

НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ В МІЖНАРОДНОМУ ПРАВІ З ПРОТИДІЇ ПАНДЕМІЯМ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

БІЛОЦЬКИЙ С.Д. - доктор юридичних наук, професор, професор кафедри міжнародного права Навчально-наукового Інституту міжнародних відносин Київського національного університету імені Тараса Шевченка

ORCID: 0000-0001-5904-9069

УДК 341.217(3)+325.2

DOI: <https://doi.org/10.71404/LAW.UA.2026.1.74>

Стаття присвячена комплексному аналізу новітніх міжнародно-правових тенденцій в сфері протидії пандеміям, зокрема, Договору щодо запобігання пандеміям, забезпечення готовності та вжиття заходів реагування (ДЗПЗГ), ухваленого 20 травня 2025 року (Пандемічна угода ВООЗ). ДЗПЗГ було ухвалено через відсутність юридично обов'язкових правових норм в сфері подолання пандемій, що призвело до значних наслідків при подоланні пандемії COVID-19. У роботі розглядаються історія ухвалення договору, причини, що призвели до його ухвалення, нормативна структура документа, його ключові інституційні новели (Конференція Сторін, механізм PABS), проблеми співвідношення м'якого та «жорсткого» права. Особливу увагу приділено критиці «розмивання» зобов'язань у сфері прав людини та технологій, проблемі ратифікації через політичну напруженість (приклад Італії та США).

Юридична сила договору асиметрична. З одного боку, це «жорсткий» договір, ухвалений за статтею 19 Статуту (Конституції) ВООЗ. Другий в історії, після Рамкової конвенції ВООЗ проти тютюну (2003 р.). З іншого боку, через домінування в ньому «м'яких» зобов'язань, добровільних механізмів передачі технологій та відсутності правозастосовних механізмів санкцій, він нагадує рамкову конвенцію, яка лише задає вектор. Сама подальша доля ДЗПЗГ залежить від трьох факторів: 1) результатів переговорів щодо Додатку PABS до травня 2026 року; 2) швидкості ратифікації 60 країнами після відкриття до підписання; 3) здатності фармацевтичних компаній та країн G7 забез-

печити фінансування, необхідне для виконання Статті 18 про фінансові механізми.

Крім того, розглянуто співвідношення ДЗПЗГ з іншими міжнародними актами, зокрема Міжнародними медико-санітарними правилами (ММСП) та угодами СОР в сфері інтелектуальної власності (ТРИПС).

Автор доходить висновку, що хоча ДЗПЗГ є історичним досягненням у рамках Статті 19 Конституції ВООЗ, її ефективність залежатиме від результатів переговорів щодо Додатку PABS та політичної волі держав уникати протекціонізму.

Ключові слова: ВООЗ, Статут (Конституція) ВООЗ, міжнародно-правова протидія інфекційним хворобам, міжнародна охорона здоров'я, пандемія, міжнародне право, права людини, COVID-19, Договір щодо запобігання пандеміям, забезпечення готовності та вжиття заходів реагування (ДЗПЗГ, Пандемічна угода ВООЗ) 2025 р.

Постановка проблеми

Протидія інфекційним хворобам є об'єктивною потребою існування людства. Треба відзначити, що без транскордонного співробітництва така протидія не має практичного сенсу, оскільки для хвороби державні кордони не є релевантною перешкодою. Довгий час таке співробітництво реалізовувалося в рамках Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і в межах її Міжнародних медико-санітарних правил. Але, пандемія COVID-19 виявила їхню недостатню ефективність у випадку всесвітніх пандемій.

**Аналіз останніх досліджень
і публікацій**

Питання протидії інфекційним захворюванням активно досліджувалося в науці міжнародного права. Відомими дослідниками цього питання є українські і західні дослідники – Н. Сажієнко, М. Медведєва, Н. Камінська, Ю. Назарко, Н. Говард-Джонс, Д. Фідлер, які вивчали історію і розвиток ВООЗ, міжнародно-правове регулювання транскордонної протидії пандеміям тощо.

Метою цієї статті є аналіз новітніх міжнародно-правових тенденцій в сфері протидії пандеміям, зокрема, Договору щодо запобігання пандеміям, забезпечення готовності та вжиття заходів реагування (ДЗПЗГ), ухваленого 20 травня 2025 року.

