

**МІЖНАРОДНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СПІВРОБІТНИЦТВА У
ГАЛУЗІ БОРОТЬБИ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ ПІД ЕГІДОЮ
ВООЗ**

ШИФР «WHO»

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. СТАНОВЛЕННЯ МІЖНАРОДНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ БОРОТЬБИ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ ТА ПЕРЕДУМОВИ СТВОРЕННЯ ВООЗ.....	6
РОЗДІЛ 2. ІНСТИТУЦІЙНІ ОСНОВИ ВООЗ ТА ЇЇ ПРАВО У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ.....	15
РОЗДІЛ 3. ВЗАЄМОДІЯ ВООЗ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ З МІЖУРЯДОВИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ ТА НЕДЕРЖАВНИМИ СТРУКТУРАМИ.....	23
ВИСНОВКИ.....	28
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	31

ВСТУП

Інфекційні хвороби переслідують людство впродовж усієї історії його існування. Вони не знають державних кордонів, поширюються між континентами, забираючи людські життя та завдаючи величезної економічної шкоди. Не виключено, що в майбутньому світова спільнота може зустрітися з новими небезпечними збудниками інфекційних захворювань, які поставлять під загрозу виживання людської цивілізації. Протистояти цій загрозі можливо лише шляхом поєднання зусиль всіх держав світу, створення дієвих інституційних і нормативних механізмів протидії епідеміям на глобальному рівні.

Провідна роль у координації дій щодо забезпечення міжнародної охорони здоров'я та співробітництва у сфері боротьби з інфекційними хворобами належить Всесвітній організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ). Ця Організація, що включає нині 196 держав-членів, наділена відповідно до її Статуту широкими нормотворчими повноваженнями, тісно взаємодіє з іншими міжнародними організаціями та неурядовими структурами. Однак, результати діяльності ВООЗ у ХХІ столітті свідчать про те, що вона не завжди виявляється спроможною діяти ефективно в умовах надзвичайних ситуацій, викликаних епідеміями. З огляду на наведення питання міжнародного співробітництва в цій сфері та вивчення потенціалу міжнародного права у протидії поширенню інфекційних захворювань є **актуальним** напрямком наукових досліджень.

Проблематика міжнародно-правового регулювання співробітництва в галузі протидії інфекційним хворобам привертає значну увагу вчених, проте, переважно, закордонних (О. Агінам, С. Аокі, Р. Катс. І. Павоне, Дж. Праг Ругер Е. Сореллі, Б. Тобіс, Д. Фідлер, Дж. Фішер, Д. Ях та інші). В Україні на дисертаційному рівні досліджувалися більш загальні питання міжнародно-правового регулювання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я (Н. Хендель (Сажієнко)). Правові аспекти регіонального співробітництва на Африканському континенті, а також міжнародно-правові інструменти боротьби з вірусом Ебола знайшли відображення у працях Е. Орінди. Наявні також окремі

роботи, які стосуються ВООЗ в цілому (С. Линник, М. Микієвич, О. Павленко, Ф. Ринда та інші). Однак, комплексне дослідження міжнародно-правового регулювання співробітництва у сфері боротьби з інфекційними захворюваннями під егідою ВООЗ на сучасному етапі у вітчизняній науці не проводилося.

Метою роботи є встановлення правових і інституційних засад міжнародного співробітництва щодо протидії інфекційним хворобам під егідою ВООЗ, а також визначення напрямків підвищення ефективності використання міжнародно-правових інструментів у цій сфері.

Для досягнення зазначеної мети передбачається виконання наступних **завдань**: 1) дослідити історію міжнародного співробітництва держав щодо боротьби з масовими інфекційними захворюваннями; 2) виявити історичні передумови створення ВООЗ; 3) охарактеризувати інституційну структуру ВООЗ; 4) проаналізувати правовий доробок Організації у сфері протидії епідеміям інфекційних хвороб; 5) встановити механізми взаємодії ВООЗ з іншими міждержавними організаціями та недержавними структурами.

Об'єктом дослідження є міжнародні відносини у сфері протидії інфекційним захворюванням. **Предметом дослідження** є міжнародно-правове регулювання співробітництва у галузі боротьби з інфекційними хворобами під егідою ВООЗ.

Для досягнення поставлених мети і завдань роботи використовувався комплекс **методів** наукового пізнання. За допомогою історичного методу досліджувалася еволюція міжнародного співробітництва у сфері боротьби з інфекційними хворобами, становлення його нормативних та інституційних основ. Аналітичний і логічний методи дозволили здійснити відбір та аналіз інформації за темою дослідження. Структурно-функціональний метод використовувався для вивчення нормативних повноважень ВООЗ. Формально-юридичний і системний методи застосовувалися при тлумаченні правових норм, виявленні їх відповідності суспільним відносинам.

Структура роботи обумовлена її метою та завданнями. Робота складається із вступу, 3-х розділів, висновків та списку використаних джерел.

Загальний обсяг роботи складає 36 сторінок, з них – 30 основного тексту, список використаних джерел (52 найменування) на 6 сторінках.

РОЗДІЛ 1. СТАНОВЛЕННЯ МІЖНАРОДНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА ДЕРЖАВ У СФЕРІ БОРОТЬБИ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ ТА ПЕРЕДУМОВИ СТВОРЕННЯ ВООЗ

Інфекційні хвороби є однією з найнебезпечніших загроз для людства, тому всю свою історію воно боролось з ними і намагались викоринити. Епідемічні спалахи інфекційних захворювань супроводжували людей з давніх часів і відігравали помітну роль в соціальному, економічному та політичному контекстах. Першою достовірно описаною в науці пандемією вважається так звана «Чума Юстиніана». За відомостями, які дійшли до нас, вона почалася під час правління імператора Юстиніана I у 542 році в районі візантійського містечка Пелусій і тривала до 750 року [1]. Пандемія забрала близько 100 мільйонів життів і викликала масштабні зміни в економічних та політичних відносинах. Вважається, що це, в свою чергу, прискорило перехід від античного світу до середньовічної феодальної Європи [2, с.265].

Друга пандемія чуми («чорна смерть») у період з 1346 по 1352 рік знищила третину населення Європи, Північної Африки, Близького та Середнього Сходу. Існують достатньо обґрунтовані припущення, що ця епідемія була спровокована навмисними діями татарського хана Джанибека, який застосував «бактеріологічну зброю» проти жителів Кафи (сучасна Феодосія) [3, с. 971-975]. Носії інфекції, що відпливали на з цього портового міста на кораблях, поширили хворобу в межах величезних територій. Третій спалах епідемії виник у 1894 році в Гонконзі та Південному Китаї і також поширювався через торгові кораблі [4].

До кінця XVIII століття планету спустошували регулярні епідемії віспи (за однією з версій саме ця хвороба спричинила загибель цивілізацій інків та ацтеків [5, с. ; 6, с. 209-212]), холери, тифу. Однією з найбільших пандемій в історії вважається «іспанський грип», який вразив 550 мільйонів людей (близько 30% населення Земної кулі) після Першої світової війни. Уряди багатьох країн намагались приховати масштаби лиха. Достовірна інформація про епідемію була наявна лише в Іспанії, саме завдяки цьому вірус-збудник (який нині кваліфікують

як H1N1) отримав свою назву. Через таку політику держав точних відомостей про кількість летальних випадків серед інфікованих немає. За різними оцінками хвороба забрала від 40 до понад 100 мільйонів життів [7].

На жаль, трагічний перелік епідемій, які вражали людство у різні періоди його історії, можна продовжувати прикладами і з ХХІ століття, яке відзначилося спалахами Еболи, вірусу Зіка, різних модифікацій грипу. Під час написання цієї роботи у Китаї постала нова загроза – у грудні 2019 року влада 11-мільйонного міста Ухань повідомила про випадки пневмонії, викликаной новим досі невідомим вірусом.

