínky PHEIC. Sekretariát WHO začal pravidelně zveřejňovat zprávy o aktuální situaci. Dále vydal opatření pro členské státy týkající se zvýšení ostražitosti a dohledu nad výskytem neobvyklých chřipkových onemocnění na svém území. Tato opatření se ovšem netýkala žádných restrikcí v oblasti mezinárodního obchodu a cestování. Na základě odborných analýz WHO zveřejnilo, že nehrozí žádná nákaza prostřednictvím konzumace zpracovaného vepřového masa. Přesto se mnoho států rozhodlo že zavede četná omezení, která byla nad rámec či přímo v rozporu s těmito doporučeními (Tsai-Yu 2010: 525–529).

V Egyptě bylo například nařízeno usmrtit téměř všechna prasata i přes fakt, že na území tohoto státu nebyl zaznamenán žádný případ lidského nakažení a v celosvětovém měřítku nebyly zaznamenány žádné masivní epidemie onemocnění prasat. Čína a Singapur zavedli plošné cestovní restrikce na občany Mexika, USA a Kanady bez ohledu na to, zda mohli být vystaveni nákaze virem. Přes více než 20 zemí zavedlo zákaz dovozu vepřového masa z obavy rozšíření nákazy i přes výše zmíněné ujištění WHO o bezpečnosti produktů z vepřového masa. Je tedy patrné, že mnoho členských států v případě prvního spuštění nového legislativního rámce IHR nebylo ochotno řídit se doporučeními WHO. Zástupci WHO později požádali konkrétní nespolupracující státy o vysvětlení zavádění těchto restrikcí, na které má podle legislativního rámce IHR pravomoc. Většina států neposkytla žádnou odpověď na tuto žádost. Zástupci Ruska například na tuto výzvu odpověděli kritikou WHO, která podle nich jedná mimo rámec své působnosti. Takové chování jen dokládá nerespektování závazků vycházejících z IHR a nepřijetí nové role WHO v oblasti reakce na krizové situace spojené s PHEIC ze strany

jejích členských států. Je také ovšem důležité zdůraznit, že WHO veřejně neodsoudila aktivitu nespolupracujících států tak, jako jiné mezinárodní organizace. Takováto strategie je jedinou formou postihu, kterou zástupci WHO mohou využít směrem k nespolupracujícím členským státům. Toto také mimo jiné svědčí o faktu, že ani zástupci WHO se neztotožnili s posílenou rolí v této oblasti zájmu a spíše volí strategii minimální konfrontace se zástupci členských států. Z výše uvedeného můžeme tvrdit, že členské státy, i přes svůj dřívější závazek vzdát se části své suverenity ve prospěch ochrany veřejného zdraví v mezinárodním měřítku a jednat v rámci IHR, v případě vypuknutí krizové situace chrání své jednotlivé národní zájmy a nastavená pravidla nejsou ochotné dodržovat (Kamradt-Scott – Rushton 2012: 65–69).

V roce 2010 byl vytvořen posudkový výbor v souladu s ustanoveními IHR za účelem vyhodnocení reakce na pandemii chřipky H1N1 z roku 2009. Úkolem výboru bylo mimo jiné i objektivně vyhodnotit mezinárodní připravenost reagovat na podobné případy do budoucna. Výsledkem celkového šetření bylo konstatování, že celosvětová připravenost rychle a efektivně reagovat na podobné nákazy je kriticky nedostačující. Výbor také konstatoval, že WHO jako mezinárodní organizace je značně limitována svou rozpolceností, na jedné straně morální odpovědností za všeobecné zlepšení ochrany veřejného zdraví v dlouhodobém měřítku, na druhé straně je značně limitována politikami jednotlivých států v daném regionu, které většinou upřednostňují odlišné priority. Systém WHO je dle výsledků této komise omezen na reagování na geograficky omezené a krátkodobé problémy spojené s ochranou veřejného zdraví a opatření týkající se reakce na geograficky obsáhlejší, vleklé a dlouhodobé problémy jsou zde výrazně upozaděny. Žádná z doporučení výborem včetně vytvoření rezervního fondu na mimořádné události či rozšíření personálních a technických kapacit pro efektivní zvládnutí budoucích případů nebyla realizována. Na konci roku 2014 bylo navíc zjištěno že pouze 64 z celkových 194 členských států disponuje základními zdravotnickými kapacitami, které vyplývají ze závazků IHR. V takovéto situaci se tedy nacházeli zástupci WHO a efektivita reformovaných Mezinárodních zdravotnických předpisů před vypuknutím epidemie viru eboly na území západní Afriky v roce 2014, která představovala druhý a nejzávažnější test takto nastavené mezinárodní ochrany veřejného zdraví (WHO 2015j).

3 Epidemie viru eboly v zemích západní Afriky v roce 2014

Virus eboly je závažné onemocnění, které v průměru končí úmrtím každého druhého infikovaného pacienta. Konkrétní míra úmrtnosti se ovšem může značně lišit. V některých případech nákazy tato míra dosahovala až 90 %. Přenáší se z člověka na člověka prostřednictvím přímého kontaktu s krví či jinými tělními tekutinami nakaženého jedince, včetně jakéhokoliv povrchu a materiálu, který je těmito tekutinami kontaminován (WHO 2016a). Nabízí se tedy stručné srovnání viru eboly a HIV/AIDS: u obou dvou případů se jedná o virová onemocnění původem z Afriky, na žádnou z nich v současné době neexistuje licencovaná vakcína a obě jsou smrtelné, pokud se včas a patřičným způsobem neléčí jejich příznaky. Virus eboly se všem oproti HIV/AIDS šíří kromě krve a pohlavních tekutin i ostatními tělními tekutinami jako je například moč, sliny, pot a výkaly. Tyto tekutiny musejí přijít do přímého styku s poškozenou kůží nebo s očima, nosem a ústy druhé osoby, aby se také infikovala.³ Virus eboly je tedy oproti HIV/AIDS snadněji šířitelný, má ovšem značně kratší dobu latence (Heitz 2014).

Inkubační doba viru eboly, tedy interval od nákazy virem po projevení prvních příznaků onemocnění, se pohybuje mezi 2 a 21 dny. Mezi prvotními příznaky patří únava, horečka, bolest hlavy a svalů. Poté zpravidla následuje intenzivní zvracení, průjem, vyrážka, porucha jater a ledvin, a nakonec může dojít i k vnitřnímu a vnějšímu krvácení. V současné době není dostupná žádná licencovaná vakcína proti tomuto onemocnění, nicméně dvě potenciální vakcíny podstupují testovací fázi týkající se lidské bezpečnosti. Mezi základní postupy léčení patří léčba symptomů a rehydratace infikovaného pacienta (WHO 2016a). Jistá podobnost viru eboly s virem HIV/AIDS, kterým je v současné době nakaženo přibližně 36,7 milionu lidí po celém světě, jen dokládá závažnost nákazy tímto virem a jeho potenciál týkající se celosvětového rozšíření (WHO 2016e).

Původ viru eboly v západoafrických zemích můžeme zpětně vystopovat do konce prosince 2013. Od té doby se téměř tři měsíce nepozorovaně šířil na území Guiney i v sousední Libérii a Sierra Leone bez toho, aby byl úspěšně identifikován. Postižené

³ Pro lepší přehled o závažnosti přenosu viru můžeme uvést případ nákazy zdravotního personálu v USA a ve Španělsku, který disponoval oproti personálu v západní Africe patřičným zdravotnickým vybavením. I přesto byly pacientem infikovány dvě zdravotní sestry, pravděpodobně během sundání kontaminovaných rukavic, které se dostaly do přímého kontaktu s jejich obličejí (Heitz 2014).

státy na rozdíl od států rovníkové Afriky neměly žádné zkušenosti s tímto typem viru, nebyly tedy schopny včasné zastavit šíření nákazy. Z tohoto důvodu se epidemie viru eboly v západní Africe vyvíjela odlišně od předchozích výskytů viru ve středoafriických zemích. Virus měl v západoafriickém regionu dostatečný čas rozšířit se i do nejzalidněnějších částí země včetně hlavních měst a vyústil v největší epidemii viru eboly v celé historii (WHO 2015b). Na území Guiney, Libérie a Sierra Leone bylo infikováno přibližně 29 000 lidí. Více než 11 000 z nich na nákazu podlehl. Epidemie byla schopna rozšířit se i za hranice západoafriického regionu. Vně afriického kontinentu bylo identifikováno 6 případů nakažení s 2 případy úmrtí v Evropě a Spojených státech amerických (Socioeconomic Effects of Ebola in Africa 2015: 372, CDC 2016).

3.1 *Předešlé zkušenosti s virem eboly na území Afriky*

První případ výskytu viru eboly lze vystopovat v roce 1976 na území Zaire, dnes Demokratické republiky Kongo. Tato doposud neznámá nemoc byla pojmenována podle tamní řeky poblíž výskytu nákazy. Několik měsíců po vypuknutí byl virus identifikován a jeho šíření zastaveno s celkovými 300 případy úmrtí. Další případ výskytu viru byl identifikován v roce 1995 také na území dnešní DRK, konkrétně ve městě Kikwit, jehož husté osídlení představovalo velikou hrozbu pro masivní rozšíření nákazy. Virus se nakonec podařilo zastavit po devíti měsících s celkovým počtem 250 případů úmrtí (Garrett 2015: 80–81).

Demokratická republika Kongo čelila výskytu viru eboly na svém území celkem šestkrát v letech 1976, 1995, 2007, 2008-2009, 2012 a 2014. Nákaza virem eboly se také objevovala v ostatních afriických státech, například v: Jižním Súdánu, Gabonu a Ugandě. Ve většině případů ovšem nákaza zůstala v řídké osídlených oblastech a nerozšířila se do ostatních regionů s hustější mírou osídlení. Za nejzávažnější výskyt viru eboly mimo území DRK před rokem 2014 můžeme určit nákazu na území Ugandy mezi lety 2000 a 2001, která vyústila v celkový počet 425 případů nakažení a 224 případů úmrtí. Oproti tomu si epidemie viru eboly v západoafriických zemích mezi lety 2014 a 2016 vyžádala téměř 29 000 případů nakažení s více než 11 000 úmrtími (CDC 2016).

3.2 Šíření epidemie viru eboly na území západní Afriky a problémy charakteristické pro tento region

3.2.1 Epidemie viru eboly na území Guiney

První případ nakažení na území Guiney byl zpětně identifikován 26. prosince 2013 ve vesnici Meliandou, jižní části Guiney blízko hranic s Libérií a Sierra Leone. Přesný zdroj infekce nebyl nalezen, ale pravděpodobně se jednalo o přenos z některého z divokých zvířat žijících na tomto místě. Osmnácti měsíční chlapec, který byl nakažen jako první, postupně nakazil i ostatní členy rodiny a tímto způsobem se začala nemoc nepozorovaně šířit po celém regionu. Již prvního ledna byla nemoc rozšířena i do hlavního města Conakry. Během ledna a února byly prováděny testy za účelem identifikace neznámé nemoci. Tým Lékařů bez hranic (Médecins Sans Frontières, MSF), který do Meliandou přicestoval 27. ledna, se původně přikláněl k názoru, že se pravděpodobně jedná o cholera. Až 13. března Ministerstvo zdravotnictví Guiney oficiálně vydalo první upozornění týkající se šíření neznámé smrtelné nemoci. Ve stejný den Africký regionální úřad WHO (AFRO) vyhlásil krizový stav s podezřením, že se pravděpodobně jedná o horečku Lassa (Lassa fever). Teprve 22. března bylo s jistotou potvrzeno, že se jedná o filovirus druhu Zaire, tedy nejvíce smrtící virus eboly. WHO oficiálně oznámila vypuknutí epidemie eboly 23. března s nahlášenými 49 případy nakažení a 29 úmrtími (WHO 2015a).

Od oficiálního potvrzení epidemie eboly na území Guiney z poloviny března 2014 lze zaznamenat různé zprávy o intenzitě nákazy. Od konce dubna byl hlášen relativní pokles potvrzených případů nákazy virem. Ministerstvo zdravotnictví Guiney dokonce oficiálně mluvilo o „situaci pod kontrolou“. 1. května se guinejský prezident sešel s ústředím WHO, kterému uvedl argumenty o zastavení nákazy. Zde také vyjádřil naději, že by WHO mohlo v krátké době oficiálně vyhlásit konec epidemie na území Guiney. Situace byla ovšem zcela chybně vyhodnocena (WHO 2015c). Nízký počet oficiálně nahlášených případů nákazy nebyl způsoben snížením či zastavením jejího šíření, ale tím, že místní obyvatelé nebyli ochotni spolupracovat s lékařským personálem, nakažené

příbuzné skrývali a pohřbívali je tajně v souladu s místními tradicemi.⁴ Na tento problém dlouhodobě poukazovali především zástupci Lékařů bez hranic (Garrett 2015: 95).

Míra nákazy v průběhu dalších týdnů razantně vzrostla. Od 11. srpna došlo k rapidnímu nárůstu případů nákazy virem a její míra nadále dosahovala po celém území Guiney enormní míry po celý zbytek roku. Kromě výše zmíněného skrývání nakažených příbuzných a tajného pohřbívání v souladu s místními tradicemi byla u místních obyvatel patrná rezistence spojená s identifikací nakažených obyvatel a s jejich následným přesunem do zdravotnického zařízení. Mezi tamními obyvateli panoval všeobecný názor, že oficiální seznam nakažených je jakýsi seznam smrti. Většina obyvatel věřila, že pokud označí někoho na daný seznam, již nikdy daného člověka neuvidí, protože ze zdravotnických zařízení se vracelo naprosté minimum lidí. Dále lze v průběhu celého roku 2014 najít četné vzpoury, a dokonce násilná napadení státního i mezinárodního zdravotnického personálu, který se snažil zamezit dalšímu šíření nákazy. Zdravotnická zařízení byla přepadávána a v některých případech byla i pohřbená těla příbuznými exhumována a donesena zpět do domovské vesnice za účelem vykonání patričního rituálu. Nákaza virem byla vysoká i mezi zdravotnickým personálem v jednotlivých zdravotnických zařízeních, kdy z celkového počtu 153 infikovaných zdravotnických pracovníků jich více než polovina na nákazu podlehla. Všechny tyto faktory napomohly k masivnímu rozšíření epidemie eboly do takových rozměrů, které vyústily v nejzávažnější epidemii tohoto viru v celé historii (WHO 2015c).