Виклад основного матеріалу

Вважається, що міжнародне співробітництво в сфері протидії епідеміям і пандеміям почалося з першої Міжнародної санітарної конференції (МСК), що відбулася в Парижі 1851 р., і метою якої було прийняти конвенцію з боротьби з поширенням холери, чуми та жовтої лихоманки через морське судноплавство [1].

Загалом з 1851 до 1938 р. пройшло 14 міжнародних санітарних конференцій, причому, практичні наслідки їхньої діяльності в формі прийнятих конвенцій в більшості випадків не відбувалися. Один з ключових дослідників цієї проблеми Н. Говард-Джонс вважав, що перша санітарна конференція мала суперечливі наслідки: з погляду практичних результатів вона зазнала фіаско – усі країни продовжували чинити так само, як і до конференції, однак сам факт проведення цієї конференції показав, що охорона здоров'я – предмет, який заслуговує на обговорення на міжнародному рівні, навіть при тому, що протягом багатьох років міжнародне співробітництво в галузі охорони здоров'я обмежувалося захисними карантинними заходами [2].

Лише в 1892 р. Міжнародна санітарна конференція, що проходила у Венеції завершилася ухваленням першої Міжнародної санітарної конвенції (МСК). Перша

МСК стала суто спеціалізованим явищем. Вона регулювала правила морського карантину і відносилася тільки до холери і тільки до суден, що прямують зі сходу на захід. Проте Конвенція також передбачала, що Санітарна рада Єгипту має підготувати відповідні положення щодо чуми та жовтої лихоманки – двох захворювань, етіологія та епідеміологія яких на той час були абсолютно невідомі. Вона також передбачала реорганізацію Санітарної ради Єгипту [2, с. 79]. В подальшому була ухвалена низка договорів, спрямованих на боротьбу з різного роду хворобами, в тому числі в рамках Ліги націй.

Новий етап розпочався у 1946 р. з прийняттям Статуту (Конституції) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), статті 21 і 22 якої наділяла організацію повноваженнями ухвалювати правила «спрямовані проти міжнародного поширення хвороб» [3]. На цій основі у 1951 р. ВООЗ було прийнято Міжнародні санітарні правила, які були змінені та перейменовані на Міжнародні медико-санітарні правила у 1969 р. (ММСП 1969 р.). Чинні зараз ММСП були прийняті в 2005 р. і залишаються поки єдиною юридично обов'язковою багатосторонньою домовленістю між 194 державами-членами ВООЗ щодо боротьби з інфекційними захворюваннями [4].

В ММСП містилися серед іншого, два основних обов'язки: повідомляти ВООЗ про спалахи інфекційних захворювань, що підпадають під дію Правил та обмежувати свої реакції на спалахи захворювань в інших державах заходами, передбаченими ММСП [5, с. 779].

Криза ВІА/СНІДу яскраво продемонструвала слабкість санітарних норм ММСП, оскільки СНІД навіть не підпадав під дію правил, і у держав не було вимог щодо повідомлення у зв'язку з цим новим захворюванням [6].

У 2019 р. ГА ООН в рамках Політичної декларації засідання високого рівня з питання про загальне охоплення послугами охорони здоров'я, особливо відзначила, що треба «активізувати зусилля по боротьбі з тропічними хворобами, яким не приділяється належної уваги, в рамках загального

охоплення послуг охорони здоров'я» (п. 34) [7].

Найвідоміший дослідник в сфері міжнародно-правої протидії інфекційним захворюванням – Д. Фідлер [8, с. 286] казав про існування трьох пов'язаних режимів в рамках міжнародної протидії інфекційним хворобам:

1. Класичний конвенційний режим в рамках санітарних конвенцій і ММСП. Класичний режим прагнув звести до мінімуму втручання громадської охорони здоров'я у міжнародну торгівлю та поїздки, вимагаючи, щоб заходи щодо профілактики захворювань, що обмежують міжнародну торгівлю та поїздки, ґрунтувалися на наукових даних та принципах громадської охорони здоров'я. Ці риси класичного режиму залишалися незмінними з прийняття Міжнародної санітарної конвенції 1893 р. [9, с. 331].