Масові хвороби завдавали і завдають шкоди економічним та політичним інтересам кожної держави. Це змушує представників влади шукати вихід з важкого становища. Одним з варіантів є розвиток діалогу між сусідніми країнами, по-перше, щоб уникнути передачі вірусу, а по-друге, – для здійснення скоординованих, цілеспрямованих дій з метою зупинення та ліквідації захворювання. Історичний досвід свідчить, що самотійно боротися з контагіозними захворюваннями дуже складно і малопродуктивно. Тільки спільні зусилля можуть дати бажаний результат. Тому міжнародному співробітництву і міжнародному праву належить дуже важлива роль у глобальній боротьбі з інфекційними захворюваннями. Завдяки міжнародно-правовим механізмам можливо досягти гармонізації суперечливих національних карантинних норм національних держав, забезпечити обмін інформацією про інфекційні захворювання, стандартизувати моніторинг епідемічних ситуацій [8, с. 946-947].

Спочатку виникнення міждержавного співробітництва у сфері охорони здоров'я було зумовлено необхідністю міжнародного узгодження заходів з санітарної охорони територій держав у зв'язку з періодичними епідеміями та пандеміями. Вперше виразно ця форма співробітництва проявилася в період Середньовіччя, коли почали застосовуватися такі заходи проти епідемій в Європі, як впровадження карантинів, створення карантинних постів, ізоляційних медичних закладів на кшталт лепрозоріїв. Так, перші подібні кроки були вжиті містами-республіками на території сучасних Італії і Хорватії у XIV-XV століттях.

У Венеції після сильного спалаху чуми 1348 року для ізоляції хворих і стримування епідемії за наказом дожа була заснована державна карантинна лікарня на острові Лазаретто, який знаходиться на відстані 4 км від узбережжя. Заклад проіснував до 1630 року [9].

У 1377 році Республіка Рагуза (колишня колонія Венеції на Далмаційському узбережжі, нині – територія Хорватії) запровадила юридичний механізм карантину відвідувачів з уражених чумою районів. У Рагузі також створили постійний медичний офіс для перевірки новоприбулих. Як пишуть дослідники, такий підхід був компромісом між потенційно повною блокадою людських і комерційних відносин (що, зазвичай, практикувалося до цього у Західній Європі в чумові періоди), і повною відсутністю втручання, як це мало місце на Османському Сході. Ця система регулювання була спрямована на захист бізнесу в Рагузі, яка на той час була великою морською торговою республікою [10].

На початку XV століття морський карантин був введений в дію також і у Венеції, інших великих портових містах Італії. Згодом ця практика поширилася і в інших європейських країнах як на морських, так і на сухопутних кордонах. Проте ефективність такого роду санітарних і протиепідемічних заходів, що вживалися в односторонньому порядку, змушувала шукати вирішення проблеми у сфері між державної взаємодії. З іншого боку, карантинні заходи гальмували розвиток міжнародного судноплавства, адже власники судів та мандрівники стикалися з великими незручностями. Окремі ранні міжнародні організації в Єгипті, Константинополі, Танжері та Тегерані намагалися координувати дії на регіональній основі, проте вони були неефективними і недовговічними. Карантинні зусилля по всій Європі були далекі від єдиної форми, і держави незабаром зрозуміли потребу в узгодженні політик [11, с. 237].

Епізодичні спроби налагодити співробітництво мали місце впродовж століть, проте про його функціонування на стабільній основі можна говорити лише з XIX століття. Саме в цей час людство нарешті навчилося більш ефективно боротися з пандеміями – як завдяки розвитку науково-технічного прогресу,

підвищення рівня життя у низці країн, так і через формування системи міжнародних відносин, спрямованих на протидію поширенню інфекційних захворювань.

У 1851 році Франція, скликала I Міжнародну санітарну конференцію, в якій взяли участь одинадцять європейських держав. Однією з найважливіших причин, що спонукали держави до дій, стали епідемії холери, перша з яких у 20-х роках XIX століття почалася в Індії та, перетнувши Росію, вразила європейські держави. Холера просувалася до Європи і через Близький Схід та морськими торговими шляхами. У цей же період світом поширювалася жовта лихоманка, набуваючи особливих масштабів в Африці і Латинській Америці [11, с. 237].

З 1851 року до кінця XIX століття було скликано десять міжнародних санітарних конференцій, узгоджено рамки восьми санітарних конвенцій щодо транскордонного поширення холери, чуми та жовтої лихоманки через кордони європейських держав. Заключна конференція XIX століття відбулася в 1897 році і стала реакцією на спалах чуми в Бомбеї, який спонукав низку країн увести дуже суворі карантинні заходи, включаючи заборону мусульманам подорожувати до Мекки. Конвенція 1897 року вимагала від держав перевірки кораблів, що виходять з портів, та мандрівників, застосовувати карантин і медичні огляди. Щоправда, більшість санітарних конвенцій, які узгоджувалися на санітарних конференціях, ніколи не були ратифіковані країнами-учасницями і, отже, ніколи не набирали чинності [12].

Тим не менш, залучені дипломатичні зусилля свідчили про необхідність боротьби з транскордонним поширенням захворювань за допомогою багатосторонніх міжнародних конвенцій та передували створенню інституційної системи міжнародної охорони здоров'я. Використання санітарних конвенцій та міжнародних інституцій сформувало функціональну систему моніторингу інфекційних захворювань та обміну епідеміологічною інформацією між країнами спочатку на регіональному, а потім і на універсальному рівні.

Крім міжнародних санітарних конференцій також періодично проводилися спеціальні конгреси, присвячені питанням епідеміологічної безпеки. Особливе

місце серед них займає Конгрес гігієни і демографії. Так, наприклад, п'ятий Міжнародний конгрес гігієни і демографії відбувся в Гаазі 21-27 серпня 1884 року і передбачав обговорення таких тем, як міжнародна санітарія, актуальні дослідження збудників інфекцій, статистика причин смерті тощо [13].

У ХХ столітті проблематика міжнародного регулювання у сфері охорони здоров'я значно розширилася як за сферами охоплення, так і за колом залучених країн. Темпи міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я продовжували прискорюватися. Більшість держав не дотримувались правил, які були встановлені договорами минулого століття. Це викликало занепокоєння як в царині охорони здоров'я, так і в сфері економіки, в першу чергу, торгівлі і мореплавства, адже саме торгові кораблі найчастіше «транспортували» збудників інфекцій на великі відстані. Очевидною стала необхідність створення узгодженого та легітимного режиму санітарних і карантинних заходів у формі нової інтегрованої конвенції. Спалах чуми в Найробі та епідемія холери на Філіппінах, де загинуло понад 100 тисяч людей, посилили думки, що міжнародні правила потребують змін [8].

У 1903 році в Парижі знову відбулася Міжнародна санітарна конференція, де обговорювалися заходи боротьби з холерою, чумою, жовтою лихоманкою. У її рамках була підписана Міжнародна санітарна конвенція, що поєднала норми попередніх договорів ХІХ століття та переглянула їх на основі актуальних на той час результатів наукових досліджень. Відповідно до Конвенції 1903 року держава, на території якої була виявлена відповідна хвороба, повинна була негайно повідомити про це, надавши детальну інформацію про місце, час прояву хвороби, кількість випадків, в тому числі, летальних, про хвороби серед тварин (миш, пацюків), які могли передати інфекцію людям, про заходи, які були вжиті. Впроваджувалися обмежувальні заходи щодо осіб, які перебували в контакті з хворими, а також усіх, хто знаходився на зараженому кораблі. Ці люди підлягали ізоляції з наступним спостереженням протягом 5 днів. Передбачалося також укладення окремих договорів між державами, які мали спільні кордони, для боротьби з кожним видом епідемій [14]. Конвенція набрала чинності і діяла

впродовж 8 років для держав, які її ратифікували.

Наукові досягнення зумовили перегляд Конвенції і заміну її Міжнародною санітарною конвенцією 1911 року, яка передбачала, зокрема, проведення бактеріологічних досліджень, а також дещо пом'якшувала правила щодо ізоляції осіб, які перебували на заражених суднах [15, с. 44]. Важливі нові правила до Конвенції додали міжнародні санітарні угоди 1926, 1933 та 1944 років. Зокрема, були передбачені санітарні правила на авіаційному транспорті, розширювався перелік захворювань, по яким держави мали надавати звітність, встановлювалися норми, спрямовані на уникнення надмірних заходів [11, с. 238].

