

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДАМІЯ»
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ГОЛЬДЕНБЕРГ Тетяна Володимирівна

УДК 341.1+341.783

ДИСЕРТАЦІЯ
ПРАВОВИЙ СТАТУС ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

12.00.11 – міжнародне право

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ Т. В. Гольденберг

Науковий керівник:
РЕПЕЦЬКИЙ Василь Миколайович,
кандидат юридичних наук, професор

Львів – 2019

АНОТАЦІЯ

Гольденберг Т.В. Правовий статус Всесвітньої організації охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук за спеціальністю 12.00.11 «Міжнародне право». – Національний університет «Одеська юридична академія», Одеса, 2019.

Дисертація присвячена дослідженню юридичної природи Всесвітньої організації охорони здоров'я. У роботі висвітлено основні етапи становлення і розвитку Всесвітньої організації охорони здоров'я як інституційної основи світової системи охорони здоров'я. Проаналізовано юридичні підстави діяльності та особливості членства у Всесвітній організації охорони здоров'я. Визначено зміст та особливості міжнародної правосуб'єктності Організації. Встановлено специфічні риси правотворчої діяльності та проведено аналіз внутрішньо-організаційного та зовнішньо-організаційного механізмів Всесвітньої організації охорони здоров'я. Виділено, що Всесвітня організація охорони здоров'я виконує роль основного координуючого органу в сфері охорони здоров'я та тісно співпрацює з державами, з міжнародними міжурядовими та неурядовими організаціями. Визначено основні етапи та напрями співробітництва між Україною та Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

Розкрито еволюцію розвитку міжнародно-правових відносин у сфері охорони здоров'я від найдавніших часів до сьогодні. Встановлено, що початковому етапу властивий внутрішньодержавний нормативний рівень охорони здоров'я, який стосувався переважно протидії інфекційним хворобам та антисанітарії. У другій половині XIX ст. держави вже напрацювали певний досвід проведення спільних протиепідемічних заходів та досягли консенсусу щодо необхідності створення постійно діючого координаційного механізму. В

подальшому міжнародне універсальне інституційне співробітництво поєдналося з регіональним співробітництвом у сфері охорони здоров'я.

Організація охорони здоров'я Ліги Націй була першою універсальною міжнародною організацією, яка розробила низку міжнародних стандартів, запровадила першу міжнародну класифікацію причин смерті, розробила типові правила виконання окремих санітарно-епідеміологічних заходів тощо. Вона функціонувала до 1946 р., і її правонаступницею стала Всесвітня організація охорони здоров'я.

Загальною рисою розвитку міжнародно-правового регулювання сфери охорони здоров'я є тенденція до ускладнення форм співробітництва від прийняття міжнародно-правових актів спочатку рекомендаційного, згодом обов'язкового характеру, до створення спеціалізованих органів і організацій.

Встановлено, що інституційна структура світової системи охорони здоров'я включає численні міжнародні організації та органи, метою яких є забезпечення максимально високого рівня здоров'я всіх людей. Такі організації функціонують як на універсальному, так і на регіональному рівнях.

Виявлено, що місце Всесвітньої організації охорони здоров'я в інституційній системі охорони здоров'я найбільш повно розкривається через аналіз функцій, які вона виконує. Проаналізувавши доктрину міжнародного права і практику діяльності Організації, до її основних функцій віднесено: дирекційно-координаційну, правотворчу, науково-дослідницьку, інформаційну, функцію надання гуманітарної, медичної та іншої допомоги.

На основі доктринального аналізу трьох видів правових актів, що визначають межі діяльності міжнародних організацій (установчі акти, акти, прийняті на підставі установчих документів, і акти, що зазначені в установчих документах), проаналізовано юридичні підстави діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Установчий договір Організації – Конституція (Статут) є багатостороннім міжнародним договором особливого роду, який поєднує в собі дві групи норм. Перша визначає права і обов'язки держав, інша передбачає створення нового суб'єкта – Всесвітньої організації охорони здоров'я та визначає сферу її діяльності, компетенцію, внутрішньо-організаційний механізм відносин з членами і місце в системі міжнародних відносин. Серед особливостей Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я можна виділити наступні: особливий порядок вступу в дію, неможливість денонсації, а також особливу процедуру внесення змін.

Встановлено, що за юридичною природою Всесвітня організація охорони здоров'я виступає у вигляді відносно відкритої організації та зацікавлена у збільшенні кількості держав-членів за умови їх широкого географічного представництва. Згідно Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я у роботі виділено два види членства: повне та асоційоване. Повне членство стосується як первинних, так і вторинних держав-членів, у залежності від того, коли вони приєдналися до Статуту. Причому обсяг прав і обов'язків їх однаковий. Основна відмінність між ними полягає лише в порядку, в якому вони набули членство: первинні члени не проходили спеціальної процедури вступу, встановленої для інших членів, що приєдналися.

Визначено, що особливістю членства в цій організації є те, що Статутом не передбачено можливості виходу з неї, всі спроби виходу з неї держав-членів не визнаються організацією, що можна вважати певним порушенням їхніх суверенних прав. Єдиною існуючою альтернативою інституту припинення членства є «призупинення прав і обслуговування» як санкцію, яка може застосовуватися вищим органом Всесвітньої організації охорони здоров'я у разі невиконання членом Організації своїх фінансових зобов'язань або при інших виняткових обставинах.

Обґрунтовано, що правотворча функція є однією з ключових функцій Всесвітньої організації охорони здоров'я, закріплених в її Статуті. Виділено два основних види правових актів, через прийняття яких Всесвітня організація охорони здоров'я реалізовує свої повноваження: 1) конвенції та угоди; 2) правила та стандарти. Додатково до правових актів Всесвітньої організації охорони здоров'я належать рішення, які стосуються організації її діяльності.

Що стосується України, то після проголошення незалежності вона відновила активне членство у Всесвітній організації охорони здоров'я через імплементацію її стандартів та вимог у вітчизняну систему охорони здоров'я. З цією метою були запроваджені цільові загальнодержавні програми (довгострокові та середньострокові) з відповідними завданнями, котрі відповідають вимогам, передбаченим в актах, прийнятих в межах сфери діяльності та координації з боку Всесвітньої організації охорони здоров'я. Особливе місце в цьому співробітництві відведено впровадженню народної медицини.

Окремим питанням у співробітництві між Україною та Всесвітньою організацією охорони здоров'я, починаючи з 1986 р., стала боротьба з наслідками аварії на Чорнобильській АЕС. В рамках програми проводилися дослідження жертв аварії та впливу радіації на території трьох союзних республік, в тому числі і УРСР. За результатами дослідження було вироблено цілу низку рекомендацій для профілактики і лікування променевої хвороби і інших наслідків радіоактивного опромінення. За ініціативи уряду України в рамках Всесвітньої організації охорони здоров'я з 1991 р. була створена спеціальна програма, яка отримала назву IPHECA (Міжнародний проект дослідження впливу Чорнобильської аварії на здоров'я).

Важливою подією у співробітництві між Україною та Всесвітньою організацією охорони здоров'я було прийняття в 1998 р. Організацією програми «Здоров'я для всіх у 21-му столітті», в якій окреслені глобальні пріоритети та

основні завдання з метою забезпечення у світовому масштабі можливості досягнення і підтримання найвищого рівня здоров'я протягом усього життєвого циклу.

До основних напрямів співробітництва між Україною та Всесвітньою організацією охорони здоров'я відносяться: відновлення і подальший розвиток закладів охорони здоров'я та підготовка відповідного персоналу; боротьба з хворобами: туберкульозом, малярією, венеричними хворобами; підтримка здоров'я матері і дитини; оздоровлення довкілля; вироблення і запровадження стандартизації та статистики у сфері охорони здоров'я; боротьба з наслідками аварії на Чорнобильській АЕС; боротьба проти тютюнової епідемії; запровадження та підтримка народної медицини та ряд ін. Вказаний перелік напрямів не є вичерпним, оскільки їх кількість та змістовне наповнення постійно трансформуються. Зокрема, одним з нових перспективних стає фармацевтика. З початком військових дій на сході України співробітництво з Організацією здійснюється у напрямі надання практичної допомоги щодо підготовки медичного персоналу, особливо у військових госпіталях та лікарнях прифронтової зони.

Ключові слова: Всесвітня організація охорони здоров'я, міжнародна міжурядова організація, міжнародно-правовий статус, правотворчість, світова система охорони здоров'я, спеціалізовані установи Організації Об'єднаних Націй.

ANNOTATION

Holdenberh T. Legal status of the World Health Organization. – Qualification scientific work published as a manuscript.

Thesis for obtaining the degree of Candidate of Legal Sciences in specialty 12.00.11 – International Law. – National University “Odesa Law Academy”. – Odesa, 2019.

The thesis is devoted to the issue of the legal nature of the World Health Organization. The main stages of the formation and development of the World Health Organization as the institutional basis of the world health system are highlighted. The legal bases of activity and peculiarities of membership in the World Health Organization are analyzed. The content and peculiarities of the international legal personality of the Organization are determined. Specific features of law-making activity are established and analysis of the internal-organizational and external-organizational mechanisms of the World Health Organization has carried out. It is highlighted that the World Health Organization acts as the main coordinating body in the field of health and works closely with States, with international intergovernmental and non-governmental organizations. The main stages and directions of cooperation between Ukraine and the World Health Organization are identified.

The evolution of the development of international legal relations in the field of healthcare since ancient times to the present has been revealed. It was found that the initial stage was characterized by an intrinsic health standard, which was mainly concerned with the control of infectious diseases and unsanitary measures. In the second half of the nineteenth century the states have already gained some experience in conducting joint anti-epidemic measures and have reached consensus on the need for a permanent coordination mechanism. In future, international universal institutional cooperation was combined with regional collaboration in the field of health care.

The League of Nations Health Organization was the first universal international organization to develop a set of international standards, introduce the first international classification of causes of death, develop standard rules for the implementation of individual sanitary and epidemiological measures, and the like. It functioned until 1946 and its legal successor has been the World Health Organization.

A common feature of the development of international legal regulation of health care is the tendency to complicate the forms of cooperation from the adoption

of international legal acts initially advisory, and subsequently binding, to the creation of specialized bodies and organizations.

It is established that the institutional structure of the world health system includes numerous international organizations and bodies aimed at ensuring the highest possible level of health for all people. Such organizations operate at both universal and regional levels.

It is found that the World Health Organization's place in the institutional health care system is most fully revealed through its analysis of the functions it performs. Having analyzed the doctrine of international law and practice of the Organization, its main functions include: management, lawmaking, research, information, the function of providing humanitarian, medical and other assistance.

On the basis of doctrinal analysis of three types of legal acts defining the boundaries of the activities of international organizations (constituent acts, acts adopted on the basis of constituent documents, and acts specified in the constituent documents), the legal bases of the activities of the World Health Organization are analyzed.

The founding treaty of the Organization - the Constitution (the Charter) is a multilateral international treaty of a special kind that combines two groups of norms. The first defines the rights and responsibilities of states, the second provides for the creation of a new entity - the World Health Organization and defines its scope, competence, internal organizational mechanism of relations with members and place in the system of international relations. Among the features of the Charter of the World Health Organization are the following: a special order of entry into force, the impossibility of denunciation, as well as a special procedure for making changes.

It is established that, by legal nature, the World Health Organization is a relatively open organization and is interested in increasing the number of Member States subject to their wide geographical representation. According to the World Health Organization Statute, two types of membership are distinguished: full

membership and associate membership. Full membership applies to both primary and secondary Member States, depending on when they accede to the Statute. And their rights and responsibilities are the same. The main difference between them is only in the order in which they acquired membership: the original members did not go through the special admission procedure established for the other joining members.

It is determined that the peculiarity of membership in this organization is that the Statute does not provide for the possibility of withdrawal from it, all attempts to withdraw from it are not recognized by the organization, which can be considered as a violation of their sovereign rights. The only existing alternative to the termination institute is "suspension of rights and service" as a sanction that may be applied by a higher body of the World Health Organization in the event of failure by a member of the Organization to fulfill its financial obligations or in other exceptional circumstances.

It is justified that the law-making function is one of the key functions of the World Health Organization, which is enshrined in its Statute. There are two main types of legal acts through which the World Health Organization exercises its powers: 1) conventions and agreements; 2) rules and standards. In addition to the legal acts of the World Health Organization, there are decisions concerning the organization of its activities.

As for Ukraine, after its declaration of independence, it has renewed active membership of the World Health Organization through the implementation of its standards and requirements in the domestic health care system. To this purpose, targeted nationwide programs (long- and medium-term) have been put in place with appropriate objectives that meet the requirements set out in the acts adopted within the scope and scope of the World Health Organization. A special place in this cooperation is given to the introduction of folk medicine.

A separate issue in cooperation between Ukraine and the World Health Organization has been the fight against the consequences at the Chornobyl NPP since

1986. Within the framework of the program, research was conducted on the victims of the accident and the impact of radiation on the territory of three Union republics, including the USSR. According to the results of the study, a number of recommendations were made for the prevention and treatment of radiation sickness and other consequences of radiation exposure. On the initiative of the Government of Ukraine within the framework of the World Health Organization since 1991, a special program was created, which was named IRNESA (International Project for the Study of the Impact of the Chernobyl Accident on Health).

An important direction in the cooperation between Ukraine and the World Health Organization was the adoption in 1998 by the Organization the program "Health for all in the 21st century", which outlines global priorities and key objectives to ensure global achievement and maintaining the highest level of health throughout the life cycle.

The main areas of cooperation between Ukraine and the World Health Organization include: restoration and further development of health care facilities and training of relevant personnel; control of diseases: tuberculosis, malaria, sexually transmitted diseases; support for mother and child health; improving the environment; development and implementation of standardization and statistics in the field of health; combating the consequences of the Chernobyl disaster; the fight against the tobacco epidemic; introduction and support of traditional medicine and a number of others. The above list of directions is not exhaustive as their number and content are constantly being transformed. In particular, one of the new perspectives is pharmaceuticals. Since the beginning of hostilities in eastern Ukraine, cooperation with the Organization has been aimed at providing practical assistance in the training of medical personnel, especially in military hospitals and front-line hospitals.

Key words: World Health Organization, international intergovernmental organization, international legal status, law-making, world health system, specialized agencies of the United Nations.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті в наукових фахових виданнях України:

1. Гольденберг Т. В. Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я як договір *sui generis*. *Вісник Львівського університету. Серія міжнародні відносини*. 2018. Випуск 44. С. 193-200.
2. Гольденберг Т. В. Основні напрямки співробітництва України зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2018. № 36. Том 2. С. 179-182.
3. Гольденберг Т. В. Співробітництво України з Всесвітньою організацією охорони здоров'я: історико-правовий огляд. *Вісник Південного регіонального центру Національної академії правових наук України*. 2018. № 17. С. 231-237.
4. Гольденберг Т. В. Юридичні підстави діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Правова держава*. 2018. № 32. С. 169-175.

Статті в іноземних виданнях:

5. Гольденберг Т. В. Особливості припинення членства у Всесвітній організації охорони здоров'я. *Evropsky' politicky' a pravni diskurs*. 2018. № 5. Р. 81-85.

Тези наукових доповідей на конференціях:

6. Швець Т. Правотворча діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Актуальні проблеми міжнародних відносин: політичні, правові та економічні аспекти*: Зб. матеріалів конференції. Львів, 2011. С. 177-179.
7. Гольденберг Т. Становлення та розвиток права на здоров'я. *Нові виміри прав людини: юридичні, філософські, політичні аспекти*. Зб. наукових праць / Рец. В. П. Мельник, М. М. Микієвич, В. М. Репецький, І. І. Іжнін. Львів: Львівський центр міжнародного права та прав людини. 2013. С. 35-37.

8. Гольденберг Т. В. Договірна правоздатність Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Теорія і практика сучасної юриспруденції*: Зб. матеріалів Між. наук.-прак. конф., 7-8 грудня 2018 р. м. Київ: Центр правових наукових досліджень, 2018. С. 140-143.

9. Гольденберг Т. В. Набуття членства у Всесвітній організації охорони здоров'я. *Сучасне державотворення та правотворення: питання теорії та практики*: Зб. матеріалів Між. наук.-практ. конф., 7-8 грудня 2018 р., Одеса: ГО «Причорноморська фундація права», 2018. Ч. 1. С. 73-76.

10. Гольденберг Т. В. Право на привілеї та імунітети Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України*: Зб. наук. ст., Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2018. Випуск 48. С. 3-13.

11. Гольденберг Т. Етапи міжнародно-правового співробітництва України зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я. *Правова держава: історія, сучасність та перспективи формування в Україні*: Зб. матеріалів Між. наук.-практ. конф., 15-16 лютого 2019 р., Ужгород: Ужгородський національний університет, 2019. С. 154-157.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	15
ВСТУП.....	17
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОГО СТАТУСУ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	26
1.1. Генеза міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я.....	26
1.2. Всесвітня організація охорони здоров'я як інституційна основа світової системи охорони здоров'я.....	44
РОЗДІЛ 2. ЮРИДИЧНА ПРИРОДА ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	73
2.1. Юридичні підстави діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я.....	73
2.2. Членство у Всесвітній організації охорони здоров'я.....	90
2.3. Правотворча діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я.....	110
2.4. Міжнародна правосуб'єктність Всесвітньої організації охорони здоров'я.....	122
РОЗДІЛ 3. МЕХАНІЗМ РЕАЛІЗАЦІЇ ПОВНОВАЖЕНЬ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	145
3.1. Внутрішньо-організаційний механізм Всесвітньої організації охорони здоров'я.....	145
3.2. Зовнішньо-організаційний механізм Всесвітньої організації охорони здоров'я.....	162

3.3. Основні напрями співробітництва між Україною та Всесвітньою організацією охорони здоров'я.....	183
ВИСНОВКИ.....	200
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	206
ДОДАТКИ.....	241

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АС	– Африканський союз
Асамблея	– Всесвітня Асамблея охорони здоров'я
ВАМП	– Всесвітня асоціація медичного права
Виконком	– Виконавчий комітет Всесвітньої організації охорони здоров'я
Віденська конвенція 1969 р.	– Віденська конвенції про право міжнародних договорів 1969 року
Віденська конвенція 1986 р.	– Віденська конвенція про право міжнародних договорів між державами та міжнародними організаціями або між міжнародними організаціями 1986 року
ВМА	– Всесвітня медична асоціація
ВМО	– Всесвітня митна організація
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПС	– Всесвітній поштовий союз
ГА ООН	– Генеральна Асамблея Організації Об'єднаних Націй
ЕКОСОР	– Економічна і Соціальна Рада
ІКАО	– Міжнародна організація цивільної авіації
ІФАД	– Міжнародний фонд сільського розвитку
ЄК	– Європейська Комісія
ЄРБ ВООЗ	– Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я
ЄС	– Європейський Союз
МАГАТЕ	– Міжнародне агенство з атомної енергії
МБРР	– Міжнародний Банк Реконструкції і Розвитку
МВФ	– Міжнародний Валютний Фонд

МКВМ	– Міжнародний Комітет військової медицини
МО	– міжнародні організації
МКЧХ	– Міжнародний Комітет Червоного Хреста
МНО	– міжнародні неурядові організації
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
МОП	– Міжнародна організація праці
МФЧХ	– Міжнародна Федерація Червоного Хреста і Червоного Півмісяця
НАТО	– Північноатлантичний альянс
ОБСЄ	– Організація з безпеки і співробітництва в Європі
ООН	– Організація Об'єднаних Націй
ПАООЗ	– Панамериканська організація охорони здоров'я
ПРООН	– Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй
РБ ООН	– Рада Безпеки Організації Об'єднаних Націй
РЄ	– Рада Європи
РКБТ ВООЗ	– Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну 2003 р.
СНД	– Співдружність незалежних держав
СОТ	– Світова організація торгівлі
Статут ВООЗ	– Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я
ЦСМСО	– Центр стратегічних медико-санітарних операцій
ФАО	– Продовольча та сільськогосподарська організація
ЮНЕСКО	– Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури
ЮНІДО	– Організація Об'єднаних Націй з промислового розвитку
ЮНІСЕФ	– Дитячий фонд ООН

ВСТУП

Обґрунтування теми дослідження. У сер. XX ст. – на поч. XXI ст. відбуваються значні соціально-демографічні зміни, які створюють нові загрози та виклики суспільному здоров'ю. Серед них – зростання кількості населення та його концентрації у державах, що розвиваються, поширення міграції населення з неблагополучних за епідеміологічними показниками районів, зниження ефективності санітарно-епідеміологічних бар'єрів, перш за все, за рахунок глобалізації авіаційного сполучення та інші фактори. Здебільшого тягар подолання причин та наслідків цих загроз падає на конкретні держави, які самі неспроможні вирішити ці проблеми. Відповідно, ці обставини створюють необхідність нового погляду на роль міжнародних інституцій з метою координації співробітництва держав в сфері охорони здоров'я.

В нових умовах змінюється роль та значення міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я, центральне місце в якому належить ВООЗ, яка виконує роль основного координуючого органу в сфері охорони здоров'я на міжнародному рівні.

Ця організація була створена після Другої світової війни на основі існуючих на той час кількох міжнародних установ, які займалися вказаними питаннями в окремих регіонах. За більш як сімдесят років накопичено значний практичний досвід діяльності ВООЗ, виникли нові міжнародні органи та інституції, змінився характер конкретних завдань та викликів, які впливають на організаційно-правовий механізм міжнародно-правового співробітництва держав в сфері охорони здоров'я, значення, функції та форми діяльності ВООЗ у цьому механізмі.

Основною метою діяльності ВООЗ є вирішення проблем охорони здоров'я, що виникають на національному та міжнародному рівнях, встановлення норм та стандартів, запровадження відповідних форм співробітництва, забезпечення технічної підтримки держав, проведення

моніторингу та оцінка тенденцій у цій сфері. Відповідно, правовий статус ВООЗ засвідчує її вагомий вплив на держави з питань дотримання єдиних стандартів у світовій системі охорони здоров'я, що суттєво підкреслює необхідність дослідження місця ВООЗ у системі сучасних МО.

Додатковим аргументом на користь актуальності теми є необхідність імплементації у законодавство України міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я. Саме ВООЗ виконує роль основного координуючого органу і для належної їх імплементації необхідним є більш чітке розуміння юридичної природи, в тому числі, правових підстав та особливостей її діяльності.

Міжнародно-правові стандарти охорони здоров'я та окремі аспекти правового статусу ВООЗ вивчали: Дж. Барці (J. Barci) А.В. Беляков, Б.В. Ганюшкін, Г.Гарція (G. Garcia), Н. Джоунс (N. Jones), Л. Джозса (L. Józsa), Е. Естрелла (E. Estrella), Л. Капріо (L. Kaprio), К.І. Каркіщенко, М.А. Коробенкова, В.С. Михайлов, М.М. Медведєва, В. Менг (W. Meng), Дж. Наварро (J. Navarro), Д. Портер (D. Porter), Е. Рейнер (E. Reiner), Дж. Рюгер (J. Ruger), І.Я.Сенюта, Д. Фідлер (D. Fidler), М. Форрест (M.Forrest), Н.В. Хендель та ін.

Водночас, комплексне самостійне дослідження питань правового статусу ВООЗ сьогодні в українській міжнародно-правовій доктрині відсутнє. З огляду на це, проблематика обраної теми зумовлена нагальною потребою у дослідженні юридичної природи, підстав діяльності та міжнародної правосуб'єктності ВООЗ, а також її ролі і місця у світовій системі охорони здоров'я.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана відповідно до плану наукових досліджень кафедри міжнародного права Львівського національного університету імені Івана Франка в рамках теми «Міжнародне право ХХІ століття: сучасний стан та перспективи розвитку» (номер державної реєстрації 0113U00870) на 2013–2017

рр.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертації є комплексний аналіз міжнародно-правового статусу ВООЗ у сучасних умовах. Досягнення поставленої мети здійснювалося через постановку та вирішення таких основних завдань:

визначити генезис становлення та розвитку міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я;

розкрити роль ВООЗ як інституційної основи світової системи охорони здоров'я;

проаналізувати юридичні підстави функціонування та генезу основних напрямків діяльності ВООЗ у сучасних умовах;

охарактеризувати особливості набуття та припинення членства в ВООЗ;

встановити специфічні риси правотворчої діяльності ВООЗ у сучасних умовах;

охарактеризувати особливості міжнародної правосуб'єктності ВООЗ;

провести аналіз внутрішньо-організаційного та зовнішньо-організаційного механізмів ВООЗ;

визначити основні етапи та напрями співробітництва між Україною та ВООЗ.

Об'єктом дослідження є міжнародно-правові відносини, які виникають у процесі функціонування ВООЗ у сучасних умовах.

Предметом дослідження є міжнародно-правовий статус та особливості функціонування ВООЗ.

Методи дослідження. Методологічну основу дослідження становить система наукових методів, які були комплексно використані для розв'язання завдань дослідження та досягнення його мети. Відповідно до мети та завдань дослідження у роботі використано сукупність загальних та спеціальних методів наукового пізнання.

Серед загальних методів у роботі використано діалектичний, формально-логічний, системно-структурний та системно-функціональний методи. Діалектичний метод пізнання дозволив розглянути правовий статус ВООЗ у взаємозв'язку з ООН та іншими її спеціалізованими установами (підр. 3.2). Формально-логічний метод застосовано для з'ясування змісту поняття «юридична природа» (підр. 2.1; 2.2; 2.3; 2.4). Системно-структурний метод застосовувався для визначення ВООЗ як інституційної основи системи охорони здоров'я, а також для аналізу її внутрішньо-організаційного механізму (підр. 1.2; 3.1). Системно-функціональний метод надав можливість розглядати особливості статусу ВООЗ через реалізацію її функцій (підр. 1.2).

У дисертації використані такі спеціальні методи наукового пізнання юридичної науки: історико-правовий, порівняльно-правовий, правового тлумачення. Історико-правовий метод допоміг виявити особливості генезису міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я та співробітництва між Україною та ВООЗ (підр. 1.1; 3.3). За допомогою порівняльного методу встановлені спільні та відмінні риси між ВООЗ та іншими МО, зокрема, спеціалізованими установами ООН (підр. 1.2, 3.2). Метод правового тлумачення використовувався при тлумаченні положень норм права, розкритті змісту понять, що дозволило виявити деякі прогалини у правовому регулюванні досліджуваних відносин.

Теоретичну основу дисертаційного дослідження становлять праці таких науковців: Д. Анцилотті, М.О. Баймуратова, К.А. Бекашева, І. Беігбедера (Y. Beigbeder), М.В. Буроменського, В.Г. Буткевича, Г. Росена (G. Rosen), Р.А. Каламкар'яна, М.Б. Крилова, В.Ю. Кузьми, І.І. Лукашука, Ф.Ф. Мартенса, О.О. Мережка, Г.І. Морозова, Н. Нінціча, В.М. Репецького, К.О. Савчука, Н.В. Хендель, А.Н. Талалаєва, Г.І. Тункіна, В.А. Уляницького, М.О. Ушакова, О. М. Шпакович та ін.

Правовий статус МО досліджували І.Н. Герчикова, З. Доліва-Клепацкі

(Z. Doliwa-Kleracki), О.І. Дунас, О.Г. Зайцева, А.Я. Капустин, О.В. Київець, В.В. Кобизєв, Л.А. Левіна, Т.І. Левицький, В.М. Лисик, В. Менг (W. Meng), Х. Минцзюнь, Я.І. Музика, В. Моравецький, Т.М. Нешатаєва, В.В. Пустогаров, П. Радойнов, Н. Сайнх (N. Singh), К. Скубішевські (K. Skubiszewski), М. Хірш (M. Hirsch), Х.Г. Шемерс (H.G. Schemers), О.О. Шибасєва, Х.В. Шперун та ін.

Нормативною та емпіричною основою дисертації є відповідні міжнародно-правові акти, рішення, правила, стандарти і внутрішні документи ВООЗ та інших МО, а також національні нормативно-правові акти, пов'язані з імплементацією міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що дисертація є першим в Україні комплексним дослідженням правового статусу та особливостей функціонування ВООЗ у сучасних умовах. Наукову новизну одержаних результатів конкретизовано у таких теоретичних положеннях, пропозиціях та висновках, які виносяться на захист:

уперше:

доведено постійне розширення функцій ВООЗ під впливом гуманізації міжнародних відносин, соціально-демографічних і санітарно-епідеміологічних факторів. До основних функцій ВООЗ на сучасному етапі віднесено: дирекційно-координаційну, правотворчу, науково-дослідницьку, функцію надання гуманітарної, інформаційної, медичної та іншої допомоги;

на основі аналізу положень Статуту (Конституції) щодо компетенції ВООЗ та практики її діяльності сформульовано положення про те, що ВООЗ значно обмежує себе у використанні окремих повноважень, що дає змогу говорити про негативне застосування концепції домислюваної компетенції та значний потенціал щодо розширення напрямів та форм діяльності без зміни Статуту ВООЗ;

визначено, що відсутність у Статуті ВООЗ положення про припинення членства та невизнання виходу з неї держав-членів слід вважати порушенням

їхніх суверенних прав;

запропоновано наступну періодизацію та відповідні особливості співробітництва між Україною та ВООЗ: 1) 1946-1951 рр. – з моменту створення організації і до припинення активного членства України. Цей період характеризувався співробітництвом з метою побудови та відновлення зруйнованих війною закладів охорони здоров'я; 2) 1952-1991 рр. – період неактивного членства. Україна зробила заяву про припинення членства і все співробітництво здійснювалося у якості союзної республіки СРСР; 3) 1992-2013 рр. – період відновлення членства в організації та співробітництва з найважливіших питань, пов'язаних з імплементацією у законодавство України міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я; 4) з 2014 р. до цього часу – співробітництво з питань реформування національної системи охорони здоров'я;

удосконалено:

періодизацію становлення та розвитку світової системи охорони здоров'я, що включає в себе два періоди: перший – доінституційний (до створення МО, які повинні були забезпечити співробітництво в цій сфері); другий – інституційний, який пов'язаний зі створенням МО, що координують дії щодо співробітництва в сфері охорони здоров'я. Інституційний період міжнародного співробітництва держав у сфері охорони здоров'я поділяється на три стадії: 1851-1922 рр. – створення перших органів, які координували зусилля держав у цій сфері; 1923-1946 рр. – створення та діяльність першої універсальної організації у цій сфері – Організації охорони здоров'я Ліги Націй; з 1946 р. по даний час – створення та діяльність ВООЗ;

положення про особливості установчого договору ВООЗ (*sui generis* з назвою Конституція), зокрема, порядок вступу в дію, неможливість денонсації, а також спеціальну процедуру внесення змін;

змістовну характеристику особливостей, причин виникнення, суб'єктного

складу асоційованого членства ВООЗ. Зроблено висновок про невідповідність такої форми членства сучасним умовам;

тезу про те, що ВООЗ виконує координуючу роль не тільки серед спеціалізованих установ ООН, інституцій, які працюють під егідою ООН, інших міжнародних міжурядових організацій, але і серед МНО;

набули подальшого розвитку:

положення щодо систематизації основних напрямів співробітництва між Україною та ВООЗ: відновлення і подальший розвиток закладів охорони здоров'я та підготовка відповідного персоналу; боротьба з хворобами (туберкульоз, малярія, венеричні хвороби); підтримка здоров'я матері і дитини; оздоровлення довкілля; вироблення і запровадження стандартизації та статистики у сфері охорони здоров'я; боротьба з наслідками аварії на Чорнобильській АЕС; боротьба проти тютюнової епідемії та ряд ін;

теза про виокремлення під впливом глобалізації двох основних форм міжнародно-правового співробітництва в сфері охорони здоров'я: інституційної, яка спрямована на розробку та імплементацію нових стандартів щодо забезпечення здоров'я населення, та оперативної, яка застосовується ВООЗ на місцях з метою вирішення конкретних проблем, що виникають в зазначеній сфері;

положення про необхідність внесення змін до Статуту ВООЗ щодо членства інших МО;

положення про внутрішньо-організаційний механізм ВООЗ, який включає три основні органи та ряд додаткових, деякі з яких мають ознаки міжнародної правосуб'єктності.