2. Горизонтальний режим – організаційний, в формі роботи ВООЗ і інших міжнародних організацій.

3. Торгівельний режим – який базується на нормах права ГАТТ/СОТ і передбачає різні заходи обмежень і регулювань міжнародної торгівлі в рамках існуючих договорів системи СОТ.

Проте, не з усім можна погодитися в такому підході. З одного боку незрозуміло чому, за своєю суттю конвенційний, режим договорів СОТ є окремим від загального конвенційного режиму. З іншого, неясно чому тоді не виділено у окремий режим захист прав людини в рамках протидії інфекційним хворобам, і те ж «право на здоров'я», яке чітко відзначається в сучасному міжнародному праві¹.

Новий етап протидії інфекційним хворобам почався з подолання наслідків пандемії коронавірусної хвороби 2019 спричинена SARS-CoV-2 (COVID-19) оголошеної ВООЗ 30 січня 2020 р. «надзвичайною ситуацією в галузі охорони здоров'я, що має міжнародне значення», а 11 березня 2020 р. «надзвичайною ситуацією пандемічного характеру» (ст. 12 ММСП 2005 р.), що тривала до 5 травня 2023 р. [10].

В рамках протидії COVID-19 було виявлено ряд недоліків ММСП: держави не

з змогли створити достатній потенціал громадського здоров'я, не виконали вимоги щодо своєчасного та повного повідомлення та перевірки, запровадили дискримінаційні заходи у сфері громадського здоров'я, які надмірно обмежували подорожі та торгівлю, а також не захистили права людини під час реагування на пандемію. Водночас стали очевидними прогалини в МПОЗ, включаючи відсутність прозорості у рішеннях Комітету з надзвичайних ситуацій, обмежену підзвітність за самостійне звітування про основні можливості, обмежені зобов'язання щодо обміну інформацією у сфері громадського здоров'я, включаючи дані геномного секвенування, та, що найголовніше, нездатність ММСП забезпечити справедливий розподіл засобів реагування на пандемію [11].

З огляду на ці виклики, держави-учасниці вирішили другий раз за історію (після Рамкової конвенції ВООЗ проти тютюну (2003 р.) активувати ст. 19 Статуту ВООЗ і ухвалити на її основі міжнародну угоду з протидії і готовності до пандемій. З метою організації переговорного процесу щодо ухвалення Угоди про боротьбу з пандеміями було створено Міжурядовий переговорний орган (МПО), який провів свою першу нараду 24 лютого 2022 р. У рамках процедури МПО було проведено 13 офіційних нарад, дев'ять з яких продовжувалися. Держави-члени також провели багато неофіційних дискусій та обговорень у період між нарадами для розгляду різних аспектів проекту угоди та переговорного процесу [12]. На 77 Асамблеї ВООЗ в травні 2024 р. було визнано, що МПО досяг прогресу і попередньо узгодив багато положень запропонованої угоди щодо боротьби з пандеміями і охорони здоров'я та було вирішено продовжити його манат з метою завершення в найкоротші терміни роботи і надання проекту угоди у травні 2025 р. для розгляду на 78 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я [13].

У ході переговорів держави-члени ЄС були представлені Європейською Комісією та приймали активну участь у формуванні позиції ЄС. Угода повною мірою враховує обов'язки та юрисдикцію окремих держав-

членів у галузі політики охорони здоров'я [14].

У квітні 2025 р. держави-члени ВООЗ досягли консенсусу щодо запропонованого тексту Угоди ВООЗ щодо боротьби з пандеміями для його подання на розгляд та затвердження 78 сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. 20 травня 2025 р. 78 сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я ухвалила текст Договору щодо запобігання пандеміям, забезпечення готовності та вжиття заходів реагування (ДЗПЗГ) (Пандемічна угода ВООЗ) [15] на пленарному засіданні. І відповідно до ст. 31 Угоди ВООЗ вона буде відкрита до підписання після схвалення Додатку про патогени [12]. Угода набуде чинності після прийняття додатка та його ратифікації не менше ніж 60 країнами-членами або асоційованими членами ВООЗ.

