

ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОГО СПІВРОБІТНИЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я має тривалу історію розвитку. Проте інституційні форми цього співробітництва виникли тільки в середині XIX століття у вигляді карантинного контролю за інфекційними захворюваннями. Його подальша еволюція відбувалася від становлення та розвитку регіонального співробітництва між державами у боротьбі з інфекційними захворюваннями до універсального співробітництва комплексного характеру в сфері охорони здоров'я. Відповідно розвивалася і міжнародно-правова основа такої співпраці, вона набувала правові форми, інституціоналізовані у вигляді міжнародного права охорони здоров'я.

У XX столітті проблематика міжнародного права охорони здоров'я значно розширилася як в об'єктному, так просторовому і суб'єктному сенсі. Відбувся перехід на універсальний рівень. Були прийняті нові міжнародні договори, створені спеціалізовані міжнародні організації, у тому числі установа універсального характеру — Всесвітня організація охорони здоров'я. Розвиток міжнародно-правового захисту прав людини привів до виділення нових напрямків міжнародно-правового співробітництва у сфері охорони здоров'я.

Наприкінці XX століття в силу загроз колективному здоров'ю міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я перейшло на глобальний рівень. У даний час міжнародному праву відводять основну роль у механізмі регулювання глобального співробітництва у сфері охорони здоров'я [2, 723].

Метою цієї статті є комплексний аналіз основних тенденцій розвитку міжнародно-правового співробітництва держав у сфері охорони здоров'я.

Для реалізації зазначеної мети нами були поставлені такі завдання: провести дослідження еволюції міжнародно-правових форм співробітництва держав у сфері охорони здоров'я; охарактеризувати особливості співробітництва держав у рамках Панамериканської організації охорони здоров'я; дослідити правовий статус і компетенцію Організації охорони здоров'я Ліги Націй; охарактеризувати розвиток правових форм міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я в рамках діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Слід зазначити, що проблематика, пов'язана з дослідженням тенденцій розвитку міжнародно-правового співробітництва держав у сфері охорони здоров'я, привертала увагу таких вітчизняних і зарубіжних вчених, як Б. В. Ганюшкін, Р. Калдер, Т. Р. Короткий, Ф. Ф. Мартенс, В. С. Михайлов, Р. Оддер, Б. Тобес, В. А. Уляницький та ін. Однак в жодній з цих робіт не проводився комплексний аналіз основних тенденцій розвитку міжнародно-правового співробітництва держав у сфері охорони здоров'я.

Об'єктом даного дослідження є міжнародні відносини, які виникають у процесі міжнародно-правового регулювання співробітництва держав у сфері

охорони здоров'я. Предметом — генезис змісту та форм міжнародно-правового співробітництва держав у сфері охорони здоров'я.

Спочатку виникнення міждержавного співробітництва у сфері охорони здоров'я було зумовлено необхідністю міжнародного узгодження заходів з санітарної охорони національних територій у зв'язку з періодично виникаючими епідеміями та пандеміями. Найбільш виразно ця форма співробітництва проявилася в період класичного середньовіччя, коли почали застосовуватися такі заходи проти епідемій в Європі, як карантини, лазарети, застави і т. д. З XV століття, після того, як Венеція влаштувала перший морський карантин в 1403 р., європейські держави в разі небезпеки стали використовувати цей механізм санітарного захисту територій і до сухопутного кордону. Проте невисока ефективність такого роду санітарних і протиепідемічних заходів, що проводилися на національному рівні, змушувала шукати вирішення проблеми на міждержавній основі.

З цією метою почали створювати міжнародні санітарні ради: в Танжері (1792–1914), Константинополі (1839–1914), Тегерані (1867–1914), Александрії (1843–1938).