Наукове і практичне значення одержаних результатів дослідження. Одержані в процесі дослідження результати можна використати в таких сферах: у науково-дослідній – як підґрунтя для подальших наукових досліджень міжнародно-правового статусу та функцій ВООЗ у сучасних умовах; у

правозастосовчій – для використання в діяльності законодавчих, виконавчих органів влади, органів регіонального і місцевого самоврядування з імплементації стандартів ВООЗ, а також для представників міжнародних міжурядових і неурядових організацій з питань охорони здоров'я та діяльності ВООЗ; у навчальному процесі – для викладання курсів «Міжнародне публічне право», «Право міжнародних організацій», «Міжнародне медичне право», а також у підготовці відповідних розділів підручників, навчальних посібників і методичних рекомендацій.

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Основні положення дисертаційної роботи апробовано під час виступів на засіданнях кафедри міжнародного права Львівського національного університету імені Івана Франка, а також на всеукраїнських, міжнародних наукових та науково-практичних конференціях: Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми міжнародних відносин: політичні, правові та економічні аспекти» (м. Львів, 18-19 березня 2011 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Нові виміри прав людини: юридичні, філософські, політичні аспекти» (м. Львів, 28-29 жовтня 2013 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Теорія і практика сучасної юриспруденції» (м. Київ, 7-8 грудня 2018 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасне державотворення та правотворення: питання теорії та практики» (м. Одеса, 7-8 грудня 2018 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Правова держава: історія, сучасність та перспективи формування в Україні» (м. Ужгород, 15-16 лютого 2019 р.).

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження викладено в публікаціях, у тому числі у 5 статтях у фахових наукових виданнях з юридичних наук, 1 з яких у зарубіжному виданні, та 6 тезах доповідей.

Структура роботи зумовлена метою, предметом і завданнями дослідження. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, які разом містять

9 підрозділів, висновків та списку використаних джерел (який нараховує 307 найменувань). Загальний обсяг дисертації 242 сторінки, з яких список використаних джерел – 34 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОГО СТАТУСУ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Генеза міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я

Сфера охорони здоров'я є однією з найважливіших сфер суспільного життя. Це сфера публічної та приватної діяльності держави, громадськості та окремих громадян, в якій відбувається забезпечення прав людини на життя і здоров'я, як права, що забезпечує фізичне існування людини [109, с. 46]. Вона стосується інтересів людства загалом і окремих людей, зокрема. Саме тому надзвичайно важливим є створення, закріплення та виконання стандартів в цій сфері, від чого безпосередньо залежить здоров'я всіх мешканців планети Земля.

В цьому контексті надзвичайно важливими є також правові механізми в сфері охорони здоров'я. Вони не тільки виступають формальним вираженням загальновизнаних стандартів в цій сфері, але й гарантують їх виконання та створюють умови для покарання винних осіб у разі порушення ними відповідних приписів. Через свою юридичну сутність відповідні правові механізми гарантують відновлення попереднього становища та компенсацію завданих збитків та існують як на національному, так і на міжнародно-правовому рівнях.

Сенюта І.Я. відзначала, що завдання з охорони здоров'я мають універсальний характер. Визнання на міжнародному рівні і закріплення у нормах міжнародного права посилює загальність та обов'язковість закладених у праві на охорону здоров'я людини вимог у межах усієї світової спільноти стосовно до всіх народів і держав світу. Також, вона наголошує на тому, що «значення норм міжнародного права у сфері охорони здоров'я людини полягає у тому, що з одного боку, вони зобов'язують держави світового співтовариства

забезпечувати особі закріплені у міжнародно-правових актах права людини у сфері охорони здоров'я, а з іншого – надають індивіду право вимагати від держави виконання її міжнародних зобов'язань» [152, с. 24].

Значення міжнародно-правового регулювання відносин, що виникають в сфері охорони здоров'я, полягає також і в тому, що за допомогою міжнародно-правових інструментів забезпечується співробітництво держав в цій сфері. Без цієї співпраці, вочевидь, неможливо розглядати можливість досягнення ефективних та позитивних результатів в даному напрямі. Попри те, що цілеспрямоване міжнародне співробітництво у сфері охорони здоров'я зародилося порівняно недавно, окремі його елементи існували ще з давніх часів.

Історично у міжнародно-правовому регулюванні міжнародних відносин у сфері охорони здоров'я можна виділити два періоди: перший – доінституційний (до створення першої універсальної організації, яка повинна була забезпечити співробітництво в цій сфері) і другий – інституційний, який асоціюється з появою низки МО, котрі займаються координацією зусиль держав щодо співробітництва в сфері охорони здоров'я. Саме таким чином доцільно розглядати дане питання.

Доінституційний період. Перші норми, метою яких була охорона здоров'я, з'явилися досить давно і, як правило, стосувалися лише вузької сфери, а саме, запобігання виникнення епідемій і боротьби з ними. Існує декілька доказів того, що найбільш ранні «лікарні» були відомі ще в Стародавній Месопотамії [266, с. 544-549]. Вважається, що королівські лікарі в асирійських і вавилонських палацах ще до кінця II-го тисячоліття до нашої ери піклувалися про хворих осіб і особливо про тих, що хворіли інфекційними хворобами. Те саме можна сказати про буддиські храми, які ще в VI ст. до н. е. надавали допомогу хворим, і по суті, саме на їх основі виникає тогочасна система охорони здоров'я. Деякі класичні джерела згадують також про перші лікарні при храмах в таких містах Єгипту, як Геліополіс, Мемфіс і Тифі [207, с. 7].

Упродовж багатьох століть існуючі на той час цивілізації були переконані в тому, що суспільна санітарія є важливим стрижневим фактором покращення здоров'я населення. Задля цього приймалися заходи для підтримання на належному рівні гігієни, особливо у містах. Стародавні виявлені археологами свідчення про подібну санітарію – це водогони та каналізаційні системи, які знайдені під час розкопок у стародавньому Єгипті, Індії, Трої, у містах стародавніх інків [283, с. 2-3].

Якщо ж говорити власне про правове регулювання питань, пов'язаних з охороною здоров'я, то вважається, що окремі правила з метою запобігання поширенню інфекційних хвороб були відомі вже в грецьких містах полісах [253].

Згодом їх перейняло римське право, що загалом не дивно, адже зважаючи на розмах римської держави, а також поширення торгівлі, в цей період епідемії не були рідкістю і з ними намагалися боротися всіма доступними способами [214, с. 5-8]. Римляни вважали, що чистота пов'язана з хорошим здоров'ям. Вони встановили зв'язок між причинами захворювання та методами профілактики, також розробили ефективну систему охорони здоров'я, яка працювала у всій імперії. Більше того, саме римляни зрозуміли важливість запобігання хворобам, що на їх думку було більш важливим, ніж лікування. Римська філософія базувалася на пошуку причини, а потім встановленні запобіжного заходу для мінімізації ризику. Як практичні люди, вони використовували спостереження навколишнього середовища для визначення того, що спричиняє погане здоров'я. Ця емпірична форма спостереження привела римлян до усвідомлення того, що рівень смертності був вищим серед боліт та вологих місць. А відтак, така практика спонукала їх вважати, що слабе здоров'я може бути пов'язане, серед іншого, з поганим повітрям та водою, болотами, стічними водами, сміттям та відсутністю особистої гігієни. Саме тому в Римі і в низці інших міст було споруджено

акведуки для забезпечення чистою питною водою, каналізацію для відведення стічних вод. Запобіганню захворюванням особливо сприяло будівництво публічних бань та вбиральнь. Таким чином, внаслідок цього прагматичного підходу до запобіжних заходів виникла розвинена система структур громадського здоров'я [295].

Проте, перший достеменно відомий випадок нормативного регулювання охорони здоров'я пов'язаний зі Східною римською імперією, де в 532 р. імператор Юстиніан видав наказ, спрямований на боротьбу з чумою. В наказі, зокрема, пропонувалося, що осіб, які прибувають в Константинополь з місцевостей, де є випадки захворювання на чуму, необхідно поміщати в карантин (піддавати «очищенню» в спеціальних місцях, і якщо вони протягом періоду перебування там не хворіли, то вважалися безпечними, про що їм видавався спеціальний документ) [246, с. 9-22]. Подібні правові норми були відомі також в стародавньому Китаї та Індії. Хоча в цих регіонах більше вдавалися до використання адміністративних, а не правових засобів боротьби з інфекціями [263, с. 99]. Паралельно з цим починає формуватися громадська система опіки над хворими. Зокрема відомо, що перші лікарні на території Індії, а потім Китаю, виникли при будиських храмах ще у VI ст. до н. е.

Дуже мало даних про природу і функції цих установ, хоча відомо, що великий індійський Володар Асока проводив масштабне будівництво численних лікарень для людей, а також для тварин протягом III ст. до н. е. [264, с. 149].

Таким чином, все вищезазначене дозволяє зробити деякі висновки, які зводяться до наступного: 1) на початковому етапі всі норми щодо охорони здоров'я були національними; 2) в основному вони стосувалися боротьби з інфекційними хворобами.

Подібним чином велася боротьба з антисанітарією і в епоху середньовіччя у Європі. Суспільством приймалися й інші дії, наприклад, формування адміністративної системи, котра займалася попередженням захворювань,

наглядом за санітарією і охороною громадського здоров'я, яка проіснувала до XIX ст. [283, с. 47]. Разом з тим, після розпаду Римської імперії починаються так звані «темні віки», тобто період занепаду цивілізації. Не дивно, що саме в цей період відбуваються найбільші відомі людству епідемії. Ті заходи, які застосовувалися в той час, були надзвичайно неефективними і не спиралися на доказову медицину.

Ситуацію вдалося змінити лише в кінці XVI ст. Серед іншого це пов'язано з виникненням у Європі абсолютизму, а також з розквітом торгівлі, в тому числі, внаслідок появи нових колоній. Наприклад, після початку епохи колонізації обов'язковим елементом релігійно-церковних місій, що направлялися в колонії, були лікарі, які надавали медичну допомогу тубільцям, котрі перебували на нижчому ступені розвитку медицини.

Створенню медичних служб у своїх колоніях особливу увагу приділяла Велика Британія. Так, у 1714 р. було створено Індійську Медичну Службу для медико-санітарного забезпечення британських колоній в Індії. У XIX ст. – на поч. XX ст. британська влада приділяла особливу увагу функціонуванню колоніальних медичних служб в Африці. Щоправда, їх функціонування було спрямоване на надання медичної допомоги європейцям та особам, які працювали на колоніальну адміністрацію, тоді як корінні жителі були позбавлені медичного забезпечення з їх боку [256, с. 403-404].

Розвиток міжнародної торгівлі, який почався в сер. XVII ст., а також міграція населення та процеси урбанізації викликали низку негативних наслідків, один з яких - безпрецедентне поширення епідемій. Так, протягом XIX ст. Європа декілька разів пережила епідемії холери, чуми, черевного тифу. При цьому масштаби їх були настільки великими, що жодна, навіть найбільш розвинута держава не могла з ними ефективно боротися, особливо зважаючи на той факт, що по суті, єдиним засобом проти їх поширення був карантин. Однак заходи карантину були неефективними, якщо їх не застосовували системно.

Саме тому, на наше переконання і зародилася міжнародна співпраця у вказаній сфері. Так, на сьогодні загальноприйнято вважати, що початок міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я відбувся у сер. XIX ст. Передумовою цього стали дві пандемії холери: у 1830 та 1847 рр., які прокотилися Європою і викликали дискусію стосовно посилення контролю в сфері охорони здоров'я.

І як наслідок таких подій, у 1851 р. в Парижі, з ініціативи Франції, було скликано I Міжнародну санітарну конференцію [86, с. 138]. В роботі конференції взяли участь представники 12 держав (Австрійської імперії, Великої Британії, Папської держави, Греції, Іспанії, Португалії, Росії, Сардинії, Королівства Обох Сицилій, Тосканського герцогства, Оттоманської Порти, Франції) [245, с. 12]. За результатами проведеної конференції було розроблено проект міжнародного договору в медико-санітарній сфері 19 грудня 1851 р. Однак, його було парафровано представниками лише двох держав – Франції та Сардинії. Згодом до них приєдналася Португалія. Але через суперечності між державами цей договір вступив в силу лише згодом, як і Міжнародна санітарна конвенція, Міжнародний карантинний Статут. Вже через кілька років Португалія та Сардинія денонсували цей документ і він втратив свою юридичну силу. Незважаючи на такий низький результат спільних зусиль держав, все ж таки було започатковано міжнародний діалог з приводу охорони здоров'я, який мав велике значення і такі міжнародні санітарні конференції стали традиційними [229, с. 7-8].

Згодом було проведено наступну міжнародну санітарну конференцію, яка тривала майже п'ять місяців. Однак, на відміну від попередньої вона не мала жодних наслідків. Більш результативною була третя міжнародна санітарна конференція, яка проходила в Константинополі у 1866 р. і тривала сім місяців. На ній було розроблено ще кілька документів технічного характеру.

Через вісім років, у 1874 р. у Відні відбулася наступна, вже четверта

санітарна конференція. Як і на всіх попередніх, основним питанням порядку денного була боротьба з розповсюдженням інфекційних хвороб, а саме холери, тифу, чуми та жовтої лихоманки. На той момент держави вже напрацювали певний досвід проведення спільних протиепідеміологічних заходів і досягли консенсусу стосовно необхідності створити постійнодіючий координаційний механізм. Тому не дивно, що учасники конференції дійшли згоди створити Постійну міжнародну комісію з питань епідемій. Її місцезнаходженням було запропоновано Відень. Основне її завдання – вивчення етимології та координація заходів щодо профілактики холери.

Починаючи з 1851 р. створюються перші міжнародні спостережні органи: Ради охорони здоров'я в Константинополі, згодом у Олександрії та Бухаресті, а також санітарні станції у Перській затоці та Червоному морі. Метою їх діяльності був контроль за здійсненням санітарного контролю за суднами в Червоному морі і Перській затоці, їх пасажирами і вантажем. Вони також контролювали застосування заборон або навпаки видачу дозволів на ввезення чи транзит небезпечних в епідеміологічному плані предметів, слідкували за їх дезінфекцією тощо. Ці органи можна вважати прообразом сучасних міжнародних інституцій, оскільки вони володіли повноваженнями, які випливали з міжнародних документів. Так зокрема, спостереження за виконанням і дотриманням положень Конвенцій було доручено Вищій міжнародній раді охорони здоров'я в Константинополі та Санітарній морській і карантинній раді в Олександрії, а судовою інстанцією для розгляду справ про порушення положень Конвенцій була Консульська комісія в Константинополі [174, с. 34-35].

Додатково слід вказати на те, що в кінці XIX ст. відбулося ще кілька міжнародних конференцій присвячених проблемам боротьби з інфекційними захворюваннями. Основними з них слід вважати наступні: в Вашингтоні у 1881 р., у Римі в 1885 р., у Венеції в 1892 р., в Дрездені в 1893 р., в Парижі 1894

р., в Венеції в 1897 р. та у Парижі в 1903 р. [100, с. 84].

Головним завданням зазначених конференцій була координація зусиль держав у сфері боротьби з епідеміями, а також вироблення і прийняття конвенції з цього питання. Проте, конвенцію розробляли досить довго. Серед основних перешкод на шляху її прийняття можна назвати дві проблеми: 1) складність пошуку компромісу між питанням забезпечення охорони здоров'я, які б одночасно не створювали перешкоди для міжнародної торгівлі, транспорту та зв'язку; 2) відсутність волі держав віддавати свої повноваження міжнародній структурі.

Більше того, розвиток епідеміології був на досить примітивному рівні. Та навіть попри це практично кожна із згаданих конференцій завершувалася прийняттям міжнародних договорів, зокрема Венеціанська санітарна конвенція 1892 р., Дрезденська санітарна конвенція 1893 р., Паризька санітарна конвенція 1894 р., які мали на меті координацію міжнародного співробітництва, спрямованого на запобігання занесенню та поширенню холери в Європі [147, с. 407]. При цьому, жоден з названих документів не мав достатньо чіткого механізму їх імплементації. Хоча деякі положення конвенцій були справді революційними.

Так, відповідно до Венеціанської санітарної конвенції 1897 р. та Додаткової декларації до неї 1900 р. вперше було передбачено перелік заходів, які застосовуються для запобігання чуми. Серед таких слід назвати: перелік заходів, які здійснюються поза Європою для запобігання занесенню чуми; заходи, що здійснюються в Європі, порядок встановлення карантину щодо окремої особи, суден, речей тощо.

Серед новел, що пропонувалися Дрезденською конвенцією 1893 р., були наступні: не допускалося повне закриття сухопутних кордонів і встановлення загальних сухопутних карантинів. Затриманню підлягали тільки хворі пасажери, а також особи, що перебували в контакті з ними, а в торговельному

судноплавстві карантин поширювався тільки на заражені судна. При наявності підозр, що судно заражене, воно підлягало дезінфекції [167, с. 336].

При аналізі хронології подій та змісту конференцій, які мали місце у другій половині XIX ст., можна відзначити, що саме розвиток торгівлі і транспорту в цей період зумовили необхідність координації зусиль щодо попередження поширення заразних хвороб на міжнародному рівні. Головною метою таких конференцій було не підвищення рівня здоров'я як такого, а перш за все, захист європейських держав від привозних інфекцій (головним чином, холери, чуми і жовтої лихоманки). Як зазначали деякі автори, мета проведення цих конференцій полягала у запобіганні Європи від «екзотичних епідемій», які «перешкоджали розвитку міжнародної торгівлі» [282, с. 91].

Однак, у 1903 р. у Парижі все ж таки вдалося розробити міжнародний договір, який був покликаний врегулювати питання співробітництва держав в сфері охорони здоров'я. Він отримав назву Міжнародна санітарна конвенція (*англ. International sanitary convention*). Його прийняття співпало з революційними відкриттями в епідеміології, що сприяло чіткому розумінню механізмів поширення хвороб. Крім того, цей документ уніфікував положення Венеціанської санітарної конвенції 1892 р., Дрезденської санітарної конвенції 1893 р., Паризької санітарної конвенції 1894 р.

Необхідно зазначити, що одинадцята за рахунком конференція 1903 р. була найбільш успішною, у порівнянні з усіма попередніми. Це проявилось в тому, що на цей період були вже з'ясовані шляхи поширення трьох найбільш небезпечних інфекцій. Це дало можливість прийняти більш ефективні заходи із захисту громадського здоров'я. Окрім цього, на цій конференції було прийнято рішення про створення міжнародного органу з охорони здоров'я, і в 1907 р. у Римі була підписана угода про створення Міжнародного бюро громадської гігієни з головним офісом у Парижі, основною функцією якого було поширення інформації про громадське здоров'я, інфекційні хвороби та контроль за

дотриманням міжнародних санітарних договорів [282, с. 92-96].

Паралельно з цим в Єгипті було засновано Міжнародну санітарну, морську і карантинну раду для попередження занесення епідемічних хвороб в Єгипет і розповсюдження їх за кордон (Єгипет був дуже вразливим місцем, адже через нього проходив Суецький канал, через який здійснювалася мало не половина міжнародної торгівлі на той час) [167, с. 337].

Таким чином, вся історія розвитку міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я відбувалася досить еволюційно, і в ній можна виділити тривалі періоди регресу. І навіть вже у поствестфальський період ця сфера не була в пріоритеті держав. Слід погодитися з Дж. Ругер, що історія міжнародних відносин, пов'язаних з охороною здоров'я, розвивалася з суверенного підходу Вестфальського миру щодо боротьби з інфекційними захворюваннями до декількох норм і стандартів у поствестфальський період; до сучасних двосторонніх і багатосторонніх спільних зусиль, спрямованих на запобігання зовнішнім загрозам національного здоров'я та економічної безпеки [284, с. 424-425].

Одночасно з розвитком міжнародного співробітництва на універсальному рівні активно започатковується і регіональне співробітництво в сфері охорони здоров'я. Як вже згадувалося вище, початок йому був наданий на американському континенті. У січні 1902 р. в столиці Мексики відбулася Друга Міжнародна конференція американських держав. Одним з її рішень, прийнятих у формі резолюції, стала рекомендація про скликання загальних зборів представників медичних організацій американських держав [235].

Інституційний період. Цей період характеризується створенням міжнародних інституцій.

Відповідно до зазначеного рішення в грудні того ж року у Вашингтоні (США) відбувається Перша Панамериканська санітарна конференція. Головним підсумком проведеної конференції стало створення першого міжнародного

постійно діючого органу в сфері охорони здоров'я на регіональному рівні – Міжнародного санітарного бюро (*англ.* International Sanitary Bureau), яке згодом стало основою для формування панамериканської інституційної системи в сфері охорони здоров'я [148].

В подальшому важливим етапом розвитку системи міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я стало укладення 14 листопада 1924 р. Панамериканського санітарного кодексу (*англ.* Panamerican Sanitary Code) між американськими державами в ході VII Панамериканської Санітарної конференції в столиці Куби – м. Гавана. Згодом до нього було внесено зміни відповідно до I (1927) та II (1952) Додаткових протоколів до нього. На сьогодні він є одним з базових міжнародних договорів регіональної системи охорони здоров'я в Західній півкулі. Згідно з цим документом його головними цілями є:

- запобігання розповсюдженню інфекцій, що передаються людині;
- заохочення спільних заходів щодо запобігання поширенню захворювань з територій держав-членів;
- стандартизація статистичних даних щодо захворюваності та смертності урядів держав-членів;
- стимулювання взаємного обміну інформацією, яка може мати значення для поліпшення здоров'я населення і боротьби із захворюваннями людини;
- стандартизація заходів, що застосовуються в місцях в'їзду, для запобігання виникненню та поширенню інфекційних захворювань людини, з метою досягнення більшого захисту щодо них, і усунення непотрібних перешкод для міжнародної торгівлі та зв'язку [261].

Кодекс також передбачає заходи з обміну інформацією, даними про статистику захворюваності і смертності й інші заходи щодо забезпечення охорони здоров'я на території Північної та Південної Америки. Його підписання і ратифікація стали важливою віхою у процесі створення міждержавної системи охорони здоров'я в американському регіоні.

Створення МО в сфері охорони здоров'я в цей період відбувається також і в Європі. Так, у 1907 р. на конференції в Парижі було створено Міжнародне бюро громадської гігієни (*фр.* Office International d'Hygiène Publique). Метою функціонування даної установи було поширення відомостей, що стосуються громадського здоров'я, особливо небезпечних інфекцій та щодо заходів боротьби з ними [10, с. 153].

Згодом Міжнародне бюро громадської гігієни функціонувало в системі охорони здоров'я в рамках Ліги Націй, про що мова піде нижче. Після Другої світової війни (1939-1945 рр.) і з початком процесів створення системи міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я в рамках ООН було прийнято рішення про те, що Бюро стане однією з основ для створення ВООЗ. Відповідно, 22 липня 1946 р. було припинено його існування як самостійної організаційної одиниці.

Після Першої світової війни було створено першу міжнародну універсальну організацію – Лігу Націй (*англ.* League of Nations). Держави-учасниці Ліги Націй, враховуючи попередній досвід співробітництва держав у сфері охорони здоров'я, прийняли рішення про створення Організації охорони здоров'я (*англ.* Health Organisation).

З метою реалізації цього рішення в 1920 р. було скликано спеціальну міжнародну конференцію. За результатами роботи цієї конференції було створено два міжнародні органи, а саме: Епідеміологічна комісія, основне завдання якої полягало у координації зусиль держав по боротьбі з черевним тифом та холерою, епідемії яких охопили в той момент територію Центрально-Східної Європи і Всесвітній комітет Ліги Націй з охорони здоров'я, який і повинен був розробити проект Статуту Організації охорони здоров'я Ліги Націй.

Такий проект було розроблено у 1923 р. і передано Лізі Націй, яка його схвалила [249]. При цьому цікавим є той факт, що у новостворену організацію, в якості одного із органів було включено згадуване вище Міжнародне бюро

громадської гігієни, яке перетворилося в один з органів новоствореної Організації охорони здоров'я Ліги Націй. Ця організація на відміну від усіх попередньо існуючих мала набагато ширшу сферу дії та компетенцію. В її рамках було розроблено досить багато міжнародних стандартів, введено першу міжнародну класифікацію причин смерті, розроблено типові правила виконання окремих протиепідеміологічних заходів тощо. Дана організація, як і Ліга Націй існувала до 1946 р., хоча фактично з 1939 р., тобто з початком Другої світової війни, припинила свою практичну діяльність.

Вже на конференції 1945 р. у м. Сан-Франциско (США), яка була присвячена створенню ООН, декілька держав запропонували створити нову організацію, що мала б координувати діяльність держав у сфері охорони здоров'я. Держави-учасниці конференції цю пропозицію підтримали, і створили спеціальний орган - Технічний підготовчий комітет, який мав розробити проект Статуту такої організації. Робота над проектом була завершена на початку 1946 р. і цього ж року у м. Нью-Йорку (США) відбулася дипломатична конференція, на якій було схвалено Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (*англ.* World Health Organisation) під назвою Конституція. Саме у Статуті ВООЗ вперше на універсальному рівні було закріплено право людини на здоров'я (хоча про охорону здоров'я згадується у ст. 55 Статуту ООН) [37, с. 35].

Статут ВООЗ вступив в силу у квітні 1948 р. Крім того, організація була оголошена правонаступником Організації охорони здоров'я Ліги Націй і до її складу було включено Міжнародне бюро громадської гігієни як окремий орган. Цього ж року ВООЗ уклала угоду з ООН і отримала статус спеціалізованої установи ООН [202, с. 44].

Таким чином, інституціоналізація міжнародного співробітництва держав у сфері охорони здоров'я пройшла три стадії:

– 1851-1922 рр. (створено перші органи, які координували зусилля держав у цій сфері);

- 1923-1946 рр. (діяла Організація охорони здоров'я Ліги Націй, яка була першою універсальною організацією у цій сфері);
- з 1946 по даний час (діє ВООЗ, яка є спеціалізованою установою ООН в цій сфері).

Що ж стосується подальшого розвитку інституційного механізму міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я, то він в основному удосконалюється в рамках ВООЗ.

Загалом, як і в більшості МО, тут теж можна виділити кілька основних етапів його розвитку. Короткий аналіз дозволяє нам виділити наступне:

Етап активного становлення організації (1948-1950 рр.). В цей період відбувається створення основних органів організації, приймаються основні документи, що регулюють діяльність внутрішньо-організаційного механізму. Одночасно відбувається процес приєднання інших міжнародних органів і організацій до ВООЗ. Так, саме на цьому етапі в організацію вливається Міжнародне санітарне бюро. Укладено угоду з ООН, у якій ВООЗ визнається спеціалізованою установою у сфері охорони здоров'я в системі ООН. Паралельно відбувається процес створення регіональних представництв.

Основними напрямками діяльності ВООЗ є сприяння державам у відновленні та побудові зруйнованих війною національних систем охорони здоров'я. Для здійснення цієї мети організація заснувала кілька програм, які серед іншого передбачали надання технічної, матеріальної допомоги у відновленні системи охорони здоров'я. Не менш плідною була діяльність ВООЗ у сприянні підготовці кадрів для національних систем охорони здоров'я тощо.

Другий етап. Припинення членства у ВООЗ соціалістичних держав (1950 - 1963 рр.). На початку 1950 р. керівництво СРСР переконалось у тому, що участь в організаціях не приносить бажаних політичних дивідендів, але при цьому є досить витратною з фінансової точки зору і тому СРСР, а потім і більшість держав соціалістичного блоку (та союзних республік, в тому числі УРСР та

БРСР) роблять заяви про припинення членства в організації. Також слід згадати, що уряд США також в цей період активно обговорював питання про можливість припинення членства в організації. В кінцевому підсумку СРСР і США свого членства не припинили, на відміну від більшості соціалістичних держав.

Такий крок соціалістичних держав досить суттєво вплинув на діяльність цієї організації. А відтак, вона змінює деякі пріоритети і концентрується на низці технічних питань, пов'язаних з розвитком системи охорони здоров'я, залишивши всі можливі політичні питання на розгляд органам ООН, в першу чергу, ГА ООН та ЕКОСОР.

Відповідно приймаються найважливіші для подальшого розвитку організації і загалом системи охорони здоров'я документи. Серед таких необхідно виділити Міжнародні санітарні правила, Класифікатор причин смертності, Класифікатор лікарських засобів тощо.

Вихід з ВООЗ негативно вплинув на розвиток охорони здоров'я у вказаних державах. Вони не могли брати участь у розробці медичних стандартів, у наукових дослідженнях, що відповідно створило умови ізоляції наукової думки та медичної практики.

В свою чергу, Організація змінює пріоритети, і починає націлено працювати не тільки над системою протиепідеміологічних заходів, але й розробляє програми, що мають на меті боротися з неінфекційними хворобами та станами. Так, серед них можна назвати програму зниження смертності серед новонароджених, програму запобігання хворобам серця, програму зниження травматизму на робочих місцях.

Третій етап. Вступ до організації колишніх африканських колоній та інших новостворених держав (1963-1990 рр.). В цей період кількість членів організації суттєво зростає, що зумовлює потребу в реорганізації інституційного механізму організації. Головним чином, це призводить до збільшення чисельності основних органів організації, а також появи додаткових органів, оскільки

суттєво зріс обсяг роботи самої організації.