ДЗПЗГ складається з 35 статей, преамбули та майбутнього Додатку щодо системи доступу до патогенів та розподілу вигод (PABS). Лейтмотивом ДЗПЗГ є принципи справедливості (equity) та солідарності, які мають замінити національний егоїзм, що домінував під час розподілу вакцин у 2020-2021 роках [16]. Стаття 3 закріплює ці принципи як фундаментальні.

ДЗПЗГ напряму пов'язано з ММСП і стаття 12 п. 6 безпосередньо пов'язує введення в дію системи PABS з оголошенням надзвичайної ситуації у зв'язку з пандемією відповідно до ММСП (2005 р.). Крім того, визначення застосовні в ст. 1 ММСП і ДЗПЗГ є майже ідентичними, як то «пандемічна надзвичайна ситуація», що означає надзвичайну ситуацію в галузі охорони здоров'я, що має міжнародне значення, яка спричинена інфекційним захворюванням» [15]. Саме настання такої події активує застосування системи PABS в рамках якої фармацевтичні фірми зобов'язані забезпечити як мінімум 10% поточного виробництва «безпечних, якісних і ефективних вакцин, терапевтичних засобів і діагностичних препаратів проти збудника, що викликає позаштатну ситуацію», які регулюються контрактами, раніше підписаними цими виробниками з ВООЗ [17].

У ДЗПЗГ вперше, за наполяганням західних країн, містяться юридичні зобов'язання щодо імплементації концепції «Єдине здоров'я» (One Health) (ст. 5): «до запобігання пандеміям, готовності до них та реагування на них, визнаючи, що здоров'я людей взаємопов'язане зі здоров'ям тварин та навколишнім середовищем, тобто є узгодженим, інтегрованим, скоординованим та заснованим на співпраці між усіма відповідними організаціями, секторами та суб'єктами, відповідно до національного та/або внутрішнього законодавства та чинного міжнародного права, а також враховуючи національні обставини». Фактично хоч мова і не йде по якісь конкретні завдання для держав, але є зразком для майбутнього прийняття внутрішніх політичних заходів, які можуть бути представлені державами на Конференції сторін ДЗПЗГ.

В статті 7 ДЗПЗГ описані умови і обов'язки з захисту медичного і соціального персоналу під час пандемій, серед іншого шляхом надання їм оперативного доступу до захисних і медичних товарів, а також забезпечення їм безпечних і здорових умов праці.

Для протидії можливим спекуляціям і зривом поставок життєво необхідних медикаментів під час пандемій ДЗПЗГ передбачив створення Глобальної мережі поставок і логістики (GSCL) «для покращення, сприяння та роботи з усунення бар'єрів, а також забезпечення справедливого, своєчасного, швидкого, безпечного та недорогого доступу до медичних продуктів, пов'язаних з пандемією, для країн, які їх потребують», яку «розробляє, координує та скликає ВООЗ у повній консультації зі Сторонами» (ст. 13) [15].

В якості інституційного органу співробітництва і контролю виконання ДЗПЗГ створюється Конференція Сторін (COP) (стаття 19), що є значущим інституційним нововведенням. На відміну від ММСП, де домінує Генеральний директор ВООЗ, COP буде платформою для регулярного моніторингу імплементації, оновлення керівництв та координації фінансування. Кожна держава-учасниця матимете в COP один голос. За аналогією з Рамковою конвенцією ООН

про зміну клімату (UNFCCC), СОР має забезпечити політичну тяглість порядку денного, однак її мандат є «неконфронтаційним та некаральним», що вказує на збереження суверенітету держав над питаннями охорони здоров'я [16].

ДЗПЗГ окрім ММСП (2005 р.), пов'язана також з договорами Світової організації торгівлі, зокрема ТРІПС, підтверджуючи право членів СОТ використовувати його гнучкі механізми захисту, включаючи ліцензії на користування та ліцензії на використання державою, відповідно до Угоди ТРІПС (ст. 11).

Найбільш суперечливим елементом є стаття 12 ДЗПЗГ щодо створення і функціонування механізму PABS. Механізм PABS покликаний вирішити проблему нерівного доступу: країни, які надають зразки нових вірусів, повинні отримувати гарантований доступ до вакцин або ліків, створених на їх основі. Остаточний текст Статті 12 містить ключове зобов'язання для фармацевтичних виробників: 10% реального обсягу виробництва має бути надано як донація ВООЗ, а ще 10% — за доступними цінами для країн, що розвиваються [18].