3.2.2 Epidemie viru eboly na území Libérie

První dva případy nakažení virem eboly na území Libérie byly oficiálně potvrzeny 30. března 2014. Jednalo se konkrétně o Foya distrikt, severní část Libérie sousedící s Guineou. Počet potvrzených případů v následujících měsících mírně stoupal, ovšem v porovnání se situací v ostatních dvou státech na tom byla Libérie relativně nejlépe. Na

⁴ Příbuzní zemřelých v souladu s těmito tradicemi mrtvá těla omývali, převlékali je, a především s nimi udržovali přímý fyzický kontakt formou polibků a pohlazení na rozloučenou. Místní obyvatelé věřili, že pokud nebude zemřelému poskytnut patriční ceremoniál na přípravu jeho posmrtného života formou rozloučení se a vykonání důstojného pohřbu, duše zemřelého nebude moci vstoupit do nebe a bude přeživší do konce jejich života strašit. Tato víra byla mezi místními obyvateli tak zakořeněná, že dokonce zdravotnickým pracovníkům uváděli větší strach z duší zemřelých než ze samotné smrtelné nákazy, která se šířila celým regionem. Oproti tomu ve zdravotnických zařízeních panovaly otřesné podmínky i pro infikované jedince a pohřbívání mrtvých těl vůbec nereflektovalo výše popsané tradice. Příbuzní často ani nevěděli, na jakém místě byl zemřelý pohřben (Garrett 2015: 88–90).

konci června zde bylo potvrzeno 51 případů nakažení, zatímco v Sierra Leone 158 a na území Guiney již 390 případů. V následujících měsících se ovšem i zde nákaza podobně jako v Guiney mnohonásobně rozšířila. Za hlavní problém Libérie v době rozšíření nákazy lze označit nedostatečné zdravotnické vybavení, do konce i v porovnání s ostatními dvěma postiženými státy. Nejen že téměř žádná nemocnice na území Libérie nedisponovala odděleními pro izolaci nakažených, chyběly zde naprosto základní ochranné pomůcky pro zdravotnický personál, jako například gumové rukavice.⁵ Tato situace vyústila na konci srpna s dvěma sty případy nakažení v největší míře nákazy zdravotnického personálu v porovnání s ostatními dvěma státy. Libérie navíc čelila největšímu počtu případů nakažených virem eboly, který dosahoval neuvěřitelných 2 000, z nichž více než polovina případů končila smrtí. Byl zde kritický nedostatek zdravotnických lůžek pro infikované. Ačkoliv WHO odhadovala, že je zapotřebí minimálně 1 000 lůžek, dostupných na území Libérie byla pouhá čtvrtina. Nedostatek adekvátního počtu léčebných lůžek spolu s absencí základních zdravotnických pomůcek můžeme označit za nejzávažnější problémy při snaze zastavit šíření nákazy mezi obyvateli v infikovaných oblastech, jelikož nebylo možné izolovat infikované jedince (WHO 2015d).

Podobně jako v ostatních západoafrických státech i v Libérii, která také neměla žádné předešlé zkušenosti s virem eboly, bylo klíčové informovat tamní obyvatele o základních preventivních opatřeních proti nakažení. Na území tohoto státu je tradiční především orální komunikace. Z tohoto důvodu bylo nezbytné mobilizovat dobrovolníky z řad místních obyvatel, kteří měli dva důležité úkoly:

Zaprvé, přesvědčit místní obyvatele, že epidemie viru eboly je skutečná. Mnoho lidí stále přisuzovalo úmrtí svých blízkých jiným příčinám. Zadruhé, bylo důležité všeobecně rozšířit informace o prevenci proti naze zahrnující identifikaci nakažených, jejich izolaci a bezpečný postup pohřbívání zemřelých (Nyenswah – Kateh – Bawo – Massaquoi – Gbanyan – Fallah – Williams 2016: 174–175).

Na konci října byl zaznamenán pokles míry nákazy v epicentrech viru. Klesající trend v následujícím měsíci vyústil dokonce v žádný nový zaznamenaný případ nakažení

⁵ Můžeme také dodat, že již před vypuknutím epidemie viru eboly byl na území Libérie značný nedostatek zdravotnického personálu. Pro 100 000 obyvatel Libérie byli k dispozici méně než 2 lékaři. Pro porovnání, na území USA ke stejnému počtu obyvatel vychází 245 lékařů (Garrett 2015: 88).

během čtyř po sobě jdoucích týdnů. Zastavení šíření nákazy lze přisuzovat především výše zmíněnému úspěšnému zapojení místních komunit v infikovaných oblastech. Spolupráce místních obyvatel spolu s domácími a mezinárodními zdravotnickými složkami a ochota implementovat preventivní opatření v epicentrech nákazy vyústily v nejlepší výsledky snížení nákazy viru eboly v porovnání s ostatními západoafrickými státy (WHO 2015d).

3.2.3 Epidemie viru eboly na území Sierra Leone

První případ nákazy virem eboly na území Sierra Leone byl zpětně vystopován na začátek ledna 2014 ve spojení s infikovanou ženou, která předtím přebývala v guinejské vesnici Meliandou. I zde se virus několik týdnů nepozorovaně šířil, aniž by byl identifikován (WHO 2015e). Na konci května 2014 dokonce prezident Ernest Koroma prohlásil, že na území Sierra Leone se virus eboly nevyskytuje. Zástupci Lékařů bez hranic však od března upozorňovali, že nákaza je s velkou pravděpodobností přítomna i na území tohoto státu (Kekulé 2015: 3790).

Na začátku června podobně jako v ostatních dvou postižených státech došlo k markantnímu zvýšení počtu infikovaných případů, přičemž na konci roku Sierra Leone se svými 6,2 miliony obyvatel čelila neuvěřitelným 9 000 případům nakažení virem eboly. První masivní vlna epidemie ze začátku června byla spojena s úmrtím a následným pohřbem tamního tradičního léčitele. Tento pohřeb vyvolal řetězovou reakci nákazy, se kterou epidemiologové spojují až 365 úmrtí tamních obyvatel. Epidemie eboly na území Sierra Leone nabyla obrovských rozměrů především v souladu s vypuknutím nákazy v hlavním městě Freetown. Zde byla potvrzena dokonce jedna třetina z celkových případů nakažení. Podobně jako u ostatních západoafrických zemí i zde byl masivní nedostatek základního zdravotnického materiálu a kompetentního lékařského personálu. I přes snahu mnoha mezinárodních aktérů zajistit mobilní zdravotnická zařízení pro izolaci infikovaných jedinců se epidemie i nadále šířila v bezprecedentním měřítku. Stejně jako v případě Libérie i zde se osvědčila kooperace s představiteli tamních komunit. Členové z řad náboženských a tradičních vůdců byli školeni o povaze a příznacích smrtelného viru, stejně tak i o opatřeních potřebných pro prevenci před jeho šířením. Nicméně, i přes značný počet dobrovolníků z řad místních obyvatel byla úplná

spolupráce s tamním obyvatelstvem problémová, což markantně ztěžovalo nalezení infikovaných jedinců a jejich separaci od ostatních členů rodiny (WHO 2015e).

3.2.4 Epidemie viru eboly na území ostatních afrických států

Spolu s možností dalšího rozšíření viru do ostatních zemí Afriky bylo v rámci WHO identifikováno 14 afrických zemí, které by mohly být nejvíce ohroženy: Kamerun, Benin, Burkina Faso, Středoafrická republika, Pobřeží slonoviny, Etiopie, Gambie, Guinea Bissau, Ghana, Mauritanie, Togo, Senegal, Niger a Mali. Bylo především posuzováno, zda tyto státy jsou schopny odhalit a oznámit potenciální případy nákazy včas. Tyto státy byly vzhledem k nedostačujícím podmínkám zdravotnických systémů a relativní geografické blízkosti s infikovanými státy vyhodnoceny jako nejvíce zranitelné pro případné rozšíření viru. Spolu se zahraniční pomocí bylo potřeba zvýšit ostražitost a připravenost i na území těchto států (WHO 2015i).

První případ nákazy v Nigérii byl potvrzen 20. června. Tato událost vystrašila širší mezinárodní společenství ze dvou důvodů:

Zaprvé, přenos nákazy prostřednictvím mezinárodní letecké dopravy poukazoval na možnost masivního rozšíření viru i za hranice západoafrického regionu. Zadruhé, výskyt viru v jednom z největších afrických měst Lagosu vytvářel potenciál pro další masivní rozšíření nákazy. Naštěstí všechny negativní předpovědi se ukázaly jako mylné a WHO mohla 20. října vyhlásit konec epidemie eboly na území Nigérie s celkovým počtem 19 případů a 7 úmrtí, které byly všechny spojeny s výše zmíněným prvním případem (WHO 2015h).

24. srpna 2014 byl oficiálně potvrzen první případ infekce virem eboly na území Demokratické republiky Kongo (DRC). Zpětně bylo zjištěno, že se nejedná o stejný typ viru, který byl přítomen v zemích západní Afriky. Na rozdíl od západoafrických zemí se DRK podařilo udržet nákazu před rozšířením do hustě obydlených oblastí. Jednalo se již o šestý případ výskytu viru eboly na území tohoto státu. Vzhledem k předchozím zkušenostem bylo DRC schopno rychle a efektivně implementovat opatření spojené se zastavením nákazy. Poslední případ nakažení virem byl potvrzen 4. října, tedy 41 dní od potvrzení prvního případu. 21. listopadu pak WHO oficiálně vyhlásila ukončení epidemie na území Demokratické republiky Kongo (WHO 2015g).

V Senegalu byl první infikovaný případ potvrzen 29. srpna. Podobně jako v Nigérii i zde se podařilo včas zasáhnout proti rozšíření nákazy a 42 dní poté WHO vyhlásila její zastavení, přičemž došlo pouze k jedinému potvrzenému případu, který byl posléze vyléčen. Mali potvrdilo první případ nákazy 23. října. Zde došlo k lokálnímu rozšíření viru uvnitř tamní nemocnice, která hospitalizovala nakaženého jedince a vyústila v 7 případů infekce virem a 5 úmrtí. WHO nakonec potvrdila konec nákazy na území Mali 18. ledna 2015 (WHO 2015h).

Nigérie, Senegal a Mali lze považovat za úspěšný příklad zastavení nákazy již v jejím zárodku. Tyto státy měly dobrý přehled o katastrofických následcích rozšíření viru v Guiney, Libérii a Sierra Leone, a proto udržovaly vysoký stupeň ostražitosti spojený s výskytem nákazy i na jejich území. Poté co byly potvrzeny případy viru eboly i zde, ihned provedly všechna opatření pro vystopování lidí, kteří byli s infikovaným jedincem v kontaktu. Dále rozšířily mezi veřejnost informace o nákaze a doporučeném postupu v případě známek infekce a úspěšně izolovaly již nakažené jedince (WHO 2015h).

3.2.5 Společná charakteristika problémů v západoafrických zemích, které přispěly k masivnímu rozšíření nákazy virem eboly

Lze identifikovat několik závažných problémů, kterým čelily všechny tři země nejvíce postižené virem:

- a) nedostatek předešlých zkušeností s virem eboly na svém území

Oproti zemím rovníkové Afriky neměly západoafrické státy téměř žádné zkušenosti s výskytem tohoto typu viru. Jak bylo zmíněno výše, předešlé případy vypuknutí epidemie eboly převážně v Demokratické republice Kongo byly z velké části zachyceny včas, a tím omezeny na výskyt v řídké osídlených oblastech země. Zdravotnický personál v DRK má téměř čtyřicetiletou zkušenost s virem eboly. Tamní obyvatelé mají alespoň základní povědomí o povaze a způsobu šíření nákazy. Z těchto důvodů bylo v předešlých případech možno včas identifikovat potenciální výskyt nákazy a omezit její šíření do hustěji obydlených oblastí. Oproti tomu obyvatelé a zdravotnický personál západoafrických zemí neměli ani přehled o tom, jaký virus je zasáhl a jak se proti nákaze bránit. V případě západoafrických států se tedy nepodařilo zastavit šíření

nákazy do nejobydenějších oblastí, což způsobilo její masivní rozšíření, které bylo do jisté míry odlišné od předešlých případů v DRK a bylo na něj také třeba odlišně reagovat (WHO 2015b).

- b) nedostatečné vybavení národních zdravotnických systémů, podmínky ve zdravotnických zařízeních a proškolení zdravotnického personálu

Kvůli dlouhodobé nedostatečné dostupnosti a kvalitě zdravotní péče v těchto zemích je mezi tamními obyvateli zakořeněná převážně tradice lokálních léčitelů. Po vypuknutí epidemie vyšlo najevo, že v tamních zdravotnických zařízeních nejsou dostupné ani základní preventivní pomůcky, jako například gumové rukavice. Zdravotnický personál navíc nebyl patřičně proškolen, jakým způsobem se chránit proti nákaze, což vyústilo v rozšíření nákazy i uvnitř zdravotnických zařízení a mezi lékařským personálem mezi sebou (WHO 2015b).

- c) absence kontrolních mechanismů spojených s ohrožením veřejného zdraví

Západoafrické státy nedisponovaly žádnými kontrolními mechanismy, které by byly schopny včas identifikovat ohrožení veřejného zdraví spojené s virem eboly, byly tedy do velké míry odkázány na odbornou pomoc ze zahraničí. Ačkoliv je celý africký kontinent náchylný na výskyt podobných druhů vysoce nakažlivých chorob, chybí zde koordinované centrum pro prevenci a kontrolu nemocí, které je na ostatních kontinentech zcela běžné.⁶ Je také důležité zdůraznit, že na území všech tří nejpostiženějších států nebyly vytvořeny výše zmíněné minimální kontrolní mechanismy včasné detekce hrozby veřejného zdraví, které vyplývají ze závazků IHR pro všechny členské státy WHO (Kekulé 2015: 3795)

Je ovšem také nutné uvést, že Guinea, Libérie a Sierra Leone jsou rozvojové země značně postižené civilními válkami, které negativně ovlivnily vývoj jednotlivých vládních sektorů včetně zdravotnictví. Všechny tyto tři země jsou na agendě Komise OSN pro Peacebuilding (UN's Peacebuilding Commission), která od roku 2005 asistuje v oblasti udržení míru a post-konfliktní rekonstrukce. Dopad ozbrojených konfliktů na

⁶ Za podobné centrum můžeme uvést například americké CDC sídlící v Atlantě, čínské CCDC sídlící v Pekingu nebo evropské ECDC sídlící ve Švédsku (Kekulé 2015: 3795)

schopnost daného státu vypořádat se s vysoce nakažlivými chorobami je dlouhodobě považován za rizikový faktor (Fidler 2015: 182).

- d) způsob šíření nákazy mezi jednotlivci a všeobecné nepochopení tamní veřejnosti o charakteristice a příčinách přenosu viru

Za hlavní příčinu masivního šíření nákazy lze označit kulturní rituály spojené především s pohřbíváním příbuzných. Během přípravy na pohřeb a samotného ceremoniálu se totiž pozůstalí vyskytují v bezprostřední blízkosti se zemřelým, se kterým udržují fyzický kontakt. Personál WHO působící v Sierra Leone uvádí, že až 80% nakažených případů vzešlo právě z těchto pohřebních rituálů.