При цьому відбувається значне зростання числа епідемій по всьому світу. В першу чергу, це стосується новостворених держав внаслідок деколонізації африканського континенту. ВООЗ змушена повернутися до висхідної точки, яка і зумовила необхідність її існування, а саме – до боротьби з інфекційними захворюваннями.

Розробляються і імплементуються до національного законодавства основні міжнародні документи в сфері захисту прав людини, зокрема, Міжнародний пакт про громадянські та політичні права 1966 р. Це знаходить своє відображення і у діяльності ВООЗ, яка переглядаючи міжнародні медико-санітарні правила, враховує основні вимоги правозахисних актів та недоліки механізмів боротьби з інфекційними захворюваннями того періоду.

Четвертий етап. З 1991 р. Вступ до організації колишніх соціалістичних держав та робота в умовах «багатополярного світу». У 1991 р. СРСР, а разом з ним біполярний світ перестав існувати. Ті політичні конфлікти, заручником яких досить часто ставала організація, в переважній більшості були вичерпані, або їх інтенсивність значно зменшилася. А відтак, з'явилася надія на те, що організація в нових умовах швидше досягне мети своєї діяльності. Прискорення глобалізації суттєво змінило контекст, в якому працює ВООЗ, пропонуючи як можливості, так і виклики для здоров'я [212, с. 62]. Передача знань і технологій, обмін найкращими практиками, методами лікування та стратегіями охорони здоров'я дають реальні переваги для боротьби з інфекціями [285, с. 1099-1100].

Разом з тим, прагнення ВООЗ максимально забезпечити доступний рівень здоров'я досить часто зіштовхуються з небажанням окремих держав віддати частину своїх повноважень наднаціональним структурам. Відповідно, перед організацією виникла нова серйозна перешкода. Розвиток транснаціональних корпорацій досяг того рівня, коли окремі з них сконцентрували в своїх руках капітал, що значно перевищував ВВП значної кількості держав. І дані корпорації

мали власне уявлення про забезпечення здоров'я і прагнули на цьому заробити. Так, ще у 60-70 рр. ВООЗ фактично зазнала серйозної поразки у пропагуванні політики грудного вигодовування, оскільки така політика суперечила цілям таких суб'єктів (дет. див підр. 2.3).

Ще однією проблемою стало те, що більшість збудників інфекційних хвороб звикли до антибіотиків першого, другого і навіть третього покоління. В медицині з'явилося поняття «супер мікроб» та «супер інфекція», внаслідок чого ВООЗ змушена була проводити інформаційну компанію з метою зменшення вживання людьми антибіотиків. Додатково ситуацію ускладнив той факт, що навіть у малорозвинутих державах внаслідок урбанізації кількість міського населення зростала в геометричній прогресії, внаслідок чого створювалися ідеальні умови для розвитку інфекційних хвороб. Протягом останніх трьох десятиліть мільйони людей стали жертвами Еболи, віспи, малярії, туберкульозу, тисячі людей загинули внаслідок поширення пташиного грипу. Більше того, в середині 80-х р. ХХ ст. було виявлено новий вірус, який породив безпрецедентну кількість захворювань і поширюється шаленими темпами (СНІД).

Саме ці проблеми сприяли активізації діяльності ВООЗ. Можна виділити дві основні форми такого співробітництва: інституційну, яка спрямована на розробку та імплементацію нових стандартів в сфері забезпечення здоров'я населення, та оперативну, практичну діяльність ВООЗ на місцях з метою вирішення конкретних проблем, що існують в цій сфері.

До інституційних заходів слід віднести розробку декількох нових міжнародних документів. На наш погляд, особливої уваги заслуговують два з них, а саме: Міжнародні медико-санітарні правила 2005 р., Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну 2003 р. (далі – РКБТ ВООЗ) (підписали 176 зі 194 держав-членів ВООЗ, у 167 державах документ вже набув чинності) [304] та Протокол про ліквідацію незаконної торгівлі тютюновими виробами 2012 р.

Перший документ був розроблений на основі попередніх правил, що містили перелік обов'язкових стандартів та заходів, спрямованих на запобігання розповсюдженню захворювань у міжнародних портах, аеропортах, і застосовувалися до всіх видів транспорту. Що ж стосується нової редакції медико-санітарних правил 2005 р., то вона встановлює ряд заходів, прийнятих у кризових (надзвичайних) ситуаціях. З цього приводу К.І. Каркіщенко зазначає, що заходи, які передбачені в Правилах, представляють собою «верхню планку» того, що держава може зробити для захисту своєї території від розповсюдження захворювань, до яких застосовується карантин [57, с. 108].

Що ж стосується другого документу, то він передбачає ряд заходів, які спрямовані на зменшення кількості тютюнозалежних осіб та популяризацію здорового способу життя, особливо серед дітей, підлітків та молоді, а також зменшення негативних наслідків тютюнопаління.

В цей же період відбуваються значні зміни в підході до лікування багатьох хвороб. Особливо тих, які прийнято називати станами: серцево-судинні хвороби тощо. ВООЗ намагається змусити держави проводити рекламні компанії, спрямовані на запобігання подібних хвороб. Ще однією проблемою, яка з новою силою проявила себе в цей період, є безпрецедентна кількість онкологічних захворювань. Саме тому ВООЗ виступила з ініціативою створити Міжнародне агентство з дослідження раку (IARC). Дана ініціатива була підтримана низкою розвинутих держав, і така установа була створена. Агенство функціонує як незалежна МО, що тісно пов'язана з ВООЗ та має особливий статус [296].

Узагальнюючи вищезазначене, можна виділити наступне:

1. Процес становлення і розвитку міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я розпочався досить давно, проте сучасних проявів набрав у середині XIX ст. Це було зумовлено з одного боку, значним розширенням міжнародної торгівлі і транспортних зв'язків, а з іншого, необхідністю боротьби з розповсюдженням інфекційних захворювань, холери, чуми, віспи та ряду ін. та

саме необхідністю внормування і стандартизації санітарно-карантинних заходів, координації зусиль держав з боротьби з епідемічними захворюваннями.

2. У становленні та розвитку міжнародно-правового регулювання охорони здоров'я варто виділяти два етапи: доінституційний – до створення першої універсальної організації у 1851 р. – Ради охорони здоров'я, яка повинна була забезпечити співробітництво в цій сфері), і другий – інституційний, який характеризується появою низки регіональних МО, які займаються координацією зусиль держав щодо співробітництва в сфері охорони здоров'я.

3. Інституціоналізація міжнародного співробітництва держав у сфері охорони здоров'я пройшла три стадії: 1851-1922 рр. – створено перші органи, які координували зусилля держав у цій сфері, а саме Міжнародне санітарне бюро і Міжнародне бюро громадської гігієни; 1923-1946 рр. – створення та діяльність Організації охорони здоров'я Ліги Націй, першої універсальної організації у цій сфері; з 1946 по даний час – створення та функціонування ВООЗ.

4. Особливою рисою розвитку правового регулювання сфери охорони здоров'я є тенденція до ускладнення форм співробітництва від прийняття міжнародно-правових актів спочатку рекомендаційного, згодом обов'язкового характеру, до створення спеціалізованих МО як на універсальному, так і регіональному рівнях.

1.2. Всесвітня організація охорони здоров'я як інституційна основа світової системи охорони здоров'я

Міжнародні відносини в XX і особливо на поч. XXI ст. набувають нових форм, які не були їм притаманні раніше. Серед іншого, це проявляється в тому, що все більше їх аспектів стають об'єктами міжнародно-правового регулювання. Більше того, на певному етапі розвитку міжнародного

регулювання виникає потреба в існуванні міжнародних об'єднань, які б виконували роль інституційної основи для такого регулювання. Таких прикладів можна навести доволі багато і одним з них є власне сфера охорони здоров'я.

Інституційна структура міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я включає численні МО і органи. Одні з них, маючи в своєму розпорядженні значні повноваження і володіючи вагомими ресурсами, здійснюють регулювання вищезгаданих відносин (в основному опосередковано, наприклад, Світова організація торгівлі (далі - СОТ)). Другі представляють собою форум для міжурядового обговорення, вироблення консенсусу і рекомендацій щодо політики в сфері охорони здоров'я. Треті забезпечують збір інформації та розповсюдження статистичних та науково-дослідних видань з актуальних проблем охорони здоров'я в цілому. Деякі з них виконують всі перераховані вище функції.

Попри це всі органи і організації, які діють у вирішенні різного роду питань у сфері охорони здоров'я, об'єднує їх спільна мета – забезпечення максимально високого рівня здоров'я для всіх людей. При цьому необхідно вказати, що такі організації функціонують як на універсальному, так і на регіональному рівнях.

Якщо розглядати універсальний рівень, то сюди слід віднести ООН та її спеціалізовані установи, в першу чергу, звичайно ВООЗ. Хоча і низка інших спеціалізованих установ виконує певну роль у цій сфері (див. підр. 3.2).

Не менш важливу роль відіграє інституційне співробітництво в сфері охорони здоров'я на регіональному рівні. Така співпраця найбільш чітко прослідковується в рамках регіональних МО, таких як РЄ, ПАООЗ, АС, ЄС та ін. Доцільно відзначити, що саме співробітництво між ВООЗ та міжурядовими регіональними організаціями здійснюється здебільшого через свої регіональні бюро, основні умови роботи яких прописано в спеціальних угодах, укладених

між ВООЗ та відповідними МО.

Перш ніж перейти до аналізу питання про місце ВООЗ в існуючій міжнародній системі охорони здоров'я видається за доцільне спочатку зупинитися на аналізі окремих міжнародно-правових аспектів діяльності міжнародних міжурядових організацій, які відіграють значну роль у сфері охорони здоров'я, а також їх форм співробітництва з ВООЗ.

Міжнародний Комітет військової медицини (далі - МКВМ). Перші елементи інституційного механізму міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я у збройних силах з'явилися ще після Першої Світової війни, коли кількість людських жертв перевищила всі розумні межі, особливої актуальності набула проблематика військової медицини. Логічно, що за цих обставин вона починає займати вагоме місце і на міжурядовому рівні.

Ідея створення МО, компетенція якої б поширювалася на сферу військової медицини, вперше була запропонована командиром медичної служби бельгійської армії Жюлем Вонкеном і військовим лікарем ВМФ США Вільямом Бейнбріджем на XXVIII сесії Асоціації військових лікарів-офіцерів США у 1920 р. Така ініціатива була підтримана і у 1921 р. в Брюсселі (Бельгія), де відбувся I Міжнародний Конгрес військової медицини і фармацевтики за участі бельгійського короля Альберта I.

В Конгресі взяли участь представники таких держав: Бельгії, Бразилії, Франції, Великобританії, Іспанії, Швейцарії та США. Головним рішенням Конгресу стало заснування 21 липня 1921 р. Комітету міжнародних конгресів військової медицини та фармації (*англ.* Committee of International Congresses of Military Medicine and Pharmacy). За своїм функціональним направленням це була перша МО сфері охорони здоров'я, котра достатньо успішно діяла як у міжвоєнний період, так у період т. зв. «холодної війни» (1945-1991 рр.).

У 1990 р. було прийняте рішення перейменувати цю організацію на Міжнародний Комітет військової медицини (*англ.* International Committee of

Military Medicine). Так, згідно Статуту МКВМ метою його функціонування є укріплення міжнародних зв'язків і співробітництва військових медпрацівників різних держав в дусі Женевських конвенцій для полегшення участі поранених і хворих, а також забезпечення обміну науковою інформацією в галузі військової медицини [293].

Членами МКВМ на сьогодні є 116 держава та 3 держави-спостерігача (Білорусія, Камбоджа, Руанда). До складу керівництва Комітету входять президент, два віце-президенти та генеральний секретар. Штаб-квартира МКВМ розташована в Брюсселі (станом на 01.06.2019 р.) [238].

На сьогодні МКВМ є невід'ємним елементом системи міжнародно-правового співробітництва у сфері охорони здоров'я і співпрацює з іншими МО, зокрема ВООЗ.

Світова організація торгівлі (СОТ). Розвиток міжнародно-правового співробітництва у сфері охорони здоров'я окрім військової медицини і багато в чому був зумовлений торговельними інтересами держав. Так, перші міжнародно-правові заходи в даній сфері були пов'язані саме з прийняттям санітарних конвенцій і створенням карантинних рад, метою яких була не тільки боротьба з розповсюдженням епідемій, а й протидія невинуватим обмеженням міжнародної торгівлі та міжнародного руху. Сьогодні саме СОТ виступає основною МО в регулюванні міжнародної торгівлі. Питання охорони здоров'я безпосередньо не входять до компетенції СОТ, однак вирішення їх є важливою складовою регулювання міжнародної торгівлі [174, с. 109-110].

СОТ співпрацює з ВООЗ з ряду різних питань, пов'язаних з торгівлею та охороною здоров'я. Незважаючи на відсутність офіційної угоди між ВООЗ та СОТ, існує широке співробітництво між двома секретаріатами, які стосується охорони здоров'я, санітарних та фітосанітарних заходів, вони скоординовують спільні зусилля для того, щоб привернути увагу до необхідності узгодженості політики між торгівлею та охороною здоров'я як на глобальному, так і на

національному рівнях [306] .

Для поглиблення взаємодії в консолідованій діяльності, СОТ та ВООЗ беруть участь у проведених ними нарадах. СОТ має доступ до нарад керівних органів ВООЗ і різних технічних нарад в якості спостерігача. В свою чергу, ВООЗ отримала статус спостерігача в Комітеті СОТ з санітарних і фітосанітарних заходів та в Комітеті з технічних бар'єрів у торгівлі, а також має спеціальний статус спостерігача в Раді СОТ з торгівлі послугами і в Раді по торговельним аспектам прав інтелектуальної власності, а також приймає участь у зустрічах на рівні міністерств СОТ. Співробітники СОТ також беруть участь як спостерігачі на зустрічах «Кодекс Аліментаріус» і в обговоренні РКБТ ВООЗ.

Активна участь ВООЗ у зустрічах Комітету СОТ з санітарних і фітосанітарних заходів призводить до ефективного результату в питаннях, міжнародної торгівлі та охорони здоров'я. Прикладом цього може служити внесок ВООЗ у вирішення питання про оцінку ступеня ризику зараження людини так званим «коров'ячим сказом» і вплив генетично модифікованих продуктів [1, с. 27-28].

На сьогодні основними формами співробітництва між СОТ та ВООЗ є наступні: регулярні зустрічі й переговори представників двох організацій; постатейний аналіз із позиції дотримання права на здоров'я Генеральної угоди про торгівлю послугами та Угоди про вжиття санітарних та фітосанітарних заходів, що підготовлює Секретаріат ВООЗ; моніторинг та аналіз наслідків реалізації Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності для доступу до основних лікарських засобів [174, с. 109-111].

Захист різних аспектів охорони здоров'я не є прямим обов'язком СОТ, однак рішення цих питань є важливою складовою регулювання міжнародної торгівлі і саме для вирішення окремих питань охорони здоров'я СОТ вдається до допомоги різних МО, зокрема ВООЗ.

Панамериканська організація охорони здоров'я (ПАООЗ). ПАООЗ є спеціалізованою регіональною організацією і частково інтегрована в структуру ВООЗ. Виділяючи її серед інших, необхідно зазначити наступне. Як вже йшлося вище, старт міжнародному співробітництву в американському регіоні було дано ще на початку XX ст. під час Першої Панамериканської санітарної конференції, яка проходила у Вашингтоні 2-4 грудня 1902 р., було прийнято рішення про створення Міжнародного санітарного бюро (*англ.* International Sanitary Bureau). На П'ятій Міжнародній конференції американських держав, яка відбулася у 1923 р. в м. Сантьяго (Чилі), назву організації було змінено на Панамериканське санітарне бюро (*англ.* Pan American Sanitary Bureau). Вказане Бюро стало основою для створення Панамериканської санітарної організації (*англ.* Pan American Sanitary Organization), яку було створено згідно з рішенням XII Панамериканської санітарної конференції, яка відбулася у 1947 р. в столиці Венесуели – м. Каракас. Спочатку Бюро було виконавчим органом цієї організації, а у 1949 р. воно було перетворене на Регіональне бюро ВООЗ для Північної та Південної Америки [205, с. 41].

Щодо Панамериканської санітарної організації, відповідно, її Статут було затверджено 2 жовтня 1949 р. на першому засіданні Керівної Ради цієї організації в м. Буенос-Айрес (Аргентина). В подальшому, на XV Панамериканській санітарній конференції у 1958 р. в м. Сан-Хуан (Пуерто Ріко) було прийнято рішення перейменувати дану організацію на Панамериканську організацію охорони здоров'я (*англ.* Pan American Health Organization) [235]. Ці зміни стосувалися не лише філологічної назви, а супроводжувалися функціональним спрямуванням.

Так, в Статуті ПАООЗ зазначається, що цілями Організації є сприяння та координування зусиль держав Західної півкулі з боротьби з хворобами, зменшенням тривалості життя, сприяння фізичному та ментальному здоров'ю людей. Членами ПАООЗ можуть бути всі американські держави, а також інші

території чи групи територій Західної півкулі. Головними органами ПАООЗ згідно з Статутом є: Панамериканська Санітарна конференція; Керівна Рада; Виконавчий Комітет Керівної Ради [218].

Державами-членами ПАООЗ станом на сьогодні є 35 американських держав. Окрім того, спеціальний статус «держав, що беруть участь» (*англ. participating states*), що по суті, є неповним членством, мають ще 3 держави: Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії, Нідерланди і Франція. Це пов'язано з тим, що ці європейські держави досі мають володіння («заморські території») в Західній півкулі. Асоційованим членом ПАООЗ є Пуерто-Ріко, а статусом спостерігача наділені Іспанія та Португалія (станом на 01.06.2019) [254].

Рада Європи. Досить важливу роль в інституційному механізмі охорони здоров'я на європейському континенті займає Рада Європи (*анг. Council of Europe*), яка приділяє належну увагу питанням охорони здоров'я вже з перших років своєї діяльності. Так, компетенція РЄ у сфері охорони здоров'я ґрунтується на положеннях п. «а» ст. 1 Статуту Ради Європи: «Метою Ради Європи є досягнення більшої єдності між її членами задля захисту і здійснення ідеалів та принципів, які є загальним надбанням, і сприяння їх економічному і соціальному прогресу» [155, с. 11].

В рамках РЄ задля реалізації зазначених завдань у сфері охорони здоров'я створені та функціонують: Європейський комітет з питань охорони здоров'я; Європейський директорат з якості лікарських засобів для охорони здоров'я; Керівний комітет з біоетики; Комісія Європейської фармакопеї.

Європейський комітет з питань охорони здоров'я був заснований у 1954 р. Метою його створення став розвиток співробітництва й обмін досвідом між державами-членами РЄ. Крім нього, функціонують ще два експертні комітети, такі як Комітет експертів з доброзичливого ставлення до дитини, медичної допомоги та Комітет експертів з реалізації принципів ефективного управління

[233].

Окрім того, з 1950-х рр. в рамках РЄ відбуваються зустрічі на рівні експертів для обговорення питань, які становлять взаємний інтерес для всіх держав-членів. Також, РЄ виділяє гранти на дослідження, організовує курси спеціальної підготовки лікарів. Розробляючи питання політики у сфері охорони здоров'я, РЄ проводить консультації з експертами й спеціалістами усіх держав-членів і співпрацює з іншими МО, у тому числі ВООЗ та ЄС. РЄ працює як над питаннями загальної політики охорони здоров'я, так і над спеціалізованими темами, наприклад, переливання крові або трансплантація органів.

Договірною основою для діяльності РЄ в сфері охорони здоров'я є Часткова угода у сфері соціальної та суспільної охорони здоров'я (*англ.* Partial Agreement in the Social and Public Health Field), яку було укладено у 1959 р. [297]. Вона є базою для розвитку співробітництва між її учасниками і охоплює широке коло питань: від реабілітації і соціальної адаптації інвалідів до захисту здоров'я споживачів.

В рамках РЄ також були розроблені та прийняті наступні документи у сфері охорони здоров'я:

- Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології і медицини 1997 р. (ETS №164) [220];
- Додатковий протокол до Конвенції про захист прав людини і гідності людської істоти в зв'язку з використанням досягнень біології та медицини, що стосується заборони клонування людських істот 1998 р. (ETS №168) [191];
- Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини 2002 р. (ETS №186) [188];
- Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину в галузі біомедичних досліджень 2005 р. (ETS №195) [189];

– Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину щодо генетичного тестування в медичних цілях 2008 р. (ETS №203) [190];

– Конвенція про розробку Європейської фармакопеї 1964 р. (ETS №50) [221].

Крім того, окремі норми в сфері охорони здоров'я містяться і в інших міжнародно-правових актах, прийнятих в рамках РЄ. Наприклад, ст. 11 Європейської соціальної хартії покладає на держави зобов'язання стосовно:

- 1) усунення, у міру можливості, причин слабого здоров'я;
- 2) створення та функціонування консультативних та просвітницьких служб, що сприяють поліпшенню здоров'я населення і підвищенню особистої відповідальності людей у питаннях здоров'я;
- 3) запобігання, у міру можливості, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням, а також нещасним випадкам [224].

З 1981 р. регулярно проводяться конференції міністрів охорони здоров'я держав-членів РЄ, які мають на меті проведення політики, що відповідає новим викликам у сфері охорони здоров'я. В ході цих конференцій опрацьовуються ідеї, які потім реалізуються в Європейському комітеті з питань охорони здоров'я, а їхні підсумкові документи визначають пріоритети на майбутнє. Розглядаються такі важливі теми як пропаганда здорового способу життя, душевне здоров'я, рівноправність пацієнтів в умовах реформи охорони здоров'я, вплив старіння населення на систему охорони здоров'я та ін.

Прийнята у 1996 р. Європейська соціальна хартія (переглянута) підтвердила зобов'язання держав у сфері охорони здоров'я, які були покладені на них ще Європейською соціальною хартією 1961 р. (ст. 11) [45, с.117-118].

Керівний комітет з біоетики розробляє основні документи РЄ у сфері біоетики які в подальшому затверджуються Парламентською Асамблеєю і Комітетом Міністрів РЄ, а також вивчає правові проблеми і питання, які

стосуються прав людини у зв'язку з розвитком біомедицини [294].

Що стосується Комісії Європейської фармакопеї, яка виступає спеціалізованим органом РЄ, утвореним відповідно до Конвенції 1964 р., на неї покладено обов'язок з підготовки офіційних описів, що вміщують дані з докладного змісту речовин, які використовуються для виготовлення лікарських засобів, яких повинні дотримуватись держави, що підписали Конвенцію 1964 р. [221].

У свою чергу, Європейський директорат з якості лікарських засобів для охорони здоров'я, який також є спеціалізованим органом РЄ, відповідає за функціонування Технічного секретаріату Європейської фармакопеї та забезпечення якості і доступності лікарських засобів та медичної допомоги. [121, с. 356]

Варто відзначити, що РЄ має обов'язок координувати свою роботу з діяльністю відповідних МО, зокрема, з ВООЗ. Першою правовою підставою взаємодії між РЄ та ВООЗ стала угода про співробітництво між Генеральним Секретарем РЄ і Директором Європейського регіонального бюро ВООЗ (далі - ЄРБ ВООЗ) у формі листів 1952 р. Документом визначено, що мета діяльності РЄ, як визначено в ст. 1 Статуту, може бути досягнута шляхом взаємодії між двома організаціями. Угодою визначено і такі форми співробітництва, а саме: обмін інформацією; проведення спільних консультацій; участь представників двох МО на засіданнях своїх відповідних органів; технічне співробітництво [200].

Окрім тісного співробітництва між МО спостерігаються і певні дискусійні моменти. Особливо це стало явним під час пандемії так званого «свинячого грипу» (вірус A1/H1N1). Тоді Парламентська асамблея РЄ назвала епідемію «свинячого грипу» головним медичним скандалом століття і вирішила провести слухання з цього питання. Головою Комітету РЄ з охорони здоров'я відкрито було звинувачено ВООЗ у змові з великими фармацевтичними компаніями. За

його словами, ВООЗ оголосила пандемію «свинячого грипу», змінивши для цього саме визначення поняття «пандемія» [115].

Незважаючи на це, РЄ та ВООЗ і надалі тісно співпрацюють, ще у червні 2001 р. була укладена тристороння угода між РЄ, Європейською Комісією (далі - ЄК) та ВООЗ. Згодом у 2011 р. - Меморандум про взаєморозуміння між РЄ та ВООЗ, Конфіденційна угода про обмін інформацією [206].

Таким чином, підсумовуючи, можемо виділити, що РЄ сприяє гуманізації у сфері охорони здоров'я шляхом тісного співробітництва з іншими МО, зокрема з ВООЗ як спеціалізованою інституцією в даній сфері.

Європейський Союз (ЄС). На Європейському континенті, окрім РЄ, деякі питання у сфері охорони здоров'я входять і у компетенцію інтеграційного об'єднання *sui generis* - ЄС. Так, у ст. 168 (п.1) Договору про функціонування Європейського Союзу 2007 р. виділено, що діяльність ЄС, що доповнює національні політики, спрямована на поліпшення охорони громадського здоров'я, а також охоплює боротьбу проти тяжких хвороб, сприяючи дослідженню їхніх причин, шляхів поширення та методів запобігання цим хворобам, а також інформаційну та освітню роботу у питаннях охорони здоров'я та моніторингу, раннього виявлення і боротьби проти серйозних транскордонних загроз здоров'ю. Також ст. 168 п. 3 підкреслює, що ЄС та держави-члени заохочують співпрацю з третіми державами та компетентними МО у сфері охорони громадського здоров'я [216, с. 122-123].

Сьогодні ЄС співпрацює з багатьма МО для розробки, впровадження та просування своєї програми охорони здоров'я. Конкретні домовленості про співробітництво між ЄС існують як з РЄ, так і з ВООЗ.

Оскільки економічна криза призвела до поглиблення фінансових і соціальних нерівностей, вона зумовила появу в європейських державах-членах ряду гострих проблем щодо здоров'я, які несуть з собою загрозу для соціального і економічного процвітання. Досягнення загальних цілей вимагає тісного

співробітництва та узгодженості політики [240].

ЄС - це природний і основний партнер ЄРБ ВООЗ. Понад половину держав-членів Європейського регіону ВООЗ або входять до складу ЄС, або прагнуть до цього. Основний партнер ЄРБ ВООЗ в ЄС - це Європейська Комісія (далі - ЄК), яка виконує ключові адміністративні, виконавчі, законодавчі і юридичні функції.

Доцільно відзначити, що співробітництво між ЄК та ВООЗ ґрунтується на обміні листами від 2001 р., в якому визначені загальні принципи, цілі та процедури, включаючи регулярні офіційні зустрічі на вищому рівні. А починаючи вже з 2005 р. ЄК співпрацює з ВООЗ у ряді політичних проєктів, фінансуючи програми охорони здоров'я ЄС. Також ЄК бере участь як спостерігач у щорічних засіданнях Виконавчого комітету ВООЗ (далі – Виконкому) та Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я (далі – Асамблея) в Женеві, а також у щорічних зустрічах Європейського регіонального комітету ВООЗ. У співпраці з Європейською службою зовнішніх дій (EEAS) ВООЗ працює з державами ЄС для підготовки спільних заяв і для обговорення текстів з іншими державами. Крім того, ЄК бере участь у регулярних консультаціях, які організовує ВООЗ, працюючи над забезпеченням узгодженості між політикою та діями обох сторін.

ЄРБ ВООЗ також тісно співпрацює з Європейською Радою (через механізм головування держав), з Європейським Парламентом і відповідними установами ЄС, зокрема з наступними:

- Європейським центром профілактики та контролю захворювань (ECDC);
- Європейським агентством з лікарських засобів (EMA);
- Європейським управлінням з безпеки харчових продуктів (EFSA);
- Європейським агентством з навколишнього середовища (ЄАНС);
- Європейським центром з моніторингу наркотиків і наркоманії (EMCDDA);
- Європейською асоціацією корпоративної безпеки (ECSA);

- Європейським агентством з охорони здоров'я і безпеки на робочому місці (EU-OSHA);
- Євростатом [116].

Сучасне співробітництво між ЄС та ВООЗ відбувається на трьох географічних рівнях:

- у штаб-квартирі ВООЗ у Женеві з питань глобального значення;
- Європейським регіональним бюро ВООЗ (у м. Копенгагені) з європейських питань;
- з державами (співпраця на рівні держави).

Окрім цього, існує і 3 рівні зустрічей: політичний, вищий керівний і технічний.

На сьогодні, ЄС активно бере участь в обговоренні та вирішенні багатьох питань охорони здоров'я. Так, наприклад, в березні 2010 р. було прийнято рішення Ради щодо його ролі в охороні здоров'я з метою підвищення ефективності вкладу ЄС, особливо в роботу по досягненню «Цілей розвитку тисячоліття». Також ЄК активно брала участь у переговорах щодо РКБТ ВООЗ та Міжнародних медико-санітарних правил і підтримувала їх виконання.

У 2015 р. ЄК та ЄРБ ВООЗ підтвердили свої зобов'язання щодо підтримки та розширення співробітництва та спільної взаємодії над забезпеченням кращого стану здоров'я в Європі. Новий акцент був зроблений на важливості міжсекторального співробітництва для досягнення цілей політики в сфері охорони здоров'я, а також на практичних шляхах визначення та реалізації спільних дій [240].

Африканський Союз. Питання забезпечення охорони здоров'я відіграють важливу роль і у діяльності АС. Згідно АС Установчого Акту (Статуту АС), на Виконавчу Раду покладено обов'язок координувати дії і приймати рішення у різних сферах, включаючи освіту, науку, охорону здоров'я (ст. 18 п. h) [217].

Враховуючи той факт, що на африканському континенті є наявність великої

кількості нагальних проблем, то в рамках своєї діяльності, АС, в сфері охорони здоров'я не набрала такого розмаху, як в рамках РЄ та ЄС. Однак, значні кроки в налагодженні співробітництва між ВООЗ та АС все ж таки зроблені. Так, у 2012 р. була підписана угода про співробітництво між Комісією АС та ВООЗ з метою укріплення співробітництва. Даним договором регламентовано сфери, пріоритети, напрями співпраці.

Угодою між АС та ВООЗ також визначено наступні форми співробітництва, а саме:

- Комісія АС та ВООЗ обмінюються інформацією, пов'язаною з діяльністю з тематики, що представляє взаємний інтерес (ст. 6);

- представники різних органів ВООЗ та АС запрошуються для участі у сесіях, конференціях, нарадах один одного, на обговорення питань, що представляють спільний інтерес без права голосу;

- Голова Комісії АС і Генеральний директор ВООЗ консультуються один з одним, з метою досягнення координації та можливо найбільш широкого застосування відповідних інструментів та інших документів, прийнятих обома сторонами;

- здійснюються відповідні заходи для забезпечення тісного зв'язку і співробітництва між посадовими особами двох сторін. З цієї метою кожна Організація призначає посадову особу для відстеження ходу роботи по співпраці та координації дій з різних питань (ст. 7) [194].