В XX столітті спроби об'єднання зусиль у попередженні та подоланні епідемій мали місце також на регіональному рівні. Перша Панамериканська санітарна конференція відбулася у 1902 році у Вашингтоні. Її результатом стало створення Панамериканського санітарного бюро. Міжамериканська санітарна конвенція 1905 року, яку підписали Республіка Чилі, Коста Ріка, Куба, Домініканська Республіка, Еквадор, Гватемала, Мексика, Нікарагуа, Перу, США та Венесуела, встановлювала обов'язки щодо повідомлення про випадки холери, чуми та жовтої лихоманки [17].

У 1924 році Панамериканський санітарний кодекс, підписаний 18-ма державами Північної і Латинської Америки, передбачив щотижневе повідомлення про конкретні захворювання (чума, холера, жовта лихоманка, віспа, тиф, менінгіт, гострий епідемічний поліомієліт, епідемічний енцефаліт, грип та деякі інші) та будь-які інші захворювання, які уповноважувалося додати до цього списку своїм рішенням Панамериканське санітарне бюро [18].

Користь від обміну епідеміологічною інформацією із відповідним зобов'язанням держав повідомляти про випадки захворювань на своїх територіях була очевидною і входила до складу багатьох конвенційних санітарних режимів. Спостереження за епідемічною ситуацією було важливою частиною мандату не лише Панамериканського санітарного бюро, але й Міжнародного бюро громадської гігієни (міжнародна організація зі штаб-квартирою в Парижі, що існувала в період з 1907 по 1946 рік, і мала своїм завданням нагляд за виконанням

міжнародних правил карантину в портах, інших конвенцій у галузі охорони здоров'я) [19].

У 1923 році розпочала свою діяльність Організація охорони здоров'я Ліги націй (The League of Nations Health Organization, далі – LNHO). Ця організація стала прямою попередницею ВООЗ. Від інших інституцій, що вже діяли у світі, LNHO відрізнялася глобальним масштабом і ширшим спектром завдань, а також значно більшою ефективністю, незважаючи на свій обмежений бюджет та штат, який складали близько 30 працівників. За таких умов досягнути результатів у міжнародній галузі охорони здоров'я було можливо лише шляхом залучення до роботи сторонніх людей. Навіть найважливіший орган LNHO – Комітет з охорони здоров'я, який приймав ключові рішення за напрямом діяльності організації, – складався з вчених або працівників охорони здоров'я з різних країн, які отримували добові компенсації, але не платню за свою роботу. Виконання рішень Комітету здійснювалося Секретаріатом охорони здоров'я, що складався з найманих працівників та був структурною частиною Секретаріату Ліги Націй. Діяльність LNHO великою мірою залежала від різних експертів. Ці експерти знаходилися в різних частинах світу, надсилаючи звіти з вісімдесяти шести країн, залежних територій та колоній. В той же час, серед них переважали саме європейські експерти, а друга за величиною група була у США (при цьому США не були членом Ліги Націй). Відтак, можна говорити про виражене домінування західних країн [20, с. 11-12]. Фінансову підтримку LNHO також надавали різного роду благодійники, в першу чергу, Фонд Рокфеллера [21, с. 369].

Організація здійснювала контроль за розповсюдженням епідемій, консультувала інші органи Ліги Націй з питань, що належали до її компетенції, збирала і публікувала інформацію про стан охорони здоров'я у різних країнах світу, організовувала наукові конференції та епідеміологічні дослідження, надавала пряму допомогу урядам багатьох країн, сприяла налагоджуванню комунікації між національними органами охорони здоров'я. Вона стала головним центром міжнародної діяльності з підвищення рівня охорони здоров'я у світі після Першої світової війни. Було створено плани контролю за поширенням

епідемічних захворювань в Африці, країнах Східного Середземномор'я, на Далекому Сході та в Радянському Союзі [22]. Важливим аспектом діяльності ЛННО у сфері протидії інфекційним хворобам стала стандартизація терапевтичних і профілактичних агентів та методів діагностики, створення міжнародної системи епідеміологічної інформації, яка охоплювала близько 90% населення планети [21, с. 370]. З 30-х років XX століття у фокус діяльності ЛННО потрапляють також дитячі хвороби і сприяння покращенню санітарно-гігієнічних умов у сільських місцевостях [20, с. 12].

Дослідники відзначають вражаючий, хоча і дещо амбівалентний результат функціонування ЛННО. З одного боку, було вжито низку зусиль щодо інтеграції неєвропейців у всеохоплюючий концепт охорони здоров'я. З іншого, необхідність співпраці з колоніальними органами охорони здоров'я з метою забезпечення епідемічного благополуччя населення колоній неминуче ставила ЛННО в позицію підтримки колоніальної системи [20, с. 30]. Очевидно, що інші варіанти організації міжнародної взаємодії були на той час малореалістичними. Однак вважаємо, що саме цей факт, а також домінування суто європейських підходів у спробах вибудовування універсальної системи співробітництва в сфері охорони здоров'я, обумовили існування перешкод у реалізації завдань ЛННО. Метрополії, які не страждали від великих епідемій, не завжди переймалися проблемами колоній. Крім того, не існувало ні примусових механізмів, ні моральних заборон для забезпечення дотримання санітарних конвенцій. Держави намагалися не повідомляти про інфекційні захворювання, побоюючись негативної реакції інших країн, власного населення, а також економічних втрат.

ЛННО формально припинила своє існування в квітні 1946 року разом з Лігою націй. У 1945 р Конференція Об'єднаних Націй з міжнародних організацій в Сан-Франциско одноголосно підтримала пропозицію Бразилії та Китаю створити нову автономну міжнародну організацію охорони здоров'я. В процесі розробки проекту Статуту майбутньої організації було прийнято рішення про інтеграцію до неї ЛННО та Міжнародного бюро громадської гігієни.

Підбиваючи підсумки першого розділу, зауважимо, що основними

факторами становлення міжнародного співробітництва у сфері боротьби з інфекційними хворобами стали зростання загроз від пандемій, формування національних держав, як суб'єктів, що здатні протистояти цим загрозам, а також прогрес у медицині. З моменту усвідомлення необхідності у міждержавному співробітництві в сфері охорони здоров'я до створення ВООЗ минув тривалий час та був накопичений значний досвід співпраці через організацію конференцій, спроб створення конвенційних режимів, діяльність міжнародних організацій.

РОЗДІЛ 2. ІНСТИТУЦІЙНІ ОСНОВИ ВООЗ ТА ЇЇ ПРАВО У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ

Статут ВООЗ був підписаний 22 липня 1946 року на Міжнародній конференції з охорони здоров'я в Нью-Йорку представниками 61 країни світу і набрав чинності 7 липня 1948 року. Щорічно ця дата відзначається як Всесвітній день здоров'я. Нині співробітниками ВООЗ є понад 7 тисяч осіб у 150 бюро в країнах світу, 6 регіональних організаціях та штаб-квартирі організації в Женеві [24]. ВООЗ є спеціалізованою установою ООН, відповідальною за вирішення глобальних проблем охорони здоров'я.

Відповідно до ст. 1 Статуту (Конституції) ВООЗ метою організації є «досягнення всіма народами якомога вищого рівня здоров'я» [25]. Діяльність ВООЗ охоплює всі сфери міжнародної охорони здоров'я, включаючи реагування на надзвичайні гуманітарні ситуації та надання допомоги, сприяння попередженню надзвичайних ситуацій, покращенню харчування, житлових та санітарних умов, встановлення міжнародних медико-санітарних правил, яких повинні дотримуватися країни при виявленні спалахів захворювань і боротьби з їхнім розповсюдженням, запобігання хронічним захворюванням, боротьбу з неінфекційними хворобами, такими, як рак або цукровий діабет, досягнення Цілей сталого розвитку (прийняті всіма державами-членами ООН у 2015 році в рамках Порядку денного в області сталого розвитку [26]), що стосуються охорони здоров'я. Опікується ВООЗ і політичними питаннями, зокрема роллю працівників охорони здоров'я у збереженні миру, наслідками застосування ядерної зброї для здоров'я населення тощо [27, с. 527]. Проте, як справедливо вказують науковці, необхідність створення ВООЗ, в першу чергу, була продиктована загрозами, пов'язаними саме з інфекційними хворобами [28, с. 28].