Dalším klíčovým faktorem pro nekontrolovatelné šíření viru lze označit neochotu obyvatel léčit se v zařízeních k tomu určených. Jak již bylo nastíněno výše, uvnitř nemocničních center panovaly otřesné podmínky, nebyly zde dostupné základní zdravotnické pomůcky a virus eboly se šířil i mezi zdravotnickým personálem, což vyústilo v četné stávky a neochotu mnoha zdravotnických pracovníků zde nadále zůstat. Mnoho místních obyvatel raději skrývalo nákazu, než aby muselo odejít do nemocničních zařízení, ze kterých se jich vrátilo pouze minimum. Pohřbívání mrtvých nakažených virem eboly se v těchto zařízeních navíc razantně lišilo od dlouholetých rituálů tamních obyvatel, z tohoto důvodu místní raději skrývali své mrtvé a pohřbívali je v souladu se svými rituály, ovšem za cenu dalšího masivního šíření nákazy (WHO 2015b).

- e) Vysoká míra migrace tamní populace a vysoce propustné hranice mezi jednotlivými státy.

Země západní Afriky jsou navíc charakteristické vysokou mírou přeshraniční mobility obyvatel, která podle některých studií až osmkrát více převyšuje mobilitu obyvatel kdekoli jinde na světě. Tato mobilita a fakt, že epidemie eboly měla původ blízko hranic s Libérií a Sierra Leone, jen zvyšovala možnost přeshraničního rozšíření smrtelného viru. Mnoho tamních obyvatel dennodenně překračuje hranice těchto států za účelem nalezení lepších pracovních příležitostí či návštěvy svých příbuzných. Je třeba také zdůraznit, že mnoho nakažených obyvatel se vracelo na území svých rodných vesnic, aby byly pohřbeni spolu se svými předky. Tímto způsobem docházelo k masivnímu rozšíření nákazy mezi jednotlivými vesnicemi napříč všemi třemi postiženými státy západní Afriky (WHO 2015b).

3.3 Reakce WHO na vypuknutí epidemie viru eboly na území západní Afriky v roce 2014

Vypuknutí epidemie viru eboly na území Guiney bylo oficiálně vyhlášeno 23. března 2014 (Kamradt-Scott 2016: 404). Na základě memoranda afrického regionálního úřadu WHO bylo ústředí doporučeno, aby byl vyhlášen druhý pohotovostní stav. AFRO zde poukazovalo na pravděpodobné rozšíření nákazy za hranice Guiney do sousedních států. Také zdůrazňovalo, že se jedná o první případ výskytu tohoto typu viru na území Guiney, zdravotnický personál s ním nemá žádné zkušenosti a celkově nedostatečné zdravotnické kapacity na tomto území vyžadují mezinárodní asistenci (AFRO 2014: 1–3). Na základě těchto informací byl vyhlášen druhý pohotovostní stav a sekretariát WHO začal mobilizovat pohotovostní tým v rámci GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network), který by asistoval místním zdravotnickým orgánům a podal zprávy o situaci ústředí organizace. Sekretariát dále upozornil vlády v Libérii a Sierra Leone na možný výskyt viru a doporučil sledování situace i na jejich území (Kamradt-Scott 2016: 404).

28. března do Guiney přicestoval první tým GOARN, který začal zhodnocovat danou situaci. Zjištění byla uveřejněna 8. dubna a v něm představitelé WHO upozornili, že se jedná o nejzávažnější vypuknutí epidemie eboly vůbec. 5. května vyslala Světová zdravotnická organizace celkem 112 odborníků do západní Afriky, přičemž 87 jich bylo vysláno do Guiney, 20 do Libérie, 4 do afrického regionálního úřadu WHO a 1 do Sierra Leone. 6. května byla navíc uskutečněna schůzka mezi představiteli tamních ministrů zdravotnictví, členů ústředí WHO a AFRO v Conakry. Cílem setkání bylo identifikovat nedostatky týkající se zastavení šíření nákazy a definování pomoci, kterou mohou poskytnout zahraniční partneři. Pole působnosti vyslaného personálu WHO bylo rozšířeno kromě tradičních oblastí epidemiologie, laboratorních služeb, kontroly a prevence infekcí i o sociální oblast, především o mobilizaci tamního personálu i místních obyvatel za účelem dosažení spolupráce a zamezení šíření nákazy (WHO 2015f).

WHO v předešlých případech výskytu viru eboly posílalo do postižených zemí pouze velmi omezený počet personálu. V průměru se jednalo o 2 až 5 technických poradců, což jen vystihuje roli organizace jako koordinační a asistenční aparát pro postižené země. V porovnání s těmito čísly můžeme tvrdit, že mobilizace 112 odborníků

během několika týdnů byla ze strany WHO odůvodnitelná a adekvátní. Jak již bylo zmíněno výše, na základě ustanovení vycházejících z IHR má každá země povinnost relevantně informovat zástupce WHO o dané situaci ve své zemi. Během nadcházejících měsíců od zástupců jednotlivých postižených zemí chodily převážně optimistické zprávy o zmírnění či zastavení šíření nákazy (Kamradt-Scott 2016: 405).

9. května ministr zdravotnictví Guiney informoval Světové zdravotnické shromáždění o velice povzbudivých výsledcích ohledně šíření epidemie na území svého státu. Guinejský ministr uvedl, že téměř všechna ohniska nákazy jsou pod kontrolou (WHO 2015f). Podobná stanoviska byla předána ústředí WHO i od představitelů Libérie a Sierra Leone. Tyto optimistické prognózy se v následujících měsících projeví jako zcela chybné. Je nutné také zdůraznit, že jednotlivé západoafrické státy postižené virem eboly neměly žádný zájem na uvalení obchodních a cestovních restrikcí od ostatních států, a z tohoto důvodu předávaly WHO do určité míry zkreslené a neprověřené informace o skutečné situaci.⁷ Ústředí WHO ovšem v souvislosti s těmito informacemi a v závislosti na předešlé zkušenosti s virem eboly v centrální Africe vyhodnotilo situaci jako stabilní a reakci na epidemii za adekvátní (Kekulé 2015: 3790–3791).

V následujících měsících se však situace značně zhoršila a bylo zřejmé, že původní optimistické prognózy se nenaplní. Od začátku června, kdy se nákaza viru eboly začala masivně šířit ve všech třech postižených státech, bylo zřejmé, že vysoká míra migrace obyvatel přes hranice jednotlivých států omezuje současná opatření v boji proti šíření této nákazy. Byl tedy zaveden systém přeshraničního monitoringu migrace obyvatel v určených oblastech blízko hranic těchto tří států (WHO 2015f).

Mezi 28. květnem a 10. červnem bylo jen v Guiney a Sierra Leone nahlášeno více než 150 nových případů infekce. Během první poloviny června se v rámci WHO interně jednalo o možnosti vyhlášení ohrožení veřejného zdraví (PHEIC) na základě IHR. Zástupci afrického regionálního úřadu WHO urgovali na ústředí, aby vyhlásilo PHEIC, reakce ústředí však byla značně zdrženlivá (Kamradt-Scott 2016: 405–406). Ačkoliv lze zpětně tvrdit, že tehdejší kritická situace v jednotlivých státech splňovala podmínky pro

⁷ Zástupci postižených států reflektovali pouze pozitivní zprávy týkající se nákazy a ty pak předkládali zástupcům WHO. Takovou zprávou byly například výsledky šetření americké firmy Metabiota, která v pohraničí vyšetřila 160 jedinců a nezaznamenala ani jeden případ nákazy. Zástupci Lékařů bez hranic ovšem opakovaně poukazovali na faktory, které odporovaly zastavení nákazy, a varovali před podceněním závažnosti dané situace. I přesto se ovšem většina zástupců postižených států rozhodlo prezentovat situaci jako stabilní (Kekulé 2015: 3790).

spuštění opatření v rámci IHR, tato možnost byla zamítnuta s vysvětlením, že by následky takového vyhlášení mohly výrazně postihnout vztahy mezi postiženými státy a WHO jako celku (Garrett 2015: 95). Ústředí WHO bylo v předešlém případě týkající se vyhlášení PHEIC značně kritizováno ze strany členských států. Z výše uvedeného je patrné, že WHO nemělo dostatečné sebevědomí na to, aby bylo ochotno prosadit své pravomoci i přes možný nesouhlas a následnou negativní reakci ze strany svých členských států (Kamradt-Scott 2016: 405).

Do 17. června celkový počet vzrostl na více než 520 případů, přičemž i Libérie poprvé od května hlásila nový výskyt nákazy na svém území (Kamradt-Scott 2016: 406). Na základě těchto nových událostí se 23. června uskutečnila další schůzka v Conakry mezi guinejským prezidentem, zástupci AFRO a ústředí WHO, americkým velvyslancem v Guineji a zástupci Amerického střediska pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC), kde byla projednávána závažnost dalšího rozšíření nákazy napříč všemi třemi postiženými státy. 27. června byl GŘ Margaret Chan předán dopis od zástupců Lékařů bez hranic a týmu GOARN, kteří požadovali razantnější roli WHO a jejího ústředí při řešení dané situace v postižených zemích (WHO 2015f).

Po obdržení tohoto dopisu GŘ Margaret Chan převzala osobní zodpovědnost za reakci WHO týkající se epidemie viru eboly a vyhlásila třetí a zároveň nejvyšší stupeň pohotovosti. Začala organizovat setkání na nejvyšší úrovni mezi představiteli ministerstev zdravotnictví v rámci afrického regionu spolu se zástupci aerolinek, důlních společností, zástupci Africké rozvojové banky a ostatních potenciálních sponzorů. Cílem těchto jednání bylo zajistit dostatečné finanční, materiální a odborné prostředky pro boj proti šířící se nákaze. Problém se tak přemístil v plné míře i do politické a ekonomické roviny, kdy panovaly obavy, aby mezinárodní firmy klíčové pro jednotlivé ekonomiky postižených států nechtěly z daného regionu odejít. 2. a 3. července se mezi těmito představiteli konala schůzka v Ghaně a vyústila v závazek týkající se finanční podpory v boji proti smrtelné nákaze (WHO 2015f). V praktické rovině však nenastal žádný razantnější pokrok, zároveň však míra nákazy v západoafrickém regionu eskalovala na téměř 1000 případů nakažení virem eboly (Kamradt-Scott 2016: 405).

Bezprecedentní rozšíření nákazy ve všech třech postižených zemích vyžadovalo razantní nárůst lidských, finančních, provozních a logistických kapacit, které se WHO snažilo pomocí setkání se zahraničními sponzory zajistit. V této fázi již bylo zřejmé, že

WHO postrádalo rezervní fond pro takoveto neočekávané krizové situace, který byl navržen posudkovým výborem v roce 2009, a kterého by bylo možné ihned využít pro navýšení kapacit a prostředků na zvládnutí dané krizové situace. V druhé polovině července nákaza v zemích západní Afriky svým rozsahem a komplexností již značně převyšovala kapacity, kterými WHO disponovalo. Sama GŘ Margaret Chan dala v tomto období jasně najevo, že WHO stávající situaci samo nezvládne a situace si žádá masivní zapojení ostatních mezinárodních aktérů za účelem zastavení stále se rozšiřující nákazy. Samo WHO urgovalo své partnery o navýšení rozpočtu o 100 milionů amerických dolarů kvůli zlepšení akceschopnosti a zvýšení technické pomoci v postižených státech. GŘ Margaret Chan se také angažovala na setkáních s prezidenty všech tří postižených států, které vyústily ve společnou deklaraci hlav států a vlád Mano River Unie (Joint Declaration of Heads of State and Government of the Mano River Union). Zde bylo přislíbeno navýšení materiální a technické pomoci ze strany WHO, byl ovšem také kladen důraz na razantní zásah především ze strany jednotlivých států. Deklarace navíc zavazovala postižené státy vytvořit izolační pásma poblíž přeshraničního regionu, která by hlídala policie a armáda. Ani v této fázi ovšem nebyl generálním ředitelem WHO svolán Pohotovostní výbor, který by zhodnotil danou situaci, zda naplňuje podmínky PHEIC (WHO 2015f).

20. července byl zaznamenán první přenos nákazy na území Nigérie prostřednictvím mezinárodní letecké dopravy. Na začátku srpna 2014 navíc situace ve všech třech postižených státech dále eskalovala společně s výskytem dalších epicenter nákazy. 2. srpna GŘ Margaret Chan v rámci setkání s vládními agenturami a zdravotnickými úředníky ve Whashingtonu DC a New Yorku znovu varovala před nedostatečnými kapacitami WHO na území Guiney, Libérie a Sierra Leone, které nemohou zvládnout exponenciální nárůst případů infikovaných virem eboly (WHO 2015f).

Následné rozšíření nákazy do Nigérie prostřednictvím mezinárodní letecké dopravy vystrašilo jednotlivé vlády po celém světě a konečně také přimělo GŘ Margaret Chan svolat Pohotovostní výbor (Emergency Committee) v rámci IHR. Výbor se poprvé sešel 8. srpna a jednohlasně potvrdil podmínky splňující ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu (public health emergency of international concern, PHEIC) (WHO 2015f). 9. srpna 2014 byla epidemie viru eboly v zemích západní Afriky oficiálně

vyhlášena generálním ředitelem WHO za ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu. Jednalo se v pořadí teprve o třetí vyhlášení takového stavu. Postiženým státům bylo doporučeno provádět kontroly občanů na všech letištích, hraničních přechodech a přístavech. Cestovní omezení měl být udělováno všem osobám, které by projevovaly známky nemoci nebo by byl zjištěn přímý či nepřímý kontakt s nakaženými jedinci. Na druhé straně bylo ostatním státům zdůrazněno, aby nezaváděly všeobecné zákazy cestování, které by mohly kriticky postihnout již tak zdevastované ekonomiky států potýkajících se s epidemií (Rhymer, Speare 2017:10).

Společně s rozšířením nákazy prostřednictvím mezinárodní letecké dopravy dostávala epidemie eboly nový hrozivý rozměr, jehož další potencionální přenos vyděsil širokou mezinárodní společnost. Do té doby byl problém všeobecně vnímán spíše jako lokální a omezující se na postižené státy v západní Africe. Spuštění mechanismu PHEIC mělo za úkol nejen zastavit rozšíření nákazy do ostatních států, ale také vytyčit jasné hranice týkající se uvalení restrikcí na postižené státy ze strany ostatních mezinárodních aktérů. Výbor doporučil detekční kontroly lidí cestujících z postižených států, ale také se jasně vymezil proti zavedení obchodních a cestovních omezení směrem k postiženým státům. Tento typ restriktivních opatření se totiž na základě předešlých zkušeností s podobnými nákazami nejeví jako efektivní a naopak výrazně škodí již tak postiženým ekonomikám daných postižených států (WHO 2015f).