Крім цього, на спільній зустрічі, що відбулася 10 жовтня 2018 р. (м. Браззавіль), ВООЗ та Комісія АС, через Африканські центри з контролю та профілактики захворювань, підтвердили свої наміри щодо зміцнення зв'язків у вирішенні проблем зі здоров'ям, що стоять перед африканським континентом. ВООЗ та АС також погодилися на створення спільного робочого плану на 2019-2020 рр., який детально визначає напрями співробітництва у реалізації пріоритетних заходів на африканському регіоні. Організації також підкреслили

важливість наявності основних цінностей та прагнення для тісної співпраці, і домовилися про регулярні зустрічі та телеконференції на різних рівнях [302].

Таким чином, розглянувши правові основи діяльності МО та окремі міжнародно-правові аспекти співробітництва між МКВМ, СОТ, ПАООЗ, РЄ, ЄС, АС та ВООЗ, слід зазначити, що інституційний механізм співробітництва з питань охорони здоров'я є досить розгалуженим і охоплює як універсальні, так і ряд регіональних МО. Однак, центральне місце в ньому займає ВООЗ як спеціалізована МО в сфері охорони здоров'я.

В теорії міжнародного права є багато різноманітних підходів для того, щоб показати місце певної організації в системі міжнародних відносин. На нашу думку, найбільш прийнятним у цьому плані є аналіз функцій, які вона виконує. Саме цей підхід ми використаємо для визначення місця ВООЗ в інституційному механізмі співробітництва в сфері охорони здоров'я.

В доктрині міжнародного права існує ціла низка класифікацій функцій МО. Наприклад, В. Моравецький виділяє три такі функції: регулюючу, контрольну, оперативну [104, с. 90].

З цією класифікацією погоджуються інші вчені, зокрема В. Живарьов [88, с. 43] та І. Лукашук [90, с. 35]. Тим не менш, слід зазначити, що дана класифікація є достатньо узагальненою. В практиці міжнародно-правових відносин, МО можуть бути наділені значно більшим (кількісно) спектром функцій. Проте, ці три функції є свого роду родовими і решта функцій МО, встановлених їх установчими договорами, належать до однієї з цих категорій (тобто є оперативними, регулюючими або контрольними).

У випадку ВООЗ необхідно зазначити, що функції Організації встановлено у ст. 2 Статуту ВООЗ, де перераховано загалом 22 функції [219, с. 2-3]. Більшість з них є достатньо детальними і належать до одного роду діяльності. А тому доцільним видається об'єднати їх і розглядати в окремих групах, а не кожную функцію зокрема.

Саме тому, проаналізувавши доктрину міжнародного права і практику діяльності ВООЗ в сфері охорони здоров'я основними функціями ВООЗ можна назвати:

- дирекційно-координаційну функцію;
- правотворчу (нормативну) функцію;
- науково-дослідницьку функцію;
- функцію надання гуманітарної, медичної та іншої допомоги;
- інформаційну функцію та ін.

Така класифікація, на наше переконання, видається виправданою і обґрунтованою, оскільки в достатній мірі дозволяє дослідити весь спектр діяльності ВООЗ. Задля цього необхідно більш детально розкрити зміст кожної з цих функцій.

Дирекційно-координаційна функція. Названа функція, в рамках якої на ВООЗ покладаються зобов'язання щодо організації та керівництва міжнародним співробітництвом в сфері охорони здоров'я, є чи не головною серед функцій Організації. Від її ефективної реалізації, в першу чергу, залежить адекватне і своєчасне реагування на ті проблеми, які постають в світі через виникнення загроз життю і здоров'ю населення планети.

В Главі II Статуту ВООЗ міститься ціла низка положень, які розкривають зазначену функцію Організації шляхом конкретизації її змісту:

- діяти як керівний і координуючий орган у міжнародній співпраці з охорони здоров'я;
- встановити і підтримувати ефективне співробітництво з ООН, зі спеціалізованими установами, з урядовими установами з охорони здоров'я, з професійними групами та з іншими організаціями, які для цього виявляться придатними;
- заохочувати і розвивати роботу з боротьби з епідемічними, ендемічними та іншими хворобами;

- співпраці, де це є необхідним, з іншими спеціалізованими установами сприяти запобіганню нещасним випадкам;
- сприяти співробітництву між науковими і професійними групами, які беруть участь у розвитку питань охорони здоров'я [219, с. 2-3].

Названі пункти визначають широкий спектр діяльності для ВООЗ в рамках міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я. Вони мають на меті впровадження як координаційних механізмів, так і механізмів, які б сприяли зародженню та розвитку відповідного співробітництва. В цьому переліку містяться і прямі вказівки стосовно того, в яких напрямках має реалізовуватися директивно-координаційна функція.

Практична реалізація названих заходів в межах міжнародного співробітництва передбачає організацію своєчасного реагування світової спільноти на певні виклики. Прикладом такої ситуації може виступати боротьба з епідемією ВІЛ-СНІД у світі, старт якої відбувся під егідою ВООЗ.

Як відомо, перший випадок захворювання на ВІЛ-СНІД було зафіксовано у 1981 р. Коли після низки наукових досліджень і спостережень стало зрозуміло, що ця проблема набуває глобального масштабу, ВООЗ розпочала комплекс заходів для зупинення цієї епідемії і боротьби з нею.

Відповідно, з 1987 р. ВООЗ почала заохочувати держави до створення національних комітетів з питань ВІЛ-СНІДу з координуючими функціями. Ці комітети були покликані залучати до ефективної протидії епідемії різні урядові структури й недержавні організації. Очікувалося, що нові структури підпорядковуватимуться президенту чи прем'єр-міністру [151, с. 28].

ВООЗ координує діяльність держав і виступає з ініціативами, також і у інших випадках та напрямках своєї діяльності в сфері охорони здоров'я. Такими є, для прикладу, боротьба з тютюнопалінням, наркозалежністю, хронічним алкоголізмом та ін.

Важливою формою реалізації даної функції в рамках ВООЗ також є

розробка т. зв. «глобальних стратегій». Окрім «Глобальної стратегії» по боротьбі з ВІЛ-СНІД, Організація розробила також низку інших комплексних заходів, наприклад «Глобальну стратегію скорочення шкідливого вживання алкоголю» 2010 р.

У вказаній Стратегії йдеться, зокрема, про те, що вона «покликана служити керівництвом для дій на всіх рівнях; визначити пріоритетні сфери для глобальних дій і рекомендувати комплекс варіантів і заходів, які можна було б розглянути на предмет здійснення і скорегувати відповідним чином на національному рівні з урахуванням таких національних обставин, як релігійний і культурний контекст, національні пріоритети у сфері суспільної охорони здоров'я, а також ресурси, потенціал і можливості» [29].

Проаналізувавши зміст цього положення, можна визначити основні аспекти реалізації дирекційно-координаційної функції через цю форму. Такими зокрема, є рекомендація заходів, визначення пріоритетних напрямів та ін. Характерною особливістю, з точки зору реалізації цієї функції, є те, що ці стратегії не просто встановлюють ті чи інші дії, але й враховують релігійний і культурний контекст, національні пріоритети у сфері суспільної охорони здоров'я, а також ресурси, потенціал і можливості.

Серед інших аналогічних документів, які були розроблені експертами ВООЗ за останні роки, варто виділити наступні: Керівні принципи співробітництва служб по боротьбі з туберкульозом і ВІЛ-СНІД для надання допомоги споживачам ін'єкційних та інших наркотиків: інтегрований підхід 2008 р.; Доповідь про профілактику дитячого травматизму 2008 р.; Практичний посібник з використання переліку ВООЗ з хірургічної безпеки 2009 р.; Рекомендації зі збагачення пшеничного та кукурудзяного борошна. Доповідь наради: попередньо узгоджена думка 2009 р; Глобальні рекомендації з фізичної активності для здоров'я 2010 р.; Рекомендації щодо забезпечення інвалідними кріслами-колясками з ручним керуванням в умовах обмежених ресурсів 2010 р.

[248].

Для ефективного виконання дирекційно-координаційної функції важливим є її нормативне забезпечення в рамках правотворчої функції Організації. Багато актів, прийнятих органами ВООЗ, можна віднести до таких, що безпосередньо прийняті на виконання цієї функції.

Так, можна назвати, зокрема, резолюцію Асамблеї ВООЗ № 59/22 «Готовність до надзвичайних ситуацій і відповідні заходи від 27 травня 2006 р.». Асамблея зокрема «пропонує державам-членам і далі зміцнювати національні програми зниження небезпеки, забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій, реагування та відновлення за допомогою відповідних законодавчих, технічних, фінансових заходів та заходів у сфері матеріально-технічного забезпечення з особливим наголосом на розвиток систем охорони здоров'я та на забезпечення життєстійкості громад» [277].

Крім того, міжнародно-правові акти в межах виконання зазначеної функції можуть стосуватися також і конкретних ситуацій. Підтвердженням цього є резолюції Асамблеї ВООЗ № 59/3 «Медико-санітарні умови на окупованій палестинській території, включаючи Східний Єрусалим і окуповані сирійські Голани» від 27 травня 2006 р. [278] та № 58/1 «Заходи в галузі охорони здоров'я, пов'язані з кризами і катастрофами, з особливим акцентом на землетруси і цунамі, що відбулися 26 грудня 2004 р.» від 20 травня 2005 р. [276].

В рамках ВООЗ існують окремі підрозділи, які безпосередньо виконують дирекційно-координаційні завдання. Таким є, зокрема, Департамент медико-санітарних дій в умовах кризи. Основною метою його діяльності є поліпшення роботи з державами-членами та іншими зацікавленими сторонами для мінімізації страждань і випадків смерті під час криз, а також захисту і відновлення систем під час виникнення кризових ситуацій. Крім того, в системі Організації існує посада помічника Генерального директора ВООЗ з медико-санітарних дій в умовах кризи.

Правотворча (нормативна) функція (дет. див. підр. 2.3).

Науково-дослідницька функція. Вона виступає невід'ємним елементом функціонування міжнародних інституцій в сфері охорони здоров'я. Окремі її прояви мали місце практично з часу їх створення та початку їх діяльності. Так, у 1922 р. Міжнародне бюро громадської гігієни було учасником створення першого міжнародного стандарту - дифтерійного анатоксину, а в 1930 р. за збереження цього стандарту почав відповідати відділ при Державному інституті сироваток у м. Копенгаген (Данія) [10, с. 153].

Функції проведення досліджень та їх сприянню у сфері охорони здоров'я і співробітництва між науковими і професійними групами, які беруть участь у розвитку питань охорони здоров'я, закріплені в Статуті ВООЗ. Для виконання функцій на Асамблею ВООЗ покладається обов'язок персоналу Організації сприяти проведенню і проводити дослідження у сфері охорони здоров'я власними силами, створювати свої власні установи або шляхом співробітництва з офіційними чи неофіційними установами будь-якої держави-члена за згодою її уряду (п. j, к ст. 18) [219, с. 6-7].

В системі центральних органів ВООЗ функціонує Департамент дослідницької політики та співробітництва. Він відповідає за встановлення офіційних відносин і взаємодію з науковими інститутами та медичними установами для належної реалізації науково-дослідницької функції Організації.

Крім центральних органів Організації, відповідні функції делегуються також і регіональним. Так, регіональні комітети ВООЗ мають надавати рекомендації щодо проведення досліджень з питань охорони здоров'я, які на думку регіонального комітету, сприяли б досягненню цілей Організації в межах регіону [219, с. 13].

Таким чином, Статут ВООЗ передбачає дві форми реалізації науково-дослідницької функції Організації:

- проведення наукових досліджень персоналом ВООЗ у власних

дослідницьких установах;

- проведення наукових досліджень в рамках співробітництва з державами-членами в урядових чи неурядових дослідницьких установах, що розташовані на їх території.

Як відзначає К.І. Каркіщенко, співпраця з національними дослідницькими інститутами держав-членів є оптимальним способом реалізації цієї функції, а не створення власних дослідницьких лабораторій, що важко здійснити з фінансової точки зору [57, с. 103]. На нашу думку, перша форма має свою перевагу, насамперед в тому плані, що власні науково-дослідницькі установи ВООЗ будуть менш залежними від ризиків потрапити під фінансову чи іншу залежність від комерційних структур, насамперед фармацевтичних компаній, що може трапитися з науковими інститутами на національному рівні.

Для отримання статусу центру, що співпрацює з ВООЗ, установа повинна виконувати функції, які сприяють виконанню цілей Організації, імплементації її програм, або ж бути науково-дослідною установою, яка вже визнана міжнародним співтовариством. Рішення про надання статусу співпраці центру ВООЗ приймається після консультацій з урядом держави приналежності та за згодою глави відомства, до якого належить ця установа, або директора, якщо установа є незалежною. Спочатку заклад отримує статус терміном на 4 роки, який може бути продовжений. Надання установі статусу центру співпраці не означає, що автоматично буде відбуватись фінансування зі сторони ВООЗ. Гранти можуть бути виділені за умови виконання спеціальних робіт, пов'язаних з програмою ВООЗ [57, с.103-104].

Центрами, що співпрацюють з ВООЗ, є установи, такі як науково-дослідні інститути, відділення університетів або академічних установ, призначені Генеральним директором для проведення діяльності з підтримки програм Організації. Станом на сьогодні існує більше 800 центрів, що співпрацюють з ВООЗ в понад як 80 державах. Вони співпрацюють з ВООЗ в таких сферах як

сестринська справа, професійна гігієна, інфекційні хвороби, психічне здоров'я, хронічні захворювання і технології охорони здоров'я [154].

В Україні створено державну установу «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України», у зв'язку з аварією на Чорнобильській атомній електростанції, який почав функціонувати 1 жовтня 1986 р. Саме цей Центр співпрацює з ВООЗ в мережі медичної готовності та допомоги при радіаційних аваріях [40]. Медичне реагування на радіаційні надзвичайні ситуації в Україні здійснюється у структурі мережі ВООЗ щодо забезпечення медичної готовності та допомоги при радіаційних надзвичайних ситуаціях – (*анг.* The WHO's Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance Network, REMPAN), яка служить платформою для обміну досвідом, інформацією та належної практики в співтоваристві професіоналів і забезпечує доступ до технічних знань для держав, де такі ресурси поки відсутні [7, с. 23-27].

За результатами досліджень, проведених під егідою ВООЗ, готуються спеціальні доповіді та висновки, які в подальшому публікуються. Як приклад такої публікації, виданої за результатами проведених в рамках ВООЗ наукових досліджень, можна навести видання «Боротьба зі стійкістю до антибіотиків з позицій безпеки харчових продуктів в Європі». В ній розглянуто можливості попередження та стримування стійкості до антибіотиків у харчовому ланцюгу за допомогою як національної координації, так і міжнародного співробітництва, включаючи регламентацію і скорочення застосування антибіотиків у сільськогосподарських тварин, підготовку фахівців і нарощування потенціалу, нагляд за тенденціями в резистентності та застосуванні антибіотиків, розповсюдження інформації та проведення наукових досліджень, а також освітню та роз'яснювальну роботу для привернення уваги до проблеми [15].

Функція надання допомоги. Виникнення ситуацій, в ході яких постає потреба у наданні медичної, гуманітарної чи іншої допомоги є доволі

поширеним явищем у сучасному світі. Вирішення цих проблем та надання такої допомоги є однією з функцій ВООЗ.

В Статуті ВООЗ міститься декілька положень, які передбачають повноваження Організації щодо надання допомоги в ситуаціях, коли це буде необхідним. Змістом вказаної функції можна вважати її дії, котрі направлені на те, щоб:

- допомагати урядам на їхнє прохання в зміцненні служб охорони здоров'я;
- надавати потрібну технічну допомогу і в екстрених випадках необхідну допомогу на прохання або за згодою відповідного уряду [219, с. 2].

Підтвердженням практичної реалізації зазначеної функції можна вважати надання ВООЗ допомоги державам, що розвиваються, у боротьбі зі свинячим грипом у 2009 р. Організація на той час безоплатно передала в розпорядження 72-х держав, що розвиваються, 2,4 млн. доз препарату «Таміфлю» для лікування від вірусу грипу А/Н1N1 (свинячий грип) в якості подарунку від виробника медичних препаратів Roche Holding AG [23].

Крім надання гуманітарної чи медичної допомоги, ВООЗ може також вживати і інші заходи в рамках реалізації даної функції. Так, у грудні 2011 р., після завершення збройного протистояння в Лівії, Організація закликала витратити кошти з заморожених лівійських рахунків, що належали екс-лідеру Лівії Муамару Каддафі і його оточенню, на організацію гуманітарної допомоги для цивільного населення Лівії. В результаті, влада Нідерландів прийняли рішення передати ВООЗ 143 млн. доларів США з заморожених рахунків колишнього керівництва Лівії. За заявою офіційного представника уряду Нідерландів, ці кошти були витрачені на медикаменти та хірургічне обладнання для лікарень в тих районах Лівії, які контролювалися повстанцями [112].

Сюди ж слід віднести надання ВООЗ Україні допомоги для забезпечення належного функціонування закладів охорони здоров'я на території Донецької та

Луганської областей та захисту осіб, постраждалих внаслідок збройного конфлікту в 2014 р. В рамках допомоги Україна отримала необхідні медикаменти та обладнання, в тому числі, так звані «набори від травм». Також ВООЗ розробляє комплексну систему заходів для збільшення оперативності та ефективності своєї роботи на території України [166, с. 825].

Інформаційна функція. Ця функція має важливе значення в умовах формування інформаційного (пост-індустріального) суспільства на сучасному етапі розвитку людства. Поява нових технологій дозволяє легше і швидше обмінюватися інформацією та за їх допомогою вирішувати більшу кількість проблемних питань. Саме тому закріплення відповідних повноважень ВООЗ в її Статуті та їх ефективна реалізація є надзвичайно важливими і від ефективності її реалізації залежить повноцінне здійснення компетенції Організації.

Окрім того, важливою складовою зазначеної функції є освітній елемент. Інформування держав-членів та відповідних організацій у сфері охорони здоров'я про сучасні санітарно-епідеміологічні проблеми, нові розробки в медико-фармацевтичній сфері з метою їх кращої обізнаності, широкомасштабна пропаганда здорового способу життя та профілактики, наприклад у випадку боротьби з тютюновою, алкогольною, наркотичною залежністю, боротьби з поширенням ВІЛ-СНІД та ін. теж є суттєвим напрямом діяльності ВООЗ.

В Статуті ВООЗ закріплено низку повноважень Організації в інформаційній сфері. З-поміж іншого, такими є повноваження:

- надавати інформацію, поради та допомогу в галузі охорони здоров'я (ст. 2 п. q);
- сприяти розвитку інформованості громадськості усіх держав з питань охорони здоров'я (ст. 2 п. r) [219, с. 3].

Інформаційна складова є невід'ємним елементом діяльності ВООЗ. Наприклад, в «Глобальній стратегії щодо скорочення шкідливого вживання алкоголю», з-поміж іншого також встановлюються завдання щодо:

- підвищення глобальної поінформованості про масштаби і характер проблем охорони здоров'я, соціальних та економічних проблем, викликаних шкідливим вживанням алкоголю, і посилення рішучості урядів діяти у зв'язку зі шкідливим вживанням алкоголю;

- посилення бази знань про масштаби шкоди, пов'язаної з алкоголем та про ефективні заходи щодо скорочення і попередження такої шкоди [29].

Інституційним інструментом реалізації цієї функції є спеціальний підрозділ ВООЗ - Центр стратегічних медико-санітарних операцій імені Лі Чон-Бука (*англ.* JW Lee Centre for Strategic Health Operations, далі - ЦСМСО). Він названий в честь видатного корейського медика, який з 2003 р. і до кінця свого життя був Генеральним директором ВООЗ. Саме він виступив ініціатором створення ЦСМСО у липні 2003 р.

Вперше ЦСМСО був задіяний при координації реагування на надзвичайну ситуацію, що склалася в результаті цунамі в Тихому океані 26 вересня 2004 р. Він є керівним центром, що забезпечує уніфіковану координацію дій у відповідь на кризи у сфері охорони здоров'я, включаючи спалахи інфекційних хвороб, стихійні лиха та хімічні надзвичайні ситуації. Це центр з оповіщення і дій у відповідь, що поєднує останні технології в галузі інформації та зв'язку для підтримки операцій, що проводяться на місцях, і поліпшення співробітництва з державами-членами і технічними партнерами в рамках зовнішніх мереж [175].

Серед інструментів зазначеної функції також варто виділити Глобальну мережу попередження про спалахи хвороб та дії у відповідь (*англ.* Global Outbreak Alert & Response Network). Вона об'єднує кадрові та технічні ресурси, інститутів та мереж для швидкого визначення та підтвердження спалахів хвороб, що мають міжнародне значення, і реагування на них. Мережа забезпечує оперативне застосування спеціальних знань і досвіду з метою підтримки міжнародного співтовариства в стані постійної готовності до загрози спалахів хвороб і прийняття відповідних заходів у відповідь.

Серед партнерів названої Глобальної мережі варто виділити такі структури, як наукові інститути у державах-членах, ініціативи у сфері медицини та епіднадзора, регіональні технічні мережі, мережі лабораторій, установи системи ООН (наприклад, Дитячий фонд ООН (далі – ЮНІСЕФ)), Міжнародний комітет Червоного Хреста (далі - МКЧХ) та міжнародні гуманітарні неурядові організації (наприклад, Лікарі без кордонів, Міжнародний комітет порятунку, Мерлін і Епіцентр та ін.). ВООЗ зазначає, що Глобальна мережа відкрита для участі технічних інститутів, мереж і організацій, що мають потенціал для сприяння міжнародним зусиллям щодо оповіщення про спалахи хвороб та відповідних дій [28].

Елементом інформаційної функції є також попередження про загрозу життю і здоров'ю людей через спалахи захворювань та епідемій. Таке інформування здійснюється як через офіційні канали, так і за допомогою загальнодоступних джерел інформації, наприклад, через мережу Інтернет. З цією метою на офіційному сайті ВООЗ постійно розміщується і оновлюється інформація про спалахи хвороб по всьому світу.

На сайті ВООЗ діє спеціальний розділ «Глобальне попередження і дії у відповідь» (*англ.* Global Alert and Response), в якому і розміщується такого роду інформація. В цьому розділі зазначається, що метою його функціонування є те, що ВООЗ продовжує стежити за розвитком ситуацій в сфері інфекційних хвороб, подавати сигнали тривоги тоді, коли це необхідно, допомагати своїм досвідом і знаннями, а також організовувати відповідні заходи для захисту населення від наслідків епідемій, яким би не було їх джерело і де б вони не відбувалися [122].

Прикладом такого інформування, зокрема, може служити інформація, розміщена 1 грудня 2011 р., про спалах жовтої лихоманки на території африканської держави Сенегал. В цьому інформаційному повідомленні, зокрема йшлося про те, що Міністерство охорони здоров'я (далі – МОЗ) Сенегалу

повідомило ВООЗ про три випадки жовтої лихоманки і про заходи, які планується вжити для боротьби з цим спалахом [47].

Крім того, варто відзначити існування низки періодичних видань під егідою ВООЗ. Така практика існувала ще в часи функціонування попередниці ВООЗ – Організації охорони здоров'я Ліги Націй. Вказана організація була видавцем «Щотижневого бюлетеня» і «Щотижневика епідемічних захворювань». У цих виданнях повідомлялося про те, в якому стані знаходиться епідеміологічна обстановка в різних державах за показниками захворюваності різними хворобами, а також констатувалися демографічні показники рівня народжуваності та смертності, що допомагало зробити висновки про здоров'я націй [10, с. 154].

Що стосується ВООЗ, такими виданнями, зокрема, є:

- «Бюлетень Всесвітньої організації охорони здоров'я» - щомісячний журнал, який складається з рецензованих наукових статей;
- «Медичний журнал Східного Середземномор'я», який випускається Регіональним бюро ВООЗ для країн Східного Середземномор'я і висвітлює політику і наукові дослідження в цьому регіоні;
- «Панамериканський журнал громадської охорони здоров'я», який випускається Панамериканською організацією охорони здоров'я та містить технічні та аналітичні статті;
- «Щотижнєве епідеміологічне зведення», де міститься епідеміологічна інформація про випадки захворювання і спалахи інфекційних хвороб;
- «Інформація ВООЗ про лікарські засоби»: щоквартальний журнал на фармацевтичну тематику, що публікує матеріали, пов'язані з розробкою та регулюванням ліків [174, с. 70-71].

Підсумовуючи вищевикладене, можна зробити наступні висновки.

У світі функціонує ціла низка інших МО, які діють в медичній сфері. Можна констатувати, що протягом більш ніж 150 років міжнародного

співробітництва в сфері охорони здоров'я, було створено відповідний інституційний механізм. Він пройшов тривалу еволюцію, і наразі включає цілу низку МО: як тих, що наділені спеціальними повноваженнями у сфері охорони здоров'я, так і тих, які побічно торкаються цих питань в ході своєї діяльності. Такі організації функціонують як на універсальному (СОТ), так і на регіональному рівнях (РС, ЄС, АС, ПАООЗ) що, в свою чергу сприяє більш широкому та різноманітному міжнародному співробітництву. Крім того, відбувається робота з налагодження міждержавної співпраці в окремих сферах охорони здоров'я, зокрема у сфері військової медицини. Результатом цієї роботи стало створення МКВМ, який успішно функціонує і сьогодні.

ВООЗ є центральним елементом міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я. Функції, закріплені в установчому договорі ВООЗ, є невід'ємною характеристикою її як МО. В доктрині міжнародного права виділяють такі види функцій МО: регулятивні, оперативні і контрольні.

В Статуті ВООЗ закріплено широкий перелік функцій, якими вона наділена. Якщо проаналізувати їх, то основними можна назвати: правотворчу (нормативну), дирекційно-координаційну, інформаційну, функцію надання допомоги та науково-дослідницьку функцію. Ці функції в повній мірі розкривають зміст та характер діяльності зазначеної Організації.

Дирекційно-координаційна функція полягає в організації та координації міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я. Вказана функція реалізується як серед держав-членів Організації, так і серед інших міжнародних міжурядових та неурядових організацій. Головний зміст цієї функції, в першу чергу, складається з адекватного і своєчасного реагування на ті проблеми, які постають в світі через виникнення загроз життю і здоров'ю мешканців планети.

Науково-дослідницька функція є однією з найдавніших функцій у діяльності МО в сфері охорони здоров'я. Вона реалізовувалася ще в рамках Міжнародного бюро з громадської гігієни. ВООЗ здійснює цю функцію як в

рамках наукових центрів Організації, так і в межах співпраці з державами-членами та незалежними науково-дослідницькими установами.

У сучасних умовах активного розвитку та поширення інформаційних засобів особливої ваги набуває інформаційна функція ВООЗ. Вона реалізовується через низку засобів: створення відповідних систем збору та розповсюдження інформації, через засоби поширення інформації (мережа Інтернет, періодичні видання). Ця функція також має і освітній аспект, який полягає у поширенні знань щодо охорони здоров'я та пропагування здорового способу життя.

Функція надання допомоги є особливо актуальною в наш час, коли природні та техногенні катаклізми і катастрофи, збройні конфлікти стали особливо частими. ВООЗ досліджує ситуацію у випадку виникнення лих і організовує спільні дії держав-членів та МО з надання допомоги. Форма такої допомоги може бути різною – гуманітарна, медична, консультативна, технічна та ін.

Розділ 2. ЮРИДИЧНА ПРИРОДА ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Юридичні підстави діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я

Однією з найважливіших ознак діяльності будь-якої МО, в тому числі і ВООЗ, є юридичні підстави її функціонування. Загальновідомо, що такою підставою діяльності майже всіх МО є її установчі документи – Статути [38, с. 169]. Як виняток можна навести приклад організації, яка існує без Статуту – Організація з безпеки та співробітництва в Європі (далі – ОБСЄ), а також Раду Економічної взаємодопомоги, яка розпочала свою діяльність ще на початку 1949 р., а її Статут було підписано лише в грудні 1959 р. [180, с. 143].

В науковій доктрині міжнародного права існують різні точки зору, щодо підстав діяльності МО. Так, Х.В. Шперун до актів, які регулюють діяльність міжнародних міжурядових організацій відносить: 1) установчу угоду, яку як правило, називають Статут, проте, можливі і інші назви, зокрема - Конституція у ВООЗ, Конвенція у Міжнародної організації цивільної авіації (далі – ІКАО), Статті угоди у Міжнародного Валютного Фонду (далі – МВФ) і Міжнародного Банку Реконструкції і Розвитку (далі – МБРР); 2) універсальні договори, що врегульовують окремі питання правового статусу МО, зокрема, привілеї та імунітети, порядок укладення міжнародних договорів тощо; 3) угоди за участю самої організації. Найважливішою з таких є угода про штаб-квартиру. Можливими є також угоди про статус представництв МО в окремій державі. Окремим видом таких угод можна вважати угоди про співробітництво між двома МО; 4) рішення самої МО, особливо ті, які мають обов'язкову юридичну силу; 5) рішення інших МО, зокрема, про надання статусу спостерігача тощо; 6) окремі судові рішення, які стосуються конкретної організації. Так, зокрема,

статус Співдружності незалежних держав (далі - СНД) серед іншого визначається Рішенням Економічного суду СНД про правосуб'єктність даної організації; 7) доктрина міжнародного права як допоміжне джерело. Наприклад, так звана концепція домислюваної компетенції, яку досить активно використовують сучасні МО, випливає з доктрини міжнародного права [187, с. 90-91].

Дещо іншою щодо даного питання є позиція І.О. Білорус. На її переконання, правовий статус і діяльність МО (як міжурядових, так і неурядових) регулюється розрізненими міжнародними актами, що мають як правовий, так і не правовий характер. Тобто основними підставами є багатосторонні міждержавні договори і конвенції, резолюції міжнародних міжурядових організацій та акти самих МО являють собою ту систему норм, що призначена для регулювання діяльності і правового статусу МО у міжнародних відносинах [14, с. 9-13].

Польський вчений З. Доліва-Клепацкі відзначає, що функціонування будь-якої МО засновується на низці правових актів, які умовно можна розділити на три категорії: 1) установчі акти; 2) акти, що походять від засновницьких і прийняті самою організацією; 3) в деяких організаціях акти, вказані в установчому договорі [222, с. 56]. До першого виду автор відносить Статут організації, до другої її рішення (як обов'язкового, так і рекомендаційного характеру), а до третьої – спеціальні угоди, які відповідно до Статуту організація має укласти після початку функціонування.