У XIX столітті співробітництво держав у сфері охорони здоров'я перейшло на новий якісний рівень. Були укладені перші міжнародні угоди з метою спільної боротьби з епідеміями. Питання про організацію міжнародної боротьби з епідеміями було ініційовано Наполеоном III. У 1851 р. в Парижі відбулася перша міжнародна санітарна конференція [3, 138] за участю 12 держав. Завданням конференції було обговорення механізмів, за допомогою яких можна було відстежувати виникнення епідемій, вживати заходів по боротьбі з ними і попереджати їх розповсюдження на європейські держави [3, 138]. На конференції була підписана Міжнародна санітарна конвенція 1853 р. [3, 138], яка встановила систему санітарного та карантинного нагляду в басейні Середземного моря для боротьби з чумою і холерою. У 1859 р. і 1866 р. Конвенція була переглянута, доповнена і підтверджена на санітарній конференції в Константинополі. Таким чином, фактично конференція 1851 р. поклала початок міжнародно-правового співробітництва в галузі охорони здоров'я.

Пізніше було прийнято кілька конвенцій (Венеціанська санітарна конвенція 1892 р., Дрезденська санітарна конвенція 1893 р., Паризька санітарна конвенція 1894 р.) з метою забезпечення міжнародного співробітництва, спрямованого на запобігання занесенню та розповсюдженню в Європі холери. Починаючи з 1852 р. засновувалися міжнародні спостережні органи: Ради охорони здоров'я в Константинополі, Александрії і Бухаресті і санітарні станції в Перській затоці та в Червоному морі. Метою конвенцій було здійснення санітарного контролю за судами в Червоному морі і Перській затоці, їх пасажирами і вантажем, заборона або дозвіл ввезення та транзиту небезпечних заражених предметів, їх дезінфекція тощо. Спостереження за виконанням і дотриманням положень Конвенцій було доручено Вищій міжнародній раді охорони здоров'я в Константинополі і Санітарній морській і карантинній раді в Александрії, а судовою інстанцією для розглядів справ про порушення положень

Конвенцій була Консульська комісія в Константинополі. Відповідно до Дрезденської конвенції 1893 р. з боротьби з поширенням холери, в Європі не допускалося загальне закриття сухопутних кордонів і установи загальних сухопутних карантинів. Затриманню підлягали тільки хворі пасажери, а в торговельному судноплаванні карантин поширювався лише на заражені судна. При наявності підозри судна підлягали дезінфекції [5, 336].

Заходи по боротьбі з занесенням і поширенням чуми стали предметом Венеціанської санітарної конвенції 1897 р. і додаткової декларації до неї 1900 р. Додатком до Конвенції був загальний санітарний регламент про попередження занесення чуми і подальшого її розповсюдження. У регламенті вказувалися способи дезінфекції та запобіжні заходи для суден. Нагляд за дотриманням Конвенції доручався Вищій раді охорони здоров'я в Константинополі та особливому комітету [5, 337].

На Паризькій санітарній конференції 1903 р. була проведена уніфікація положень міжнародних санітарних конвенцій, враховуючи тенденції розвитку міжнародної торгівлі [6, 171]. У 1903 р. була прийнята Міжнародна санітарна конвенція, в якій були уніфіковані положення Венеціанської санітарної конвенції 1892 р., Дрезденської санітарної конвенції 1893 р., Паризької санітарної конвенції 1894 р. Крім того, Конференція заснувала міжнародне Бюро здоров'я з місцем знаходження в Парижі. У ньому повинні були збиратися відомості про стан епідемій і контроль за дотриманням міжнародних санітарних постанов [8, 337]. Також в Єгипті була заснована Міжнародна санітарна, морська і карантинна рада для попередження заносу епідемічних хвороб в Єгипет і перенесення їх за кордон.

На Паризькій конференції 1912 р. був прийнятий новий текст Міжнародної санітарної конвенції, що діяв до 1926 р. Конвенція 1912 р. була ратифікована радянським урядом і опублікована в СРСР в 1926 р.

У 1926 р. вже розширеним колом учасників Конвенція 1912 р. була переглянута і доповнена положеннями щодо вітряної віспи і тифу. У 1935 р. була підписана Міжнародна санітарна конвенція для повітряної навігації. У них встановлювалися максимальний та мінімальний карантинні періоди для віспи, чуми і холери, уточнювалися портові санітарні правила і функції карантинних станцій. У подальшому такі конференції стали важливою і плідною формою міжнародного співробітництва європейських держав.