Je ovšem nutno zdůraznit, že většina členských států nedodržovala výše zmíněná doporučení. Téměř čtvrtina všech členských zemí navzdory IHR zavedla zákazy přicestování ze zemí postižených ebolou. Některá zavedená opatření navíc lze označit za naprosto zbytečná a nemající vliv na identifikaci či případné zadržení infikovaných případů. Afghánistán například vyžadoval od cestujících z postižených zemí lékařské osvědčení o tom, že nejsou nakaženi virem eboly. Vzhledem k inkubační době projevení nákazy a dalších specifik spojených s virem tak bylo možné, aby daný cestující prošel na území daného státu se zastaralým vyšetřením a nákazou, která se mohla projevit až za několik dní. Jinými slovy takovýto typ restrikcí nad rámec doporučení IHR negarantoval vyšší míru ochrany před výskytem viru. Navíc se výše zmíněné restriktce neopíraly o žádný vědecký základ, což můžeme považovat v přímém rozporu s pravidly vycházející z IHR. Jiné státy na druhou stranu neprovedly žádná opatření z doporučení IHR. Za hlavní problém implementace těchto doporučení lze označit absenci kontrolních

a sankčních mechanismů, které by členské státy donutily je realizovat na svém území. Dokonce si lze všimnout určité neochoty ze strany WHO poukázat na konkrétní nespolupracující státy za účelem ovlivnění jejich mezinárodní reputace. Tyto značné nedostatky jen vyzdvihují slabost a neefektivitu takovýchto regulací (Rhymer, Speare 2017:10– 14).

V tuto dobu navíc zcela zkolabovaly jednotlivé zdravotnické systémy ve všech postižených státech a nebyly tak schopny zajistit ani běžné lékařské zásahy. Guinea, Libérie i Sierra Leone byly na hranici státního kolapsu. Propukaly zde rozsáhlé nepokoje a útoky na zbylé zdravotnické pracovníky. Mezitím míra nákazy virem eboly dosahovala enormního rozsahu a počtu usmrcení (Garrett 2015: 98). Ačkoliv bylo vyhlášeno ohrožení zdraví mezinárodního významu v rámci IHR, jen několik málo dodatečných opatření bylo realizováno na území postižených států, přičemž bylo nahlášeno přibližně 1 800 potvrzených případů nakažení virem. Nákaza se dále šířila bezprecedentním růstem (Kamradt-Scott 2016: 406).

28. srpna 2014 WHO vydala ucelený plán reakce proti ebole (Ebola Response Roadmap), jehož cílem bylo zastavit šíření nákazy v postižených zemích do 6 až 9 měsíců a zabránit dalšímu rozšíření v mezinárodním měřítku. Vypracování tohoto plánu mělo sloužit jako odborná opora pro jednotlivé státy a zahraniční partnery za účelem vytvoření určitého koordinovaného postupu a patřičné reakce proti nákaze. Tento dokument kladl důraz především na dosažení plného geografického pokrytí aktivit souvisejících se zastavením šíření nákazy v postižených státech, dále na uplatnění vytyčených metod včasné a patřičné reakce v nových oblastech výskytu nákazy, a v neposlední řadě na posílení připravenosti ostatních zemí včasně identifikovat a vypořádat se s potenciálními případy nakažení na svém území již v samotném zárodku (WHO 2014a).

V této fázi a v souladu s možností celosvětového rozšíření viru byla WHO vystavena četné kritice ze všech stran. Byla kritizována za neschopnost včasného zásahu proti nákaze a za způsobení současné kritické situace, která mohla postihnout téměř všechny státy (Kamradt-Scott 2016: 406). Americké CDC navíc na začátku září zveřejnilo hrozivé prognózy předpovídající exponenciální růst nákazy s celkovým předpokládaným počtem jednoho milionu nakažených do února 2015 v případě, že nedojde k razantní mezinárodní intervenci (Garrett 2015: 100–101).

V této době se konalo zasedání na půdě OSN kde zástupci WHO, Lékařů bez hranic a představitelé nejvíce postižených západoafrických států informovali světové společnosti o kritické situaci. Zástupci Lékařů bez hranic zdůrazňovali nutnost rozsáhlé vojenské operace, která by jako jediná dokázala zastavit šíření nákazy. 15. září roku 2014 bylo na základě těchto jednání svoláno zasedání Rady bezpečnosti OSN, které vydalo rezoluci UNSC 2176 rozšiřující Misi OSN v Libérii (UNMIL) za účelem poskytnutí dostatečných prostředků pro zastavení šíření viru (Kamradt-Scott 2016: 406–407).

Následující den Obamova administrativa zveřejnila rozhodnutí vyslat do zemí postižených epidemií eboly přibližně 3 000 vojenského personálu a poskytnout dodatečných 750 milionů amerických dolarů pro zastavení šíření nákazy. Během druhé poloviny září a v průběhu října se navíc potvrdil první případ výskytu nákazy na území USA a Španělska, což vyvolalo mezinárodní paniku i v americkém a evropském regionu (Garrett 2015: 100–101).

18. září byla dokonce na základě rezoluce 2177 RB OSN vytvořena Mise OSN pro boj proti epidemii viru eboly (UN Mission for Emergency Ebola Response, UNMEER). Jednalo se o historicky první zdravotnickou misi týkající se ochrany veřejného zdraví v rámci struktur OSN vůbec. Cílem mise bylo především zvýšit rozsah a zlepšit koordinaci mezinárodní pomoci směrem k postiženým státům. V rámci UNMEER byl vytvořen krizový plán pro postižené země vycházející převážně z plánu WHO, který zahrnoval potřeby navýšení zdravotnických lůžek, zahraničního lékařského personálu, pohřebních týmů, a především výstavbu nových léčebných center pro infikované (WHO 2015f). Konec epidemie viru eboly v západní Africe byl oficiálně vyhlášen až v lednu 2016 poté, co bylo potvrzeno 42 dní bez výskytu nového případu nakažení na území Guiney, Libérie a Sierra Leone (BBC 2016). V následující kapitole je zhodnocen postup zástupců WHO, reakce členských států a efektivita reformovaných Mezinárodních zdravotnických předpisů od propuknutí epidemie na začátku roku 2014 po vytvoření mise UNMEER Radou bezpečnosti OSN v září téhož roku, která převzala hlavní roli při řešení stávající situace.

4 Zhodnocení reakce WHO na vypuknutí epidemie viru eboly na území západní Afriky v roce 2014

Vytvoření mise UNMEER bylo všeobecně považováno za ztrátu hlavní role WHO v oblasti ochrany veřejného zdraví v případě epidemie viru eboly v západoafrických zemích. GŘ Margaret Chan byla kritizována za špatné vyhodnocení situace a za velmi opožděnou reakci na epidemii, která vyústila v nejhorší rozšíření viru eboly v celé historii (Sengupta 2015). V říjnu 2014 bylo toto tvrzení navíc podpořeno neoficiálním uveřejněním návrhu interního zhodnocení postupu WHO, ve kterém samotní zástupci organizace připouštěli, že jejich reakce na vypuknutí epidemie byla nedostačující. Podle tohoto návrhu mohlo být od počátku epidemie patrné, že se nákaza bude vyvíjet odlišným způsobem oproti předešlým případům výskytu viru v rovníkové Africe, a tedy i reakce na zastavení nákazy v souvislosti s těmito okolnostmi měla být odlišná (Cheng 2014). Ústředí WHO bylo především kritizováno za zdrženlivost v souvislosti s vyhlášením PHEIC v rámci IHR. Bylo patrné, že vzhledem k výskytu prvních případů nákazy virem na území Guiney blízko hranic existuje velké riziko, že se nákaza rozšíří i do okolních států. Nicméně i přesto například vysoký představitel WHO Dr. Keiji Fukuda varoval GŘ Margaret Chan před řešením dané situace dle ustanovení PHEIC, které by podle něj bylo postiženými státy vnímáno jako určitý typ nepřátelského aktu a mohlo by negativně ovlivnit jejich vzájemnou spolupráci. Je tedy patrné, že při rozhodování o řešení dané situace pod statutem PHEIC hrály významnou roli i politické a ekonomické zájmy jednotlivých aktérů. Výše uvedený fakt značně limituje základní roli WHO v této oblasti, a tím je nezávislé posouzení potenciálního ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu, což jen dokládá velmi slabou pozici této organizace v mezinárodním systému jako takovém (WHO 2014b). GŘ Margaret Chan reagovala na četnou kritiku především tím, že všeobecná veřejnost včetně mnoha mezinárodních aktérů nechápe povahu a roli Světové zdravotnické organizace jako takové. Hlavní úlohou WHO jakožto specializované zdravotnické agentury OSN je poskytnout členským státům asistenční, koordinační a technický aparát v případě vypuknutí takovéto krizové situace. Primární reakce na ohrožení veřejného zdraví je ovšem v kompetenci a zároveň odpovědností jednotlivých států, které mají povinnost chránit své obyvatele a zajistit jim základní zdravotnické garance. WHO podle ní nemá dostatečné kapacity na to, aby mohla plnit roli primární reakce namísto jednotlivých států, kterých se daný problém týká (Fink 2014).

Výše zmíněný argument později potvrdila i zpráva prozatímní komise pro posouzení reakce na virus eboly (Report of the Ebola Interim Assessment Panel), která měla za úkol nezávisle posoudit postup reakce Světové zdravotnické organizace. Výsledek šetření komise uvádí, že v současné době WHO nedisponuje dostatečnými kapacitami, organizační kulturou a sebevědomím, aby mohla plnit roli včasné a efektivní reakce na mimořádné události v oblasti ochrany veřejného zdraví. Tento stav je úzce spojen s vnímáním suverenity ze strany jednotlivých členských států v oblasti ochrany veřejného zdraví. Komise tedy navrhuje tři možnosti dalšího postupu:

a) Vytvořit zcela novou organizaci, která by tuto roli plnila

První varianta je považována za nejméně vhodnou. Vytvoření zcela nové agentury by vyžadovalo značné prostředky a čas pro vytvoření patřičného administrativního aparátu a dostatečných kapacit pro efektivní reakci na nově vzniklé krize. Nová agentura by navíc stejně byla do jisté míry odkázána na stávající technický aparát WHO a musela by s ní koordinovat svou politiku v oblasti ochrany veřejného zdraví, což by mohlo vyústit v rivalitu či překrývání jednotlivých polí působnosti obou organizací.

b) Tuto roli převezme jiná ze stávajících agentur OSN

Podobně jako u předchozí varianty i v tomto případě by muselo dojít k vytvoření adekvátních kapacit některé ze stávajících agentur OSN. Stejně jako v předešlém případě by ovšem i jiné stávající agentury OSN musely koordinovat svou politiku s WHO, především v souvislosti s Mezinárodními zdravotnickými předpisy.

c) WHO budou poskytnuty ze strany členských států patřičné finanční a kompetenční prostředky, které jí umožní plnit tuto roli

Poslední navržená varianta nejlépe odpovídá současné situaci. WHO v souvislosti s nejnovějším zněním Mezinárodních zdravotnických předpisů již z formálního hlediska disponuje potřebným mandátem pro reakci na nově vzniklé krize spojené s ohrožením veřejného zdraví. Je ovšem důležité, aby došlo ke změně přístupu ze strany organizace jako takové i ze strany členských států. WHO musí podstoupit fundamentální změnu ve vedení a rozhodovacím procesu v souvislosti s tímto mandátem. V současné době je hlavní rolí WHO koordinace a technická asistence pro jednotlivé členské státy. Nicméně na základě událostí posledního desetiletí je patrné, že nově vzniklé hrozby veřejného

zdraví s mezinárodním či globálním rozsahem vyžadují změnu této role. WHO musí vytvořit dostatečné kapacity na to, aby v určitých situacích dokázala převzít vůdčí roli v oblasti reakce na ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu i přes možnou negativní reakci ze strany členských států (WHO 2015k: 15–18).

Podle mého názoru především reakce WHO a jejích členských států na vypuknutí epidemie viru eboly znovu poukázala na několik závažných strukturálních problémů, které brání této organizaci plnit roli včasné a efektivní reakce na nepředvídatelné krizové situace podobného typu. Některé z těchto problémů jsou dlouhodobé, vyskytují se v rámci této organizace od jejího samého vzniku a v průběhu jejího působení se dále prohlubovaly.

4.1 Struktura rozpočtu Světové zdravotnické organizace

Jak již bylo nastíněno výše. Většina aktivit WHO je financována prostřednictvím mimorozpočtových příspěvků od jednotlivých sponzorů. Finanční dotace se tedy přidělují především krátkodobým a populárním programům, dlouhodobá preventivní opatření jsou ovšem značně upozaděna (Hanrieder 2015: 8–11). Sama GŘ Margaret Chan uvádí, že mimorozpočtové příspěvky WHO jsou značně nepružné a odrážejí spíše zájmy jednotlivých sponzorů. Finanční prostředky jsou navíc přidělovány programům WHO až ve fázi, kdy již daný problém existuje. Z tohoto důvodu také WHO najímá poradce a odborníky na určitou problematiku nárazově a pouze na omezenou dobu. V případě vyřešení tohoto problému WHO nemá dostatečné finanční kapacity na to, aby daný personál dále využívalo například na dlouhodobé budování preventivních opatření proti budoucím výskytům daného problému. V případě západoafrických států zde chyběla především tato preventivní a monitorovací opatření vycházející především ze závazků IHR, která by byla schopna včas rozpoznat nákazu a patřičně na ni reagovat. Z předešlé kapitoly je mimo jiné patrné, že v případě propuknutí takovéto nepředvídatelné krizové situace výrazně chybí WHO již dříve navržený rezervní fond, ze kterého by bylo možno ihned obstarat dodatečné prostředky pro efektivní zvládnutí dané krize. Potřeba vytvoření takového fondu byla identifikována již po roce 2009 a epidemie viru eboly tuto potřebu znovu zdůraznila (Fink 2014).

Je také nutné zdůraznit, že přibližně rok před výskytem epidemie eboly byl rapidně snížen počet personálu WHO pro reakci na podobné krizové situace z celkového

počtu 90 na pouhých 36 odborných zaměstnanců. Tyto škrty provedl sekretariát WHO, nicméně jednal tak v reakci na výše zmíněné 51% snížení sponzorských příspěvků členských států do rozpočtu WHO pro krizovou reakci na období 2014 – 2015. Ústředí WHO očekávalo, že toto personální snížení dokáže nahradit kapacity jednotlivých regionálních poboček organizace, které mají větší vliv na obstarání a alokaci svěřených finančních prostředků. To se však nenaplnilo, právě naopak (Kamradt-Scott 2016: 408). Podobně i v rámci afrického regionálního úřadu AFRO byl pohotovostní tým pro reakci na vypuknutí epidemie a krizových situací značně zredukován pouze na 10 členů. Stejně jako v případě ústředí WHO se jednalo o reakci na rozpočtové škrty mezi lety 2011 a 2013 (WHO 2015k: 16–18).