Будь-яка держава-член ООН може стати членом ВООЗ, прийнявши її Статут, і нині 194 держави є членами організації [24]. Керівними органами ВООЗ є Всесвітня асамблея охорони здоров'я, Виконавчий комітет та Секретаріат.

Всесвітня асамблея охорони здоров'я складається з делегатів, які

представляють держав-членів, і є вищим органом ВООЗ, що приймає ключові рішення, несе відповідальність за розробку програм і бюджету. Асамблея збирається на регулярні щорічні сесії та, за необхідності, на спеціальні сесії.

Виконавчий комітет складається з 34 експертів у галузі охорони здоров'я за призначенням із такої ж кількості держав-членів. Обираються держави, яким буде надано право призначити експертів, Асамблеєю з урахуванням принципу справедливого географічного розподілу, терміном на 3 роки. Саме Виконавчий комітет уповноважений вживати надзвичайних заходів у разі епідемій чи катастроф.

Адміністративним органом ВООЗ є Секретаріат, який очолює Генеральний директор. Крім того, як уже зазначалося, до структури ВООЗ входять 6 регіональних організацій (в Європі, Африці, Східному Середземномор'ї, Америці, Західно-Тихоокеанському регіоні та Південно-Східній Азії). Кожна з них має власну структуру, що складається з регіонального комітету, у якому представлені держави-члени у відповідному регіоні, та регіонального бюро, де працюють фахівці з різних галузей охорони здоров'я.

Статут ВООЗ надає цій організації достатньо широкий правовий інструментарій для реалізації її завдань. Він передбачає можливості прийняття трьох різних типів документів: конвенцій (ст. 19), регламентів (ст. 21) та рекомендацій (ст. 23). Так, відповідно до ст. 19 Асамблея має право приймати конвенції та угоди з будь-якого питання, яке входить до компетенції ВООЗ. Для цього необхідна більшість у 2/3 голосів Асамблеї. Зазначені конвенції або угоди щодо кожної окремої держави-члена ВООЗ набувають чинності після прийняття їх згідно з національними конституційними процедурами [25].

Згідно зі ст. 21 Асамблея має повноваження встановлювати регламенти, що стосуються: санітарних і карантинних вимог та інших заходів, спрямованих проти міжнародного поширення захворювань; номенклатури хвороб, причин смерті і практики охорони громадського здоров'я; стандартів діагностичних методів дослідження для їхнього міжнародного використання; стандартів щодо нешкідливості, чистоти і сили дії біологічних, фармацевтичних і подібних

продуктів, що перебувають в обігу в міжнародній торгівлі; реклами і ярликів таких продуктів. Ст. 22 Статуту встановлює, що регламенти, прийняті відповідно до статті 21, стають обов'язковими для всіх держав-членів після того, як буде зроблено належним чином оповіщення про їх прийняття Асамблеєю, за винятком тих членів ВООЗ, які сповістять Генерального директора у вказаний в оповіщенні термін про їх відхилення або застереження щодо них [25].

Крім того, згідно зі ст. 23 Статуту, Асамблея уповноважена робити рекомендації державам-членам з будь-якого питання, яке належить до її компетенції, а ст. 62 вимагає від держав щорічно звітувати про дії, вжиті з метою дотримання рекомендацій.

При цьому, незважаючи на наявність таких значних нормотворчих повноважень, ВООЗ використовує їх досить обмежено. Так, користуючись ст. 19, ВООЗ донині ухвалила лише один міжнародний договір – Рамкову конвенцію із боротьби проти тютюну 2003 року[29] у відповідь на глобальне поширення тютюнопаління. Весь інший спектр сфер діяльності організації, з протидією інфекційним захворюванням включно, наразі не має конвенційного регулювання. Зазвичай, в літературі це пояснюється тим, що в роботі Організації протягом більшої частини її існування переважали експерти з медичних та санітарних питань, які не вбачали великого потенціалу у прийнятті та використанні міжнародно-правових механізмів [30]. Крім того, вказується, що процес ухвалення та ратифікації універсальних міжнародних договорів є досить тривалим та складним, а загрози епідемії мають долатися з урахуванням швидкого розвитку наукових знань та технології. Тож, договірний процес може просто не встигати за швидкою зміною ситуації [31].

Фактично, єдиним нормативно-правовим документом, який складає правовий доробок ВООЗ в контексті боротьби з інфекційними хворобами, є Міжнародні правила охорони здоров'я (International Health Regulations, далі –IHR або Правила) [32]. Правила були прийняті Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в 1969 році; їм передували Міжнародні санітарні правила, прийняті IV сесією Асамблеї в 1951 році. IHR увібрали в себе досвід попередніх санітарних

конвенцій, про які йшлося в попередньому розділі, та врахували актуальні на той час досягнення медичної науки.. Первісна редакція IHR охоплювала 6 інфекційних захворювань, що були найнебезпечнішими на той час (чума, холера, жовта лихоманка, натуральна віспа, тиф та поворотна гарячка або поворотний тиф). У 1973 та 1981 роках були внесені зміни, за якими кількість карантинних захворювань скоротилася до 3-х (жовта лихоманка, чума та холера). Це стало можливим внаслідок ліквідації натуральної віспи та суттєвого скорочення реєстрації випадків різних видів тифу.

Наступний перегляд IHR відбувся у 2005 році, з огляду на ризики виникнення нових епідемій та потребу в покращенні глобальної координації. Правила набрали чинності 15 червня 2007 року. Ухваленню правил, зокрема передувала констатація Радою Безпеки ООН у 2000 році у Резолюції, присвяченій обговоренню проблем поширення ВІЛ/СНІД, факту, що інфекційні захворювання переросли з проблеми охорони здоров'я в глобальну політичну проблему [33]. У цьому ж році на зустрічі керівників країн G 8 в Окінаві під час обговорення міжнародного глобального співробітництва до числа пріоритетних його напрямків було віднесено співробітництво в сфері боротьби з інфекційними захворюваннями [34].

У травні 2001 року Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла резолюцію WHA54.14 «Глобальна безпека в питаннях охорони здоров'я: попередження про епідемії і заходи у відповідь», відповідно до якої ВООЗ мала надати державам-членам підтримку в зміцненні їх потенціалу у виявленні і швидкому реагуванні на ті загрози для здоров'я населення, які пов'язані з інфекційними хворобами і надзвичайними ситуаціями [35].

Головна мета оновлених Правил, відповідно до ст. 2 документу, полягає «у запобіганні міжнародному поширенню хвороб, захисті від них, боротьбі з ними та прийнятті заходів у відповідь на рівні охорони громадського здоров'я, які співмірні з ризиками для здоров'я населення, обмежені ними та не створюють зайвих перешкод для міжнародних перевезень та торгівлі» [32].

Створені на основі глобального консенсусу, IHR дозволяють зміцнити

колективний захист здоров'я населення від численних і різноманітних ризиків в сучасному світі, які можуть швидко поширитися в глобальному масштабі в результаті збільшення обсягів міжнародних поїздок і торгівлі. На відміну від попередніх редакцій IHR 2005 року не обмежуються за сферою застосування конкретними хворобами або способами їхньої передачі. Вони охоплюють будь які захворювання чи медичні стани, незалежно від походження або джерела, які створюють або можуть створити ризики значної шкоди людям.

IHR 2005 року встановлюють новий набір правил на підтримку мережі оповіщення і реагування на спалахи інфекційних захворювань. Вони також вимагають, щоб країни поліпшили міжнародні механізми епідеміологічного нагляду і повідомляли про події, які становлять небезпеку для здоров'я населення, зміцнили свій національний потенціал у сфері нагляду за загрозами для здоров'я і прийняли відповідні заходи у рамках «основних спроможностей» (англ. – *core capacities*) охорони громадського здоров'я та нагляду. Ці можливості охоплюються 8 сфер, які включають національне законодавство, політику та фінансування; координацію та комунікацію на національному і міжнародному рівні; заходи спостереження; відповіді (реагування на загрози); підготовленість; повідомлення про ризики; людські ресурси; лабораторні та інші дослідження [36].