Проте деталі системи (хто керує пулом патогенів, як відстежується використання генетичних даних) не були узгоджені, а поки цього не станеться у формі схвалення відповідного Додатку, сама ДЗПЗГ не буде відкрита до підписання. Це створило ризик «заморожування» всього процесу. Станом на листопад 2025 року Міжурядова робоча група (IGWG) розпочала обговорення першого проєкту Додатку з метою завершення переговорів до травня 2026 року [19].

Питання передачі технологій стало ще однією компромісною зоною ДЗПЗГ. Країни, що розвиваються (передусім Індія та ПАР), наполягали на обов'язковому ліцензуванні виробництва. Однак під тиском фармацевтичного лобі та розвинених економік підсумкове формулювання визначає передачу технологій як добровільну та «на взаємно узгоджених умовах» (ст. 11) [18].

Незважаючи на те, що порушення прав людини під час COVID-19 (такі, як обмеження свободи пересування, нерівний до-

ступ до медицини, тощо) стали каталізатором цієї реформ, остаточний текст ДЗПЗГ значною мірою відмовився від чіткої фіксації переліку відповідних прав людини на користь абстрактної «справедливості». Як зазначається в аналізі Сіркар Н., Абдул Карим Сафура, Л. Форман, Б.М. Мейер, принципи справедливості та солідарності, хоч і важливі, не мають тієї юридичної точності та механізмів підзвітності, які притаманні праву людини. «Рамки прав людини» були «розмиті» в процесі переговорів, що створює ризик, коли амбітні цілі не підкріплюються правозастосуванням, що називається «пасткою імплементації» [20].

Крім того, більшість зобов'язань супроводжується застереженнями на кшталт «згідно з національними можливостями» або «за наявності ресурсів». Частка «жорсткого» права тут мінімальна; ДЗПЗГ покладається на моніторинг та звітність (ст. 21), але не передбачає санкцій за невиконання. На думку К. Венхам, це перетворює ДЗПЗГ на політичну декларацію, яка може навіть послабити мультилатералізм, оскільки створює ілюзію дії без реальних змін [21].

Також набуття чинності ДЗПЗГ ускладнено геополітичними реаліями – США з найбільшим фармацевтичним сектором, офіційно вийшли з процесу разом з виходом з ВООЗ в січні 2026 р. Відсутність США означає, що найбільші дослідницькі центри не будуть юридично зобов'язані виконувати положення ст.ст. 10-11 про локалізацію виробництва в країнах, що розвиваються [16]. Більше того, в процесі голосування у Асамблеї ВООЗ в травні 2025 р. 11 держав утрималися, а серед них – Італія, Росія, Іран, Польща та Сінгапур. Так, Італія обґрунтувала свою позицію необхідністю захисту національного суверенітету, незважаючи на те, що була одним з ініціаторів угоди. Італійський уряд заявив, що, хоча принцип суверенітету включено в текст, «окремі аспекти потребують подальшого вивчення». Це рішення викликало критику з боку наукової спільноти та опозиції (екс-міністр Лоренцін назвала це «неісторичним вибором»), але демонструє тиск євроскептичних настроїв навіть у країнах ЄС [22].

Головною ареною юридичної боротьби в рамках ухвалення ДЗПЗГ зараз є робоча група (IGWG). Згідно зі звітами ВООЗ від листопада 2025 року, обговорення Додатку PABS в її рамках є інтенсивним. Ключовим питанням залишається передача ноу-хау. Як зазначає Ву Джонг Джон, патенти можна подолати через примусове ліцензування, але без доступу до закритих виробничих процесів (торговельних секретів) скопіювати сучасну мРНК-вакцину неможливо [18].

Експерти пропонують включити до Додатку положення про «non-challenge» (відмову від позовів) за аналогією з рішенням СОТ 2022 року, яке забезпечує країнам, що розвиваються, обмежене звільнення від патентних претензій щодо вакцини проти COVID-19 [23]. Це дозволило б країнам, що розвиваються, видавати примусові ліцензії на вакцини без страху негайних торговельних позовів з боку фармацевтичних гігантів через СОТ. Якщо PABS не буде включати механізм примусової передачі технологій (mandatory technology transfer), Угода ризикує повторити провали минулого, коли обіцянки «добровільного ліцензування» виявилися неефективними [18].