Rozhodnutí členských států omezit výše zmíněné finanční prostředky do rozpočtu WHO pro krizovou reakci výrazně ovlivnilo schopnost WHO jako takové efektivně reagovat na vypuknutí epidemie viru eboly v zemích západní Afriky v roce 2014 (Kamradt-Scott 2016: 408).

Je také důležité posoudit tyto značně omezené kapacity v širším mezinárodním měřítku. WHO se ve stejné době kromě západoafrických zemí angažovala i na území Středoafričské republiky, Sýrie a Iráku, ve kterých byl také vyhlášen třetí, a tedy nejvyšší pohotovostní stav. Dále se také angažovala v 21 dalších zemích, konkrétně v 11 byl vyhlášen druhý stav pohotovosti a ve zbylých 10 se jednalo o první pohotovostní stav. V některých zemích se navíc jednalo o více než jednu krizovou situaci, kvůli které musel být patřičný stav vyhlášen. Spolu s dlouhodobým nedodržováním závazků vyplývajících z IHR ze strany členských států je patrný závažný problém vyplývající ze vztahu principál – agent. WHO jakožto ustanovený agent v oblasti ochrany veřejného zdraví nedisponuje dostatečnými finančními a kompetenčními mechanismy, aby mohla efektivně plnit roli reakce na nepředvídatelné krizové situace spojené s PHEIC. Oproti tomu členské státy i přes dřívější identifikaci nedostatků v oblasti ochrany veřejného zdraví ve faktické rovině preferují obhajování jednotlivých národních zájmů v oblasti ochrany veřejného zdraví na úkor akceschopnosti a efektivnosti WHO (WHO 2016b).

4.2 *Neochota představitelů Guiney, Libérie a Sierra Leone sdílet relevantní informace o stávající situaci zástupcům WHO*

Je zřejmé, že jednotlivé západoafrické státy postižené epidemií zprostředkovaly ústředí WHO, ať již vědomě či nevědomě, zkreslené informace o situaci ve své zemi. V převážné většině zveřejňovaly pouze laboratorně uznané případy nakažení a usmrcení virem, přičemž míra nákazy byla mnohonásobně vyšší než udávaly tyto oficiální statistiky. Jednotlivé státy se bály především ekonomických a cestovních restrikcí, které by na ně mohly být v souvislosti s epidemií uvaleny od ostatních států. Oficiální statistiky nakažených případů ovšem byly výrazně nižší než ve skutečnosti také z toho důvodu, že žádná z postižených zemí nedisponuje kvalitními kontrolními mechanismy a orgány, které by byly schopny vystopovat řetězec nákazy (WHO 2014b).

Tamní obyvatelstvo také převážně z výše popsáných tradičních a kulturních důvodů případy nakažení ve svém okolí tajilo. Za další důležitý faktor nespolupráce tamních obyvatel můžeme označit přirozený strach spolupracovat s cizím zdravotnickým personálem a případně se léčit ve vymezených zdravotnických zařízeních, ve kterých panovaly otřesné podmínky. Nicméně fakt, že ústředí WHO spolu s AFRO nebyli schopni kontrolovat relevantnost oficiálních zpráv a prohlášení jednotlivých představitelů postižených států, lze považovat za jeden z nejzávažnějších selhání této organizace. Takové tvrzení je zvláště patrné, pokud přihlédneme k předešlým zkušenostem členských států v podobných situacích, při kterých převážná většina jednala velice podobně, protože se chtěla vyhnout případným ekonomickým a cestovním restrikcím. Navíc nedostatečné podmínky v oblasti zdravotnictví a absence kapacit pro kontrolu vysoce nakažlivých nemocí je v těchto státech všeobecně známa (Kamradt-Scott 2016: 408).

4.3 *Zdrženlivost a nedostatečné sebevědomí ústředí WHO prosadit opatření, která by mohla uškodit členským státům*

Můžeme si všimnout do jisté míry problematického vztahu mezi ústředím WHO a jejími členskými státy, které je charakteristické pro tuto organizaci od jejího samotného vzniku. V předešlých případech, kdy se ústředí pokusilo zpochybnit oficiální stanoviska vlád členských zemí nebo převzalo větší iniciativu v řešení nějaké krizové situace, jednotlivé členské státy na tyto události v převážné většině reagovaly negativně. Těchto

reakcí si lze všimnout již ve spojitosti s vypuknutím cholery na území Guiney v roce 1970, až po vypuknutí SARS v roce 2003, které vyústily v některé snahy o omezení autonomie Světové zdravotnické organizace (Kamradt-Scott – Rushton 2012: 65–69).

Jak již bylo zmíněno v předešlých kapitolách, četné kritice byla tato organizace především vystavena v souvislosti se zásahem proti chřipkovému viru H1N1 v roce 2009. Některé členské státy kritizovaly WHO za přílišné přecenění dané situace a za přehnanou reakci, která nebyla na místě. Lze také zdůraznit situaci, kdy sekretariát WHO veřejně zpochybnil ruské rozhodnutí o zavedení zákazu dovozu vepřového masa v souvislosti s chřipkovým onemocněním. Takovýto postup je v souladu s IHR a měly by být členskými státy uznán. Zástupci Ruské federace ovšem odpověděli četnou kritikou a zdůraznili, že ústředí WHO jedná mimo rámec svých kompetencí. I z tohoto důvodu můžeme tedy vysvětlit určité váhání v případě vyhlášení PHEIC a opožděné svolání pohotovostního výboru v případě epidemie eboly v roce 2014. Ústředí organizace si bylo vědomo předešlé kritiky, a z tohoto důvodu postupovalo velice opatrně, což v tomto případě vyústilo ve velice negativní důsledky.

Dalším závažným problémem je neochota členských zemí jednat v souladu s doporučeními WHO, které vycházejí z právně závazných ustanovení IHR. Jak již bylo zmíněno výše, ani doporučení vyplývající z vyhlášení PHEIC mnoho členských států nedodržovalo. Některé státy dokonce zaváděly obchodní a cestovní restriktce, které neměly žádné vědecké odůvodnění v souvislosti se zamezením rozšíření viru eboly i na jejich území. Ačkoliv ústředí WHO nedisponuje žádnými sankčními mechanismy, pomocí kterých by mohlo nedodržování postihnout, nebylo ochotno ani jmenovitě ukázat na konkrétní neposlušné státy a veřejně odsoudit jejich politiku, která byla v rozporu s doporučeními organizace. Neochota WHO jako agenta uplatňovat své pravomoci související s ochranou veřejného zdraví i přes negativní reakce členských států jakožto principálů WHO lze považovat za jeden z nejzávažnějších problémů organizace jako celku. Ústředí si je dobře vědomo, že je naprosto závislé na nekonzistentním financování z mimorozpočtových příspěvků převážně od členských států, a nemá žádnou možnost, jakým způsobem se od této závislosti oprostí. WHO tedy musí v případě vypuknutí krizové situace neustále kalkulovat mezi zájmy a suverenitou členských států, ochranou veřejného zdraví a finančními zájmy, které umožňují organizaci na danou krizi reagovat (Kamradt-Scott 2016: 407–409).

4.4 Nedostatečné sdílení informací mezi AFRO a ústředí WHO

Jak bylo zmíněno výše, již od března 2014 na základě memoranda AFRO bylo ústředí WHO obeznámeno s vysokou možností přeshraničního rozšíření nákazy do sousedních zemí. V memorandu bylo také uvedeno, že Guinea nedisponuje dostatečnými zdravotnickými kapacitami pro zastavení šíření nákazy a nemá žádné předešlé zkušenosti s tímto typem viru. Z těchto náznaků bylo již od počátku patrné, že současný případ výskytu viru eboly bude odlišný od předešlých zkušeností, a že se může rozšířit do celého západoafrického regionu (AFRO 2014: 1–2).

I přes tyto informace ústředí WHO vyslalo převážnou většinu personálu pouze na území Guiney a do Sierra Leone byl dokonce vyslán pouze 1 odborník. Z toho vyplývá, že buď daná situace v západní Africe nebyla dostatečně vykomunikována mezi AFRO a jejím ústředím nebo ústředí nepřihlédlo k faktům, které jim AFRO zprostředkovalo. V obou případech však můžeme tvrdit, že ústředí postrádalo skutečný přehled o povaze a závažnosti dané situace v západoafrickém regionu. Zároveň je nutné zdůraznit, že AFRO v případě vypuknutí epidemie nepostupovalo podle svých standartních procedur pro reakci na vypuknutí vysoce nakažlivých chorob, které vyšly v platnost ten samý měsíc jako byl výskyt prvních případů nákazy virem eboly (Kamradt-Scott 2016: 407–409).

Africkému regionálnímu úřadu se vytýká především velká provázanost s vládami jednotlivých členských států a přílišné spoléhání se na oficiální zprávy poskytované těmito vládami. Zástupci AFRO nechtěly jednat v rozporu se zájmy členských států v západoafrickém regionu a nezávisle zhodnotit závažnost dané situace. AFRO především zaostávalo v pravidelném zasílání relevantních zpráv ústředí WHO o zhoršující se situaci ve všech třech postižených zemích během prvních šesti měsíců po vypuknutí nákazy virem eboly. V důsledku tohoto byl na začátku ledna 2015 nahrazen regionální ředitel AFRO Dr. Luis Gomes Sambo (Cheng 2014, Flynn – Nebehay 2014).

Je také důležité zdůraznit, že zpráva prozatímní komise mimo jiné došla k závěru, že ačkoliv lze najít očividné nedostatky týkající se reakce zástupců AFRO na epidemii viru eboly, zároveň však tento regionální úřad nedisponoval dostatečnými kapacitami pro kvalitní a efektivní dohled nad zhoršující se situací ve všech třech postižených západoafrických zemích. Podle mého názoru zde ovšem chybí jednoznačné odsouzení úzkých vazeb zástupců AFRO s představiteli jednotlivých členských států v daném regionu, které přirozeně vedou ke značnému zpolitizování afrického regionálního úřadu. Tato

situace značně limituje roli úřadu jako asistenční a koordinační aparát, který by měl jednat nestranně a nezávisle na jednotlivých národních zájmech. Tento argument o nezávislosti lze ostatně vztáhnout i na ústředí WHO jako takové. Nicméně souhlasím s tím, že je důležité navýšit kapacity AFRO, převzít větší zodpovědnost za nezávislý dohled nad ochranou veřejného zdraví v africkém regionu a v neposlední řadě vytvořit nezpochybnitelný postup pro efektivní sdílení informací mezi národní a regionální úrovní s ústředím organizace. Nedostatek komunikace mezi AFRO a ústředím WHO je dlouhodobým problémem a vychází především z výše popsané vertikální fragmentace, která je patrná od samotného založení organizace. Regionální ředitel není z faktického hlediska nijak zodpovědný generálnímu řediteli WHO. Do budoucna je důležité, aby jednotlivé rozhodovací orgány na všech úrovních organizace měly jasně definovány svůj okruh zájmu a závazků vůči ústředí, za které zodpovídají. V případě pochybení pak musí vyvodit patřičné důsledky (WHO 2015k: 17–19).

4.5 Role WHO v oblasti reakce na nepředvídatelné krizové situace spojené s PHEIC a efektivita IHR související s reakcí na epidemii viru eboly

Ačkoliv zpráva prozatímní komise uvádí, že tato krize sice odhalila některé organizační nedostatky týkající se fungování Světové zdravotnické organizace, důležitější ovšem je, že demonstrovala závažné problémy spojené s reformovanými Mezinárodními zdravotnickými předpisy. Tyto problémy se týkají především nedodržování a porušování závazků vycházejících z IHR ze strany členských států.

Ačkoliv je podle komise zřejmé, že došlo ze strany ústředí WHO k pochybení související s opožděným vyhlášením PHEIC, je také patrné, že mezinárodní společenství nebere v potaz závazky vycházející z právně závazných Mezinárodních zdravotnických předpisů. Tuto skutečnost považuje za neudržitelnou a doporučuje znovu reformovat IHR. Hlavním problémem současných předpisů je především absence kontrolních a sankčních mechanismů, které by donutily členské státy tyto závazky dodržovat (WHO 2015k: 5–8)

Zpráva revizní komise o úloze IHR navíc došla k závěru, že epidemie viru eboly znovu poukázala na fakt, že mezinárodní společenství je stále neadekvátně připravené

včas a efektivně reagovat na nenadálé dlouho trvající krizové situace spojené s ohrožením veřejného zdraví. Toto konstatování tak opakuje závěr posudkového výboru z roku 2009. Za hlavní problém podobně jako prozatímní komise považuje implementaci závazků vyplývajících z IHR především ze strany členských států. Je důležité zdůraznit, že podobně jako prozatímní komise potvrdila hlavní roli WHO v oblasti legislativního rámce IHR, a také v oblasti dosažení efektivní reakce na nepředvídatelné krizové situace spojené s ohrožením veřejného zdraví do budoucna. Nedostatečná implementace IHR podle revizní komise značně přispěla k pochybení související s včasnou detekcí nákazy virem eboly v západoafrickém regionu. Považuje za klíčové, aby jednotlivé členské státy vytvořily minimální kontrolní mechanismy včasné detekce problému, které vyplývají ze závazků IHR. Zdůrazňuje také, že členské státy musí uznat mandát WHO vycházející z IHR a musí se zavázat k naprostému dodržování těchto závazků. Nicméně, na rozdíl od prozatímní komise nenavrhuje vytvoření určitého typu sankčního mechanismu, který by přiměl členské státy závazky dodržovat (WHO 2016d: 6–12).

Obě dvě posudková tělesa se shodují, že Světová zdravotnická organizace musí vytvořit dodatečné kapacity, které by byly schopny plnit roli reakce na neočekávané krize spojené s ohrožením veřejného zdraví. Za hlavní problém považují již zmíněné financování organizace, které neposkytuje dostatečné prostředky pro plnění takovéto role. Je zde důrazně doporučeno, aby členské státy akceptovaly mandát WHO vycházející z IHR, navýšily finanční prostředky organizace i dlouho odmítanou formou standartních příspěvků vycházejících z členství a v neposlední řadě, aby byl vytvořen flexibilně alokovaný rezervní fond, pomocí kterého by bylo možné financovat nepředvídatelné krizové situace (WHO 2015k: 5–9)

Ačkoliv je zajištění zdraví stále považováno za primární oblast kompetencí jednotlivých států, v posledních letech a s celosvětovou provázaností je jeho dosažení stále více závislé na mezinárodní spolupráci a postupně se vyvíjejícímu globálnímu zdravotnickému systému. V rámci tohoto systému představují WHO a Mezinárodní zdravotnické předpisy nezbytný prostředek pro mezinárodní koordinovaný postup za účelem zajištění ochrany veřejného zdraví v mezinárodním měřítku. Aby bylo možné do budoucna efektivně reagovat na nepředvídatelné krizové situace spojené s ohrožením veřejného zdraví, je důležité, aby byly jednotlivé členské státy ochotny podstoupit část

své suverenity a vnímat tuto oblast do určité míry jako sdílenou s ostatními členskými státy WHO (WHO 2015k: 10).