Усвідомлення пагубних наслідків активного розвитку міжнародної торгівлі наркотичними речовинами та алкоголем наприкінці XIX століття змусило міжнародне співтовариство вжити ряд заходів, спрямованих на обмеження або заборону обігу цих речовин. Таким чином, виник ще один напрямок міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я.

До числа міжнародних угод, предметом регулювання яких була охорона здоров'я, можна віднести постанови Брюссельського протиневільницького акта 1890 р., який істотно обмежував продаж спиртних напоїв тубільцям, народам Африки, і додаткового Договору, підписаного в Брюсселі 1899 р. Ці договори привели до підписання великої кількості двосторонніх і багатосторонніх дого-

ворів, що обмежують торгівлю алкоголем, наприклад, Конвенція про обіг алкогольних напоїв у Північному морі 1887 р., Конвенція між США і Сполученим Королівством про регулювання обігу алкоголю 1924 р. У 1909 р. відбулося перше засідання Міжнародної комісії з опіуму, а в 1912 р. підписано перший договір в цій галузі — Міжнародну конвенцію по опіуму 1912 р. У 1921 р. Ліга Націй заснувала постійний Консультативний комітет з опіуму. Зараз його функції виконує Програма ООН з міжнародного контролю над наркотиками (в рамках Управління з контролю над наркотиками і попередження злочинності).

Третій напрям співробітництва — створення міжнародних організацій охорони здоров'я з широкою компетенцією. У 1902 р. держави Америки заснували у Вашингтоні Міжнародне санітарне бюро. Воно стало попередником сучасної Панамериканської організації охорони здоров'я. Перша Панамериканська санітарна конференція відбулася в грудні 1902 р. у Вашингтоні. Конференція створила постійно діючий орган — Міжнародне (Панамериканське) санітарне бюро, яке з 1958 р. відомо як Панамериканська організація охорони здоров'я (ПАООЗ) [5].

У 1907 р. в Парижі було створено Міжнародне бюро громадської гігієни (МБГГ) — міжнародну організацію з постійним секретаріатом і комітетом офіційних осіб з 12 держав-учасниць (9 з яких — європейські) [6, 171]. Ця організація була адміністративним союзом, який об'єднував 55 держав. У завдання МБГГ входило: «збір та доведення до відома держав-учасниць фактів і документів загального характеру, що відносяться до громадської охорони здоров'я, особливо до таких інфекційних захворювань, як холера, чума і жовта лихоманка, а також збір і поширення інформації про заходи боротьби з цими захворюваннями» [5]. МБГГ займався також розробкою міжнародних конвенцій в галузі охорони здоров'я, контролем за їх виконанням, питаннями гігієни суден, водопостачанням, гігієни харчування, вирішенням міжнародних карантинних суперечок і вивченням національного санітарно-карантинного законодавства.

МБГГ видавало щотижневий бюлетень французькою мовою, в якому публікувалися відомості про поширення у світі віспи, холери, жовтої лихоманки та інших найбільш поширених захворювань. За безпосередньою участю МБГГ в 1922 р. був створений перший міжнародний стандарт — стандарт дифтерійного анатоксину, а в 1930 р. при Державному інституті сироваток в Копенгагені організований міжнародний відділ, відповідальний за збереження відповідного міжнародного стандарту антидифтерійної сироватки. МБГГ існувало до кінця 1950 р. Досвід його роботи та інформаційно-видавничої діяльності згодом був використаний при створенні Організації охорони здоров'я Ліги Націй і Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

У 1919 р. після першої світової війни була створена Ліга Націй. Вже на другій сесії Ради Ліги Націй у лютому 1920 р. було прийнято рішення про скликання в квітні того ж року Міжнародної конференції експертів у галузі охорони здоров'я з метою створення Організації охорони здоров'я [6, 171]. Для прийняття термінових колективних заходів по боротьбі з епідеміями тифу і хо-

лери у Східній Європі на конференції була створена Епідеміологічна комісія, яка координувала дії держав у цьому напрямку. Одночасно в Женеві приступив до роботи Тимчасовий комітет з охорони здоров'я Ліги Націй, основним завданням якого була розробка спільно з представниками МБГГ проекту Організації охорони здоров'я [11, 3]. У травні 1923 р. Тимчасовий комітет передав проект Ліги Націй, яка прийняла його на четвертій сесії Асамблеї. Таким чином, була створена Організація охорони здоров'я Ліги Націй (ООЗЛН). Сфера діяльності ООЗЛН була значно ширша, ніж коло питань, якими займалося МБГГ.