Серед найбільш значущих положень Правил слід виділити обов'язок держав-учасниць повідомляти ВООЗ про події, які, відповідно до визначених критеріїв, можуть являти собою надзвичайну ситуацію в галузі охорони громадського здоров'я, що має міжнародне значення. IHR 2005 року також містять положення, що надає повноваження ВООЗ брати до уваги неофіційні повідомлення про події, пов'язані з охороною громадського здоров'я, та отримувати від держав-учасниць підтвердження щодо таких подій.

Вже після набрання чинності Правилами кілька спалахів інфекційних захворювань та епідемій були оголошені ВООЗ надзвичайними ситуаціями, зокрема, пандемічний грип H1N1 у 2009 році, поширення вірусу Ебола у 2014 році, вірусу Зіка у 2016 році [37].

Відповідно до ст. 50 IHR Генеральний директор ВООЗ може скликати Ревізійний комітет (Review Committee), щоб надати технічні рекомендації та поради стосовно внесення змін, доповнень до IHR чи припинення окремих положень, розробки рекомендацій або будь-якого іншого питання, що стосується функціонування Правил. Члени Комітету призначаються Генеральним директором з Реєстру експертів IHR або інших експертних консультативних комісій ВООЗ. Наразі було скликано три таких Комітети: 1) у 2011 році щодо оцінки застосування IHR під час спалаху пандемічного грипу 2009-2010 років; 2) у 2014 році для встановлення національного потенціалу охорони здоров'я та щодо впровадження IHR; 3) у 2015 році у зв'язку із ситуацією з вірусом Ебола [38].

У реальній практиці, в разі виникнення надзвичайних спалахів, що становлять загрозу міжнародній охороні здоров'я, торгівлі і туризму, ВООЗ створює спеціалізовані групи на період локалізації і ліквідації загрози. Спалах захворювання в будь-якому місці Земної кулі може розглядатися як загроза для іншого регіону. Як тільки інфекційне захворювання, комахи чи тварини, які його переносять, проникають до нової країни або континенту, контролювати його поширення стає дуже важко, якщо не неможливо. Інформація, що стосується випадків епідемічних захворювань оперативно розміщується на сайті ВООЗ. Вживаються заходи до виявлення збудника та розробки методів діагностики, попередження поширення і лікування захворювання.

Ефективність діяльності ВООЗ та результативність застосування Правил у надзвичайних ситуаціях, пов'язаних з поширенням інфекційних хвороб, політиками, медиками, іншими експертами та громадськістю оцінюється доволі по-різному. Так, у червні 2010 року спільне розслідування Бюро журналістських розслідувань та Британського медичного журналу виявило, що ключові вчені, які консультували ВООЗ щодо пандемічного грипу 2009 року, мали фінансові зв'язки з фармацевтичними компаніями – виробниками вакцин та противірусних препаратів, – які могли отримати прибуток від рішень Організації. Незважаючи на суворі внутрішні правила щодо конфлікту інтересів, ВООЗ не заявила про ці

зв'язки. Значна частина закуплених препаратів виявилася непотрібною через непередбачувано швидке згортання епідемії, що стало підставою для припущень про свідоме перебільшення масштабів поширення вірусу.

Висновки журналістів були сприйняті у світі досить серйозно. Зокрема, в доповіді депутата Парламентської асамблеї Ради Європи П. Фліна було висловлено жорстку критику на адресу ВООЗ за «значні недоліки» у «прозорості процесів прийняття рішень» під час пандемії, які загрожують «катастрофічним зниженням довіри населення» у разі наступної пандемії [39]. У відповідь ВООЗ скликала Ревізійний комітет, який рекомендував Організації у майбутньому підвищити прозорість процедур прийняття рішень, але ніякого зовнішнього впливу на неї не виявив [40, с. 285-287].

Авторитет ВООЗ постраждав і в результаті спалаху вірусу Еболи 2014 року в Західній Африці. Організацію піддавали серйозній критиці за її бюрократизм, нецільове і недостатнє фінансування, недосконалу регіональну структуру та штатний розпис, нездатність ІНР забезпечити адекватної та своєчасну реакцію на пандемію [41]. Ситуація з вірусом Ебола становила реальну загрозу, тож у 2014 році вона стала предметом розгляду Ради Безпеки ООН. Серед іншого, Резолюція 2177(2014) Ради Безпеки вказувала, що Правила ВОЗ можуть стати дієвим засобом стримування вірусу Ебола, та закликала ВООЗ продовжувати зміцнювати свою технічну і оперативну підтримку урядам і партнерам, контролювати поширення Еболи [42].

У звіті Ревізійного комітету про роль ІНР 2005 у подоланні спалаху вірусу Еболи вказувалось, що основними недоліками системи протидії масовим інфекційним хворобам є недофінансування та відсутність «основних спроможностей» в системах охорони здоров'я в країнах, що розвиваються. Дійсно, незважаючи на юридично обов'язковий характер ІНР, низка держав наразі не забезпечують їх належне виконання. З одного боку, причиною цього є низький рівень охорони здоров'я у країнах, що розвиваються, бажання держав не ставити під загрозу економічні відносини через повідомлення про епідемії. З іншого, є підстави стверджувати, що ІНР можуть бути достатньо ефективним

інструментом протидії масовим інфекційним захворюванням, а більшість невдач у цій діяльності пов'язана з неналежною поведінкою держав при їхньому застосуванні та відсутністю достатніх коштів.

Починаючи з 2016 року ВООЗ проводить реформування системи фінансування з метою забезпечення усіх необхідних ресурсів для вирішення складних проблем охорони здоров'я на основі комбінації обов'язкових і добровільних внесків. У цьому процесі досягнуто значних успіхів, за інформацією з офіційного сайту ВООЗ добровільні внески держав членів та інших донорів складають нині понад три чверті бюджету Організації [43].

Однак, вважаємо, що дієвість IHR може бути досягнута лише за умови встановлення санкцій за їх порушення. На жаль, Правила не передбачають відповідальності держав за недодержання вимог IHR, реальних механізмів впровадження їх у національні законодавства та практику охорони здоров'я. Крім того, багато країн з низьким рівнем життя не має спроможності забезпечити імплементацію Правил, тож цей процес вимагає глобальних механізмів протидії інфекційним хворобам, які дозволили б досягти необхідного ефекту поза залежністю від рівня економічного розвитку окремих країн. ВООЗ як провідна міжнародна організація у галузі охорони здоров'я, повинна більш ефективно використовувати свої можливості встановлення юридичних норм, в тому числі, й шляхом ініціювання прийняття міжнародних конвенцій. Міжнародне право у галузі охорону здоров'я може відігравати важливу роль, формуючи ключові норми та принципи, яким мають відповідати національні законодавства. Тож ВООЗ доцільно також докласти зусиль для створення модельних законів про боротьбу з інфекційними хворобами.

РОЗДІЛ 3. ВЗАЄМОДІЯ ВООЗ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ З МІЖУРЯДОВИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ ТА НЕДЕРЖАВНИМИ СТРУКТУРАМИ

ВООЗ є основним міжурядовим органом у галузі глобальної охорони здоров'я та протидії масовим інфекційним захворюванням. Однак у результаті процесів глобалізації цими питаннями займаються нині низка інших міжнародних організацій та неурядових структур. Серед організацій, які відіграють важливу роль у міжнародному управлінні охороною здоров'ям слід назвати Міжнародну організацію праці (МОП), Програму розвитку ООН (ПРООН), Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Глобальний фонд боротьби зі СНІД, малярією та туберкульозом, Світовий банк та Міжнародний валютний фонд (МВФ), Європейський банк реконструкції та розвитку, інші банки регіонального розвитку, Світову організацію торгівлі (СОТ).