Виходячи з цього, більшість науковців до юридичних підстав діяльності МО відносять наступні акти, а саме: 1) установчі угоди; 2) інші угоди (які умовно поділяють на два основні типи: угоди про штаб-квартиру і угоди щодо з інших спеціальних питань, зокрема щодо привілеїв та імунітетів організації та її персоналу), актів прийнятих самою організацією (рішень її органів) та інших джерел міжнародного права.

І хоча дана класифікація є досить умовною, не притаманною для всіх організацій, вона видається цілком прийнятною для дослідження правових підстав діяльності ВООЗ [38, с. 169-170]. Спробуємо проаналізувати кожен з вказаних видів документів.

Установчі акти міжнародних організацій. За своєю юридичною природою Статут МО є багатостороннім міжнародним договором, на чому неодноразово наголошувалося в доктрині міжнародного права [44, с. 11] (як особливий випадок можна виділити можливість прийняття установчого акту МО у формі рішення іншої МО). Крім того, слід звернути увагу на той факт, що в деяких організаціях (як правило, між соціалістичними (постсоціалістичними) державами) установчий акт складався з двох документів: «Установчої угоди (договору)» та власне «Статуту». Така ситуація серед іншого була характерна для Ради Економічної Взаємодопомоги, а згодом, для СНД. Однак, в більшості випадків установча угода МО є її Статутом.

У доктрині міжнародного права питанню про юридичну природу установчого договору МО присвячено достатньо уваги. Так, зокрема В. Моравецький виділив, що такий договір – «це формальний вираз згоди і єдиної волі держав, що входять в організацію, а також прояв відповідності їх інтересів в межах відносин, які охоплені компетенцією цієї організації» [104, с. 50]. Подібне формулювання міститься в «Юридичній енциклопедії», де Статут МО визначається як «багатосторонній міжнародний договір, що визначає правову природу, характер, зміст діяльності, основні цілі та завдання міжнародної організації» [146, с. 636].

При цьому більшість вчених розглядають такі угоди як міжнародні договори особливого роду - «*sui generis*». Ця позиція характерна для представників як вітчизняної, так і зарубіжної доктрини міжнародного права, зокрема В.І. Адріанов [3, с. 92], О.І. Дунас [44, с. 11], Т.І. Левицький [78, с. 83], І.І. Лукашук [83, с. 41], Я.І. Музика [107, с. 8], Д. Нінчіч [258, с. 34],

А.М. Талалаєв [158, с. 71], Г.І. Тункін [163, с. 362-366], О.О. Шибаєва [181, с. 21], О.М. Шпакович [186, с. 39] та ін.

У чому ж така особливість Статутів, що дає підстави говорити про них як про договори *sui generis*? Відповідаючи на дане питання слід зауважити, що Статут поєднує в собі два акти: 1) класичний міжнародний договір, який передбачає взаємні права та обов'язки держав; 2) документ, на підставі якого формується новий суб'єкт міжнародного права. З цього приводу Т.І. Левицький, вказуючи на особливості установчих актів МО відзначає, що звичайний багатосторонній договір визначає лише права та обов'язки його сторін, необхідні для досягнення цілей договору, в той час як на основі Статутів, крім того, створюються МО, визначається їх компетенція, цілі і завдання організації, створюються її органи, встановлюється правове положення членів організації, персонал, характер відносин з іншими МО, а також державами-нечленами і т. п. [78, с. 83]. Аналогічну думку висловлює О.О. Шибаєва, яка підкреслює, що Статут міжнародної організації не тільки встановлює права та обов'язки держав, так як і будь-який інший міжнародний договір, але й засновує МО, створює її органи, визначає їх функції і компетенцію, встановлює правове положення членів організації та її персоналу [181, с. 21]. Таким чином, Статут є документом, який по суті визначає правові рамки діяльності організації. З цього приводу В. Моравецький відзначав, що головна роль Статуту міжнародної організації – вводити в межі правових норм процес діяльності її органів [104, с. 51].

Все вищезазначене стосується і ВООЗ. Її головні та допоміжні органи функціонують згідно установчого договору, який іменується як Конституція ВООЗ, прийнята на Міжнародній конференції охорони здоров'я, що проходила в Нью-Йорку (19 червня - 22 липня 1946 р.) та підписана 22 липня 1946 р. представниками 61 держави [26, с. 11]. Статут складається з 82 статей, які розподілені на XIX розділів.

В науковій доктрині міжнародного права виділяють дві моделі Статутів МО. Перша передбачає детальне та вичерпне визначення компетенцій і повноважень структурних органів організації, в той час, як друга тільки формулює загальні цілі організації, умови членства, а також створення головного органу і визначення процедури прийняття рішень цим органом. Поєднання обох цих моделей зустрічається на практиці частіше [104, с. 51]. Відповідно, Статут ВООЗ більше тяжіє до першої моделі.

У цьому контексті, К.О. Савчук наголошує, що в Статуті МО, як правило, закріплюються: повноваження головних органів організації, порядок їх утворення і представництва в них держав-членів; основні принципи діяльності організації та її членів; правила прийняття до організації та виходу або виключення з неї; порядок прийняття рішень органами організації та забезпечення їх виконання; порядок вирішення спорів між членами організації [146, с. 636].

До даного переліку можна додати, як мінімум, наступні положення: назву організації; її цілі і завдання, а також правові засоби їх досягнення; внутрішньо-організаційний механізм організації (систему органів); правоздатність організації, її привілеї та імунітети; принципи фінансування; умови набуття чинності установчого договору; порядок внесення до нього поправок і змін; депозитарія документів організації; місце розміщення штаб-квартири; офіційні мови організації та інші важливі правові аспекти діяльності організації. Статут ВООЗ не є винятком у цьому плані і містить майже всі вищевказані дані [31, с. 194-195].

Статут ВООЗ набрав чинності 7 квітня 1948 р. Для його вступу в силу потрібно було, щоб до нього приєдналося 26 держав (ст. 80). Цікавим є той факт, що зазначений документ передбачає різні форми (способи) вираження згоди на приєднання до Статуту. Так, ст. 79 Статуту встановлює, що держави можуть приєднатися до цього Статуту шляхом: 1) підписання без застереження щодо

його затвердження; 2) підписання за умови його затвердження з подальшим прийняттям; 3) прийняття, яке здійснюється шляхом вручення формального документа ООН [219, с. 18-19]. Дане положення є нетиповим для більшості Статутів МО, які як правило, не регулюють форми чи способи вираження згоди на приєднання до Статуту.

Повертаючись до питання про особливий характер установчих договорів МО слід відзначити, що така особливість знаходить своє підтвердження і в міжнародно-правових нормах. Так, до прикладу, згідно ст. 5 Віденської конвенції про право міжнародних договорів 1969 р. (далі – Віденська конвенція 1969 р.) визначено, що Конвенція застосовується до будь-якого договору, який є установчим актом МО, і до будь-якого договору прийнятого в рамках міжнародної організації, без шкоди для відповідних правил цієї організації [21, с. 345]. З цього приводу Т.І. Левицький відзначає, що це як мінімум, «означає, що по-перше, Статути міжнародних організацій прирівнюються до міжнародних договорів, і як наслідок, на них поширюються положення Віденської конвенції 1969 р; по-друге, в ст. 5 виділяється особливість такої групи міжнародних договорів, оскільки положення Конвенції діють відносно Статутів міжнародних організацій з врахуванням «відповідних правил цієї організації»» [78, с. 85].

Крім вказаних вище особливостей Статути як договори особливого роду передбачають інститут «членства» замість «участі в міжнародному договорі». Аналіз доктрини і практики міжнародного права дозволяє відзначити, що вказана обставина впливає на три важливі аспекти: 1) порядок приєднання до договору; 2) застереження до міжнародного договору; 3) порядок денонсації міжнародного договору. Зупинимося на кожному з цих аспектів більш докладно.

1) *порядок приєднання до договору*. Для того, щоб стати стороною міжнародного договору, держава повинна надати свою згоду на його обов'язковість. Відповідно до Віденської конвенції 1969 р. така згода може бути виражена наступними способами: «підписанням договору, обміном

документами, затвердженням, приєднанням до нього або будь-яким іншим способом, про який домовились» (с. 11) [21, с. 347]. Що ж стосується приєднання до Статуту МО, то вираження такої згоди досить часто є недостатнім.

Як відомо, в доктрині існує точка зору, що всі організації за типом членства можна розділити на три групи: закриті, відносно відкриті та відкриті. В залежності від того, до якого типу належить та чи інша організація, залежатиме і процедура набуття її членства. В першому випадку (закрита організація, наприклад, Північноатлантичний альянс (далі – НАТО)) держава може вступити в таку організацію лише в тому випадку, якщо її туди запросять [118]. При цьому існує досить складна процедура набуття членства, яка передбачає виконання державою не тільки певних юридичних процедур, але її відповідність іншим (політичним, економічним) критеріям. В такому випадку зазвичай не існує наперед визначених критеріїв відповідності, і вони для кожної держави визначаються індивідуально.

Другий випадок досить схожий з першим, однак відрізняється тим, що така організація в принципі зацікавлена в зростанні кількості членів та висуває до них певні (в більшості випадків, визначені наперед) вимоги. У першому і другому випадку для отримання статусу члена організації потрібна згода вищого органу організації. Що ж стосується третього виду організацій, то вони є відкриті для приєднання всіх держав, які дали згоду на обов'язковість для них установчого договору організації. Існує точка зору, що на даний момент організацій останнього виду не існує.

Якщо аналізувати юридичну природу ВООЗ, то дана організація є відносно відкритою, оскільки, з одного боку, вона зацікавлена в набутті членства в ній якомога ширшого кола держав (про це зокрема свідчить, положення ст. 3 Статуту, де зазначено «Прийом в члени Організації відкритий для всіх держав»). З іншого боку, Статут встановлює вимоги до держав, що бажають

стати її членами. Тут можливими є два випадки: 1) спрощена процедура відповідно до ст. 4 Статуту ВООЗ «Члени ООН можуть стати членами Організації шляхом підписання цього Статуту або прийняття його будь-яким іншим чином... і у відповідності до їхньої конституційної процедури». Тобто в даному випадку слід бути членом ООН та дати згоду на обов'язковість Статуту ВООЗ, щоб стати членом організації; 2) передбачає дещо ускладнений варіант для держав, які не є членами ООН. Так, ст. 6 Статуту встановлює, що «відповідно до умов будь-якої угоди між Об'єднаними Націями і Організацією... держави, що не стали членами Організації в порядку, зазначеному в ст. 4 і 5, можуть подавати заяви про прийом в члени Організації і приймаються в члени Організації після затвердження їх заяв Асамблеєю охорони здоров'я простою більшістю голосів» [219, с. 4].

Таким чином, для набуття членства держава має отримати згоду організації. Слід також згадати той факт, що «держави, уряди яких були запрошені надіслати спостерігачів на Міжнародну конференцію з охорони здоров'я, яка відбулася в Нью-Йорку в 1946 р., можуть стати членами Організації шляхом підписання цього Статуту або прийняття його будь-яким іншим чином... відповідно до їхньої конституційної процедури, за умови, що таке підписання або прийняття відбудеться до першої сесії Асамблеї охорони здоров'я» [219, с. 4].

Цікавим є той факт, що функції депозитарія даного договору виконує Генеральний Секретар ООН, який відповідно до ст. 82 Статуту зобов'язаний повідомити державу, яка приєдналася до цього Статуту, про дату набрання ним чинності. Він також буде повідомляти їх про дати, в які інші держави приєднуються до цього Статуту [219, с. 19].

Отож, існують суттєві відмінності щодо процедури надання згоди на обов'язковість міжнародного договору від набуття членства ВООЗ. В першому випадку для цього достатньо згоди держави у формі одностороннього акту і не

потребує жодних дій з боку інших учасників договору, в іншому випадку це вимагає виконання додаткових процедур (або попереднього отримання статусу члена ООН, або згоду вищого органу організації);

2) *особливості застосування застережень до міжнародного договору.*

Одним з основних прав держав є їх можливість в процесі надання згоди на обов'язковість для них міжнародного договору заявляти застереження. Ст. 19 Віденської конвенції 1969 р. передбачає, що «держави може при підписанні, ратифікації, прийнятті або затвердженні договору, або приєднанні до нього формулювати застереження» [21, с. 349]. Однак, право на висунення застережень не є необмеженим, оскільки в ньому є кілька винятків. Так, зокрема, застереження недопустиме, коли: 1) це застереження забороняється договором; 2) договір передбачає, що можна робити тільки певні застереження, до числа яких це застереження не належить; 3) застереження є несумісним з об'єктом і цілями договору [21, с. 349].

Отже, Віденська конвенція 1969 р. прямо не забороняє формулювання застереження до міжнародних договорів, які є установчими актами МО. Але при цьому вона передбачає певні особливості: відповідно до ст. 20 Конвенції, «в тому випадку, коли договір є установчим актом МО, і якщо в ньому не передбачається інше, застереження вимагає прийняття його компетентним органом цієї організації» [21, с. 349-350]. Саме останнє є найбільшою особливістю формулювання застережень до міжнародних договорів, що є актами МО. З цього приводу В.В. Колеснік відзначила, що сьогодні, коли принцип одноголосності залишився в минулому, прийняття застереження до установчого документу МО доцільно віднести до компетенції пленарних органів [61, с. 16].

З вищевказаного випливає, що застереження до установчого договору МО допускається у випадку, якщо її Статут прямо цього не забороняє, і таке застереження не є несумісним з об'єктом і цілями договору, і воно було

прийнято компетентним (як правило, вищим) органом організації.

В теорії міжнародного права домінує позиція, що якщо установчий договір організації прямо не передбачає такої можливості, то слід виходити з того, що такі застереження неприпустимі. Так, зокрема М. Ляхс стверджував, що враховуючи природу та характер деяких МО вони мовчазно приймають чи мають на увазі неприпустимість застережень [85, с. 173]. Однак, останнім чиним чином не означає, що такі застереження є забороненими насправді. З цього приводу О.О. Шибаєва наводить приклад Міжнародного Союзу Електрозв'язку, Статут якого не містить положень про застереження, однак при цьому до нього було зроблено кілька десятків застережень [183, с. 92]. Ця точка зору підтримана і практикою, зокрема судовою.

Так, у консультативному висновку Міжнародного Суду ООН щодо застереження до Конвенції про запобігання злочину геноциду та покарання за нього 1948 р. зазначено, що за відсутності в договорі статті, що передбачає застереження, неможливо чітко зробити висновок про їх неприпустимість. При відсутності якого-небудь ясно вираженого положення щодо даного питання, для того, щоб встановити можливість застереження, а також їх дії, необхідно взяти до уваги характер міжнародного договору, ціль, умови, метод підготовки та прийняття [117, с. 181].

Що ж стосується ВООЗ, то питання з можливістю формулювання застережень до Статуту чітко визначене - вони заборонені. І хоча така заборона не є прямою, однак на практиці робить неможливим приєднання до Статуту ВООЗ із застереженнями. Про це свідчать наступні положення Статуту, зокрема, ст. 79 передбачає, що держави можуть приєднатися до організації шляхом підписання Статуту без застережень, а також ст. 82, що передбачає: «Генеральний Секретар ООН реєструє цей Статут після того, як він буде підписаний без застережень, що стосуються затвердження, від імені однієї держави або після передачі першого документа про прийняття. Додатковим

аргументом, що підтверджує таку заборону, є відсутність спроб надання згоди на обов'язковість цього договору із застереженнями» [219, с. 18-19];

3) *порядок денонсації міжнародного договору*. Наступною особливістю установчого договору порівняно зі звичайним договором є відсутність у ньому норм щодо порядку денонсації. Натомість, такі договори передбачають порядок виходу зі складу організації, який означає припинення дії договору для держави (дет. див. підр. 2.2).

Як відомо, Віденська конвенція 1969 р. досить детально регламентує положення про припинення договору або вихід з нього. Основні положення щодо цього містяться в двох статтях. Так, ст. 54 передбачає: «Припинення договору або вихід з нього учасника можуть мати місце: а) відповідно до положень договору; або б) в будь-який час за згодою всіх учасників після консультації з іншими договірними державами» [21, с. 393]. У свою чергу, ст. 56, яка регулює питання щодо денонсації міжнародного договору, який не містить положень про це, у частині 2 передбачає, що «Учасник повідомляє не менш як за дванадцять місяців про свій намір денонсувати договір або вийти з нього...» [21, с. 394]. Ці положення доповнюються досить великою кількістю інших норм. При цьому слід зазначити, що дана конвенція не містить особливих положень, що стосуються установчих договорів.

Статут ВООЗ не містить положень про денонсацію чи вихід. Єдине положення, яке побічно має відношення до цього, є ст. 7, яка надає право Асамблеї призупиняти членство в організації і відновлювати його в певних випадках [219, с. 4].

Якщо проаналізувати існуючу практику, можна відзначити, що свого часу в цій організації припинив членство Єгипет (дет. див. підр. 2.2), незважаючи на відсутність відповідних норм.

Наступною особливістю установчого договору МО, на яку звертають увагу дослідники і яка притаманна в тому числі і ВООЗ, є *специфіка процедури*

внесення змін до договору.

Як відомо, відповідно до ст. 39 Віденської конвенції 1969 р. «договір може бути змінено за угодою між учасниками». При цьому слід відзначити, що таке правило застосовується до всіх видів міжнародних договорів, незалежно від їх цілей, об'єкта, найменування такого договору, кількості та складу учасників тощо. Разом з тим, ст. 40 Віденської конвенції 1969 р. встановлює правило, згідно якого сторони у договорі можуть самостійно встановлювати порядок і способи внесення поправок [21, с. 355-356].

Такі правила є в Статуті ВООЗ. Дане питання регулюється ст. 73, яка передбачає наступні правила: 1) особливий строк для обговорення проекту змін державами (не пізніше, ніж за шість місяців до розгляду їх Асамблеєю, Генеральний директор ВООЗ повідомляє текст запропонованої зміни або доповнення до Статуту державам-членам); 2) особливості набуття такими положеннями юридичної сили (поправки набувають силу по відношенню до всіх членів після того, як вони затверджені більшістю в дві третини голосів Асамблеї та прийняті двома третинами членів відповідно до їх конституційних процедур) [219, с. 17].

З вищезазначеного додатково випливає два висновки: по-перше, з положень названої статті випливає, що такі зміни можуть відбуватися через прийняття «змін» або «доповнень». Таке положення є дуже цікавим, особливо в контексті того, що передбачено в Статутах інших МО. Так, до прикладу, Статут ООН для даних цілей використовує терміни «поправка» і «перегляд» [169, с. 32-33], в той час як Статут Ради Європи використовує єдиний термін «поправки» [155, с. 24]. По-друге, Статут ВООЗ фактично передбачає можливість виникнення зобов'язань у держави, яка не давала згоди на такі зміни у випадку, якщо вони затверджені більшістю в дві третини голосів Асамблеї та прийняті двома третинами членів, відповідно до їх конституційних процедур [219, с.17]. Це положення, по своїй суті, є досить суперечливим, оскільки ставить під

сумнів суверенітет держав.

Що ж стосується практики ВООЗ в цій сфері, то з моменту заснування організації було прийнято три поправки Двадцять шостою, Двадцять дев'ятою і Тридцять дев'ятою сесією Асамблеї, які вступили в силу 3 лютого 1977 р., 20 січня 1984 р. і 11 липня 1994 р. відповідно.

Акти, прийняті на підставі установчих документів. Друга група джерел міжнародного права, що становлять юридичні підстави діяльності МО, має похідний характер від установчих договорів і є результатом діяльності самих МО. Можна виділити три групи таких актів, а саме: внутрішнє право МО; деякі рішення МО, які стосуються реалізації її завдань і функцій; міжнародні договори, які укладають МО з іншими суб'єктами міжнародного права. Для всіх цих груп джерел характерним є те, що вони створюються міжнародною організацією в межах повноважень, які передбачені Статутом, а отже, вони: 1) не можуть суперечити Статуту; 2) не можуть виходити за рамки тих повноважень, які виписані в Статуті [38, с. 171].

Внутрішнє право міжнародної організації. Одним з найважливіших прав МО є можливість приймати акти внутрішнього права. Внутрішнє право МО — це особливий інститут права міжнародних організацій, який являє собою сукупність норм, що регламентують правила поведінки МО і її держав-членів з приводу належного функціонування МО [102, с. 287-288]. Норми цього інституту регулюють внутрішнє життя організації, зокрема, уточнюють структуру та порядок діяльності органів, порядок і процедуру прийняття рішень кожним з органів організації, створюються нові органи, визначається правове становище персоналу організації, регламентують порядок призначення та статус посадових осіб тощо [78, с. 94]. За своєю природою більшість таких рішень має правозастосовчий характер і є обов'язковими виключно для органів і посадових осіб таких організацій. До таких актів належать регламенти, правила процедури окремих органів, інші рішення, які забезпечують повсякденне нормальне

функціонування організації [102, с. 288].

Загалом, детальний аналіз доктрини і практики діяльності МО дозволяє виділити, що всі внутрішні акти МО можна умовно розділити на кілька груп: 1) рішення, що стосуються детальної регламентації завдань, функцій та компетенції організації; 2) рішення про створення нових органів; 3) рішення щодо розмежування компетенції і функцій між окремими органами; 4) акти, що визначають правила процедури кожного з органів організації; 5) рішення в фінансово-бюджетній сфері; 6) рішення, що стосуються кадрових питань; 7) рішення з інших питань в межах компетенції організації [38, с. 171].

Що ж стосується ВООЗ, то за роки діяльності її органи прийняли десятки тисяч внутрішніх документів, які стосуються врегулювання її внутрішніх питань (дет. див підр. 2.3). До найважливіших серед них можна віднести наступні групи: 1) рішення, які визначають структуру та повноваження органів ВООЗ; 2) рішення, які визначають порядок надання технічної та експертної допомоги державам; 3) рекомендації для лікарів стосовно особливостей проведення деяких видів процедур чи застосування окремих методів лікування та медичних препаратів.

Рішення МО, які стосуються реалізації її завдань і функцій. Як відзначає В. Менг, більшість рішень МО приймається для реалізації конкретних завдань і функцій органів МО, і у зв'язку з цим не носить правотворчого характеру, а по суті є виконавчими актами [255]. При цьому переважно рішення, які стосуються загальних питань і проблем діяльності МО, а також форм і способів реалізації її завдань і цілей, у випадку, коли вони стосуються необмеженої кількості випадків, найчастіше приймаються вищим або виконавчим органом МО, і іноді вимагають додаткової згоди від урядів держав членів. Однак, навіть в такому випадку такі рішення зобов'язують виключно організацію, а державу - лише в межах тих зобов'язань, які випливають зі Статуту. Більшість МО не можуть приймати юридично обов'язкових рішень. Окремими винятками з цього правила

можна назвати Резолюції Ради Безпеки ООН (далі – РБ ООН), ІКАО, МВФ, Всесвітній поштовий союз (далі – ВПС) та ВООЗ.

Повноваження ВООЗ (а саме, її вищого органу - Асамблеї) приймати обов'язкові для держав-членів рішення передбачено ст. 21-22 Статуту. При цьому чітко передбачено перелік питань, яких можуть стосуватися такі рішення, а саме: санітарних і карантинних вимог та інших заходів, спрямованих проти міжнародного поширення хвороб; номенклатури хвороб, причин смерті і практики суспільної охорони здоров'я; стандартів діагностичних методів дослідження для їх міжнародного використання; стандартів щодо нешкідливості, чистоти і сили дії біологічних, фармацевтичних і подібних продуктів, що мають обіг в міжнародній торгівлі; реклами і ярликів біологічних, фармацевтичних і подібних продуктів, що мають обіг в міжнародній торгівлі. При чому такі рішення стають обов'язковими для всіх членів після того, як буде зроблено належним чином оповіщення про їх прийняття Асамблеєю охорони здоров'я, за винятком тих членів Організації, які сповістять Генерального директора в зазначений в оповіщенні термін про відхилення їх або застереження щодо них [219, с. 7-8]. Тобто, держава має можливість відмовитися від виконання цих правил. З іншого боку, існує точка зору, що правила, прийняті в порядку ст. 21, слід вважати не рішеннями МО, а особливою формою міжнародного договору, згоду на який держава дала на момент прийняття Статуту ВООЗ [11, с. 18].

Міжнародні договори, які укладають МО з іншими суб'єктами міжнародного права. Для ефективного виконання своїх поставлених завдань, МО укладають міжнародні договори у їх класичному розумінні з різних питань. Право на укладення таких угод не завжди прямо прописане в установчому документі МО і як правило його виводять з так званої «домислюваної компетенції».

Всі договори, які укладає МО, можна розділити на такі види, в залежності

від суб'єкта, з яким укладається такий договір, а саме: договори з державами-членами; договори з іншими МО та договори з державами, що не є членами організації.

Щодо ВООЗ, то право укладати міжнародні договори з державами прямо не передбачено, проте ціла глава XVI Статуту регулює співробітництво з іншими організаціями. Так, ст. 69 прямо передбачає обов'язок ВООЗ стати спеціальною установою ООН, і укласти з нею спеціальну угоду. Там зокрема зазначено, що Організація вступає в зв'язок з ООН в якості однієї зі спеціалізованих установ, передбачених у ст. 57 Статуту ООН. Угоди, що встановлюють зв'язок між Організацією та ООН, підлягають затвердженню більшістю в дві третини голосів Асамблеї. Крім того, ст. 70-72 передбачають можливість укладати договори з іншими міжнародними організаціями (ст. 70); МНО, а також за згодою зацікавленого уряду з національними організаціями, як урядовими, так і неурядовими (ст. 71). Більше того, відповідно до ст. 72 Статуту ВООЗ, Організація може прийняти від будь-яких інших МО або установи, цілі та діяльність яких відповідають компетенції Організації, такі функції, ресурси і зобов'язання, які можуть бути передані Організації міжнародною угодою або взаємно прийнятними договорами, які будуть укладені між відповідальними представниками відповідних організацій [219, с. 17].

На сьогодні ВООЗ уклала цілу низку угод з кількома десятками як універсальних, так і регіональних організацій, зокрема з ООН, Міжнародною організацією праці (далі – МОП), Продовольчою та сільськогосподарською організацією (далі - ФАО), Організацією Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (далі – ЮНЕСКО), Міжнародним агентством з атомної енергії (далі - МАГАТЕ), Міжнародним фондом сільського розвитку (далі - ІФАД), Організацією Об'єднаних Націй з промислового розвитку (далі - ЮНІДО) тощо. Також Асамблея підписала угоду з урядом Швейцарської Конфедерації про місцезнаходження штаб-квартири ВООЗ (1948 р.) та угоди про штаб-квартири

регіональних бюро з відповідними державами [65, с. 27-30].

Акти, вказані в установчих документах. На практиці зустрічаються випадки, коли Статут МО містить прямі чи опосередковані посилання на інші міжнародні угоди. Досить часто це має місце у випадку, коли МО створюється для регулювання відносин, які були раніше врегульовані окремою угодою. Класичним прикладом такого можна вважати СОТ та ГАТТ. Схожа ситуація характерна для деяких сировинних організацій. У такому разі відсилання до попередніх угод є цілком логічним. Особливим випадком відсилання є ситуація, коли Статути МО приймалися «пакетом», як наприклад, у випадку Бретон-Вудських угод та Статутів МВФ та МБРР.

Аналізуючи правові підстави функціонування ВООЗ, необхідно зазначити, що її Статут містить посилання на Статут ООН, а також положення про ПАООЗ. Згідно ст. 54 вказана організація і всі інші міжурядові регіональні організації з охорони здоров'я, що існували до дня підписання цього Статуту, повинні бути своєчасно включені до ВООЗ [219, с. 14].

Акти інших МО (в тому числі, установчі). У міжнародно-правовій практиці мають місце випадки, коли діяльність однієї МО частково регулюється актами іншої. Найбільш відомий випадок регулювання діяльності МВФ Статтями угоди про МБРР та низкою інших документів цієї організації. Як відомо, названий документ було прийнято в пакеті зі Статутом МВФ, і діяльність обох цих МО має забезпечувати стабільність світової економічної системи і всіх її складових. Серед іншого, таке регулювання зводиться, як мінімум, до двох аспектів: 1) МВФ проводить експертизу усіх кредитних (фінансових) угод МБРР із державами; 2) МВФ і МБРР мають спільний орган - Об'єднаний міністерський комітет Рад керуючих Світового Банку і Фонду - діяльність якого регулюється як документами МВФ, так і МБРР [187, с. 97].

В практиці ВООЗ також спостерігається подібна ситуація. Так, наприклад, діяльність ВООЗ як спеціалізованої установи ООН в окремих випадках

потрапляє до сфери регулювання Резолюцій ГА ООН та ЕКОСОР. Це саме стосується її співробітництва з СОТ, ЮНЕСКО, ЮНЕП та ряду ін. У цьому випадку слід зазначити, що таке регулювання здійснюється актами цих МО опосередковано, оскільки такі можливості випливають з угод, які ВООЗ уклала з цими інституціями.

На основі вищесказаного можна зробити наступні висновки.

Юридичними підставами діяльності ВООЗ є сукупність джерел міжнародного права, які можна розділити на декілька категорій: Установчий договір (Статут ВООЗ); міжнародні договори, які регулюють окремі аспекти діяльності МО; угода про штаб-квартиру; угоди, укладені ВООЗ з іншими суб'єктами міжнародного права; внутрішнє право ВООЗ; інші джерела.

Установчий договір ВООЗ - Статут є багатостороннім міжнародним договором особливого роду – *sui generis* з назвою Конституція. Вона поєднує в собі дві групи норм. Перша визначає права і обов'язки держав, інша передбачає створення нового суб'єкта та визначає сферу його діяльності, компетенцію, внутрішньо-організаційний механізм відносин з членами і місце в системі міжнародних відносин. Серед особливостей цього установчого договору можна виділити наступні: особливий порядок вступу в дію, неможливість денонсації, а також особлива процедура внесення змін.

2.2. Членство у Всесвітній організації охорони здоров'я

У процесі аналізу юридичної природи МО особливу увагу необхідно звернути на питання членства. Це особливо актуально в світлі того, що МО є вторинними суб'єктами міжнародного права, а отже, обсяг їх правосуб'єктності, компетенція, функції, ефективність діяльності та ряд інших показників в значній мірі залежать від того, хто є їх членами. З цього приводу В. Моравецький відзначав, що «склад членів відіграє вирішальну роль в

здатності організації діяти. Ця здатність значно зростає за умов, коли інтереси держав-учасниць співпадають з цілями організації, і навпаки, суттєво зменшуються у випадку, коли держави-члени мають протилежні інтереси [104, с. 51-52]. Більше того, Т.І. Левицький вказує, що «існування самої МО залежить від держав-членів цієї організації» [78, с. 50].