Мета Організації охорони здоров'я Ліги Націй була в тому, «щоб вжити всіх заходів міжнародного масштабу для попередження і боротьби з хворобами» [5].

Основними напрямками роботи ООЗЛН були: координація і стимулювання наукових досліджень з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я, створення міжнародних стандартів біологічних та лікарських препаратів; розробка міжнародної класифікації хвороб і причин смерті; уніфікація національних фармакопей; боротьба з найбільш небезпечними і розповсюдженими хворобами, створення і розробка системи отримання і передачі епідеміологічної інформації.

Головними органами ООЗЛН стали Комітет охорони здоров'я, Консультаційна рада та Відділ охорони здоров'я [6, 4].

Головним завданням Комітету була розробка програм для Відділу охорони здоров'я. Члени Консультаційної ради призначалися МБГГ і відповідали за забезпечення необхідною технічною інформацією Комітету. Відділ охорони здоров'я здійснював виконавчу функцію і був невід'ємною частиною Секретаріату Ліги Націй. Також в рамках ООЗЛН діяли Комітет експертів, який займався науково-пошуковою діяльністю, комітети представників держав, які здійснювали керівництво безпосереднім співробітництвом адміністративних установ охорони здоров'я і Служба епідеміологічних розслідувань.

Надаючи важливого значення науковим дослідженням, ООЗЛН заснувала ряд комітетів експертів та комісій по найважливіших напрямках своєї діяльності (з питань біологічної стандартизації, санітарної статистики, за малярією, раком, чумою, по уніфікації національних фармакопей, з контролю за опіумом та іншими наркотиками, з харчування та ін.), в яких працювали найвідоміші вчені. Групи експертів і наукові місії направлялися в різні країни Латинської Америки, Східної Європи та Азії з метою надання допомоги місцевим органам охорони здоров'я в організації карантинних служб, підготовки медичного персоналу та організації кампаній по боротьбі з холерою і віспою.

У рамках ООЗЛН було закладено основи міжнародної стандартизації причин смертності. Практична діяльність Організації була присвячена проблемам малярії, сонної хвороби, туберкульозу, раку, віспи, сказу, трахоми, сліпоти та дитячої смертності [6, 16]. Основний акцент в роботі в перерахованих напрямках робився на можливості профілактичної та превентивної медицини.

У 1938 р. під егідою ООЗЛН в Парижі була проведена остання Міжнародна санітарна конференція. У тому ж році Рада з охорони здоров'я міжнародного

складу, що знаходилася в Александрії (один з чотирьох регіональних органів охорони здоров'я, створений наприкінці XIX століття для регулювання карантинних процедур в Середземноморському районі) була передана уряду Єгипту. Надалі Рада була перейменованій в Санітарну і морську карантинну раду Єгипту. Тільки в 1946 р. вона знову стала регіональним органом охорони здоров'я, а всі її функції були передані Всесвітній організації охорони здоров'я в 1949 р. [9, 15].

З початку XX століття відбувається активний розвиток ще одного напрямку співробітництва держав у галузі охорони здоров'я — забезпечення безпечних умов праці. Заснування Міжнародної організації праці (МОП) у 1919 р. активізувало розвиток не тільки міжнародного трудового права, а й створення стандартів у сфері охорони професійного здоров'я. В результаті діяльності МОП було заборонено використання в промисловості багатьох токсичних матеріалів, наприклад, Бернською конвенцією було заборонено використання білого фосфору у виробництві сірників 1906 р. З 1950 р. у складі МОП функціонує окремий комітет, що займається проблемами, пов'язаними з впливом виробництва на здоров'я і виробленням рекомендацій про необхідність прийняття відповідних міжнародних правил.