Зв'язки ВООЗ з національними державами, міжнародними організаціями, приватними компаніями та громадськими організаціями є надзвичайно широкими. У межах цієї роботи, з огляду на обмеженість її обсягу, видається можливим вказати лише на деякі з них, що мають особливе значення для попередження поширення інфекційних захворювань та реалізації заходів боротьби з ними.

СОТ співпрацює з ВОЗ у низці різних питань, пов'язаних з торгівлею та охороною здоров'я. Хоча офіційної угоди про співробітництво між ВОЗ та СОТ не існує, ВОЗ має статус спостерігача в Комітетах Угоди про санітарні і фітосанітарні заходи (SPS) та Угоди про технічні перепони торгівлі (ТВТ). ВООЗ також має статус спеціального спостерігача в Радах Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності (TRIPS) та Генеральної угоди про торгівлю і послуги (GATS). Складність досягнення балансу між захистом прав інтелектуальної власності та доступністю основних лікарських засобів для вразливих категорій населення ставить TRIPS у центр глобальної політики охорони здоров'я в останні роки. Відповідно до позиції ВООЗ доступність у

цьому контексті означає, що ліки мають бути доступними для всіх, хто потребує їх приймати, та за доступними цінами[44]. У листопаді 2001 року Конференція СОТ прийняла Дохську декларацію, яка визнала серйозність проблем охорони здоров'я в багатьох країнах, що розвиваються, особливо щодо захворюваності на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, малярію. У Декларації підкреслюється, що Угода TRIPS не може і не повинна перешкоджати державам-членам вживати заходів щодо охорони здоров'я населення. Вона повинна тлумачитися та втілюватися у спосіб, який підтримує право членів СОТ на захист громадського здоров'я та, зокрема, сприятиме доступу до медицини для всіх [45].

Між Секретаріатами СОТ та ВООЗ існує широке співробітництво, що стосується охорони здоров'я, санітарних та фітосанітарних заходів, вживаються спільні зусилля для привернення уваги до необхідності узгодженості політик у сферах торгівлі та охорони здоров'я як на глобальному, так і на національному рівнях. Секретаріат СОТ тісно співпрацює з ВОЗ у питаннях інтелектуальної власності, пов'язаних із громадським здоров'ям, у тому числі, в рамках Міжурядової робочої групи ВОЗ з питань охорони здоров'я, інновацій та інтелектуальної власності та Спеціальної робочої групи ВОЗ щодо боротьби з підробками фармацевтичних препаратів (IMPACT), а також у сфері технічного співробітництва.

В Угоді СОТ про SPS зазначається, що для якомога ширшого узгодження санітарних та фітосанітарних заходів, держави-члени повинні базувати свої санітарні чи фітосанітарні заходи на міжнародних стандартах, вказівках чи рекомендаціях. Відповідно до Угод про ТВТ та SPS, прийняття регуляторних заходів для охорони здоров'я може розглядатися як законне обмеження і, відтак, не тягти негативних наслідків для членів СОТ.

У 2000 році меморандум з ВООЗ був підписаний Європейським Союзом. Зокрема, серед напрямків співпраці у ньому визначено зменшення ризиків захворювання та інших загроз здоров'ю, у тому числі, під час перетину кордонів. Важливу роль у взаємодії ВООЗ та ЄС відіграє європейське бюро ВООЗ, яке визначило цілі політики охорони здоров'я в регіоні, особливе місце серед яких

займає протидія поширенню ВІЛ/СНІД, недопущення дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, скорочення смертності від СНІД [46]

Глобальна програма охорони здоров'я (Global Health Security Agenda, далі – GHSA) – це група країн, міжнародних та громадських організацій, а також компаній приватного сектору, які об'єдналися, щоб сприяти безпеці від інфекційних загроз. GHSA була започаткована в лютому 2014 року у відповідь на глобальну загрозу інфекційних захворювань у світі. У червні 2014 року саміт G7 схвалив GHSA, а на зустрічах у Фінляндії та Індонезії того ж року були визначені принципи розвитку спільних дій та зобов'язань. Нині GHSA об'єднує 67 країн, представників ВООЗ, Продовольчої та сільськогосподарської організації ООН, Всесвітньої організації з охорони здоров'я тварин, (OIE), інших міжурядових організацій з метою попередження, виявлення, та реагування на загрози поширення інфекцій, консолідації зусиль для запобігання таким захворюванням у відповідності до IHR 2005 року. GHSA охоплює і низку недержавних суб'єктів: як комерційних (в рамках Круглого столу у приватному секторі (PSRT) – коаліції компаній, яка має на меті підтримку досягнення цілей GHSA), так і некомерційних (членів Консорціуму порядку денного глобальної охорони здоров'я, який в Керівній групі GHSA представляє погляди громадських об'єднань та академічних установ).

У рамках GHSA держави та приватні суб'єкти з усього світу беруть на себе нові конкретні зобов'язання щодо підвищення глобальної охорони здоров'я як національного пріоритету. Держави беруть на себе зобов'язання в рамках GHSA покращити свою здатність запобігати, виявляти та реагувати на інфекційні загрози. Членство в GHSA забезпечує підтримку впровадження відповідних заходів через адвокацію, співпрацю, обмін інформацією та технічні поради. Розроблені для нарощування потенціалу в понад 60 країнах, фонди GHSA працюють у партнерстві з іншими країнами для зміцнення їхньої інфраструктури охорони здоров'я та боротьби зі спалахами епідемій до їхнього початку [47].

У 2015 році держави-члени, партнери та донори GHSA доручили ВООЗ створити Портал стратегічного партнерства (SPP) для моніторингу спроможності

країн із охорони здоров'я, надання допомоги у визначенні потреб, прогалин та пріоритетів в національній, регіональній та місцевій охороні здоров'я. SPP став платформою для співпраці в галузі глобальної охорони здоров'я, засобом відображення та обміну інформацією про інвестиції та ресурси в цій сфері. У 2017 році SPP розширився від інформаційної платформи до механізму співпраці та партнерства і став Стратегічним партнерством для охорони здоров'я (SPH) [48].

У тісному співробітництві з GHSA у 2016 році BOOЗ затвердила новий Інструмент об'єднаної зовнішньої оцінки (Joint External Evaluation Tool, далі – JEE) IHR 2005 для визначення рівня імплементації Правил та вимірювання здатності країн запобігати, виявляти та швидко реагувати на загрози здоров'ю. Метою такого зовнішнього оцінювання є, в першу чергу, вимірювання потенціалу країни та прогресу в досягненні цілей. Зовнішнє оцінювання дозволяє країнам виявити найактуальніші потреби в межах своєї охорони здоров'я, визначити пріоритети у посиленні підготовленості та взаємодіяти з міжнародними партнерами для ефективного спрямування ресурсів [49].

JEE охоплюють 48 показників у 19 технічних сферах готовності. Показники оцінюються за шкалою від 1 до 5, що вказують на продемонстровану здатність. Стандартизований показник індексу JEE представляє собою сукупну результативність за показниками на основі аналізу основних компонентів. Станом на 2018 рік 55 країн з різних регіонів світу пройшли таке оцінювання. Детальні його результати представлені у публікації міжнародної групи вчених з провідних університетів світу і демонструють великі розбіжності в основних можливостях охорони здоров'я та готовності країн за низкою показників. Дослідники відзначають, що значна більшість країн набрала бали менше 4 (що свідчить про нестабільний або нерозвинений потенціал) за більшістю показників. В першу чергу, це стосується країн Африки та Південно-Східної Азії. Особливу стурбованість експертів викликали нерегульоване використання антимікробних препаратів та недосконалі системи спостереження за стійкими патогенними організмами [50].

Взаємодія з громадськими структурами визнається ВООЗ критично важливою у стратегічному керівництві охороною здоров'я [51]. Організація взаємодіє з приватними суб'єктами у фармацевтичній галузі, благодійними організаціями (наприклад, Фонд Білла та Мелінди Гейтс) має широкий спектр державно-приватних партнерств, створених для боротьби з інфекційними хворобами. Серед неурядових організацій значно сприяють роботі ВООЗ Оксфам (Oxfam) (міжнародне об'єднання з 17 організацій, які працюють більш, ніж у 90 країнах по всьому світу з метою вирішення проблем бідності і несправедливості), «Лікарі без кордонів» (міжнародна незалежна некомерційна медична організація). В умовах надзвичайних ситуацій ВООЗ взаємодіє з Міжнародним комітетом Червоного Хреста / Червоного півмісяця, іншими неурядовими та національними медичними організаціями.