Je také důležité zmínit, že současná praxe související s vyhlášením PHEIC v rámci IHR spíše vytváří pro postižené státy prostředí, ve kterém nejsou ochotny sdílet relevantní informace o závažnosti dané situace na svém území. Toto bylo v průběhu vypuknutí epidemie viru eboly zvlášť patrné. Ačkoliv článek 43 IHR stanovuje určitá pravidla pro zavedení obchodních a cestovních omezení pro všechny členské státy, jednotlivé vlády stále nejsou ochotny tato pravidla dodržovat. Postižené státy se poté obávají, že zveřejnění informací o stávající situaci na jejich území vyvolá mezinárodní paniku a následné restriktce ze strany ostatních států výrazně zasáhnou jejich ekonomiku. Ústředí WHO může navíc váhat s vyhlášením PHEIC přesně z těchto důvodů. Během epidemie viru eboly v západoafrických zemích bylo patrné, že ústředí WHO dlouho váhalo, zda PHEIC vyhlásit, protože se obávalo mezinárodní reakce. Takovéto chování ovšem představuje závažnou hrozbu pro budoucí vyhlášení PHEIC. Je nezbytně nutné, aby zástupci WHO disponovali dostatečným sebevědomím pro nezávislé zhodnocení situace a případné vyhlášení PHEIC i přes potenciální negativní reakci ze strany členských států WHO. Navíc pokud některý ze členských států poruší závazky vyplývající z IHR je nezbytné, aby zástupci WHO dali při nejmenším jasně najevo svůj nesouhlas s takovýmto krokem a žádalo po daném státu patřičné vysvětlení (WHO 2015k: 11–12).

Zástupci WHO musí disponovat dostatečným sebevědomím, aby mohli objektivně vyhodnotit danou situaci a patřičně na ni reagovat. Takovýto přístup musí být dosažen na všech úrovních rozhodování. Zástupci WHO na úrovni jednotlivých států si musí být jisti plnou podporou ze strany regionálního i generálního ředitele organizace v případě protichůdných zájmů a možného konfliktu se zástupci daného státu, ve kterém personál WHO působí. Přímé zapojení rozšířených kapacit WHO je zvlášť vyžadováno na území nerozvinutých a nestabilních států, které nedisponují dostatečnými kapacitami či vůlí patřičně reagovat na ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu. Bylo by také na místě vytvořit podobný stav pohotovosti jako představuje v současné době PHEIC, ovšem na úrovni nižšího stupně závažnosti. V současné době nastávají pouze dvě varianty, buď je vyhlášen PHEIC nebo není. Určitá forma prostřední varianty mezi

těmito dvěma extrémy by mohla lépe odrážet dynamiku zhoršující se situace, která představuje ohrožení veřejného zdraví.

Ze strany členských států je klíčové, aby poskytly WHO dostatečné prostředky pro plnění takovéto role. Oblast veřejného zdraví musí být přehodnocena a vnímána jako určitá forma sdílené suverenity, protože v určitých případech může postihnout celé mezinárodní společenství. Členské státy musí respektovat závazky vycházející z IHR a vytvořit na svém území minimální kontrolní mechanismy, které dokáží včas detekovat potenciální hrozbu veřejného zdraví a patřičně na ni reagovat. V případě, že některé státy nedisponují dostatečnými prostředky pro vytvoření těchto mechanismů, je nezbytné, aby ostatní členské státy a mezinárodní organizace zabývající se rozvojem oblastí poskytli dostatečné prostředky pro jejich vytvoření (WHO 2015k: 10–18).

Ústředí WHO v čele s generálním ředitelem Margaret Chan již podalo některé návrhy na reformu, která by měla zabránit opakující se situaci jako v případě reakce na epidemii viru eboly v západní Africe. Bylo navrženo například vytvoření jednotky globální zdravotní pohotovosti a zřízení rezervního fondu ve výši 100 milionů amerických dolarů, kterého by bylo možno využít v případě vyhlášení PHEIC za účelem rychlé a patřičné mobilizace všech potřebných zdrojů a personálu pro efektivní reakci. Společně s určitou formou restrukturalizace WHO a navýšením potřebných prostředků na reakci na ohrožení veřejného zdraví v mezinárodním rozsahu jistě do velké míry zlepší efektivitu fungování WHO v této oblasti. Jak ovšem vyplývá z výše uvedeného, z dlouhodobého hlediska je klíčové, zda členské státy WHO budou ochotny podstoupit část své suverenity v oblasti ochrany veřejného zdraví na úroveň této organizace a potvrdit tak její mandát, který z formálního hlediska vychází ze závazků IHR. Členské státy navíc musí začít plně dodržovat závazky vycházejících z IHR nejen prostřednictvím vytvoření minimálních kontrolních mechanismů pro včasnou detekci případných hrozeb, ale také dodržováním pravidel v případě vyhlášení PHEIC, které definuje jasná pravidla pro zavádění případných restrikcí na státy postižené daným problémem v oblasti veřejného zdraví. Vzhledem k vývoji Světové zdravotnické organizace od jejího samotného počátku a v souvislosti s předešlou praxí však můžeme tvrdit, že dosažení takovéto změny bude značně obtížné (Kamradt-Scott 2016: 410–412).

Závěr

Ze zpětného pohledu je velice jednoduché odsoudit reakci Světové zdravotnické organizace na vypuknutí epidemie viru eboly v západní Africe. Můžeme tvrdit, že již od počátku šíření nákazy byla patrná jistá odlišnost od předešlých případů výskytu tohoto viru. Tato odlišnost vycházela především z několika specifík charakteristických pro západoafrický region. Guinea, Libérie ani Sierra Leone neměly oproti zemím centrální Afriky žádné předešlé zkušenosti s výskytem tohoto typu viru a bylo velice těžké vysvětlit tamnímu obyvatelstvu základní podmínky prevence proti jakémukoliv viru či nákaze. Vysoká míra migrace tamních obyvatel, propustnost hranic mezi těmito třemi státy, kulturní a náboženské tradice specifické pro daný region a jistá neochota tamních obyvatel spolupracovat se zdravotnickým personálem vyústily v bezprecedentní rozšíření nákazy i do hlavních měst a nejhustěji osídlených oblastí těchto států, a způsobily tak největší epidemii viru eboly v celé historii.

Absence minimálních kontrolních mechanismů pro včasnou detekci podobného typu hrozeb vycházejících z IHR na území jednotlivých států, nedostatečné vybavení, podmínky zdravotnických zařízení a proškolení zdravotnického personálu ohledně prevence nákazy pak zapříčinili opožděnou a značně neefektivní reakci na zhoršující se situaci na národní úrovni.

Je zřejmé, že výše uvedená specifika vyžadovala od zástupců WHO odlišný přístup od předešlých případů a razantnější zapojení se do řešení této situace. Pokud porovnáme počet vyslaného odborného personálu WHO do postižených zemí s předešlými případy výskytu viru eboly, můžeme tvrdit, že reakce WHO byla s ohledem na limitované kapacity do první poloviny května 2014 při nejmenším odůvodnitelná a adekvátní. Můžeme pouze vytknout míru rozmístění daného personálu, jehož většina směřovala na území Guiney. Přeshraniční rozšíření nákazy za hranice tohoto státu bylo představitelům WHO známé a vyslání pouze jednoho odborného pracovníka do Sierra Leone můžeme považovat za nedostačující.

V následujících měsících ovšem reakce zástupců WHO na danou krizi neodrážela zhoršující se situaci ve všech třech postižených státech. Jisté podhodnocení situace bylo způsobeno především dvěma faktory. První byl spojen s nedostatečnou a do velké míry zkrácenou informovaností o současné situaci ze strany jednotlivých postižených států.

Představitelé vlád těchto zemí v průběhu května uváděli zástupcům WHO ve svých oficiálních prohlášeních, že nákaza je na jejich území pod kontrolou a postupně ustupuje. Tyto informace byly do velké míry zkreslené, uváděly pouze oficiálně potvrzené případy nakažení a nereflektovaly zhoršující se situaci v jednotlivých zemích. Je důležité zdůraznit, že všechny členské země WHO mají na základě ustanovení IHR povinnost včas a pravdivě informovat zástupce WHO o možném výskytu a následném průběhu ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu na svém území. Země postižené nákazou se především chtěly vyvarovat zavedení obchodních a cestovních restrikcí ze strany ostatních států, které by mohly značně negativně ovlivnit jejich ekonomiky. Vzhledem k dostupnosti těchto informací a s přihlédnutím k předešlým zkušenostem nákazy viru eboly, která se nikdy nerozšířila v nějakém širším měřítku, vyhodnotilo ústředí WHO danou situaci pod kontrolou a reakci na ní za adekvátní.

Druhý důležitý faktor byl spojen především s tím, že africký regionální úřad neověřil tyto závěry z oficiálních prohlášení zástupců jednotlivých postižených zemí a nebyl tak schopen samostatně vyhodnotit závažnost dané situace. Následná zhoršující se situace během druhé poloviny května a v následujících měsících navíc nebyla včas a patřičně vykomunikována mezi regionálním úřadem a ústředím WHO.

Za nejzávažnější pochybení ze strany ústředí WHO ovšem můžeme označit značně opožděné vyhlášení ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu (PHEIC). Již v první polovině června se v rámci WHO interně jednalo o variantě vyhlásit PHEIC. Tato varianta ovšem byla zamítnuta s odůvodněním, že by vyhlášení PHEIC mohlo poškodit spolupráci s představiteli postižených států. Pohotovostní výbor byl svolán až 8. srpna, kdy eskalující situace ve všech postižených státech již byla neúnosná a nákaza byla rozšířena pomocí mezinárodní dopravy i mimo západoafrický region. Ústředí WHO tak více než měsíc a půl nereflektovalo doporučení regionálního úřadu AFRO, které buď nedokázalo ústředí dostatečně vysvětlit závažnost situace nebo představitelé ústředí špatně či záměrně jinak vyhodnotili předložené argumenty. V obou případech lze ovšem vyvodit, že míra komunikace o závažnosti problému mezi AFRO a ústředím WHO byla nedostatečná a ústředí organizace postrádalo patřičný přehled o aktuální závažnosti situace v jednotlivých státech. Určitá nekoordinovanost a nedostatečné sdílení informací mezi regionálním úřadem a ústředím organizace pramení především z vertikální

fragmentace organizace, která značně limituje její efektivní fungování, a která charakterizuje organizaci od jejího samotného vzniku.

Odpověď na VO č.1 můžeme tedy shrnout následovně:

a) Zástupci AFRO a ústředí WHO nebyli schopni především v průběhu května 2014 zkontrolovat relevantnost informací poskytovaných zastupiteli postižených států, a nezávisle tak zhodnotit závažnost dané situace na jejich území.

Podmětů pro ověření relevantnosti těchto informací vzhledem k výše uvedenému bylo mnoho. Důležité je také zdůraznit, že na tyto podněty dlouhodobě poukazovali zástupci Lékařů bez hranic. Přesto rozhodovací orgány WHO vyhodnotily svou reakci na šíření nákazy v průběhu května 2014 za dostatečnou.

b) Nedostatečné a značně opožděné sdílení informací o zhoršující se situaci mezi zástupci AFRO s ústředím WHO především od druhé poloviny května 2014 do vyhlášení PHEIC výrazně ovlivnilo následnou reakci na rozšíření nákazy.

Během tohoto období byla markantní značná nekoordinovanost mezi regionálním úřadem a ústředím organizace. Zde je názorně vyobrazena značně limitovaná decentralizovaná struktura WHO jako celku, která je výrazně ovlivněna vertikální fragmentací rozhodovacích orgánů a procesů v rámci organizace. Právě tato decentralizace a vertikální fragmentace WHO jakožto kolektivního agenta značně limituje její efektivitu v oblasti působnosti, která jí byla svěřena členskými státy jakožto principály.

c) Značně opožděné svolání pohotovostního výboru a vyhlášení PHEIC ze strany GŘ Margaret Chan lze považovat za nejzávažnější pochybení související s reakcí organizace na šíření nákazy. Toto pochybení zároveň úzce souvisí s neochotou ústředí rozhodovat se a jednat nezávisle na případné reakci ze strany členských států organizace.

Patrná zdrženlivost ústředí týkající se svolání pohotovostního výboru a řešení dané situace pod statutem PHEIC vychází navíc do velké míry z problematičtějšího vztahu mezi organizací jako takovou a jejich členskými státy. Tento problém je také patrný od

samotného založení organizace. V případě předešlého vyhlášení PHEIC v roce 2009 bylo ústředí WHO značně kritizováno, že daná situace nakonec neodpovídala podmínkám pro takové vyhlášení, a že ústředí v určité oblasti jedná nad rámec svých kompetencí. Ústředí se také obávalo zhoršení vztahů s vládními představiteli jednotlivých postižených států, které by mohlo ztížit další působení personálu WHO na jejich území. V případě epidemie viru eboly bylo tedy ústředí velice obezřetné, co se týče svolání pohotovostního výboru a vyhlášení PHEIC, což v důsledku vyústilo ve značně opožděnou reakci organizace na zhoršující se průběh situace. Ačkoliv tedy můžeme tvrdit, že představitelé regionálního úřadu i ústředí WHO v některých aspektech reakce na epidemii pochybili, můžeme také argumentovat, že většina pochybení byla do určité míry spojena s neochotou jednat proti vůli členských států WHO. Zde je tedy patrný zásadní problém ve vztahu principál – agent. WHO jako společně ustanovený agent v oblasti ochrany veřejného zdraví nedisponuje dostatečným sebevědomím pro to, aby mohl nezávisle operovat ve svěřené oblasti zájmu i přes případný nesouhlas jednotlivých členských států jakožto principálu. Je také důležité zdůraznit, že WHO v době propuknutí epidemie viru eboly v západní Africe disponovala nedostatečnými kapacitami a možnostmi, které do velké míry limitovaly rychlou a efektivní reakci na zhoršující se situaci.

Můžeme tedy odpovědět na VO č.2:

- a) *Světová zdravotnická organizace v současné době nedisponuje dostatečnými prostředky a autoritou pro to, aby byla schopna efektivně reagovat na ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu.*

WHO vzhledem ke svým dostupným prostředkům slouží pouze jako koordinační, asistenční a technický aparát pro své členské státy v případě vypuknutí ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu. Nicméně prvotní reakce na toto ohrožení je výhradně v kompetenci jednotlivých států, kteří mají povinnost zajistit ochranu veřejného zdraví svým obyvatelům. Tuto roli organizace později potvrdila i prozatímní komise pro nezávislé posouzení reakce WHO na epidemii viru eboly. Sama komise uvádí, že v současné době organizace nedisponuje dostatečnými kapacitami, organizační kulturou a sebevědomím, aby mohla plnit roli prvotní, včasné a efektivní reakce na mimořádné události v oblasti ochrany veřejného zdraví. Tento stav je především důsledkem současného nastavení financování organizace a již zmíněného problematického vztahu mezi organizací jako takovou a jejími členskými státy.