На сьогодні участь у роботі МО є найбільш ефективною організаційною формою міжнародно-правового співробітництва держав [150, с. 294]. Членство в МО є однією з найбільш впорядкованих форм участі держави в процесі міжнародної взаємодії. Саме тому, в основі інституту членства без сумніву є співпадіння волевиявлення окремих держав, тобто з одного боку, держави прагнуть участі в організованих колективних зусиллях у досягненні певного переліку цілей, з іншого - волевиявлення інших держав, які мають намір створити чи вже створили таку організацію.

Участь держави в діяльності МО досягається шляхом їх членства у відповідній організації [120, с. 64]. Інститут членства в МО є одним з ключових в праві міжнародних організацій. Він регулює юридичне оформлення участі держави в МО. Більшість норм, які входять до його складу, покликані врегулювати питання про основні форми участі членів МО в її роботі, а також її характер та зміст. У цьому контексті В.Ю. Кузьма підкреслила, що «сучасні тенденції розвитку права міжнародних організацій тісно пов'язані і зі становленням інституту членства однієї МО в іншій» [72, с. 91].

Існує чимало доктринальних визначень членства в МО. Одне з найбільш відомих належить Д. Анцилотті, який стверджував, що приналежність до того чи іншого об'єднання держав можна виразити у формі юридичної кваліфікації суб'єкта членом цього об'єднання [4, с. 186]. Окремі автори вважають, що членство в МО - це впорядкована міжнародним правом форма участі держав у процесі міжнародної взаємодії [120, с. 64]. Дещо по-іншому визначає таке поняття дослідник цього інституту М. Крилов. На його думку, це інститут права

міжнародних організацій, що об'єднує норми, які регулюють порядок і умови прийому, види членів, сукупність їх прав і обов'язків, питання призупинення та припинення участі держави в МО, а також відповідальність держав як членів організації [68, с. 5]. Наведене визначення є найбільш вдалим, оскільки перераховує основні складові елементи членства, а саме: 1) порядок і умови набуття членства; 2) види членів; 3) сукупність їх прав і обов'язків, що впливають з членства; 4) питання призупинення та припинення членства; 5) відповідальність держав як членів організації.

Науковець Х. Мінцзюнь даний інститут розглядає з позиції національного права. Він зазначає, що «членство держав в міжнародній організації означає особливе становище в її законі». Члени організації вступають в особливі правові відносини з нею. Вони користуються особливими правами, якими не можуть користуватися не-члени МО, і виконують деякі зобов'язання, які не можуть виконувати не члени даної організації (беруть участь в конференціях і голосуванні, мають право приймати рішення, дотримуються Статуту і сплачують членські внески) [99, с. 62].

Таким чином, інститут членства в праві міжнародних організацій об'єднує норми, що регулюють порядок і умови набуття членства та види членів, їх права та обов'язки, призупинення та припинення членства, а також їх відповідальність як членів організації. Іноді сюди додають інші елементи, наприклад, фінансування діяльності організації тощо.

Зрозуміло, що кожна з організацій по-різному вирішує ті чи інші питання, пов'язані з її членством, саме тому ми спробуємо охарактеризувати членство в ВООЗ, використовуючи перелічені вище критерії. Та перш, ніж перейти безпосередньо до аналізу членства ВООЗ, слід відзначити, що дане питання майже у всіх організаціях регулюється установчими документами. Іноді ці документи можуть доповнюватися низкою інших актів, які приймає сама організація (акти внутрішнього права). Трапляються випадки, коли окремі

питання регулюються й іншими джерелами міжнародного права, зокрема іншими міжнародними договорами, односторонніми актами держав [42, с. 13], рішеннями МО [140] чи судових установ [64] тощо.

Така ситуація є характерною і для ВООЗ. Статут ВООЗ містить Главу III - Члени організації та асоційовані члени. В цьому розділі міститься 5 статей, які врегульовують загальні питання, пов'язані з членством у цій організації. Крім того, у Статуті є ще низка статей, які опосередковано стосуються даного питання, зокрема ст. 11, 20, 59, 60-65 та ряд ін. [219, с. 3-16].

Проаналізуємо положення, що стосуються членства в ВООЗ більш детально.

Види членства. В доктрині міжнародного права існує кілька підходів до класифікації членів МО. Професор І.І. Лукашук виділяв чотири їх види: 1) повне членство (члени володіють повним обсягом прав та обов'язків відповідно до Статуту МО); 2) асоційоване членство (від повного членства відрізняється відсутністю права брати участь у голосуванні і бути обраним у виконавчі органи); 3) статус спостерігача; 4) консультативний статус [90, с. 37]. Однією з поширених є класифікація, запропонована М. Криловим, який стверджує, що аналіз положень Статутів МО системи ООН дозволяє виділити три категорії членів: початкові, які приєдналися, і асоційовані [68, с. 9-39]. Кожна з цих категорій має свої особливості.

Дещо іншу точку зору підтримували М. Поточний, О.О. Шибасєва, які виділяють первісних членів та тих, що приєдналися. До першої категорії відносяться держави, які брали участь в розробці установчого акту, а також держав, що не брали участі в його розробці, але підписали і ратифікували його з самого початку [180, с. 27-28]. Крім того, можна згрупувати членів МО за типом суб'єкта: держави, МО, суб'єкти *sui generis* (Ватикан, Мальтійський орден, несамоверхні території).

Статут ВООЗ виділяє кілька видів членів. Так, як вже відзначалося вище,

назва глави III, яка присвячена питанням членства, «Члени організації та асоційовані члени». Звідси слідує, що в Організації є два види членів: *повні та асоційовані*. Крім того, з аналізу ст. 5 і 6 випливає, що є держави-засновниці, і є держави, що приєдналися [219, с. 4]. Як приклад, можна назвати ФАО, відповідно до Статуту якої, регіональні організації економічної інтеграції можуть набувати повне членство в цій МО [170, с. 4].

Повне членство. Як згадувалося вище, основну роль в діяльності будь-якої МО відіграють повні члени. Це найбільш численна група членів будь-якої МО. Саме цей вид участі держави в діяльності МО дозволяє найбільш ефективно досягати тих цілей, які ставилися при вступі до організації.

Проаналізуємо положення стосовно кожного виду членства в ВООЗ більш докладно. Розпочнемо з держав-засновниць і держав, що приєдналися.

За загальним правилом, державою-засновницею (первинним членом) вважають держави, які брали участь в установчій конференції (або не брали в ній участі, але були запрошені на неї, наприклад Польща, є державою-засновницею ООН, однак її делегація не була допущена до Сан-Франциської конференції) і у відведений строк підписали та ратифікували установчий договір МО, а також передали депозитарію відповідні документи про ратифікацію. Включення до МО категорії первинних членів пов'язано з об'єктивними обставинами. Наявність їх значно прискорює початок роботи МО, тому що держави-учасники установчої конференції відразу стають членами, без спеціальної процедури прийому, передбаченої для інших держав [68, с. 9-10].

Питання первинного членства регулюється ст. 5 Статуту ВООЗ. Названа стаття передбачає: «Держави, уряди яких були запрошені надіслати спостерігачів на Міжнародну конференцію з охорони здоров'я, яка відбулася в Нью-Йорку в 1946 р, можуть стати членами Організації шляхом підписання цього Статуту або прийняття його будь-яким іншим чином, передбаченим в главі XIX і відповідно до їхньої конституційної процедури, за умови, що таке

підписання або прийняття відбудеться до першої сесії» [219, с. 4]. Як відомо з історії, у роботі Міжнародної конференції з охорони здоров'я, на якій було прийнято Статут ВООЗ взяли участь представники 64 держав, а також спостерігачі від контрольних влад окупаційних зон Німеччини, Японії, Кореї та від десяти МО.

Статут ВООЗ, підписаний 22 липня 1946 р. представниками 61 держави в Нью-Йорку, в тому числі Українською РСР і набрав чинності 7 квітня 1948 р., коли були отримані повідомлення про його ратифікацію від 26 держав - членів ООН. Ратифікація Статуту Радянським Союзом відбулася 24 березня 1948 р. УРСР приєдналася до Статуту 3 квітня 1948 р., (Білоруська РСР - 7 квітня, вона брала участь в 1-й сесії ВООЗ, яка відкрилася в Женеві 24 червня 1948 р.). Таким чином, Україна разом з СРСР, БРСР є державою - засновницею ВООЗ.

Другою категорією членів ВООЗ є держави, що приєдналися (вторинні члени). У доктрині міжнародного права до цієї категорії прийнято відносити держави, які набули членства в МО після початку роботи організації (відповідно до встановлених в її установчому договорі та внутрішньому праві положень). Обсяг прав і обов'язків первинних і вторинних членів однаковий. Відмінність між ними полягає лише в порядку, в якому вони набули членства організації: початкові члени не проходили спеціальної процедури прийому, встановленої для інших членів, що приєдналися.

Необхідно відзначити, що у більшості випадків вирішення питання про набуття членства МО для держави є не лише питанням її внутрішнього права і політичної волі, але й залежить від згоди головного органу тої організації, до якої вона вступає.

У більшості спеціалізованих установ ООН вторинних членів можна поділити на дві великі групи, в залежності від членства в ООН. До першої групи належать держави-учасниці ООН. В Статутах таких спеціалізованих установ містяться положення про спрощений порядок прийому для членів ООН. До

другої групи належать держави, які не є членами ООН. Цю групу теж можна розділити на кілька підгруп:

а) до першої підгрупи належать організації, в Статутах яких не встановлено ніяких формальних вимог, яким повинні відповідати кандидати: МОП, ЮНЕСКО та ін. Однак далеко не кожна держава може стати членом цих організацій. При прийомі до цих спеціалізованих установ ООН держави повинні відповідати наступним вимогам: 1) проводити свою політику відповідно до цілей і принципів ООН; 2) визнавати цілі і принципи тієї організації, членами якої вони бажають стати; 3) бути здатними дотримуватися зобов'язань за Статутом МО;

б) до другої підгрупи належать спеціалізовані установи ООН, в Статутах яких сформульовані специфічні вимоги Всесвітньої митної організації (далі-ВМО), МВФ, МБРР та ін. Однак, і в цих організаціях кандидати повинні відповідати трьом сформульованим вище вимогам, а специфічні вимоги, встановлені в Статутах, в значній мірі є породженням традицій [68, с. 24-27].

Наведена вище класифікація може бути застосована і до інших МО. Як було зазначено вище, в доктрині міжнародного права прийнято розділяти організації на відкриті, відносно відкриті та закриті. Для того, щоб стати членом перших, слід просто ратифікувати установчий договір (іноді додатково може вимагатися ратифікація інших чітко визначених угод). Слід відзначити, що в чистому вигляді таких організацій майже немає. Для другого типу організацій характерним є досить складна процедура прийняття, однак критерії для набуття членства є відносно визначеними в Статуті чи інших актах внутрішнього права цієї МО. Прикладами таких організацій є РЄ, АС та ряд ін. Що ж стосується закритих організацій, то їх членом можна стати лише у випадку, коли сама організація запросить державу [118]. Як приклад останніх можна назвати НАТО.

Крім трьох зазначених категорій членів є випадки участі держав-нечленів у роботі МО. Це може відбуватися в різних формах. Найчастіше як приклад

останнього говорять про особливу форму такої співпраці, коли держава бере участь в роботі лише одного органу ООН. Ряд міні-держав, зокрема Сан-Маріно та Ліхтенштейн, беруть участь в роботі Міжнародного Суду ООН, хоча не є членами цієї організації. Схожа ситуація існувала щодо членства України в СНД, де ми брали участь лише в роботі наступних органів Ради глав держав, Ради глав урядів, Економічній раді, Раді Міністрів. Однак, СНД як організація вважає Україну повноцінним членом, незважаючи на той факт, що Україна так і не підписала Статут цієї організації. У цьому випадку держава, яка не є членом організації, приймається з дотриманням всіх передбачених правилами вимог до членів органу МО, має права і несе обов'язки аналогічно з членами МО. На основі Статуту СНД розрізняються держави - засновники (до них належить Україна) та держави - члени (такий статус мала Грузія) [165, с. 71-72]. Статус такої держави в органі практично відповідає статусу члена МО.

Повертаючись до питання набуття членства в ВООЗ слід відзначити, що воно врегульоване ст. 6 Статуту організації, де зазначено: «держави, що не стали членами Організації в порядку, зазначеному в ст. 4-5, можуть подавати заяви про прийом в члени Організації і приймаються в члени Організації після затвердження їх заяв Асамблеєю охорони здоров'я простою більшістю» [219, с. 4-5]. Аналіз даного положення дозволяє зробити висновок про те, що ця організація є відносно відкритою.

Асоційоване членство. Як вже згадувалося вище, Статут ВООЗ передбачає крім повного членства, ще й асоційоване. В доктрині міжнародного права відсутнє єдине визначення асоційованого членства. Так, М.Б. Крилов стверджує, що це «особлива форма членства в міжнародній організації з обмеженими правами» [68, с. 39].

Інші науковці відзначають, що у зв'язку з тим, що у кожної організації, яка використовує такий інститут, застосовується власний підхід, дати загальне визначення даного поняття взагалі неможливо. Більше того, цей інститут

загалом характерний лише для невеликої кількості МО. Попри це, асоційованих членів можна розділити на кілька груп: 1) держави, які не бажають отримати повне членство; 2) держави, які не можуть отримати повного членства (через обмеження, встановлені в установчому договорі чи внутрішньому праві організації. Як приклад, членами АС можуть бути виключно африканські держави, інші лише асоційованими); 3) міжнародні організації та інші суб'єкти міжнародного права, в окремих випадках несамоврядні території тощо, якщо в установчому договорі передбачена можливість повного членства виключно для держав; 4) інші випадки.

Асоційованих членів варто поділяти на такі групи в залежності від можливості мати офіційне представництво в організації: 1) без можливості представництва (класичним прикладом є Європейська економічна спільнота, яка в ст. 4 установчого договору передбачала таке членство за колоніями і заморськими територіями; всього таких було 26); 2) з можливістю мати власних представників в організації (даний вид характерний для більшості організацій системи ООН, зокрема ФАО, ЮНЕСКО). Окремо слід виділити асоційоване членство в СНД, де асоційовані члени мають майже ідентичні права з повними членами, в тому числі, можуть головувати в органах цієї організації [73, с. 186].

Що ж стосується ВООЗ, відповідно асоційованому членству присвячено всього одну статтю в Статуті, а саме ст. 8. Ця стаття передбачає наступне:, що територія або групи територій, які не відповідають за свої міжнародні відносини, можуть бути прийняті в якості асоційованих членів Асамблеї після подання відповідної заяви від імені такої території або групи територій членом Організації або іншою владою, відповідальною за їх міжнародні відносини. Представники асоційованих членів в Асамблеї повинні володіти технічною компетентністю в сфері охорони здоров'я та повинні обиратися з місцевого населення. Характер і обсяг прав та обов'язків асоційованих членів визначаються Асамблеєю [219, с. 4]. На даний момент права і обов'язки

асоційованих членів регламентуються «Правами і обов'язками асоційованих членів ВООЗ і інших територій» [281, с. 21-24].

Необхідність такого виду членства виникла в ВООЗ внаслідок двох обставин: 1) великої кількості несамоврядних територій, які існували на момент створення організації; 2) регіоналізацією роботи (в рамках ВООЗ створено кілька регіональних бюро). В багатьох випадках несамоврядні території і держави, відповідальні за них, належать до різних географічних регіонів. В зв'язку з цим було прийнято рішення, що несамоврядні території можуть брати участь у роботі ВООЗ і її регіональних органах з деякими винятками стосовно прав, які передбачені для держав [57, с. 44-45].

Таким чином, асоційованими членами ВООЗ можуть бути виключно несамоврядні території. Більше того, вони можуть мати офіційного представника в організації, а саме в її вищому органі - Асамблеї. На сьогодні є два асоційовані члени ВООЗ - Пуерто-Ріко та Токелау [305]. Особливим статусом також володіє Тайвань, який виконав всі умови, необхідні для набуття членства, але через опір КНР не отримав статус повного члена, а від статусу спостерігача відмовився [250, с. 171].

Набуття та припинення членства ВООЗ. Ще однією з важливих проблем, яку слід розглянути в контексті членства, є питання про його набуття та припинення. Як відомо, практично кожна МО прагне розширити кількість членів, оскільки від цього значною мірою залежать можливості її функціонування.

Набуття членства у ВООЗ. Коло суб'єктів міжнародних відносин постійно змінюється. Особливо це стосується держав. Так, з моменту закінчення Другої світової війни вже виникло більш, ніж сто держав [102, с. 83]. Як згадувалося вище, крім первинних членів МО, тобто тих, які були державами-засновницями, більшість установчих органів передбачають порядок набуття членства. Виняток становлять тільки організації закритого типу, у яких як правило, це питання

прямо в установчому договорі не регулюється, або таке регулювання здійснюється в досить загальній формі (наприклад, НАТО, ст. 11 Північноатлантичного договору 1949 р.) [118].

Умови членства. Хоча частина Статутів МО прямо не передбачають умов членства в ній, проте це питання в тій чи іншій мірі врегульоване у внутрішньому праві організації. Науковець К. Іглтон, з цього приводу справедливо відмітив, що такі умови є критеріями *ipso facto*, що означає, що їм повинні відповідати як ті держави, які приєдналися до МО в подальшому, так і держави-засновниці [223, с. 304]. Під умовами членства слід розуміти певні критерії, яким кожна держава повинна відповідати. Вважається, що найбільш повно ці положення врегульовані у Статуті Ради Європи, ст. 3 якого передбачає, що кожний член РЄ обов'язково має визнати принципи верховенства закону та здійснення прав і основних свобод людини всіма особами, що знаходяться під його юрисдикцією, і має ефективно співпрацювати в досягненні мети РЄ [155, с. 13].

Не так чітко умови членства висвітлені в Статуті ООН, зокрема ст. 4 (яка передбачає, що прийом в члени Організації відкритий для всіх інших миролюбивих держав, які візьмуть на себе передбачені цим Статутом зобов'язання і які, на думку Організації, можуть і бажають ці зобов'язання виконувати) [169, с. 10]. Згідно консультативного висновку Міжнародного Суду ООН, вказана стаття містить вичерпний перелік таких умов [193, с. 62]. Більш цікавими є умови членства в МВФ, членами якого можуть стати виключно держави, що є членами МБРР [187, с. 78].

Членство у ВООЗ, як і в інших спеціалізованих установах є добровільним [225, с. 110]. Умови членства у ВООЗ чітко не визначено, однак їх зміст можна встановити, проаналізувавши Статут та внутрішнє право цієї МО, а саме ними є:

- 1) підтримка цілі організації, визначеної в ст. 1 Статуту «досягнення всіма

народами можливо вищого рівня здоров'я». Якщо держава не поділяє цю ціль, то їй немає сенсу брати участь у роботі ВООЗ;

2) ця держава має бути членом ООН або поділяти цінності цієї організації. Таке положення випливає з аналізу норм, що регулюють членство в ВООЗ, зокрема ст. 4 та 6 [219, с. 3-4]. Ці статті передбачають спрощену процедуру вступу для держав-членів ООН.

Отже, умовами членства держав у ВООЗ є підтримка цілей цієї Організації та цінностей ООН, які знаходяться у нерозривному зв'язку.

Порядок набуття членства. Якщо держава виконує всі умови членства і бажає стати членом ВООЗ, вона повинна пройти спеціальну процедуру набуття членства. У доктрині міжнародного права виділяють порядок набуття членства. Найчастіше виділяють спрощений та загальний порядок. Досить оригінальним випадком в цьому контексті можна вважати автоматичне набуття членства (у міжвоєнний період членство в Лізі Націй передбачало автоматичне набуття членства в МОП).

Більшість МО встановлюють одну процедуру набуття членства (загальний порядок). В окремих випадках може застосовуватися спрощена процедура (наприклад, у випадку відновлення членства тощо). Однак, цей інститут не застосовується у більшості МО, в тому числі ВООЗ [32, с. 75].

Процедура вступу до ВООЗ регламентується Статутом ВООЗ в досить загальній формі. Аналіз практики дозволяє нам умовно розділити її на три основні стадії.

Перша стадія - це надання згоди на обов'язковість для держави Статуту ВООЗ. Порядок надання такої згоди досить детально врегульований у главі XVI Статуту. Найважливіші положення містяться в ст. 78 та 79. Перша з них передбачає, що Статут залишається відкритим для підпису або прийняття його всіма державами. А ст. 79 врегульовує форми приєднання. Там зокрема зазначається, що «Держави можуть приєднатися до цього Статуту шляхом: (І)

підписання без застереження щодо його затвердження; (Ii) підписання за умови його затвердження з подальшим прийняттям; (Iii) прийняття. (В) Прийняття здійснюється врученням формального документа Генеральному секретарю Об'єднаних Націй [219, с. 18-19].

Друга стадія – подача державою заявки на вступ до ВООЗ. Ця стадія лише частково регламентована Статутом, зокрема у ст. 6. визначено, що у процесі її здійснення держави повинні дотримуватися загальних норм та принципів міжнародного права, в тому числі тих, що кодифіковані у Віденській конвенції про право договорів між державами та міжнародними організаціями або між міжнародними організаціями 1986 р. (далі – Віденська конвенція 1986 р.) [20, с. 372]. Такі норми зокрема визначають, хто від імені держави може подати заявку. І хоча при вирішенні даного питання слід враховувати особливості, передбачені нормами конституційного права конкретної держави, однак норми міжнародного права передбачають, що така заявка може бути подана будь-якою особою, яка уповноважена державою. *Ex officio* державу можуть представляти глава держави, глава уряду, міністр закордонних справ. Крім того, така заява може бути зроблена представником держави, акредитованим при цій МО або у державі місцезнаходження її штаб-квартири [187, с. 79].

На третій, фінальній стадії відбувається затвердження заявки держави вищим органом ВООЗ – Асамблеї. Рішення при цьому вважається прийнятим, якщо за нього проголосувала проста більшість (більше половини членів організації). У випадку позитивного рішення держава стає членом ВООЗ.

Водночас слід відзначити, що оскільки членами (асоційованими) організації можуть бути також несамоверхні території, відповідно процедура щодо набуття ними членства має певні незначні особливості. Найбільшою з них є те, що вона фактично передбачає дві стадії – другу і третю, оскільки суб'єктом подання є держава, яка відповідальна за цю територію і вже є членом ВООЗ, а отже, приєдналася до Статуту ВООЗ. Такий висновок логічно випливає зі змісту

ст. 8 Статуту ВООЗ.

Припинення членства у ВООЗ. Установчі угоди більшості МО передбачають можливість припинення членства. Така ситуація характерна для всіх організацій системи ООН, за винятком ЮНЕСКО і ВООЗ, Статути яких взагалі не згадують про таку можливість. Але це жодним чином не означає, що держави-члени ВООЗ не можуть припинити свою участь в організації. Право на вихід з МО є одним з базових, невід'ємних прав держави, яке випливає з її суверенітету. Саме тому відсутність у Статуті організації положень про вихід в жодному разі не позбавляє державу такого права [162, с. 309]. Однак на відміну від інших МО у випадку з припиненням членства в ВООЗ слід вдатися не до установчих документів чи її внутрішнього права, а до аналізу практики функціонування цієї МО.

У теорії міжнародного права прийнято виділяти кілька видів припинення членства в МО. Найбільш відомими з них є вихід та виключення (як санкція), значно рідше бувають випадки, коли членство в МО припиняється у зв'язку із припиненням існування держави чи взагалі самої МО. Хоча можна зустріти й інший перелік видів припинення членства в МО. Так, К.А. Бекяшев виділяє п'ять способів припинення членства, а саме: а) добровільний вихід; б) автоматичний вихід; в) виключення; г) припинення існування держави; д) ліквідація організації [96, с. 266].

Розглянемо кожен з цих способів припинення членства більш детально.

Вихід. Найчастіше членство в МО припиняється шляхом виходу з неї держав. Даний вид є добровільною формою припинення членства, і зазвичай передбачає активні дії держави, що хоче припинити членство, зокрема виконання спеціальних процедур. В залежності від конкретної організації, держава, що бажає припинити своє членство, повинна подати заяву у вищий чи адміністративний орган організації чи денонсувати установчий договір. Іноді може бути передбачено іншу процедуру. Як вже було зазначено вище,

відсутність в установчих документах МО положень про вихід жодним чином не є перешкодою для добровільного припинення членства. Як справедливо зазначає Г.І. Тункін, «це *conditio sine qua* міждержавного характеру організації» [162, с. 392]. Підставою одностороннього виходу з організації є принцип суверенної рівності держав, відповідно до якого будь-яка держава має право вільно визначати доцільність перебування в тій чи іншій організації [19, с. 151].

У доктрині міжнародного права можна виділити три основні точки зору з питання про вихід з МО при відсутності вказівки про це в Статуті:

1) вихід з МО неможливий. Так, Г. Лаутерпахт взагалі заперечує можливість виходу держав-членів з МО. На його думку, така ознака МО, як універсальність, передбачає обов'язкову участь у ній всіх держав без права їх виходу з організації [113, с. 342];

2) держава може вийти з організації навіть при відсутності положення про вихід. Так, індійський юрист Н. Сінгх вважає, що за відсутності спеціальної умови не може бути й мови про порушення святості договору в разі одностороннього виходу, оскільки суверенна держава зв'язана тільки тим, що закріплено в договорі і не може бути зв'язана тим, що в договорі відсутнє [290, с. 176]. Цю точку зору підтримувала радянська доктрина міжнародного права [34, с. 82]. Так, у тогочасній міжнародно-правовій літературі зазначалося, що «подібна точка зору суперечить основним принципам сучасного міжнародного права, зокрема принципу державного суверенітету, і повинна бути відкинута як помилкова» [76, с. 45];

3) вихід можливий, проте лише на певних умовах. Противники права виходу з МО висувують різні аргументи на підтримку своєї думки, зокрема стверджуючи, що право виходу з МО взагалі неможливе в тому випадку, якщо організація має універсальний характер. Хоча набагато частіше називалися інші умови. Так, А.М. Талалаєв зазначав, що згідно Віденської конвенції 1969 р. (ч. 2 ст. 56) учасник повідомляє не менш як за дванадцять місяців про свій намір

денонсувати договір або вийти з нього [159, с. 45-47]. Крім того, держава повинна виконати свої фінансові зобов'язання перед організацією. Іноді називаються й інші умови.

Зазвичай вихід з організації насправді пов'язаний з виконанням низки обов'язкових умов: необхідністю письмової заяви про денонсацію установчого акту; встановленням певного періоду, після закінчення якого заява про вихід вступає в силу; встановленням періоду, починаючи з дня набрання установчим актом сили, після закінчення якого держава-член може порушити клопотання про вихід з організації; виконанням перед виходом низки зобов'язань (в основному фінансового характеру); узгодженням умов виходу з організаціями більш загальної компетенції [34, с. 82].

У той же час, на практиці держави завжди послідовно відстоювали право держав на вільний вихід з МО. Право виходу існує у всіх МО незалежно від того, чи є про це вказівка в Статуті МО. Воно здійснюється відповідно до положень Статуту відповідної МО або додаткових угод членів організації.

Слід враховувати також те, що держава повинна денонсувати установчу угоду організації. Таке правило носить абсолютний характер для всіх організацій, за винятком СНД. З цього приводу В. Пустогаров звертає увагу на ст. 10 Угоди про створення СНД, відповідно до якої кожна сторона отримує «право зупинити дію даної Угоди чи окремих її статей, повідомивши про це учасників Угоди за рік». З цього приводу автор підкреслив, що «денонсація договору з попереднім повідомленням добре відома міжнародному праву і термін «зупинити» можна було б тлумачити в цьому сенсі. Але як розуміти довільне, на вибір кожного члена СНД, скасування (у формі «припинення») окремих статей установчого акту? Якщо виходити із зазначеного положення, то можна уявити фантастичну для сучасних відносин ситуацію: існує організація, в якій один член визнає зобов'язання за 10 статтями з 14, інший член – за 9, третій – за 8 і т. д.» [132, с. 31].

Автоматичний вихід є різновидом добровільного виходу (а в деяких випадках - різновидом виключення). Його сутність полягає в тому, що держава *ipso facto* в силу обставин, що склалися, зобов'язана припинити членство в організації [34, с. 82]. Так, ми згадували вище, що членство в деяких організаціях прямо пов'язане з членством в інших. Наприклад, така ситуація існує щодо МБРР і МВФ, тому будь-яка держава, що перестала бути членом МВФ, через три місяці автоматично вибуває з числа членів МБРР [68, с. 95]. Подібна ситуація може настати і у випадку примусового припинення членства (виключення) з МВФ.

Як вже згадувалося вище, Статут ВООЗ нічого не зазначає про припинення членства, в тому числі й про вихід. Можливо, саме це спонукало США, приєднуючись до Статуту ВООЗ у 1948 р., зробити застереження до ст. 74, в якому передбачалося право на вихід. Слід відзначити, що Статут цієї організації виключав можливість застережень загалом. Попри це, Асамблея погодилася з таким застереженням. Відповідно, на даний момент тільки одна держава має право вийти з ВООЗ на підставі договірного положення. У всякому разі, таку точку зору висловлює в своєму дослідженні К.І. Каркіщенко [57, с. 45]. Висловлена точка зору піддається критиці, адже суперчить концепції державного суверенітету.

Якщо ж говорити про практику ВООЗ стосовно інших держав, то вона є досить спірною. Так до прикладу, ряд членів, в тому числі СРСР, УРСР та БРСР, Болгарія, Румунія, Албанія протягом 1949-1950 рр. заявили про свій вихід з організації. Формально причиною виходу була незгода з політикою ВООЗ [57, с. 45], проте Кулеба Д.І. стверджує, що принаймні стосовно УРСР такою підставою було те, що членські внески були досить високими [73, с. 138]. Станом на 01.03.2019 р. такий внесок становив 246 395,00 доларів США та 245 409,00 швейцарських франків [46]. Проте, в момент, коли ці держави відновили своє членство в організації, ВООЗ пред'явила до них вимогу

сплатити членські внески за всі роки. Україна, Білорусія та Росія як правонаступниця СРСР вважали такі вимоги такими, що порушують державний суверенітет. В результаті переговорів сторони дійшли компромісу [101, с. 211] сплатити 5 відсотків від суми заборгованості [49]. Таким чином, така ситуація частково нагадує ту, що склалася з участю України у СНД. Як і у випадку з ВООЗ, Україна є державою-засновницею цієї організації, але не підписала її Статут, який був розроблений пізніше. З точки зору органів СНД Україна є повноцінним членом [64], хоча не ратифікувала установчий договір.