Механізм взаємодії з недержавними структурами забезпечує надійну основу для співпраці, він слугує інструментом для виявлення ризиків, їх оцінки, сприяє збереженню і підтримці репутації та добросовісності ВООЗ, виконанню її мандата в сфері охорони громадського здоров'я в епоху Цілей сталого розвитку [52].

Ці організації приносять важливий новий досвід та ресурси, проте існування такої кількості організацій в сфері глобальної охорони здоров'я одночасно створює ризики неправильної комунікації та відсутності належного керівництва і підзвітності. Як центральна організація міжнародного управління в галузі охорони здоров'я, ВООЗ повинна відігравати ключову роль у координації зусиль цих різних організацій.

ВИСНОВКИ

Проведене в межах роботи дослідження дало змогу зробити наступні висновки:

1. Основними факторами становлення міжнародного співробітництва у сфері боротьби з інфекційними хворобами стали зростання загроз від пандемій, формування національних держав, як суб'єктів, що здатні протистояти цим загрозам, а також прогрес у медицині. З моменту усвідомлення необхідності у міждержавному співробітництві в сфері охорони здоров'я до створення ВООЗ минув тривалий час та був накопичений значний досвід співпраці через організацію конференцій, спроб створення конвенційних режимів, діяльність міжнародних організацій.

2. Важливу роль у подальшому становленні ВООЗ відіграла Організація охорони здоров'я Ліги Націй. Вона стала прямою попередницею ВООЗ і відрізнялася глобальним масштабом і широким спектром завдань, а також значною ефективністю, незважаючи на свій обмежений бюджет та штат. Організація здійснювала контроль за розповсюдженням епідемій, консультувала інші органи Ліги Націй з питань, що належали до її компетенції, збирала і публікувала інформацію про стан охорони здоров'я у різних країнах світу, організовувала наукові конференції та епідеміологічні дослідження, надавала пряму допомогу урядам багатьох країн, сприяла налагоджуванню комунікації між національними органами охорони здоров'я. Однак підтримка системи колоніалізму та домінування суто європейських підходів у спробах вибудовування універсальної системи співробітництва в сфері охорони здоров'я, обумовили існування перешкод у реалізації завдань Організації. Крім того, на той час не існувало ні примусових механізмів, ні моральних заборон для забезпечення дотримання санітарних конвенцій.

3. Статут ВООЗ надає цій організації широкий правовий інструментарій для реалізації її завдань. Він передбачає можливості прийняття трьох різних типів документів: конвенцій, регламентів (правил) та рекомендацій. При цьому

юридично обов'язковий характер для держав мають не лише конвенції, але й регламенти, якщо тільки держава-член не заявить про їх відхилення. Однак, ВООЗ використовує свої нормотворчі повноваження досить обмежено. Фактично, єдиним нормативно-правовим документом, який складає правовий доробок ВООЗ в контексті боротьби з інфекційними хворобами, є ІНР, які діють нині в редакції 2005 року.

4. ІНР можуть бути достатньо ефективним інструментом протидії масовим інфекційним захворюванням, проте, незважаючи на юридично обов'язковий характер Правил, низка держав наразі не забезпечують їх належне виконання. Правила не передбачають відповідальності держав за недодержання вимог ІНР, реальних механізмів впровадження їх у національні законодавства та практику охорони здоров'я. Вважаємо, що дієвість ІНР може бути досягнута лише за умови встановлення санкцій за їх порушення. Крім того, багато країн з низьким рівнем життя не мають спроможності забезпечити імплементацію Правил, тож цей процес вимагає глобальних механізмів протидії інфекційним хворобам, які дозволили б досягти необхідного ефекту поза залежністю від рівня економічного розвитку окремих країн.

5. ВООЗ як провідна міжнародна організація у галузі охорони здоров'я, повинна більш ефективно використовувати свої можливості встановлення юридичних норм, в тому числі, й шляхом ініціювання прийняття міжнародних конвенцій. Міжнародне право у галузі охорону здоров'я може відігравати важливу роль, формуючи ключові норми та принципи, яким мають відповідати національні законодавства. Тож ВООЗ доцільно також докласти зусиль для створення модельних законів про боротьбу з інфекційними хворобами, доступність лікарських засобів тощо.

6. У галузі протидії інфекційним захворюванням у глобальному та локальному масштабах багато державних та недержавних суб'єктів взаємодіють між собою, утворюючи складні відносини. Ці організації формують важливий новий досвід та ресурси, проте існування такої кількості організацій в сфері глобальної охорони здоров'я одночасно створює ризики неправильної

комунікації та відсутності належного керівництва і підзвітності. Як центральна організація міжнародного управління в галузі охорони здоров'я, ВООЗ повинна брати на себе лідерство і відігравати ключову роль у координації зусиль цих різних організацій. Крім того, ВООЗ може сприяти підвищенню прозорості та підзвітності у відносинах між усіма суб'єктами міжнародного співробітництва у боротьбі з інфекційними захворюваннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Mordechai L, Eisenberg M, Newfield T. P., Izdebski A., Kay J. E., and Poinar H. The Justinianic Plague: An inconsequential pandemic? *PNAS*. 2019. Is. 116 (51). Pp. 25546-25554 URL: <https://www.pnas.org/content/pnas/116/51/25546.full.pdf>
2. Хайдаров Т. Ф., Долбин Д. А. Теоретические аспекты осмысления второй пандемии чумы («чёрной смерти») на территории улуса Джучи. *Golden Horde Review*. 2018. Is. 6(2). Pp. 264-282. DOI: 10.22378/2313-6197.2018-6-2.264-282
3. Wheelis M. Biological Warfare at the 1346 Siege of Caffa. *Emerg. Infec. dis*. 2002. Vol. 8, № 9. Pp. 971–975. URL: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/8/9/01-0536_article
4. Супотницкий М.В. Историческая информация о вспышках чумы как источник идей для будущих научных открытий в чумологии. URL: http://www.vuzkniga.ru/shw_publ.php?id=16
5. Даймонд Д. М. Ружья, микробы и сталь: Судьбы человеческих обществ / Guns, Germs, and Steel: The Fates of Human Societies / Пер. с англ. М. В. Колопотин. М.: АСТ Москва: Corpus, 2010. 720 с.
6. Frank F. Smallpox and Its Eradication (History of International Public Health, No. 6). Geneva: World Health Organization, 1988. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39485>
7. Johnson N. Measuring a pandemic: Mortality, demography and geography. *Popolazione eStoria*. 2003. № 2. Pp. 31-51. URL: https://www.researchgate.net/publication/261835322_Measuring_a_pandemic_Mortality_demography_and_geography
8. Aginam O. International Law and Communicable Diseases. *Bulletin of the World Health Organisation*. 2002. Is. 80(12). Pp. 946-951. DOI: 10.1590/S0042-96862002001200008
9. Valsecchi M. C. Mass Plague Graves Found on Venice "Quarantine" Island /