Způsob financování organizace značně limituje flexibilní alokaci dodatečných finančních prostředků na nepředvídatelné krizové situace spojené s ohrožením veřejného zdraví mezinárodního významu. Rozpočet organizace je značně závislý na dobrovolných příspěvcích převážně od členských států. Tyto příspěvky jsou ovšem ve většině případů účelově vázány na konkrétní projekty a není možné je použít v případě vypuknutí krizové situace podobného typu. Navíc kvůli rozsáhlým finančním škrtům ze strany členských států od roku 2010 došlo k výraznému snížení rozpočtu především v oblasti reakce na nepředvídatelné krizové události související s PHEIC. V důsledku snížení financování této oblasti o více než polovinu muselo před rokem 2014 dojít také k výraznému ponížení počtu personálu, který v dané oblasti působil. Snižování stavů se týkalo nejen ústředí organizace, ale také afrického regionálního úřadu. Je také důležité zdůraznit, že v době šíření epidemie viru eboly v západoafrickém regionu se organizace potýkala nejméně se třemi dalšími krizovými situacemi v ostatních státech, ve kterých byl také vyhlášen nejvyšší stav pohotovosti. Nižší pohotovostní stav byl dále vyhlášen v dalších 21 státech. Ačkoliv lze tedy identifikovat některá závažná pochybení ze strany zástupců afrického regionálního úřadu i ústředí WHO, je také důležité přihlídnout k předchozí praxi organizace a k dostupným prostředkům, kterými organizace v době vypuknutí krize disponovala.

Je ovšem namístě tvrdit, že epidemie viru eboly představovala selhání současně nastavené struktury mezinárodního zdravotnického systému pro reakci na nepředvídatelné krizové situace spojené s PHEIC jako takové. Toto selhání je spojeno především s Mezinárodními zdravotnickými předpisy a neochotou členských států podstoupit část své suverenity týkající se ochrany veřejného zdraví na úroveň Světové zdravotnické organizace.

Můžeme tedy shrnout odpověď na VO č.3:

- a) *Členské státy zastupující stranu principálu ve vztahu principál – agent nejsou ochotné podstoupit část své suverenity v oblasti ochrany veřejného zdraví související s PHEIC na úroveň společně ustanoveného agenta, tedy WHO. S tímto argumentem je spojeno několik závažných problémů:*
- *Od počátku vzniku WHO se členské státy snaží prosadit decentralizovanou rozhodovací strukturu ve prospěch jednotlivých*

regionů a v konečném důsledku i členských států samotných v rámci organizace jako celku.

- *Členské státy nejsou ochotné udělit WHO patřičné finanční, materiální, kompetenční a autoritativní prostředky pro to, aby tato organizace mohla plnit roli včasné a efektivní reakce na PHEIC. Jinými slovy tedy členské státy nejsou v této oblasti ochotné udělit a případně respektovat větší autonomii WHO. Takové konstatování je potvrzeno i bodem uvedeným níže.*
- *Členské státy dlouhodobě a opakovaně nerespektují závazky vyplývající z Mezinárodních zdravotnických předpisů. Navíc nerespektují roli a kompetence WHO, které z těchto závazků vyplývají.*

Epidemie viru eboly zdůraznila především fakt, že členské státy stále nejsou ochotné akceptovat roli WHO v souladu s reformovanými Mezinárodními zdravotnickými předpisy. Nejen že většina členských států nedodržela závazek vytvořit na svém území minimální kontrolní mechanismy včasné detekce PHEIC, v případě jejího vyhlášení ze strany ústředí organizace nejsou členské státy ochotné dodržovat doporučení WHO a uvalují dodatečné obchodní a cestovní restrikce na postižené státy. Hlavním důvodem nedodržování IHR je absence efektivních kontrolních a sankčních mechanismů, které by přiměly dané členské státy tyto pravidla dodržovat. Pro postižené státy se tak vytváří prostředí, ve kterém se pokoušejí podhodnotit závažnost dané situace na svém území, protože nemají jistotu, že ostatní státy v rámci mezinárodní paniky nezavedou přísné obchodní a cestovní restrikce, které navíc nemusejí souviset se zajištěním větší ochrany daného státu.

Odpověď na VO č.2 a 3 tedy potvrzuje první část stanovené hypotézy:

- a) Neochota členských států WHO vzdát se části své suverenity v oblasti ochrany veřejného zdraví a respektovat roli organizace v této oblasti značně limituje její reakci na ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu.*

Zároveň je však nutné zdůraznit, že v případě epidemie viru eboly se ani zástupci WHO neztotožnili s novou rolí WHO v rámci IHR. Jedinou možností určitého typu postihu ze strany ústředí WHO směrem k nespolupracujícím členským státům je označit

konkrétní nespolupracující státy, vyžádat si odůvodnění takovéto nespolupráce a případně ji veřejně odsoudit za účelem určitého poškození mezinárodní reputace daného nespolupracujícího státu. Zástupci WHO ovšem takovýto postup v případě epidemie viru eboly nezvolili a převážně propagovali politiku minimálního konfliktu se svými členskými státy. Takovýto stav ovšem výrazně ohrožuje reakce na nepředvídatelné krizové situace spojené s ohrožením veřejného zdraví mezinárodního významu do budoucna.

Odpověď na VO č.1, především odstavec c), a výše uvedený argument tedy potvrzují i druhou část hypotézy:

- a) *S výše uvedeným je spojena neochota představitelů WHO rozhodovat se a jednat proti zájmům jednotlivých členských států, což značně limituje nezávislé zhodnocení a případné vyhlášení ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu.*

Ačkoliv již bylo ze strany ústředí organizace navrženo několik reforem, které mají zlepšit efektivitu reakce WHO na krize podobného typu, včetně vytvoření flexibilního rezervního fondu a jednotky globální zdravotní pohotovosti, za nejzávažnější problém můžeme považovat právě vztah organizace jako takové se svými členskými státy a neochotu členských států podstoupit dostatečné kapacity a větší autonomii WHO v oblasti ochrany veřejného zdraví. Tento problém je dlouhodobý a je určitým způsobem uzamčen v institucionálním designu od samotného založení organizace. Ochrana veřejného zdraví je stále v převážné většině považována za výhradní pravomoc jednotlivých států, které mají povinnost chránit obyvatele na svém území. Od začátku nového tisíciletí a spolu s vysokou mírou propojenosti jednotlivých států je ovšem patrné, že rozšíření vysoce nakažlivých chorob v mezinárodním rozsahu představuje závažný dlouhodobý problém, který vyžaduje rychlý a patřičný mezinárodní koordinovaný postup. Reforma IHR představovala určitou změnu současně nastaveného mezinárodního zdravotnického systému za účelem větší flexibility a přizpůsobení se současné době. Z formálního hlediska zavazuje všechny členské státy mimo jiné vytvořit určité minimální kontrolní mechanismy včasné detekce případných hrozeb, které by mohly plnit podmínky PHEIC. Zavazuje je ovšem také dodržovat určitá pravidla v případě jejího vyhlášení směrem k postiženým státům touto krizí. Reakce na epidemii viru eboly ovšem

znovu ukázala, že z faktického hlediska nejsou členské státy ochotné tyto závazky dodržovat.

Tato empirie tak poukazuje na doposud upozaděnou problematiku ve vztahu principál – agent. Jedná se o situaci v praxi, kdy principál nerespektuje kompetence a určitou oblast zájmu ustanoveného agenta. V legislativní rovině je agent principálem vytvořen za určitým účelem, zároveň mu však principál z faktického hlediska neposkytne dostatečnou autonomii v rozhodování, materiální a kompetenční prostředky, aby mohl daný účel plnit.

Epidemie viru eboly na území západní Afriky znovu poukázala na neefektivitu současného nastavení IHR, která pramení především z již zmíněné absence efektivních kontrolních a sankčních mechanismů. Nákaza virem eboly na území Guineji, Libérie a Sierra Leone navíc odhalila další závažnou slabinu IHR. Jedná se o rychlý a efektivní postup reakce na nepředvídatelné krizové situace podobného typu na území nerozvinutých a slabých států, které jsou navíc poznamenány civilními konflikty, a jejich zdravotnické kapacity nejsou schopné adekvátně reagovat na případné hrozby primárně na národní úrovni. Zároveň ovšem výskyt PHEIC na území těchto států může ohrozit širší mezinárodní společenství. Z tohoto je patrné, že ochrana veřejného zdraví v určitých situacích musí být vnímána jako sdílená oblast suverenity, která dosahuje za hranice jednotlivých států. Reakce na PHEIC především v nerozvinutých a slabých státech ze strany mezinárodního společenství značně přesahuje pouze oblast zdravotnictví, ale je také úzce spojena například s rozvojovým programem v jednotlivých zemích.

Je tedy nezbytně nutné, aby jednotlivé státy dodržovaly své závazky vycházející z IHR a uznaly úlohu Světové zdravotnické organizace, která v těchto předpisech představuje klíčovou roli. Tohoto lze dosáhnout podle mého názoru pouze reformou IHR, která nově zavede efektivní kontrolní a sankční mechanismy, které bude WHO v případě potřeby vůči nespolupracujícím státům moci použít. Zároveň je také důležité, aby zástupci WHO přijali svoji úlohu související s IHR a byly schopni v případě potřeby vykonávat svůj mandát i přes možný nesouhlas a případný konflikt se zástupci jednotlivých členských států na všech úrovních rozhodování. Je nezbytně nutné, aby členské státy poskytly dostatečné kapacity, finanční prostředky a faktický souhlas k tomu, aby WHO mohlo tento mandát vykonávat.

Již v souvislosti s vyhodnocením reakce na pandemii chřipky H1N1 v roce 2009, která představovala první zátěžový test nově nastavené struktury IHR, bylo uveřejněno, že celková připravenost rychle a efektivně reagovat na neočekávané vypuknutí PHEIC je kriticky nedostačující. Od doby uveřejnění tohoto posudku byly v následujících letech paradoxně výrazně sníženy prostředky, kterými WHO může reagovat na krizové situace spojené s PHEIC. Epidemie viru eboly na území západní Afriky jen potvrdila závěry z roku 2009 a navíc zdůraznila potřebu změny současně nastaveného mezinárodního zdravotnického systému. Vzhledem k výše popsané vertikální fragmentaci Světové zdravotnické organizace a s přihlédnutím k dlouhodobé neochotě členských států podstoupit část své suverenity na úroveň této organizace můžeme ovšem tvrdit, že tato změna bude z faktického hlediska značně obtížná.

Použitá literatura

AFRO (2014). AFRO-MEMORANDUM

(<http://www.documentcloud.org/documents/1689998-afromemorandum-march-2014.html>, 1.04.2016).

Allen, C. (1950). World Health and World Politics. *International Organization*, 4(1), 27-43. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2704118>

BBC (2016). Liberia Ebola epidemic 'over', ending West African outbreak

(<http://www.bbc.com/news/world-africa-35308743>, 10.04.2017).

CDC (2016). Outbreaks Chronology: Ebola Virus Disease

(<https://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/chronology.html>, 20.03.2017).

Cueto, M. (2004). The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care. *American Journal Of Public Health*, 94(11), 1864-1874.

Fee, E., Cueto, M., & Brown, T. M. (2016). At the Roots of The World Health Organization's Challenges: Politics and Regionalization. *American Journal Of Public Health*, 106(11), 1912-1917. doi:10.2105/AJPH.2016.303480

FIDLER, D. P. (2015). Epic Failure of Ebola and Global Health Security. *Brown Journal Of World Affairs*, 21(2), 180-198.

Fink, S. (2014). W.H.O. Leader Describes the Agency's Ebola Operations. *The New York Times* (<https://www.nytimes.com/2014/09/04/world/africa/who-leader-describes-the-agencys-ebola-operations.html>, 31.03.2017).

Flynn, D. – Nebehay, S. (2014). Ebola Aid Workers Shocked By WHO's 'Amateurism' In Response To Outbreak. *The Huffington Post*

(http://www.huffingtonpost.com/2014/10/06/who-poor-response-ebola_n_5933866.html, 01.04.2017).

Garrett, L. (2015). Ebola's Lessons. *Foreign Affairs*, 94(5), 80-107.

Gostin, L. O. – Katz, R. (2016). *The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security*. Georgetown Law Faculty Publications and Other Works. 1770, dostupné na: <http://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/1770>

- Graham, E. R. (2014). International organizations as collective agents: Fragmentation and the limits of principal control at the World Health Organization. *European Journal Of International Relations*, 20(2), 366-390. doi:10.1177/1354066113476116
- Hanrieder, T. (2015). *International Organization in Time: Fragmentation and Reform* (UK: Oxford University Press).
- Hawkins, D., Lake, D. A., Nielson, D., & Tierney, M. J. (2004). Delegation Under Anarchy: States, International Organizations, and Principal-Agent Theory. *Conference Papers -- International Studies Association*, 1-85. doi:isa_proceeding_15201.PDF
- Cheng, M. (2014). UN: We botched response to the Ebola outbreak. The Big Story (<http://www.bigstory.ap.org/article/6fd22fbcca0c47318cb178596d57dc7a/un-we-botchedresponse-ebola-outbreak>, 31.03.2017).
- Kamradt-Scott, A. (2016) WHO's to blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa, *Third World Quarterly*, 37:3, 401-418, DOI: 10.1080/01436597.2015.1112232
- Kamradt-Scott, A., & Rushton, S. (2012). The revised International Health Regulations: socialization, compliance and changing norms of global health security. *Global Change, Peace & Security*, 24(1), 57-70. doi:10.1080/14781158.2012.641284
- Kassim, H., & Menon, A. (2003). The principal-agent approach and the study of the European Union: promise unfulfilled?. *Journal Of European Public Policy*, 10(1), 121.
- Kekulé, A. S. (2015). Learning from Ebola Virus: How to Prevent Future Epidemics. *Viruses* (1999-4915), 7(7), 3789-3797. doi:10.3390/v7072797
- Nielson, D. L., & Tierney, M. J. (n.d). Delegation to International Organizations: Agency Theory and World Bank Environmental Reform. *International Organization*, 57(2), 241-276. doi:10.1017/S0020818303572010
- Nyenswah, T. G., Katch, F., Bawo, L., Massaquoi, M., Gbanyan, M., Fallah, M., & ... Williams, D. (2016). Ebola and Its Control in Liberia, 2014-2015. *Emerging Infectious Diseases*, 22(2), 169-177. doi:10.3201/eid2202.151456
- Pollack, M. A. (1997). Delegation, agency, and agenda setting in the European Community. *International Organization*, 51(1), 99-134. doi:10.1162/002081897550311

Rhymer, W., & Speare, R. (2017). Countries' response to WHO's travel recommendations during the 2013-2016 Ebola outbreak. *Bulletin Of The World Health Organization*, 95(1), 10-17. doi:10.2471/BLT.16.171579

Sengupta, S. (2015). Effort on Ebola Hurt W.H.O. Chief. *The New York Times* (https://www.nytimes.com/2015/01/07/world/leader-of-world-health-organization-defends-ebola-response.html?_r=0, 31.03.2017).