Особливо слід відзначити проведення під егідою ООЗЛН двох конференцій у 1931 р. і 1937 р. з проблем здоров'я сільського населення, де вперше прозвучало визнання необхідності прийняття міждержавних заходів для розвитку первинної медичної допомоги для всього населення [4, 188].

Після другої світової війни універсальною міжнародною організацією стала Організація Об'єднаних Націй (ООН), заснована в 1945 р. Ліга Націй, а разом з нею і її Організація охорони здоров'я припинили своє існування в 1946 р.

У 1945 р. на конференції Об'єднаних Націй з міжнародних організацій в Сан-Франциско держави одноголосно підтримали пропозицію Бразилії та Китаю створити нову міжнародну організацію охорони здоров'я [1, 10]. Розробку проекту статуту майбутньої організації доручили створеному для цих цілей Технічному підготовчому комітету [14, 13]. Крім тексту статуту, цей Комітет також підготував ряд пропозицій про інтеграцію існуючих міжнародних установ охорони здоров'я у ВООЗ. У Резолюції V Підготовчого комітету пропонувалося, щоб уникнути дублювання функцій, передати повноваження ООЗЛН Всесвітній організації охорони здоров'я [13, 75]. На останній сесії Асамблеї Ліги Націй були затверджені умови передачі функцій ООЗЛН до ВООЗ [14, 27].

Міжнародна конференція з охорони здоров'я була скликана відповідно до резолюції Економічної і Соціальної Ради від 15 лютого 1946 р. [6, 98]. Влітку 1946 р. в Нью-Йорку учасниками конференції було прийнято Статут нової міжнародної організації охорони здоров'я — Всесвітньої організації охорони здоров'я і вже через рік ця організація брала активну участь у боротьбі з епідемією холери в Єгипті [8, 12]. Статут ВООЗ вступив в силу 7 квітня 1948 р. Штаб-квартира ВООЗ знаходиться у Женеві [12]. На сьогоднішній день до складу ВООЗ входять 193 держави-члена [7].

Статут ВООЗ проголосив основні принципи співробітництва держав — членів організації, необхідні «для щастя, гармонійних відносин між усіма народами і для їхньої безпеки».

Таким чином, можна констатувати, що в XIX столітті основною метою міжнародно-правового співробітництва держав була гармонізація національних (карантинних) обмежувальних заходів. Для реалізації даної мети були скликані перші міжнародні санітарні конференції, результатом яких стало прийняття міжнародних санітарних конвенцій. На другому етапі відбулося розширення сфери співробітництва від боротьби з інфекційними захворюваннями до співробітництва по боротьбі з неінфекційними захворюваннями. Одночасно почали створюватися міжнародні організації охорони здоров'я з широкою компетенцією. Метою міжнародно-правового співробітництва у другій половині XX століття стало забезпечення права на індивідуальне здоров'я. У XXI столітті питання міжнародно-правової охорони колективного та індивідуального здоров'я не втрачають своєї актуальності, а, навпаки, потребують більш оперативної координації світової спільноти, оскільки в епоху глобалізації з'являються нові виклики і загрози. Сучасні цілі та форми міжнародно-правового співробітництва в галузі охорони здоров'я тяжіють до змін під впливом процесів глобалізації, які визначають та водночас змінюють характер загроз колективному здоров'ю. На нашу думку, потребують подальшого вивчення теоретичні та практичні тенденції до застосування концепції глобального управління у сфері міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я.