Іншим випадком, на який звертають увагу науковці, є внесення змін до Статуту Організації, з якими принципово не погоджується держава. У більшості організацій така держава має можливість припинити своє членство в організації. У ВООЗ, через відсутність норми про вихід, це питання вирішується по-іншому: у заяві Асамблеї йдеться про те, що у випадку «якщо держава не погоджується з поправками до Установчого договору, які ведуть до зміни її прав і обов'язків, то вона продовжує членство в даній організації без зобов'язань» [260, с. 74]. На жаль, вказане формулювання є досить спірним, і через відсутність подібної практики дещо незрозумілим. Загальновідомо, що членство породжує низку прав та кореспондуючих їм обов'язків. А відтак видається, що у згаданому вище випадку йдеться не про членство без зобов'язань як таких, а передусім про те, що держава має права і обов'язки, які у неї існували щодо внесення змін до Статуту.

Виключенням є примусове припинення членства, яке виникає внаслідок порушення державою своїх зобов'язань, що впливають з участі в організації. Установчі документи не усіх МО містять положення про виключення. Зокрема, немає таких положень у Статуті МОП, у зв'язку з чим застосовується інститут «запрошення до виходу» [73, с. 54]. В більшості організацій, Статуту яких містять положення про виключення, вони розглядаються як санкція, що застосовується за порушення положень Статуту. Так, відповідно до ст. 6 Статуту

ООН член організації, який систематично порушує принципи, що містяться в Статуті, може бути виключений з Організації ГА ООН за рекомендацією РБ ООН (ст. 6) [169, с. 10].

В Статуті ВООЗ немає положення про виключення. Це не раз створювало для цієї організації певні «незручності». У зв'язку з цим, в 1964-1965 рр. Асамблея розробила проект поправок до ст. 7 Статуту ВООЗ, однак ці зміни не набрали необхідної кількості голосів [57, с. 45]. На сьогодні максимальною санкцією, яку передбачає Статут ВООЗ, є тимчасове призупинення права голосу і права на обслуговування. Так, зокрема, ст. 7 передбачає: «У разі невиконання членом Організації своїх фінансових зобов'язань по відношенню до Організації або при інших виняткових обставинах Асамблея може на тих умовах, які вона вважатиме правильними, тимчасово позбавити члена Організації належних йому права голосу і права на обслуговування. Асамблея повноважна відновлювати зазначені право голосу і право на обслуговування» [219, с. 4].

При цьому слід звернути увагу, що така редакція статті ще застосовується, оскільки викладена відповідно до поправки, що була прийнята Вісімнадцятою сесією Асамблеї [271]. Заслуговує на увагу той факт, що ця стаття не містить чіткого строку, на який державу позбавляють її прав.

Що ж стосується решти способів припинення членства в МО, а саме, внаслідок припинення МО та внаслідок припинення держави, на практиці вони зустрічаються не так часто. Зокрема, припинення членства внаслідок припинення МО мало місце стосовно Ліги Націй в 1946 р. чи Ради Економічної Взаємодопомоги та Організації Варшавського договору в 1991 р. Що ж стосується іншого випадку, то у ряді МО було припинено членство НДР у зв'язку із припиненням держави (об'єднанням з ФРН). Проте найбільш відомий випадок припинення членства у зв'язку із припиненням держави пов'язаний з членством Югославії в МВФ, яка після розпаду була визнана цією організацією такою, що припинила членство без правонаступництва [187, с. 86]. Що ж

стосується практики ВООЗ з цього приводу, то вона відсутня.

Права та обов'язки членів ВООЗ. У доктрині міжнародного права існує досить багато позицій стосовно обсягу прав і обов'язків, що впливають з членства. Переважна більшість вчених наводять наступний перелік прав: право голосу в організації, право на представництво в організації, право на отримання від МО послуг, передбачених Статутом, право на розпуск організації, право на вихід з організації. Цим правам кореспондують наступні обов'язки: обов'язок сплачувати внески до бюджету організації, обов'язок сприяти досягненню цілей та завдань організації, обов'язок дотримуватися положень Статуту організації тощо [73, с. 53]. В залежності від особливостей тої чи іншої організації її установчі документи та норми внутрішнього права передбачають додаткові права та обов'язки. ВООЗ не є винятком. У зв'язку з цим можна виділити кілька основних груп прав і обов'язків, що впливають з членства:

1) права і обов'язки, що впливають з обов'язку взаємного інформування про захворювання, їх причини та наслідки. Так, до прикладу, ст. 64 Статуту ВООЗ передбачає, що кожен член представляє статистичні та епідеміологічні доповіді в тій формі, яка буде встановлена Асамблеєю [219, с. 16];

2) співпрацювати в питаннях, пов'язаних з боротьбою з інфекційними захворюваннями, та в інших сферах, що мають відношення до охорони здоров'я (з метою забезпечення максимально досяжного рівня здоров'я). Так до прикладу, ст. 63 передбачає: «Кожен член без зволікання повідомляє Організацію про важливі закони, правила, офіційні доповіді і статистичні дані щодо охорони здоров'я, які були опубліковані в даній державі» [219, с. 16];

3) права і обов'язки, пов'язані з прийняттям і реалізацією актів внутрішнього права організації у відповідності зі ст. 19-23 Статуту ВООЗ.

Як вже вказувалося вище, ще однією особливістю ВООЗ є відсутність норми про право держави на вихід з організації.

Таким чином, на основі вищевказаного можна зробити наступні висновки:

1) Статут ВООЗ передбачає два основні види членства: повне та асоційоване. Повними членами можуть бути виключно держави, в той час як асоційованими членами лише несамоверхні території;

2) ВООЗ належить до відкритих організацій, оскільки набути членство в ній може будь-яка держава. Для цього їй достатньо ратифікувати Статут і отримати схвалення від вищого органу організації;

3) Статут ВООЗ не передбачає можливості припинення членства. Більше того, така можливість заперечується практикою самої організації. При цьому не передбачено як можливість добровільного припинення членства, так і припинення членства у якості санкції. Як альтернатива останньому існує інститут призупинення прав і обслуговування, як санкція, яка може застосовуватися вищим органом організації у разі невиконання членом Організації своїх фінансових зобов'язань або при інших виняткових обставинах;

4) запропоновано внести зміни до Статуту ВООЗ щодо членства інших МО у організації;

5) права і обов'язки членів ВООЗ загалом аналогічні правам і обов'язкам в інших спеціалізованих установах. При цьому з функціональної точки зору їх доцільно розділити на три групи: а) права і обов'язки, що впливають з обов'язку взаємного інформування про захворювання, їх причини та наслідки; б) права і обов'язки щодо співпраці в питаннях, пов'язаних з боротьбою з інфекційними захворюваннями, та в інших сферах, що мають відношення до охорони здоров'я; в) права і обов'язки, пов'язані з прийняттям і реалізацією актів внутрішнього права організації.

2.3. Правотворча діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я

Однією з важливих ознак юридичної природи МО є її участь у створенні норм міжнародного права [94, с. 417]. І хоча вказану характеристику МО

зазвичай розглядають як один з проявів її регулюючої функції, однак на думку В. Живарьова саме повноваження організації в даній сфері є необхідними для реалізації статутних норм, що визначають цілі, принципи та порядок поведінки держав-членів [88, с. 44]. Більше того, як справедливо відзначає В.Г. Буткевич, в сучасний період, як правило, саме МО виступають платформою для розроблення універсальних міжнародно-правових актів [17, с. 414].

Науковець Р.Е. Мартирисянц підкреслює, що одним з методів, що використовують МО при вирішенні поставлених перед ними завдань, є нормотворчість, і роль її в загальному процесі міжнародної нормотворчості постійно підвищується. Найбільше це проявляється в сучасний період, коли гостро постало завдання всесвітнього зміцнення міжнародної безпеки, перебудови всієї системи міжнародних відносин на демократичній основі. А це ставить завдання подальшого розвитку міжнародного права, розробки нових правил міждержавного спілкування, адекватних сучасній ситуації [87, с. 4].

На думку М. Крилова, правотворча функція МО проявляється дуалістично: по-перше, вони беруть участь у нормотворчому процесі держав, по-друге, безпосередньо самі формулюють юридично обов'язкові правила поведінки учасників міжнародних відносин [67, с. 38-39]. В першому випадку зазвичай мова йде про укладення багатосторонніх міжнародних договорів в рамках МО або під їх егідою на дипломатичних конференціях. Якщо говорити про другий аспект, тут слід відзначити, що юридично обов'язковими рішеннями, прийнятими МО на даному етапі, є рішення РБ ООН та ЄС та деяких інших організацій, що володіють елементами наднаціональності. Однак, в більшості організацій такі рішення не мають обов'язкової юридичної сили і носять в першу чергу морально-політичний характер, тобто держави де-факто є зв'язаними цими нормами [89, с. 38]. З цього приводу О.М. Шпакович зазначає, що акти МО рекомендаційного характеру тісно пов'язані з феноменом так званого «м'якого права» і як правило, створюються організаціями, які мають

значний авторитет у світі [185, с. 195]. Міжнародне «м'яке» право - необхідний елемент сучасної міжнародної нормативної системи. Взаємодія з ним дуже важлива для функціонування міжнародного права [87, с. 10].

Такі обмеження на правотворчу діяльність накладає і похідний характер міжнародної правосуб'єктності цих організацій. В доктрині вказують, що за своєю юридичною природою нормотворча діяльність є делегованим виконанням частини правотворчих повноважень держав-членів. Стосовно ВООЗ вона включає в себе розробку, затвердження та сприяння прийняттю конвенцій, угод і регламентів з питань міжнародної охорони здоров'я, укладення міжнародних договорів, прийняття рекомендацій державами, сприяння становленню міжнародних звичаїв, тобто використання традиційних для міжнародних міжурядових організацій способів реалізації нормотворчих повноважень [65, с. 27].

На важливості закріплення повноважень МО щодо створення норм міжнародного права в установчих договорах, неодноразово наголошували в доктрині міжнародного права, зокрема польський вчений К. Скубішевський. Він переконаний, що для створення норм міжнародного права інших, ніж норми її внутрішнього права, МО має бути наділена явними повноваженнями, закріпленими у відповідному міжнародному договорі чи її Статуті [292, с. 178].

В свою чергу, болгарський юрист-міжнародник П. Радойнов, вважає, що у випадку «міжнародної організації» не варто говорити про т. зв. концепцію «домислюваних повноважень» (*англ.* implied powers), оскільки вона може привести до ревізії установчого акту. Він стверджує, що можливості і межі правотворчості МО мають бути визначені в установчому договорі МО [134, с. 84].

На нашу думку, в сучасних реаліях, коли роль МО, особливо тих, котрі наділені компетенцією у спеціалізованих сферах (міжнародна торгівля, повітряні перевезення, охорона здоров'я та ін.) має тенденцію до стабільного

зростання, недоцільно заперечувати їх правотворчу діяльність чи нівелювати її значення. І хоча більшість рішень МО не мають юридично обов'язкового характеру, однак відіграють значну роль в практиці міжнародно-правових відносин і їх поява не залишається непоміченою. Дуже часто саме масив актів (анг. *soft law*), прийнятих в рамках МО і складає підґрунтя міжнародно-правового регулювання в тій чи іншій сфері та закладає основи можливого визнання їх обов'язковими [71, с. 12].

Необхідно погодитись з тим, що в доктрині міжнародного права особливо наголошується на обмеженому характері правотворчої діяльності МО. Так, К. Бекашев підкреслює, що правотворча діяльність МО завжди носить спеціальну спрямованість і повинна повністю узгоджуватися з цілями такої організації, а конкретні форми і ступінь участі МО в нормотворчому процесі в кінцевому підсумку залежать від виконуваних нею функцій [92, с. 295-296].

З цим твердженням можна погодитися до певної міри. Справді, в сучасних умовах немає змісту заперечувати існування та значення правотворчої діяльності МО. Але в абсолютній більшості випадків вона об'єктивно обмежена сферою діяльності, компетенцією та функціями МО.

В цьому контексті необхідно відзначити, що такий статус-кво є позитивним. Це зумовлене, в першу чергу тим, що ефективність діяльності МО залежить від реалізації її рішень. Немає сумніву в тому, що реалізувати ті чи інші рішення в рамках певної сфери діяльності буде значно простіше, ніж на універсальному рівні, де відповідний процес є ускладненим.

Оскільки відповідно до Статуту ВООЗ основним її завданням є «досягнення всіма народами можливо найвищого ступеню здоров'я» [219, с. 2], що на практиці нерідко зводиться до боротьби з найбільш небезпечними хворобами, держави-учасниці надали їй особливі повноваження. Мабуть, одним з найбільш вагомих з них є можливість приймати юридично обов'язкові рішення, як нормативного, так і індивідуально-розпорядчого характеру.

Нормотворча функція ВООЗ закріплена в ст. 2 Статуту ВООЗ, і уточнюються в статтях, присвячених повноваженням конкретних органів. Зокрема, ст. 19 передбачає, що Асамблея має право приймати конвенції та угоди з будь-якого питання, що входить до компетенції Організації [219, с. 7]. При цьому, як справедливо відзначає П. Фідлер, положення, що містяться в ст. 21-22 Статуту, на момент прийняття Установчого договору ВООЗ, без сумніву, можна було вважати досить радикальним рішенням в міжнародному праві [227, с. 1088].

Правотворча функція є однією з основних функцій ВООЗ, яку закріплено в її установчому договорі. Так, п. к ст. 2 Статуту ВООЗ серед функцій організації виділяє право «пропонувати прийняття конвенцій, угод і правил, робити рекомендації з питань міжнародної охорони здоров'я і виконувати ті обов'язки, які у зв'язку з цим можуть бути покладені на Організацію і які відповідають її цілям» [219, с. 3].

Серед інших положень Статуту ВООЗ, які мають відношення до нормотворчої функції, можна виділити п. с ст. 2, згідно з яким Організація повинна «встановлювати і в міру потреби переглядати міжнародну номенклатуру хвороб, причин смерті і практики суспільної охорони здоров'я» [219, с. 3]. Діяльність з ведення медичної номенклатури, з юридичної точки зору, можна розглядати як специфічний прояв правотворчої діяльності.

Особливою сферою діяльності ВООЗ, яка носить правотворчий характер, є створення стандартів у різних галузях медицини. Статут ВООЗ передбачає цілу низку функцій Організації зі створення стандартів у сфері охорони здоров'я. Зокрема, такими є обов'язки:

- сприяти поліпшенню стандартів навчання та підготовки в галузі охорони здоров'я, медицини і пов'язаних з ними професій;
- надавати інформацію, поради та допомогу в сфері охорони здоров'я;
- стандартизувати, де це необхідно, діагностичні процедури;
- розвивати, встановлювати і сприяти поширенню міжнародних стандартів

для харчових, біологічних, фармацевтичних і аналогічних продуктів та ін. [219, с. 2].

Таким чином, проаналізувавши положення ст. 2 Статуту ВООЗ, можна виділити два основні види правових актів, через прийняття яких Організація реалізовує свої функції: 1) конвенції та угоди; 2) правила та стандарти. Додатково сюди можна додати рішення, які стосуються діяльності самої організації. Проаналізуємо кожен вид таких актів більш детально.

Конвенції та угоди. Відповідно до ст. 19 Статуту ВООЗ Асамблея має право приймати конвенції та угоди з будь-якого питання, яке входить до компетенції Організації. Для прийняття такого роду конвенцій та угод потрібна більшість в дві третини голосів Асамблеї, причому зазначені конвенції або угоди щодо кожного окремого члена Організації вступають в силу після прийняття їх згідно з порядком, після схвалення (ратифікації) компетентними внутрішньодержавними органами відповідно до конституційної процедури [219, с. 7]. Такі договори підлягають реєстрації у Секретаріаті ООН (на підставі ст. 102 Статуту ООН та Резолюції 91 (1) ГА ООН [174, с. 80]). Крім того, Статут ВООЗ передбачає і спеціальне зобов'язання: «кожен член зобов'язується у вісімнадцяти місячний строк з дня прийняття Асамблеєю конвенції (угоди) вжити заходів щодо затвердження такої конвенції або угоди» [219, с. 7]. Кожен член повідомляє Генерального директора ВООЗ про вжиті заходи, а в разі неприйняття ним такої конвенції або угоди в зазначений термін повідомляє про причини неприйняття. У разі прийняття кожен член погоджується подавати щороку Генеральному директору ВООЗ доповідь [174, с. 80].

Слід відзначити, що такі конвенції і угоди можна умовно розділити на дві групи в залежності від питань, яких вони стосуються. До першої слід віднести угоди, що стосуються загальних питань охорони здоров'я, другі - стосуються організаційно-технічних питань.

Якщо згадувати про угоди і конвенції, що стосуються загальних питань

охорони здоров'я, то слід відзначити, що ВООЗ практично не користувалася своїм правом на прийняття таких актів. Однак, першим актом стала Рамкова конвенція із боротьби проти тютюну 2003 р. Асамблея звернулася до Генерального директора з пропозицією про ухвалення Конвенції щодо боротьби з тютюнопалінням. Як наслідок, РКБТ ВООЗ було відкрито для підписання з 16 червня 2003 р. по 29 червня 2004 р., в ході чого її підписало 168 держав. Вона вступила в дію 27 лютого 2005 р., після того як її ратифікувало 40 держав [304]. Україна підписала РКБТ ВООЗ 24 червня 2004 р., а 15 березня ратифікувала її і стала однією зі сторін цього міжнародного договору [130]. У 2012 році був прийнятий Протокол про ліквідацію незаконної торгівлі тютюновими виробами до РКБТ ВООЗ.

На думку деяких авторів, зокрема М. Коробенкової, є всі підстави говорити про недостатнє застосування ВООЗ інструментів впливу на держави. Регулюючи питання своєї компетенції обмеженим набором правил і рекомендацій, ВООЗ практично не використовує право приймати конвенції. Вона вказує на ту думку, що жорстка регламентація в сфері охорони здоров'я є втручанням у внутрішні справи держави і завдає шкоди принципу вільної торгівлі [65, с. 29-30].

Інші дослідники у цій сфері стверджують, що ВООЗ має в більшій мірі використовувати такий інструмент як розробка та прийняття конвенцій і договорів. Як вказує К.І. Каркіщенко, існує пропозиція щодо розробки спеціальної конвенції про право на здоров'я, яка б визначала поняття цього права, забезпечення його реалізації та створення механізму контролю з боку ВООЗ [58, с. 83-84]. На користь цієї точки зору свідчить практика деяких спецустанов ООН, зокрема МОП, в рамках якої було розроблено і прийнято більше сотні проектів конвенцій. Додатковим аргументом може служити той факт, що на відміну від інших організацій, які для такої діяльності використовують концепцію домислюваної компетенції, Статут ВООЗ, а саме ст. 19 та 21, прямо передбачають такі повноваження організації. З іншого боку,

варто відзначити, що такі конвенції і угоди мають стосуватися виключно питань, перерахованих в ст. 21 Статут ВООЗ [208, с. 148].

Що ж стосується конвенцій і угод з організаційно-технічних питань, то цей інструмент застосовується в практиці організації набагато частіше. Так, на першій сесії Асамблеї було прийнято рішення про приєднання до Конвенції про привілеї та імунітети спеціалізованих установ ООН 1947 р. і про підписання угод про співпрацю з ООН, МОП, ФАО і ЮНЕСКО (1948 р.). Надалі були підписані такі угоди з МАГАТЕ (1959 р.), ІФАД (1980 р.) та ЮНІДО (1989 р.). Також Асамблея підписала угоду з урядом Швейцарської Конфедерації про місцезнаходження штаб-квартири ВООЗ (1948 р.) та угоди про штаб-квартири регіональних бюро з відповідними державами [58, с. 78-79]. Таким чином, ці міжнародні договори носили організаційний характер і безпосереднього відношення до питань охорони здоров'я не мали.

Правила та стандарти. Що ж до правил та стандартів, то Статут ВООЗ визначає також і нормотворчі повноваження Асамблеї в цьому напрямі [67, с. 116-117]. Так, відповідно до ст. 21 Статуту ВООЗ, Асамблея має повноваження встановлювати правила і стандарти стосовно:

- а) санітарних і карантинних вимог та інших заходів, спрямованих проти міжнародного розповсюдження хвороб;
- б) номенклатури хвороб, причин смерті і практики суспільної охорони здоров'я;
- с) стандартів діагностичних методів дослідження для їх міжнародного використання;
- д) стандартів щодо нешкідливості, чистоти і сили дії біологічних, фармацевтичних і інших подібних продуктів, що мають обіг у міжнародній торгівлі;
- е) реклами і ярликів біологічних, фармацевтичних і подібних продуктів, що мають обіг у міжнародній торгівлі [219, с. 7-8].

Як зазначає Р.Е. Мартирисянц, правила процедури МО мають вторинний характер по відношенню до норм установчого акту. Між правилами процедури і установчим актом існує нерозривний зв'язок, оскільки правила процедури без установчого акту не мають сенсу, а положення установчого договору без них не діють. Правила процедури МО виступають як система юридичних гарантій правильного застосування норм установчого акту і сприяють недопущенню небажаних для держав-членів відносин в рамках МО. А також специфічною особливістю правил процедури є їх суто організаційно-процедурний характер, а предметом їх регулювання є організаційно-процесуальні відносини, що складаються в процесі реалізації матеріальних норм, що містяться в установчих актах МО [87, с. 6].

Зазначена форма правотворчої діяльності ВООЗ має свої переваги у порівнянні з конвенціями та угодами, що укладаються в рамках Організації. Прийняття документа у формі правил дозволяє уникнути зволікання, пов'язаного з підписанням і ратифікацією документа кожною державою-учасницею, оскільки для правил встановлена процедура «мовчазної згоди». Якщо у встановлений строк держава не сповістила про відхилення документа або про застереження, правила стають обов'язковими для неї [65, с. 27-30].

Аналіз правотворчої діяльності засвідчує, що основна маса правил, прийнятих в рамках ВООЗ, мають рекомендаційний характер. На думку К.І. Каркіщенко, однією з причин переваги рекомендаційної форми у нормотворчій діяльності ВООЗ є протиставлення комерційних інтересів транснаціональних корпорацій, які здійснюють діяльність у фармацевтичній сфері [57, с. 110].

Тим не менш, держави зважають на ті рішення ВООЗ, які носять і рекомендаційний характер. Наприклад, на основі рекомендацій ВООЗ можуть прийматися внутрішньодержавні нормативно-правові акти, що регулюють відносини в сфері охорони здоров'я. В Україні таким, наприклад, є Закон

України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», в Преамбулі якого зазначено, що він враховує рекомендації ВООЗ з цього приводу [131].

В перші роки своєї діяльності Асамблея двічі використовувала свої права згідно зі ст. 21 Статуту ВООЗ. У 1948 р., тобто у перший рік своєї діяльності, вона прийняла Правила № 1, що стосуються найменування захворювань та причин смерті, включаючи збір та публікацію статистичних даних. Другий документ, що має більш важливе значення і специфічний правовий характер, був прийнятий у 1951 р. Це були Міжнародні медико-санітарні правила, які зосереджувалися, головним чином, на запобіганні поширенню шести захворювань - чуми, холери, малярії, віспи, тифу та грипу. Ці документи й надалі залишаються найбільш відомими актами цього виду, прийнятими в рамках реалізації даного виду правотворчої функції ВООЗ.

Кожен з цих актів переслідує відповідну мету. Від її реалізації залежить не просто ефективність функціонування ВООЗ як МО, а й захист життя і здоров'я людей в цілому світі. Так, метою Міжнародних медико-санітарних правил є забезпечення правових рамок для профілактики, виявлення і стримування ризиків для здоров'я населення у самого джерела, до того, як вони поширяться в інші країни. Це може бути можливим завдяки спільним діям держав-учасників і ВООЗ [97].

Протягом наступних п'яти десятиліть правотворча діяльність ВООЗ обмежувалася лише внесенням відносно незначних змін та доповнень до цих двох документів [228, с. 160-167].

Розмірковуючи з цього приводу, можна навести думку Дж. Барціка, який виділив дві причини такого стану речей. По-перше, співробітники ВООЗ - головним чином лікарі, які мають недостатньо знань в сфері права, і тому не завжди розуміють перевагу використання міжнародного права як регулятора, а по-друге - небажання держав делегувати права в сфері забезпечення

громадського здоров'я на наднаціональний рівень [208, с. 163].

Ще однією причиною такого становища можна вважати ситуацію зі спробою ВООЗ прийняти Міжнародний кодекс продаж заміників материнського молока, над яким організація працювала ще з початку 50-х р. XX ст. І як наслідок, ВООЗ стала заручником суперечки, яка виникла між транснаціональними корпораціями та неурядовими організаціями щодо доцільності прийняття такого Документу. Даний спір тривав понад два десятиліття і завершився тим, що ВООЗ остаточно відмовилася від ідеї жорсткого регулювання зазначеної сфери [57, с. 110-111]. Тільки в 1981 р., після масштабних досліджень, які дана організація проводила разом з ЮНІСЕФ, було прийнято Міжнародний кодекс продажу заміників материнського молока [274]. За проголосувало 118 держав, проти - одна (США), утрималися - три. При цьому названий документ був прийнятий в якості рекомендації, тобто не мав юридично обов'язкового характеру. Після цього випадку Організація, приймаючи інші документи, не прагнула надати їм юридично обов'язкової сили. Як приклад можна назвати Етичні критерії реклами лікарських засобів (*анг. Ethical criteria for medicinal drug promotion*) [275].

Таким чином, тривалий період ВООЗ фактично не використовувала положення, що дають їй змогу приймати юридично-обов'язкові документи. Проте, в 2005 р. ситуація змінилася - були прийняті нові Міжнародні медико-санітарні правила [241]. Вони набули чинності в 2007 р. і в даний час зобов'язують 194 держави. Заклики щодо необхідності прийняття нового, реформованого документа були висловлені досить давно [228, с. 167], оскільки і науковці, і практики були одностайні в тому, що існуючі на той момент правила суттєво застаріли і не виконують своєї ролі, особливо в частині боротьби з інфекціями і зокрема щодо зобов'язання держав інформувати ВООЗ про поточні епідеміологічні ризики [226, с. 496]. Особливий поштовх для розробки цих правил надала епідемія SARS, джерело якого було виявлено в кінці 2002 р. у

китайській провінції Гуандун, а початкова фаза розвитку прискорила їх розробку [286, с. 1030].

Якщо говорити про процедуру прийняття рішень ВООЗ, то неможливо не відзначити, що вона відрізняється в залежності від виду актів, що ухвалюються. Так, у випадку конвенцій та угод, а також угод, що встановлюють зв'язок Організації з ООН, міжурядовими організаціями та установами чи вносять поправки до Статуту ВООЗ, необхідним є рішення більшості в дві третини голосів присутніх і тих, що голосують. Рішення з інших питань, включаючи визначення категорій питань, що вирішуються більшістю у дві третини голосів, приймаються більшістю членів, присутніх і тих, що голосують. Процедура голосування в інших органах ВООЗ (Комітет та ін.) з аналогічних питань є ідентичною [219, с. 7-8].

Можна виділити три основних види резолюцій Асамблеї. Перший стосується внутрішньо організаційних питань, як то обрання чи призначення посадових осіб організації, затвердження бюджету тощо. Загалом даний тип резолюцій характерний для будь-якої МО і тут відсутні особливості.

Стосовно другого виду, то сюди слід віднести рекомендації ВООЗ – спеціальні документи, як нормативного, так і індивідуального характеру, які регулюють питання, пов'язані з основною сферою діяльності цієї організації. Вони не є юридично обов'язковими, а містять лише рекомендаційні норми [178, с. 179].

Що ж стосується третього виду рішень, їх називають регламенти, і вони мають ряд особливостей. Серед таких особливостей можна виділити:

1) особлива процедура їх прийняття (вони приймаються консенсусом і є юридично обов'язковими стосовно усіх держав, які в розумний строк (3-9 місяців не заперечили проти цього). Таким чином, тут використовується такий принцип як мовчазна згода [50, с. 68];

2) такі регламенти можуть бути прийняті стосовно вузького кола питань,

перелік яких визначено у Статуті ВООЗ, а саме: санітарних, карантинних та інших заходів, направлених на запобігання розповсюдження хвороб за межами національних кордонів держав; номенклатури захворювань, причин смертності та стандартів гігієни; стандартів діагностичних методів; норм, які регулюють безпеку, чистоту ефективність біологічної, фармацевтичної і подібної продукції, що знаходиться в міжнародному обігу; стандартів реклами біологічної, фармацевтичної та подібної продукції, яка знаходиться в міжнародному обігу.

Отже, ВООЗ наділена правотворчими повноваженнями на рівні більшості інших спеціалізованих установ ООН. При цьому в залежності від поставлених завдань вона користується найрізноманітнішими їх формами. Основними формами правотворчості є конвенції, угоди, правила та стандарти. Перша форма є важливим інструментом діяльності ВООЗ, оскільки її положення стають обов'язковими для держав-членів, проте через об'єктивні обставини наразі застосовується в обмеженому порядку. В той же час, коли мова йде про юридично необов'язкові правові акти, їх прийняття дозволяє гнучкіше вирішувати основні проблеми в сфері охорони здоров'я.

2.4. Міжнародна правосуб'єктність Всесвітньої організації охорони здоров'я

Як неодноразово підкреслювалося вище, ВООЗ є міжнародною міжурядовою організацією зі своїми власними правами і здійснює свою діяльність на підставі і у відповідності з принципами та нормами міжнародного права. Але чи достатньо цього для того, щоб вона володіла міжнародною правосуб'єктністю? Спробуємо відповісти на це питання. Однак, перш ніж перейти до нього, слід розібратися з тим, що означає термін «міжнародна правосуб'єктність» і чому дане питання є настільки важливим для доктрини та практики міжнародного права.

Міжнародне право попередніх століть (до XX ст.) мало досить формальний характер. В основному воно регулювало питання, що стосувалися розмежування юрисдикції держав. МО в сучасному розумінні не існувало. А тому, в доктрині суб'єктами міжнародного права визнавалися виключно лише суверенні держави, чисельність яких була порівняно невеликою. Основною метою міжнародного права було забезпечити співіснування держав. Сфера його дії була розроблена таким чином, щоб стримувати та обмежувати «дії держави», окреслюючи права та обов'язки однієї держави по відношенню до іншої. При чому взаємовідносини з іншими державами мали двосторонній характер і включали переважно окремі аспекти міжнародного права, такі як мир, альянс, навігація та державні кордони.