Socioeconomic Effects of Ebola in Africa. (2015). *Population & Development Review*, 41(2), 372-375. doi:10.1111/j.1728-4457.2015.00062.x

Soghaier, M. A., Saeed, K. I., & Zaman, K. K. (2015). Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) has Declared Twice in 2014; Polio and Ebola at the Top. *AIMS Public Health*, 2(2), 218-222. doi:10.3934/publichealth.2015.2.218

Tsai-Yu, L. (2010). The Forgotten Role of WHO/IHR in Trade Responses to 2009 A/H1N1 Influenza Outbreak. *Journal Of World Trade*, 44(3), 515-543.

WHO (1946). WHO Constitution (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>, 25.03.2017).

WHO (2008). *International Health Regulations (2005)*. 2nd edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization; dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf

WHO (2010a). Ten things you need to do to implement the IHR (<http://www.who.int/ihr/about/10things/en/>, 22.03.2017).

WHO (2010b). *International Health Regulations (IHR)* (http://www.who.int/topics/international_health_regulations/en/, 22.03.2017).

WHO (2013a). PROPOSED PROGRAMME BUDGET 2014–2015 (http://www.who.int/about/resources_planning/A66_7-en.pdf, 10.04.2017).

WHO (2014a). Ebola Response Roadmap (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131596/1/EbolaResponseRoadmap.pdf?ua=1>, 22.03.2017).

WHO (2014b). Briefing Note to the Director-General (<http://www.documentcloud.org/documents/1690004-briefing-to-who-dg-on-ebola-in-guinea-june-2014.html>, 31.03.2017).

WHO (2015a). Origins of the 2014 Ebola epidemic
(<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/virus-origin/en/>, 17.03.2017).

WHO (2015b). Factors that contributed to undetected spread of the Ebola virus and impeded rapid containment (<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/factors/en/>, 17.03.2017).

WHO (2015c). Guinea: The Ebola virus shows its tenacity
(<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/guinea/en/>, 17.03.2017).

WHO (2015d). Liberia: a country – and its capital – are overwhelmed with Ebola cases
(<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/liberia/en/>, 18.03.2017).

WHO (2015e). Ebola in Sierra Leone: A slow start to an outbreak that eventually outpaced all others (<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/sierra-leone/en/>, 18.03.2017).

WHO (2015f). Key events in the WHO response to the Ebola outbreak
(<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/who-response/en/>, 14.03.2017).

WHO (2015g). Classical Ebola virus disease in the Democratic Republic of Congo
(<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/drc/en/>, 20.03.2017).

WHO (2015h). Successful Ebola responses in Nigeria, Senegal and Mali
(<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/nigeria/en/>, 20.03.2017).

WHO (2015i). The importance of preparedness – everywhere
(<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/preparedness/en/>, 21.03.2017).

WHO (2015j). The warnings the world did not heed
(<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/ihr/en/>, 21.03.2017).

WHO (2015k). Report of the Ebola Interim Assessment Panel
(<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf?ua=1>, 28.03.2017).

WHO (2016a). Ebola virus disease
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>, 20.03.2017).

WHO (2016b). Sixty -Ninth World Health Assembly. A69/26
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_26-en.pdf, 31.03.2017).

- WHO (2016c). The Global Guardian of Public Health (<http://www.who.int/about/what-we-do/global-guardian-of-public-health.pdf>, 20.03.2017).
- WHO (2016d). Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf?ua=1, 05.04.2017).
- WHO (2016e). Global summary of the AIDS epidemic 2015 (http://www.who.int/hiv/data/epi_core_2016.png?ua=1, 24.04.2017).
- WHO (2017a). Countries (<http://www.who.int/countries/en/>, 20.03.2017).
- WHO (2017b). WHO regional offices (<http://www.who.int/about/regions/en/>, 20.03.2017).
- WHO (2017c). World Health Assembly (<http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>, 23.03.2017).
- WHO (2017d). Executive Board (<http://www.who.int/mediacentre/events/governance/eb/en/>, 23.03.2017).
- WHO (2017e). Dr Margaret Chan (<http://www.who.int/dg/en/>, 21.03.2017).
- WHO (2017f). Assessed contributions (<http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/assessed-contributions/en/>, 25.03.2017).
- Müller, J. (2010). EXPLAINING INTERNATIONAL ORGANIZATIONS: United Nations System Coordination: The Challenge of Working Together (<http://journal-iostudies.org/sites/journal-iostudies.org/files/JIOS1013.pdf>, 21.04.2017).
- Godlee, F. (1995). WHO's special programmes: Undermining from above. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 310(6973), 178-182.
- Capoccia, G., & Keleman, R. D. (2007). THE STUDY OF CRITICAL JUNCTURES: Theory, Narrative, and Counterfactuals in Historical Institutionalism. *World Politics*, 59(3), 341-369.
- Greif, A., & Laitin, D. D. (2004). A Theory of Endogenous Institutional Change. *American Political Science Review*, 98(4), 633-652.

Hosli, M. O., Moody, R., O'Donovan, B., Kaniovski, S., & Little, A. H. (2011). Squaring the Circle? Collective and Distributive Effects of United Nations Security Council Reform. Conference Papers -- International Studies Association, 1-42.

Clift, CH. (2013). The Role of the World Health Organization in the International System. The Royal Institute of International Affairs
(<https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/publications/research/2013-02-01-role-world-health-organization-international-system-clift.pdf>, 20.04.2017)

The Meaning of "Health for All by the Year 2000". (2016). American Journal of Public Health, 106(1), 36-38.

Daes, E. – Daoudy, A. (1993). DECENTRALIZATION OF ORGANIZATIONS WITHIN THE UNITED NATIONS SYSTEM: PART III: THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. JIU/REP93/2. Geneva: Joint Inspection Unit of the United Nations.

Heitz, D. (2014). How Ebola Is (and Is Not) Like HIV/AIDS
(<http://www.healthline.com/health-news/how-ebola-is-and-is-not-like-aids-101414#1>, 24.04.2017).

Projekt diplomové práce

na téma

Úloha Světové zdravotnické organizace v případě epidemie viru eboly v roce 2014

Řešitel práce:

Bc. Petr Voves

(Mezinárodní vztahy, IPS, FSV UK)

Vedoucí práce:

PhDr. Irah Kučerová, Ph.D.

Akademický rok 2015/2016

1. Představení tématu:

Reakce Světové zdravotnické organizace (WHO) na vypuknutí epidemie eboly v zemích západní Afriky je všeobecně vnímána jako neúspěch, který vedl k četné kritice ze strany jednotlivců, členských zemí i ostatních mezinárodních organizací, směřující především na fungování a efektivitu této organizace. Situace v zemích západní Afriky se od března do konce roku 2014 stala natolik kritickou, že iniciativu převzala Rada Bezpečnosti OSN, prohlásila epidemii za hrozbu mezinárodnímu míru a iniciovala *United Nations Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER)*. Tuto misi zaměřenou čistě na ochranu veřejného zdraví můžeme považovat za první v celé historii OSN.

Nicméně zastávám názor, že jednostranné odsouzení WHO a její reakce na vypuknutí této epidemie by mohlo být do jisté míry zavádějící. Cílem mé diplomové práce je tedy objektivní zhodnocení celé situace z roku 2014, s přihlédnutím na předešlou praxi WHO, ke vztahu ústředí organizace a členských zemí, resp. jejích regionálních poboček, i k dalším krizím, se kterými se organizace musela potýkat souběžně s vypuknutím epidemie eboly.

Práce bude konkrétně hledat odpověď na tyto výzkumné otázky:

- *Disponuje WHO dostatečnými kapacitami pro to, aby byla schopna efektivně reagovat na ohrožení veřejného zdraví?*
- *Jakým způsobem ovlivňují členské státy, resp. regionální pobočky WHO její reakci na ohrožení veřejného zdraví na mezinárodní scéně?*

Svou diplomovou práci koncipuji jako případovou studii zaměřenou na hlubší pochopení fungování WHO a jejího vztahu s jejími členskými státy, resp. regionálními pobočkami na konkrétním případě epidemie eboly v zemích západní Afriky v roce 2014. Domnívám se, že právě pochopení vztahu ústředí WHO a členských států organizace, resp. problémů mezi ústředím WHO se svými regionálními pobočkami, které disponují rozsáhlou samostatností, je klíčové pro pochopení širších problémů fungování WHO. Jako teoretický rámec celé práce tedy použiji Principal-Agent model, který považuji za nejvíce vhodný.

Problematicke fungování WHO a její reakce na hrozby veřejného zdraví je bohužel i v současné době věnována nedostatečná pozornost. Zároveň se však jedná o závažné téma, které ovlivňuje celou řadu dalších oblastí lidského života, nejen mezinárodní bezpečnost, ale také efektivní rozvoj a ekonomiku zasažených zemí. V současné době se ohrožení veřejného zdraví v mezinárodním měřítku stává stále závažnějším tématem. Roste požadavek po efektivnějším fungování a sebevědomější roli WHO v oblasti ochrany veřejného zdraví. Zároveň však tato organizace podle mého názoru nemá dostatečné kapacity na to, aby plnila roli prvotního „zachránce“. Domnívám se, že toto je do jisté míry způsobeno nevolí členských států, které se nechtějí vzdát části své suverenity na úkor zvýšení bezpečnosti v oblasti veřejného zdraví a flexibilnější reakce na její ohrožení.

2. Předběžná osnova práce:

- a) Principal-Agent model a mezinárodní organizace
 - popis tohoto modelu
 - zdůvodnění proč je tento model vhodný pro rozbor Světové zdravotnické organizace
- b) Světová zdravotnická organizace a její fungování
 - v této kapitole hodlám stručně nastítnit historii fungování WHO
 - bude zde kladen důraz především na problém fragmentace, se kterým se tato organizace potýká od svého samotného založení, a na správné pochopení faktické role WHO v oblasti ochrany veřejného zdraví na mezinárodní scéně. WHO se potýká nejen s vertikální fragmentací v oblasti rozhodovacích pravomocí, ale také s horizontální fragmentací v oblasti pole působnosti. Ačkoliv lze zaznamenat v celé historii WHO četné pokusy o centralizaci těchto pravomocí, všechny de facto vedly k přesnému opaku, a tedy k prohloubení tohoto fragmentačního problému. Za důvod lze vnímat především vztah ústředí WHO a jejich jednotlivých států, resp. regionálních poboček organizace.
- c) Propuknutí epidemie eboly v zemích západní Afriky v roce 2014
 - Tato kapitola bude klást důraz na postupný průběh epidemie od svého propuknutí v březnu 2014 do konce tohoto roku, kdy hlavní iniciativu převzala Rada Bezpečnosti OSN. Bude zde popsána počáteční reakce WHO na epidemii a její postupný průběh.
- d) Zhodnocení reakce WHO na epidemii eboly v roce 2014
 - Reakce na případ eboly v roce 2014 bude porovnána s předešlými případy propuknutí eboly a jiných epidemií (např. SARS). Bude porovnán např. počet a rozmístění personálu v zemích zasažených epidemií a postup reakce na krizi s předešlými případy ohrožení veřejného zdraví. Bude přihlédnuto k faktickým kapacitám, kterými WHO může v případě propuknutí epidemie disponovat. Zmíněny také budou širší okolnosti v roce 2014, se kterými se organizace musela potýkat. V neposlední řadě bude analyzována spolupráce zasažených zemí s WHO.

3. Předběžný seznam zdrojů:

Chan M. (2015). *Report by the Director-General to the Special Session of the Executive Board on Ebola* (<http://www.who.int/dg/speeches/2015/executive-board-ebola/en/>, 22.5.2016).

Chan, M. (2015). *Address by Dr Margaret Chan, Director General, to the Sixty eighth World Health Assembly* (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_3-en.pdf, 20.5.2016).

GOSTIN, Lawrence O. a Eric A. FRIEDMAN. A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *Lancet* [online]. 2015, 385(9980), 1902-1909 [cit. 2016-04-20]. ISSN 00995355.

Hanrieder, T. (2015). *International Organization in Time: Fragmentation and Reform* (UK: Oxford University Press).

Hawkins, David, David Lake, Daniel Nielson, and Michael Tierney. "Delegation under Anarchy: States, International Organizations, and Principal-Agent Theory." In *Delegation and Agency in International Organizations*, edited by David Hawkins, David Lake, Daniel Nielson and Michael Tierney, 3–38. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

Kamaradt-Scott, A. (2016). WHO's to blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa, *Third World Quarterly*, 37:3, 401–418.

Kassim, Hussein, and Anand Menon. "The Principal-Agent Approach and the Study of the European Union: Promise Unfulfilled?" *Journal of European Public Policy* 10, no. 1 (2003): 121–139.

MCINNES, COLIN. WHO's next? Changing authority in global health governance after Ebola. *International Affairs* [online]. 2015, 91(6), 1299-1316 [cit. 2016-04-20]. DOI: 10.1111/1468-2346.12454. ISSN 00205850.

Nielson, D. L., & Tierney, M. J. (2003). Delegation to International Organizations: Agency Theory and World Bank Environmental Reform. *International Organization*, 57(2), 241-276. doi:10.1017/S0020818303572010

WHO (2014). *Ebola Response Roadmap* (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131596/1/EbolaResponseRoadmap.pdf?ua=1>, 17.5.2016).

WHO (2014). *Ebola virus disease in Guinea* (<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/epidemic-a-pandemic-alert-and-response/outbreak-news/4063-ebola-hemorrhagic-fever-in-guinea.html>, 17.5.2016).

WHO (2014). *Ebola virus disease, Liberia (Situation as of 30 March 2014)* (<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/epidemic-a-pandemic-alert-and-response/4072-ebola-virus-disease-liberia.html>, 17.5.2016).

WHO (2014). *Ebola virus disease, West Africa – update 8 August 2014* (<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/epidemic-a-pandemic-alert-and-response/outbreak-news/4241-ebola-virus-disease-west-africa-8-august-2014.html>, 17.5.2016).

WHO (2015). *Implementation of the International Health Regulations (2005)* (http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/B136_22-en.pdf, 22.5.2016).

WHO (2015a). *Key events in the WHO response to the Ebola outbreak* (<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/who-response/en/>, 17.5.2016).

WHO. *Ebola virus disease* (<http://www.who.int/csr/don/archive/disease/ebola/en>, 17.5.2016).