Література

1. Ганюшкин Б. В. Всемирная организация здравоохранения / Б. В. Ганюшкин. — М., 1959.
2. Короткий Т. Р. Фрагментация международного права через призму международного права охорони здоров'я // Правове життя сучасної України: тези доп. Міжнар. наук. конф. проф.-викл. складу (м. Одеса, 21–22 трав. 2010 р. / відп. ред. Ю. М. Оборотов; ОНЮА. — О.: Фенікс, 2010.
3. Мартенс Ф. Ф. Современное международное право цивилизованных народов. В 2 т. Т. 2 / под ред. и с биогр. очерком д-ра юрид. наук, проф. В. А. Томсинова. — М.: Зерцало, 2008.
4. Михайлов В. С. История международного здравоохранительного права / В. С. Михайлов. — Владивосток, 1984.
5. Сорокина Т. С. История медицины [Электронный ресурс] / Т. С. Сорокина. — Режим доступа: <http://bibliotekar.ru/423/39.htm>.
6. Специализированные учреждения ООН в современном мире. — М., 1967.
7. Стороны Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/countries/ru/>
8. Уляницкий В. А. Международное право. Золотой фонд российской науки международного права. Т. III / В. А. Уляницкий. — М.: Междунар. отношения, 2010.
9. Calder R. Ten steps forward: a story of WHO 1948–1958 / R. Calder. — Geneva, 1958.
10. Gostin L. O. Public health law: power, duty, restraint / L. O. Gostin. — Berkeley, 2000.
11. League of Nations. Health Organization. — Geneva, 1931.
12. Calder R. Ten steps forward: a story of WHO 1948–1958, Geneva. 1958.
13. Official records of the World health Organization. № 1. United Nations Interim Commission. New York, Geneva. 1948.
14. Official records of the World health Organization. № 2. United Nations Interim Commission. New York, Geneva. June 1948.

Анотація

Сажієнко Н. В. Тенденції розвитку міжнародно-правового співробітництва держав у сфері охорони здоров'я. — Стаття.

У статті розглянуті питання еволюції міжнародно-правових форм співробітництва держав у сфері охорони здоров'я. Проаналізовано особливості співробітництва держав у рамках міжнародних організацій охорони здоров'я.

Ключові слова: міжнародно-правове співробітництво держав у сфері охорони здоров'я, міжнародні санітарні конференції, міжнародні санітарні конвенції, міжнародні організації охорони здоров'я.

Аннотация

Сажиеенко Н. В. Тенденции развития международно-правового сотрудничества государств в сфере здравоохранения. — Статья.

В статье рассмотрены вопросы эволюции международно-правовых форм сотрудничества государств в сфере здравоохранения. Проанализированы особенности сотрудничества государств в рамках международных здравоохранительных организаций.

Ключевые слова: международно-правовое сотрудничество государств в сфере здравоохранения, международные санитарные конференции, международные санитарные конвенции, международные здравоохранительные организации.

Summary

Sazhiienko N. V. Tendencies of development of international legal cooperation of states in health care. — Article.

The article deals with the evolution of international legal forms of cooperation of states in health care. Analyzed features of cooperation of states in international health organizations.

Keywords: international legal cooperation of States in health care, international sanitary conferences, international sanitary conventions, international health organizations.

УДК 341.231.14: 347.77

П. П. Войтович

КОНЦЕПЦІЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ПРАВ ЛЮДИНИ В ДОКТРИНІ СУЧАСНОГО МІЖНАРОДНОГО ПРАВА

Питанням, пов'язаним із правом на інформацію та захистом інформаційних прав у сучасному праві, приділяється значна увага.

Дослідженням даної проблематики займалось багато вітчизняних та зарубіжних вчених, серед яких: І. Л. Бачило, А. Б. Венгеров, Б. Гоголь, А. В. Грищенко, В. О. Горобцов, В. А. Дозорцев, В. О. Копилов, Т. А. Костецька, О. В. Кохановська, Н. В. Кушакова, А. І. Марущак, О. В. Нестеренко, А. В. Пазюк, П. М. Рабінович, Д. О. Савельєв, О. О. Ситніков, В. С. Хижняк та інші.

Між тим юридична природа права на інформацію, його зміст і міжнародні стандарти права на інформацію залишаються недостатньо дослідженими, наслідком чого є неоднозначне трактування цих питань у науковій літературі та недосконалість легальних дефініцій права на інформацію та інформаційних прав людини.