Висновки

Таким чином, Договір ВООЗ щодо запобігання пандеміям, забезпечення готовності та вжиття заходів реагування (ДЗПЗГ) 2025 р., є знаковим явищем для міжнародного права. Він доводить, що навіть у період геополітичної фрагментації держави здатні домовитися про правила гри на випадок наступної пандемічної катастрофи.

Однак його юридична сила є асиметричною. З одного боку, це «жорсткий» договір, ухвалений за статтею 19 Статуту ВООЗ. З іншого боку, через домінування в ньому «м'яких» зобов'язань, добровільних механізмів передачі технологій та відсутності правозастосовних механізмів санкцій, він нагадує рамкову конвенцію, яка лише задає вектор. Сама подальша доля ДЗПЗГ залежить від трьох факторів: 1) результатів переговорів щодо Додатку PABS до травня 2026 року; 2) швидкості ратифікації 60 країнами після відкриття до підписання; 3) здатності фармацевтичних компаній та кра-

їн G7 забезпечити фінансування, необхідне для виконання Статті 18 про фінансові механізми.

Поки що можна говорити про те, що світ отримав не «панацею», але потужний інструмент для політичного тиску та координації. Чи зможе право змусити багаті країни ділитися вакцинами під час наступної пандемії – залишається відкритим питанням, відповідь на яке дасть тільки час.

Література

1. Burci G.L. Health and Infectious Disease. *The Oxford Handbook on the United Nations*. 2018. URL: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780198803164.001.0001/oxfordhb-9780198803164-e-37>
2. Howard-Jones N. The Scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938., WHO Chronicle, Geneva, November 1974. 122 p.
3. Constitution Of The World Health Organization. 1946. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
4. World Health Assembly. Revision of the International Health Regulations (2005). WHA58.3, May 23, 2005.
5. Fidler D.P., Heymann D.L., Ostroff S.M., O'Brien T.P. Emerging and Reemerging Infectious Diseases: Challenges for International, National, and State Law. *The International Lawyer*. Vol. 31. № 3 1997. P. 773-799.
6. Fidler D.P., Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases. 1996. URL: <https://www.repository.law.indiana.edu/facpub>.
7. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019. (A/74/L.4). 74/2. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. URL: <https://docs.un.org/en/A/RES/74/2>
8. Fidler D.P. Emerging Trends in International Law Concerning Global Infectious Disease Control. *Emerging Infectious Diseases*. Vol. 9. № 3. March 2003. P. 285-290
9. Fidler D.P. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. *Chinese*

Journal of International Law. 2005. Vol. 4. № 2. P. 325-392 P. 331

10. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 30 January 2020. URL: [https://web.archive.org/web/20200131005904/https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://web.archive.org/web/20200131005904/https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

11. Is the Pace of IHR Reform Legal? URL: <https://www.law.georgetown.edu/international-law-journal/blog/is-the-pace-of-ihr-reform-legal/>

12. WHO. Pandemic prevention, preparedness and response agreement. 27 June 2025 | Questions and answers. URL: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/pandemic-prevention--preparedness-and-response-accord>

13. WHA77(20) Agenda item 13.4 1 June 2024. Intergovernmental Negotiating Body to draft and negotiate a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response. URL: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_\(20\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_(20)-en.pdf)

14. European Commission. An international agreement on pandemic prevention, preparedness and response. URL: https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health/international-agreement-pandemic-prevention-preparedness-and-response_en

15. Resolution WHA78.1. Agenda item 16.2. WHO Pandemic Agreement. In: Seventy-eighth World Health Assembly, Geneva, 20 May 2025. Geneva: World Health Organization; 2025. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-en.pdf

16. Berman A., Dewi Kantiana I. The Pandemic Agreement: A Milestone in Global Health, but Will it Work? URL: <https://www.ejiltalk.org/the-pandemic-agreement-a-milestone-in-global-health-but-will-it-work/>