- National Geographic. 2007. August, 29. URL: <https://www.nationalgeographic.com/science/2007/08/venice-mass-plague-graves-science/>
10. Andrew D. Cliff, Matthew R. Smallman-Raynor, Peta M. Stevens. Controlling the Geographical Spread of Infectious Disease: Plague in Italy, 1347–1851. *Acta med-hist Adriat.* 2009. 7 (1). Pp. 197-236 URL: <https://hrcak.srce.hr/file/80071>.
 11. Plagues and Politics Infectious Disease and International Policy / Ed. Andrew T. Price-Smith. Global Issues Series. Palgrave Publishers Ltd 2001. URL: <https://www.palgrave.com/gp/book/9780333800669>
 12. Норман Говард-Джонс. Международные санитарные конференции 1851-1938 гг. Научные и исторические аспекты / ВОЗ, Женева, 1976. Пер. с англ. Т. И. Есиповой. *История здравоохранения.* № 1. 124 с. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144581/Scientific%20background_Rus.pdf?sequence=3
 13. Fidler D.P. Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases. *Emerg Infect Dis.* 1996. Is 2(2) Pp. 77-84. URL: <https://dx.doi.org/10.3201/eid0202.960201>
 14. International Sanitary Convention. Signed at Paris December 3, 1903. URL: <https://www.loc.gov/law/help/us-treaties/bevans/m-ust000001-0359.pdf>
 15. Гоцуляк С. Международные санитарные конвенции, ратифицированные Российской империей в конце XIX – начале XX ст.ст.: историко-правовой аспект. *Leges et Viata.* 2014. Vol. 8. С. 41-45.
 16. Plagues and Politics Infectious Disease and International Policy. Ed. Andrew T. Price-Smith. Global Issues Series. Palgrave Publishers Ltd 2001. <https://www.palgrave.com/gp/book/9780333800669>
 17. Sanitary Convention (Inter-American). 35 Stat. 2094. Treaty Series 518 URL: <https://www.loc.gov/law/help/us-treaties/bevans/m-ust000001-0450.pdf>
 18. Pan American Sanitary Code. 44 Stat. 2031. Treaty Series 714. URL: <https://www.loc.gov/law/help/us-treaties/bevans/m-ust000002-0483.pdf>
 19. Mazzyck P. Ravenel. Office International d'Hygiene *American Journal of Public*

- Health and the Nations Health*, 1938. 29(2). Pp. 177–178. URL: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.29.2.177-b>
20. Borowy I. The League of Nations Health Organization: from European to global health concerns? / Astri Andresen, William Hubbard and Teemu Ryymin (eds.): *International and Local Approaches to Health and Health Care*. Bergen: University of Bergen 2010. Pp. 11-30. https://www.academia.edu/798208/The_League_of_Nations_Health_Organisation_from_European_to_Global_Health_Concerns?auto=download
21. Fitzgerald J. G. The Work of the Health Organisation of the League of Nations. *Canadian Public Health Journal*. 1933. Vol. 24, No. 8 Pp. 368-372 URL: https://www.jstor.org/stable/41979240?read-now=1&refreqid=excelsior%3A05acb35e50378005b230133f7cc0b1ce&seq=2#page_scan_tab_contents
22. Archives of the League of Nations, Health Section Files / Archives of WHO. URL: https://www.who.int/archives/fonds_collections/bytitle/fonds_3/en/
23. Хендель Н. В. Міжнародно-правове регулювання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я. Автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.11 - міжнародне право. Одеса, 2014. 20 с.
24. Информация о ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения. Официальный вебсайт. URL: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are>
25. Устав Всемирной организации здравоохранения / ВОЗ. Основные документы. 48-е издание, включающее поправки, принятые до 31 декабря 2014 г. 275 с. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf?ua=1#page=9>
26. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года: Резолюция 70/1, принятая Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 года URL: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R
27. Микієвич М. М. Всесвітня організація охорони здоров'я / Юридична енциклопедія в 6-ти томах. Том 1. К.: Вид-во «Українська енциклопедія»

- ім. М.П. Бажана, 1998. С. 527.
- 28.Абраменков А. В. Всемирная организация здравоохранения и право на здоровье. *Внешиэкономические связи*. 2006. № 1. С. 28-31.
 - 29.Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну / База «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_001
 - 30.Toebes B. International health law: an emerging field of public international law. *Indian Journal of International Law*. 2015. Vol. 55. Is. 3. Pp. 299–328 URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40901-016-0020-9>
 - 31.Setsuko Aoki. International Legal Cooperation to Combat Communicable Diseases: Increasing Importance of Soft Law Frameworks. *Asian Journal of WTO & International Health Law and Policy*. 2006. Vol. 1, No. 2, Pp. 543-568. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1019742
 - 32.Міжнародні правила охорони здоров'я. Опубліковано Всесвітньою організацією охорони здоров'я в 2008 році під назвою «International health regulations (2005) second edition» / Всесвітня організація охорони здоров'я (2008); Центр імплементації міжнародних медико-санітарних правил в Україні, 2016. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43883/9789663836911-ukr.pdf?sequence=33&isAllowed=y>
 - 33.Резолюция 1308 (2000), принятая Советом Безопасности на его 4172-м заседании 17 июля 2000 года. URL: [https://undocs.org/ru/S/RES/1308\(2000\)](https://undocs.org/ru/S/RES/1308(2000))
 - 34.Japan's Initiative in the Fight against Infectious and Parasitic Diseases on the occasion of the Kyushu-Okinawa G8 Summit ("Okinawa ID (Infectious diseases) Initiative") Ministry of Foreign Affairs, Japan Okinawa, July 2000. URL: <http://www.g8.utoronto.ca/summit/2000okinawa/infectious.htm>
 - 35.Глобальная безопасность в вопросах здравоохранения: предупреждение об эпидемиях и ответные меры / Всемирная ассамблея здравоохранения. Резолюция WHA54.14. 54 сессия, 2001 г. URL: <https://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21473ru/>
 - 36.Checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core

- capacities in States Parties. Geneva: World Health Organization; 2013. URL: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf [cited 2015 Sep 6]
37. Чрезвычайные ситуации в области здравоохранения. <https://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21473ru/https://www.who.int/emergencies/ru/>
38. IHR Review Committee / World Health Organisation Europe URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/international-health-regulations/reporting-events/ihr-committees/ihr-review-committee>
39. The World Health Organisation has come under fire for its handling of the recent global influenza pandemic / Bureau of Investigative Journalism URL: <https://www.thebureauinvestigates.com/stories/2010-06-07/who-swine-flu-advisors-had-links-to-drug-companies>
40. Bianchi, A., Peters, A. Transparency in International Law. Cambridge: Cambridge University Press. 2013. 416 p. URL: <https://doi.org/10.1017/CBO9781139108843>
41. Steven J. Hoffman, John-Arne Røttingen. Split WHO in two: strengthening political decision-making and securing independent scientific advice. *Public Health*. 2014. Vol. 128. Is. 2. Pp. 188-194 URL: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.021>
42. Резолюция 2177(2014) Совета Безопасности ООН, принятая 18 сентября 2014 года. URL: [https://undocs.org/ru/S/RES/2177\(2014\)](https://undocs.org/ru/S/RES/2177(2014))
43. Funding WHO. URL: <http://www9.who.int/about/finances-accountability/funding/en/>
44. Globalization and access to drugs: perspectives on the WTO/TRIPS Agreement. Geneva: World Health Organization; 1999. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_DAP_98.9_Revised.pdf
45. World Trade Organization. Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, Adopted on 14 November 2001. URL: https://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/ddec_e.pdf

46. The EU's activities in health at a glance / European Public Health Alliance. URL: [http:// www.epha.org](http://www.epha.org)
47. Global Health Security Agenda. URL: <https://ghsagenda.org/>
48. About the WHO Strategic Partnership for International Health Regulations (2005) and Health Security (SPH). URL: <https://extranet.who.int/sph/about-sph>
49. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005) / WHO, IHR (2005) Monitoring And Evaluation Framework, 2016. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204368/9789241510172_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
50. Vin Gupta, John D Kraemer, Rebecca Katz, Ashish K Jha, Vanessa B Kerry Jussi Sane, Jukka Ollgren, and Mika O Salminen. Analysis of results from the Joint External Evaluation: examining its strength and assessing for trends among participating countries. *J Glob Health*. 2018. Is. 8(2) DOI: 10.7189/jogh.08.020416
51. Взаимодействие ВОЗ с негосударственными структурами. Аналитический документ для неофициальной консультации с государствами-членами и негосударственными структурами, 17-18 октября 2013 г. URL: https://www.who.int/about/who_reform/NonStateActor_discussion_paper_ru.pdf?ua=1
52. Взаимодействие с негосударственными структурами: доклад Генерального директора / Исполнительный комитет, Женева; Всемирная организация здравоохранения; 2018. (EB144/36). URL: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/327606/B144_36-ru.pdf?sequence=1&isAllowed=y