17. Villarreal P.A. Expanding the Core Foundations of Global Health Law through a Pandemic Agreement. 2025. URL:

<https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-law-medicine-and-ethics/article/expanding-the-core-foundations-of-global-health-law-through-a-pandemic-agreement/CAC6B4020F93AE90EDCCD9F6C0630869>

18. WooJung Jon. The WHO pandemic agreement: why countries will not use compulsory licensing – and how to fix it. URL: <https://gh.bmj.com/content/10/9/e020856?rss=1>

19. WHO. Countries make progress on WHO Pandemic Agreement annex on pathogen access and benefit sharing system. 7 November 2025/ URL: <https://www.who.int/americansamoa/news/detail-global/07-11-2025-countries-make-progress-on-who-pandemic-agreement-annex-on-pathogen-access-and-benefit-sharing-system>

20. Sircar N.R., Abdool Karim S., Forman L., Mason Meier B. Human rights limitations in global health law reforms. *Journal of Public Health*. Vol 250. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003335062500527X>

21. Wenham C. The Pandemic Agreement may weaken, rather than strengthen multilateralism. *Chatham House. Expert Comment*. 21 May 2025. URL: <https://www.chathamhouse.org/2025/05/pandemic-agreement-may-weaken-rather-strengthen-multilateralism>

22. Ovadia D. Italy Abstains From WHO's Pandemic Pact — Sovereignty or Unity? May 26, 2025. URL: https://www.medscape.com/viewarticle/italy-abstains-whos-pandemic-pact-sovereignty-or-unity-2025a1000d75?src=rss&utm_source=flipboard&utm_content=topic/coronavirus

23. World Trade Organization. Ministerial decision on the trips agreement (WT/L/1141; WT/MIN(22)/30). 2022. URL: <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/WT/MIN22/30.pdf&Open=True>

24. Камінська Н. В., Назарко Ю. В. Конституційне право на охорону здоров'я в Україні та державах Європейського Союзу: порівняльно-правове дослідження : монографія. Київ : КНТ, 2022. 282 с.

Bilotskyi S.D.

**RECENT TRENDS IN
INTERNATIONAL LAW ON COMBATING
INFECTIOUS DISEASE PANDEMICS**

The article is devoted to a comprehensive analysis of the latest international legal trends in the field of combating pandemics, in particular, the Treaty on Pandemic Prevention, Preparedness and Response (TPPRR), adopted on May 20, 2025 (WHO Pandemic Agreement). The WHO Pandemic Agreement was adopted due to the lack of legally binding legal norms in the field of combating pandemics, which led to significant consequences in overcoming the COVID-19 pandemic. The paper examines the history of the adoption of the treaty, the reasons that led to its adoption, the normative structure of the document, its key institutional novelties (Conference of the Parties, PABS mechanism), the problems of the ratio of soft and “hard” law. Particular attention is paid to criticism of the “dilution” of obligations in the field of human rights and technology, the problem of ratification due to political tensions (the example of Italy and the USA). The legal force of the treaty is asymmetric. On the one hand, it is a “hard” treaty adopted under Article 19 of the WHO Constitution. The second in history, after the WHO Framework Convention on Tobacco Control (2003). On the other hand, due to the dominance of “soft” obligations,

voluntary mechanisms for technology transfer and the absence of enforcement mechanisms for sanctions, it resembles a framework convention that only sets a vector. The very future fate of the TPPRR depends on three factors: 1) the results of negotiations on the PABS Annex by May 2026; 2) the speed of ratification by 60 countries after opening for signature; 3) the ability of pharmaceutical companies and the G7 countries to provide the financing necessary to implement Article 18 on financial mechanisms.

In addition, the relationship of the TPPRR with other international instruments is considered, in particular the International Health Regulations (IHR) and the WTO Agreements on Intellectual Property Rights (TRIPS).

The author concludes that while the WHO Pandemic Agreement is a historic achievement within the framework of Article 19 of the WHO Constitution, its effectiveness will depend on the outcome of the negotiations on the PABS Annex and the political will of states to avoid protectionism.

Keywords: WHO, WHO Constitution, international legal counteraction to infectious diseases, international health protection, pandemic, international law, human rights, COVID-19, Treaty on Pandemic Prevention, Preparedness and Response (TPPRR, WHO Pandemic Agreement) (2025).