Проте протягом XX ст., особливо з часу створення ООН, ситуація зазнала суттєвих змін. Особливо це відчутно, якщо проаналізувати зміст норм міжнародного права та сферу його застосування. Однією з найважливіших змін є масштабне «горизонтальне» розширення міжнародного співтовариства за рахунок включення до нього інших суб'єктів міжнародного права, в першу чергу, МО. Більше того, кількість таких МО постійно зростала і на сьогодні значно перевищує кількість всіх інших суб'єктів. Паралельно з цим відбувався процес розширення сфери правового регулювання міжнародного права, яке охоплює досить багато питань, які раніше входили до виключної компетенції держав (захист прав людини, природнього навколишнього середовища, торгівлі тощо). При цьому держави передали МО контроль в більшості нових сфер, що регулювалися міжнародним правом.

У сучасній доктрині та практиці міжнародного права правосуб'єктність МО є майже загальновизнаною аксіомою, яка навряд чи потребує спеціального доведення [145, с. 144]. Разом з тим, Г.І. Тункін відзначає, що «загальне міжнародне право не містить норм, які перешкоджають володінню міжнародними організаціями правосуб'єктністю» [164, с. 320]. Нові функції,

якими держави наділили МО, одразу поставили питання про їх статус і правосуб'єктність. Так, до прикладу, це питання виникло в практиці Міжнародного суду ООН ще у 1949 р. [182, с. 23], а згодом він неодноразово наголошував на наявності такої правосуб'єктності. У консультативному висновку, винесеному у грудні 1980 р., щодо тлумачення угоди між ВООЗ та Єгиптом від 25 травня 1951 р., Міжнародний суд ООН відзначив, що МО є суб'єктами міжнародного права, і як такі пов'язані будь-якими зобов'язаннями, що покладаються на них відповідно до загальних норм міжнародного права, їх установчих документів та міжнародних договорів, учасниками яких вони є [243].

Багато уваги проблемі правосуб'єктності МО приділяють як українські, так і зарубіжні вчені. Як справедливо відзначає М.О. Баймуратов, питання про міжнародну правосуб'єктність МО актуалізується у зв'язку з постійним зростанням їх кількості і посилення їх ролі у вирішенні міжнародних проблем [9, с. 40].

Загалом основні позиції зводяться до того, що міжнародні міжурядові організації є вторинними (похідними) суб'єктами міжнародного права, а отже, їх міжнародну правосуб'єктність слід розглядати як похідну від правосуб'єктності держав [95, с. 288-289]. Ця особливість значно вплинула на основні підходи до обсягу та змісту міжнародної правосуб'єктності організації. Серед іншого це пов'язано з тим, що діяльність організації, як суб'єкта міжнародного права, можлива лише в тому випадку, коли держави-учасниці наділили її такою властивістю, тобто відповідними правами і обов'язками та можливістю юридичного впливу на інші суб'єкти міжнародного права [78, с. 125].

Необхідно підкреслити, що інститут міжнародної правосуб'єктності посідає центральне місце у системі сучасного міжнародного права [17, с. 304] і водночас виступає якісною характеристикою суб'єкта міжнародного права [53, с. 52].

Що означає термін «суб'єкт міжнародного права»? Необхідно нагадати, що поки в міжнародно-правовій доктрині немає єдності з даного питання [74, с. 24-28]. Хоча більшість авторів, визначаючи дане поняття, стверджують, що суб'єктом міжнародного права є суб'єкт, здатний володіти міжнародними правами та обов'язками та наділений здатністю вчиняти юридичні дії на міжнародному рівні, нести відповідальність за їх порушення. При цьому слід відзначити, що в залежності від типу суб'єкта, до нього можуть висуватися додаткові критерії.

Так, Я. Броунлі, розкриваючи зміст правосуб'єктності МО, виділяє три основні її елементи: 1) наявність асоціації держав, що діє на постійній основі, яка має законні цілі і володіє відповідними органами; 2) існування відмінностей між організацією і її державами-членами з точки зору їх юридичних прав і цілей; 3) наявність юридичних прав, які можуть бути здійсненими на міжнародному рівні, а не тільки в рамках національних правових систем однієї або декількох держав» [16, с. 410].

Названі елементи дещо розширяє і конкретизує Є.Т. Усенко, виділяючи при цьому наступні об'єктивні ознаки, що визначають міжнародну правосуб'єктність міжурядових організацій: 1) такий суб'єкт створюється на підставі міжнародної угоди; 2) її членами повинні бути держави; 3) вона повинна бути наділена власною волею; 4) наявність постійно діючих органів; 5) особливий характер здійснюваних організацією функцій і завдань; 6) правомірність [168, с. 20-27]. Дещо інший перелік елементів міжнародної правосуб'єктності надає ряд науковців на основі аналізу відповідних міжнародних прав та обов'язків, а саме щодо їх: права на привілеї та імунітети; права створювати норми міжнародного права, у тому числі права на укладення договорів з державами, МО, іншими суб'єктами міжнародного права; права обміну представництвами з державами та МО; обов'язку щодо несення міжнародно-правової відповідальності за свої дії [102, с. 78]. Така позиція з тими чи іншими варіаціями є найбільш поширеною у

вітчизняній науці, саме тому ми спробуємо проаналізувати правосуб'єктність ВООЗ на відповідність саме цим критеріям.

Право на привілеї та імунітети ВООЗ. Одним з ключових елементів міжнародної правосуб'єктності МО є наявність у них привілеїв та імунітетів. Вважається, що наявність привілеїв та імунітетів по суті є необхідною умовою існування власної волі МО, відмінної від волі держав-учасниць [108, с. 41]. В цьому контексті цілком справедливим виглядає твердження В.М. Репецького, який вказує, що саме наявність привілеїв та імунітетів у МО є гарантією їх відповідного правового статусу, який би забезпечував реалізацію поставлених перед ними завдань і виключав негативний вплив держави місцезнаходження штаб-квартири організації на їх внутрішні та зовнішні справи [139, с. 242].

Перш ніж перейти безпосередньо до аналізу привілеїв та імунітетів ВООЗ слід надати визначення цих понять і розкрити їх зміст. На сьогодні в міжнародному праві переважає функціональний підхід до привілеїв та імунітетів МО, тобто їх розглядають як права, які надаються міжнародним організаціям та їх персоналу для забезпечення ефективного функціонування останніх. Якщо ж спробувати дати їм визначення, то доцільно відзначити, що більшість авторів пояснюють їх правову природу стосовно держави. Так, зокрема імунітет розуміють як вилучення з-під юрисдикції держави перебування офіційних представництв іноземної держави, їх персоналу, а привілеї – це певні пільги та переваги, які надаються державою перебування з метою створення найбільш сприятливих умов функціонування органів зовнішніх зносин інших держав та їх співробітників [138, с. 177], тобто привілеї і імунітети - це особливі права та переваги, що надаються МО на території держав-членів з метою забезпечення самостійного виконання ними своїх статутних цілей [153, с. 312].

На сьогодні відсутні універсальні міжнародні договори, які б регулювали імунітети та привілеї усіх МО. Основними джерелами цього інституту слід вважати:

1) установчі документи самих МО. Статути більшості МО містять норми про привілеї та імунітети (це зокрема, характерно для ООН - ст. 105 Статуту; ЮНЕСКО - ст. XII Статуту, МВФ - ст. IX Статуту; МБРР ст. VII Статуту, ІКАО - ст. 60 Статуту; РЄ - ст. 40 Статуту; ЄБРР - ст. 47 Статуту тощо).

Професор М. Ушаков відзначав особливу важливість установчих документів МО в регулюванні питання про привілеї і імунітети, і підкреслював, що вони є первинними джерелами цього інституту, оскільки саме за їх допомогою держави-засновниці встановлюють МО як новий суб'єкт міжнародного права і необхідні їй права та обов'язки як фактори, за допомогою яких встановлюється організаційно-правова єдність новоствореної організації [171, с. 131]. Разом з тим, слід підкреслити, що Статути МО закріплюють лише принцип надання привілеїв та імунітетів, але не розкривають їх конкретний зміст, порівняно з іншими міжнародно-правовими актами, які спеціально укладені з цього приводу [180, с. 61];

2) спеціальні міжнародні угоди, що передбачають привілеї та імунітети МО. Так, З. Доліва-Клепацкі відзначає, що привілеї та імунітети МО часто регулюються спеціальними угодами, які нерідко укладаються одночасно з їх Статутом або через деякий час після цього [222, с. 252]. До таких слід віднести наприклад: Конвенцію про привілеї і імунітети Організації Об'єднаних Націй 1946 р. [62, с. 615]; 2) Конвенцію про привілеї та імунітети спеціалізованих установ 1947 р. [63, с. 32]; 3) Генеральну угоду про привілеї та імунітети Ради Європи 1949 р. [230]; 4) Віденську конвенцію про представництво держав у їх відносинах з міжнародними організаціями універсального характеру 1975 р. [22, с. 582] та ін.;

3) угоди МО з державами перебування та ін. Як приклад можна навести угоди Швейцарії з МО, що розташовані на її території: ВМО, ВООЗ, МОП [35, с. 5].

Таким чином, можна зробити висновок, що для привілеїв та імунітетів МО

характерним є їх договірний характер, що на практиці здебільшого виступає у формі відповідних міжнародно-правових актів, наприклад установчих актів, а у певних випадках – додаткових угод щодо обсягу привілеїв та імунітетів [77, с. 91], як між державами-членами організації, так і окремо місця перебування штаб-квартири чи регіонального представництва;

4) внутрішнє право організації. На практиці мають місце випадки, коли в деяких МО питання про їх привілеї і імунітети розглядається у внутрішньому праві самої організації, яка приймає з цього приводу спеціальну резолюцію. Як приклад останнього можна назвати ОБСЄ. Однак слід відзначити, що такі випадки зустрічаються не часто;

5) внутрішнє законодавство держав. Іноді крім міжнародно-правового закріплення деякі держави додатково імплементують договірні положення в своє внутрішнє право. Так, окремі держави прийняли спеціальний закон, який регулює статус МО та їх представництв на території держави. Як приклад, слід назвати законодавство Швейцарії. З цього приводу В.М. Лисик зазначає, що на початковому етапі становлення міжнародної правосуб'єктності МКЧХ, саме визнання Швейцарською конфедерацією його в якості суб'єкта міжнародного права було тим вирішальним фактором, який дав змогу йому вийти за національні рамки та добитися від держав статусу суб'єкта міжнародного права *sui generis* [80, с. 76].

Підсумовуючи вищесказане слід відзначити, що регулювання привілеїв та імунітетів МО та їх персоналу може відбуватися на двох рівнях: міжнародно-правовому (установчі документи та спеціальні угоди) та національному (акти внутрішнього законодавства, прийняті на забезпечення привілеїв та імунітетів МО та їх персоналу, визначених їх установчими актами). При цьому саме міжнародно-правовий рівень є визначальним.

Імунітети та привілеї міжнародних міжурядових організацій прийнято класифікувати за суб'єктом, якому вони надаються: 1) привілеї і імунітети МО

sensu stricto; 2) привілеї і імунітети її персоналу; 3) привілеї і імунітети представництв (представників) держав при МО. Саме такий підхід ми використовуємо для аналізу імунітетів і привілеїв ВООЗ.

Та перш ніж перейти до розгляду кожного з цих питань, слід відзначити наступне. Право на привілеї та імунітети ВООЗ визначається ст. 67 Статуту Організації. Вказана стаття передбачає: «а) на території кожного зі своїх членів Організація користується такими привілеями та імунітетами, які можуть виявитися необхідними для досягнення її цілей і виконання її функцій; б) представники членів, котрі перебувають членами Комітету, і технічний і адміністративний персонал Організації користуються рівним чином такими привілеями та імунітетами, які необхідні для незалежного виконання ними своїх функцій у зв'язку з діяльністю Організації» [219, с. 16]. Дані положення доповнюються ст. 68, яка передбачає: «зазначені правоздатність, привілеї та імунітети встановлюються окремою угодою, яка повинна бути розроблена Організацією за угодою з Генеральним Секретарем Об'єднаних Націй і укладена між членами» [219, с. 16-17].

Із змісту цих двох статей стає очевидно, що держави-засновниці прагнули надати Організації всі необхідні їй для ефективної роботи привілеї та імунітети, однак передбачали, що це буде зроблено в рамках спеціальної угоди. Загалом, Статут ВООЗ передбачає лише принципи, які застосовуються відносно згаданих прав. Що ж стосується спеціальної угоди, то ВООЗ не став розробляти окрему угоду, а прийняв участь у роботі над Конвенцією про привілеї та імунітети спеціалізованих установ 1947 р. Саме ця конвенція більш детально врегулювала питання, пов'язані з привілеями та імунітетами ВООЗ. Більше того, дана угода містить «Додаток «VII – Всесвітня організація охорони здоров'я», у якому врегульовано особливості привілеїв та імунітетів ВООЗ [63, с. 52].

1) Привілеї та імунітети ВООЗ як МО *sensu stricto*. Як зазначено вище, це питання регулюється Статутом ВООЗ та Конвенцією про привілеї та імунітети

спеціалізованих установ 1947 р. Статут передбачає, що організація користується «привілеями та імунітетами, які можуть виявитися необхідними для досягнення її цілей і виконання її функцій» [219, с. 16]. Це положення конкретизується Конвенцією про привілеї та імунітети спеціалізованих установ 1947 р. Серед основних з них слід назвати наступні: майно і активи організації, де б і в чиєму розпорядженні вони не знаходилися, користуються імунітетом від будь-якої форми судового втручання, крім випадків, коли вони безумовно відмовляються від імунітету в будь-якому окремому випадку. Однак передбачається, що жодна відмова від імунітету не поширюється на заходи виконання судових рішень (ст. 3 розділ 4); приміщення спеціалізованих установ недоторкані. Майно і активи спеціалізованих установ, де б і в чиєму розпорядженні вони не знаходилися, не підлягають обшуку, реквізиції, конфіскації, експропріації або будь-якій іншій формі втручання як шляхом виконавчих, адміністративних і судових дій, так і шляхом законодавчих дій (ст. 3 розділ 5); архіви спеціалізованих установ і взагалі всі документи, що належать їм або збережені ними, є недоторканими, де б вони не знаходилися (ст. 3 розділ 6) [63, с. 33-34].

Крім того, Конвенція 1947 р. передбачає, що організація вільно здійснює будь-які фінансові операції, вільно володіє фондами, золотом або валютою будь-якого роду і вчиняти операції в будь-якій валюті. Додатково передбачено право вільно переводити свої фонди, золото або валюту з однієї держави в іншу або в межах будь-якої держави і конвертувати будь-яку валюту тощо (ст. 3 розділ 7-8) [63, с. 34-35].

Важливе місце в системі привілеїв МО додають привілеї у сфері оподаткування, які застосовуються щодо самої організації, її активів, майна та доходу, а також операцій, які здійснює організація. Вони передбачають звільнення ВООЗ від усіх видів податків та митних зборів, а також звільнення від відповідальності за сплату будь-яких податків та митних зборів. При цьому Конвенція 1947 р. передбачає, що звільнення від оподаткування не поширюється

на платежі, які є фактично лише оплатою комунального обслуговування. Додатково передбачено, що в випадку, коли спеціалізовані установи купують для офіційних цілей значну кількість майна, яке підлягає обкладенню податками і зборами, держави прийматимуть, коли це можливо, відповідні адміністративні заходи щодо звільнення від сплати мита або податків, або до повернення вже сплаченої суми [63, с. 35].

Слід також згадати про те, що ВООЗ, як і інші спеціалізовані установи, користується правом вільно здійснювати зносини з іншими державами та МО. Саме в цьому контексті важливим є право користуватися засобами зв'язку. Офіційна кореспонденція та інші офіційні повідомлення спеціалізованих установ не підлягають цензурі. Спеціалізовані установи мають право користуватися шифром, одержувати і відправляти кореспонденцію за допомогою кур'єрів чи валізи, до яких застосовуються ті ж імунітети і привілеї, що і до дипломатичних кур'єрів та валіз. Також держави-члени ВООЗ зобов'язані надати організації не менш сприятливі умови, ніж ті, які уряд цієї держави надає будь-якому іншому уряду, включаючи дипломатичні представництва останнього, щодо пріоритету, тарифів і ставок на поштові відправлення, каблограми, телеграми, радіограми, телефонограми, телефон і інші засоби зв'язку, а також щодо тарифів на передачу інформації [121, с. 80];

2) привілеї та імунітети персоналу ВООЗ. Загалом, персоналу цієї організації надається статус, аналогічний статусу персоналу інших МО, що входять до системи ООН. Серед іншого вони мають: судовий імунітет, привілеї персоналу щодо оподаткування, привілеї щодо пересування, привілеї щодо іміграції. При цьому обсяг таких привілеїв та імунітетів залежить від того, до якої категорії відноситься та чи інша особа. Загальноприйнято, що найбільший обсяг надається посадовим особам, до яких прийнято відносити Генерального директора, Голову та заступників Асамблеї та Комітету, регіональних директорів, їх заступників тощо, технічний та адміністративний персонал -

радники, експерти, консультанти тощо.

Слід також виділити той факт, що на відміну від Статутів інших МО, Статут ВООЗ прямо не передбачає привілеїв та імунітетів для персоналу організації, а лише вказує на їх наявність. Так п. б ст. 67 Статуту встановлює: «Представники держав, котрі є членами Комітету, технічний і адміністративний персонал Організації користуються рівним чином такими привілеями та імунітетами, які необхідні для незалежного виконання ними своїх функцій у зв'язку з діяльністю Організації» [219, с. 16]. Однак, їх обсяг прийнято виводити з положення ст. 36 Статуту ВООЗ, де зазначено: «Умови служби персоналу Організації, наскільки це можливо, повинні бути аналогічні умовам в інших організаціях Об'єднаних Націй». Серед іншого це означає, що вони повинні володіти необхідними привілеями та імунітетами. Додатково слід навести ст. 37 Статуту, яка вказує, що «Кожен член Організації зі свого боку зобов'язується поважати міжнародний характер Генерального директора і персоналу і не намагатися чинити на них вплив» [219, с. 11].

Разом з тим, на сьогодні загальноприйнято, що персонал МО володіє такими привілеями та імунітетами та не несе відповідальність за свої дії під час виконання офіційних обов'язків, за винятком випадків відмови від такого імунітету. Як вже зазначалося вище, окремі особливості привілеїв та імунітетів ВООЗ, і в тому числі її персоналу, передбачені додатком VII до Конвенції 1947 р.

Серед іншого, передбачено поширення імунітетів і привілеїв на експертів, які працюють на організацію, в тому числі в її органах та комітетах в обсязі, необхідному для ефективного виконання ними своїх функцій, включаючи час, витрачений на подорожі у зв'язку з обслуговуванням у таких комітетах чи місіях. Ці імунітети включають:

- недоторканість від особистого арешту або вилучення особистого багажу;
- стосовно слів, написаних або висловлених, або дій, вчинених ними під час виконання їх офіційних функцій, недоторканість від будь-якого позову у

зв'язку з такою діяльністю (стосовно останнього випадку такий імунітет продовжується, незважаючи на те, що зацікавлені особи більше не виконують обов'язки комітетів, або працюють на місії Організації;

- всі операції, що стосуються валютних та обмінних обмежень, а також щодо їх особистого багажу, якому надається захист, ідентичний посадовим особам іноземних держав, офіційні місії;

- недоторканість для всіх документів та документів;

- право користування кодами та отримувати документи або переписку кур'єром або в запечатаних пакетах з метою їх зв'язку з Організацією тощо.

У згаданому додатку до Конвенції 1947 р. окремо підкреслюється, що привілеї та імунітети надаються експертам Організації в інтересах Організації, а не для особистої вигоди самих осіб [63, с. 52]. Організація має право та обов'язок відмовитися від імунітету будь-якого експерта у будь-якому випадку, коли на її думку, імунітет перешкоджатиме правосуддю, і від нього можна відмовитися без шкоди для інтересів організації. Крім того, згаданий додаток розширяє перелік осіб, які користуються захистом в обсязі, передбаченому для найвищої посадової особи організації. Так, аналогічний обсяг захисту надається будь-якому заступнику Генерального директора, помічнику Генерального директора та регіональним директорам Організації (ст. 4 Додатку VII);

3) привілеї та імунітети представництв (представників) держав при МО.

Що ж стосується представників держав при ВООЗ, то відповідно до ст. 67 Статуту вони мають статус, ідентичний статусу персоналу організації, в тому числі щодо привілеїв та імунітетів. Єдиною суттєвою відмінністю є те, що вони можуть бути притягнуті до відповідальності виключно у випадку згоди посилюючої держави (на відміну від персоналу ВООЗ - згода щодо якого надається) [219, с. 16].

Таким чином, слід відзначити, що обсяг та зміст привілеїв та імунітетів ВООЗ є майже ідентичним обсягу і змісту привілеїв та імунітетів, які

передбачені для інших спеціалізованих установ, і не передбачає жодних додаткових прав чи обов'язків за межами тих, що передбачені Конвенцією про привілеї та імунітети спеціалізованих установ 1947 р.

Узагальнюючи вищезазначене слід відмітити, що загалом імунітети та привілеї ВООЗ є аналогічними імунітетам та привілеям інших МО системи ООН. Серед особливостей можна виділити те, що вони повністю регулюються договорами, які ВООЗ укладає з іншими суб'єктами міжнародного права та Конвенцією про привілеї та імунітети спеціалізованих установ 1947 р. Статут ВООЗ жодним чином не регулює це питання. Крім того, цікавим є той факт, що перелік осіб, на яких поширюються привілеї та імунітети, є досить широким і охоплює в широкому розумінні всіх експертів, радників та працівників організації та її органів. Ще однією особливістю є те, що керівники головних органів ВООЗ, їх заступники та керівники регіональних відділень мають статус, ідентичний главі організації, що загалом нетипово для інших МО.

Договірна правоздатність ВООЗ. Як відомо, договірна правоздатність МО – це одна з найважливіших ознак їхньої правосуб'єктності [80, с. 70]. З цього приводу А.М. Талалаєв слушно зауважив, що без наявності у організації правоздатності укласти міжнародні договори вона не може вважатися суб'єктом міжнародного права [160, с. 60]. Науковець І.І. Лукашук дотримувався схожої позиції, згідно з якою одну з характерних рис суб'єкта міжнародного права становить його здатність до вироблення саме норм міжнародного права [82, с. 135]. Така точка зору характерна для низки інших вчених, які відзначають, що одним з критеріїв правосуб'єктності міжнародних урядових організацій є участь у створенні норм міжнародного права [103, с. 187]. Таким чином, наявність договірної правоздатності відноситься до головних ознак, що підтверджують міжнародну правосуб'єктність МО.

У доктрині міжнародного права відсутнє єдине визначення даного поняття. У контексті МО договірна правоздатність розуміється як наявність у них

передбачених міжнародним правом повноважень укладати міжнародні договори з державами - членами організації [60, с. 229]. Проте така точка зору видається не зовсім коректною, оскільки суттєво звужує перелік суб'єктів, з якими можуть бути укладені такі договори. Саме тому слід погодитися з позицією, яку набагато частіше підтримують юристи-міжнародники, яка зводиться до того, що договірну правоздатність варто розглядати як право створювати норми міжнародного права шляхом укладення міжнародних угод і договорів [91, с. 15]. При цьому договірна правоздатність МО виступає об'єктивно існуючою категорією і водночас служить одним з основних напрямів їх впливу на розвиток міжнародних відносин [75, с. 35], і на практиці реалізується у формі укладення відповідних міжнародних договорів [91, с. 16].

Як відзначає В.М. Лисик, питання про договірну правоздатність МО, як правило, розглядається в її установчих документах або в інших міжнародних договорах, рідше - щодо цього питання приймаються спеціальні акти самої організації [84, с. 462]. Установчий договір, природньо, не може регламентувати всі питання, що виникають в ході діяльності МО. Тому при розробці Статуту держави неминуче припускають, що ряд питань діяльності організації може вирішуватися в процесі її функціонування на основі Статуту [162, с. 375].

Досить часто такі питання, в тому числі і ті, що стосуються договірної правоздатності, вирішуються шляхом прийняття внутрішніх актів МО [252, с. 12]. Право МО укладати угоди міжнародно-правового характеру з іншими суб'єктами міжнародного права може бути закріплено і в інших юридичних актах [5, с. 189]. Так, Конвенція про привілеї та імунітети спеціалізованих установ ООН 1947 р., а саме розділ 39 передбачає, що дана «Конвенція не перешкоджає укладенню між державою, що приєдналася до Конвенції, і спеціалізованою установою додаткових угод, що регулюють положення цієї Конвенції, які розширюють або обмежують надані нею імунітети і привілеї» [63, 47]. При цьому такі акти повинні бути спрямовані на реалізацію цілей (завдань)

і функцій організації і укладені відповідно до вимог її установчого акту. Більше того, вони або доповнюють, або реалізують положення установчого акту організації, але не змінюють їх [114, с. 112-116].

Крім названих вище випадків договірна правоздатність окремих МО може визначатися в інших загальних чи спеціальних міжнародних угодах. Класичним прикладом такого можна вважати МАГАТЕ, котра отримала право укладати угоди про гарантії з державами-учасниками, що не володіють ядерною зброєю, відповідно до ст. III Договору про нерозповсюдження ядерної зброї 1968 р. [43, с. 400]. Хоча слід відзначити, що подібні випадки трапляються досить рідко.

Отже, питання про договірну правоздатність, як правило, регулюється внутрішнім правом МО. Як ми відзначали вище, до них, в першу чергу, слід віднести установчий акт та прийняті відповідно до нього рішення та резолюції. При цьому, на відміну від універсальної договірної правоздатності держав, договірна правоздатність МО обмежується рамками компетенції, визначеної в установчому договорі [27, с. 228].

Питання про договірну правосуб'єктність в загальному плані визначається у Віденській конвенції 1969 р. та у Віденській конвенції 1986 р., ст. 6 якої зазначає, що правоздатність МО укладати договори регулюється правилами цієї організації [20, с. 376]. У зв'язку з цим необхідно зазначити, що в доктрині міжнародного права деякі дослідники схильні надзвичайно широко трактувати даний термін. Зокрема, вони розглядають її у двох аспектах: по-перше, у площині укладання угод з іншими суб'єктами міжнародного права і, по-друге, договірна правоздатність – це створення норм шляхом ухвалення постанов компетентними органами організації [18, с. 199].

Таким чином, питання про юридичну силу зазначених договорів довго залишалося дискусійним. Однак, визнання Віденською конвенцією 1969 р. (ст. 3) за ними характеру міжнародних договорів (тобто прирівняння їх за юридичною силою до міждержавних угод) зробило цю дискусію безпредметною

[289, с. 1127]. Дане положення знайшло підтвердження і розвиток у спеціальній конвенції, яка регламентує діяльність МО щодо укладення угод з іншими суб'єктами міжнародного права – Віденській конвенції 1986 р. Та навіть попри це більшість авторів відзначають, що визнаючи угоди за участю МО різновидом міжнародних договорів, слід враховувати специфіку останніх, яка зводиться до того, що їх учасниками виступають інші, ніж держави, суб'єкти [179, с. 237]. Саме тому деякі автори почали відзначати не тільки різну правову природу угод за участю МО, а й нову якість норм, закріплених в них. Так, О.О. Шибаєва зазначала, що в основі норм, створених державами, лежить їх узгоджена воля з того чи іншого питання і у нормах, прийнятих за участю МО, воля останніх виступає як похідна від первісної волі держав [181, с. 106-107].

Загальновизнано, що характерною особливістю правосуб'єктності МО є їх вторинний, похідний характер на відміну від правосуб'єктності держав. На переконання М. Хірша, міжнародна правосуб'єктність МО просто презюмується [234, с. 10], тобто є своєрідним об'єднанням правосуб'єктності держав-учасниць. Це породжує ще одне досить цікаве явище, а саме, можливість діяти за межами установчого договору у відповідності з так званою «імманентною компетенцією». Саме тому на думку Р.А. Каламкар'яна, договірна правосуб'єктність сучасних МО не обмежується тими положеннями, які містяться в її установчому акті, чи прийнятих до нього рішеннями організації. А тому, до джерел, які визначають її статус, також слід віднести й «практику в цій сфері, що склалася в процесі діяльності МО» [54, с. 113]. Таким чином, питання про договірну правосуб'єктність МО на практиці вирішується по-різному і воно тісно пов'язано з обсягом прав і обов'язків такої організації [75, с. 133].

В Статуті ВООЗ відсутня окрема стаття, яка б регулювала договірну правосуб'єктність загалом, проте є кілька положень, які врегульовують окремі аспекти даного питання. Найбільш загальні з них містяться в ст. 19, яка передбачає, що Асамблея має право приймати конвенції та угоди з будь-якого

питання, що входить до компетенції Організації. Для прийняття такого роду конвенцій та угод потрібна більшість в дві третини голосів Асамблеї, причому зазначені конвенції або угоди щодо кожного окремого члена Організації вступають в силу після прийняття їх згідно з порядком, передбаченому її конституційною процедурою [219, с. 7]. Аналіз даного положення дозволяє стверджувати, що названа стаття обмежує договірну правоздатність ВООЗ до «будь-якого питання, яке входить до компетенції Організації». Більше того, таке положення більше стосується питання правотворчості, аніж права укласти міжнародні договори. Про це свідчать два факти, по-перше, вказівка на порядок надання згоди держав на обов'язковість для них даних документів, і по-друге, визначення порядку голосування.

Важливим, на наш погляд, є положення ст. 66, котре передбачає обсяг правосуб'єктності організації. В ній зазначено, що ВООЗ володіє таким обсягом правосуб'єктності, який необхідний для досягнення її цілей. Звідси можна припустити, що договірна правосуб'єктність реалізується в межах цілей організації, і вона не виходить за межі, передбачені установчим договором.

Крім того, Статут ВООЗ передбачає кілька статей, що стосуються досить вузьких питань договірної правоздатності. Зокрема, ст. 69 передбачає обов'язок ВООЗ співпрацювати з ООН в якості спеціалізованої установи, для чого має бути укладена окрема угода. Ст. 70 уповноважує її встановлювати «ефективний зв'язок і тісну співпрацю з такими іншими міжурядовими організаціями, з якими це може виявитися бажаним, для чого укладає відповідні угоди». Наступне положення міститься у ст. 72, де зазначено, що Організація може прийняти від будь-якої іншої МО або установи, цілі та діяльність яких відповідають компетенції Організації, такі функції, ресурси і зобов'язання, котрі можуть бути передані Організації міжнародною угодою або взаємно прийнятними договорами, які будуть укладені між відповідальними представниками відповідних організацій» [219, с. 16-17].

Як видно з вищевказаного, Статут ВООЗ передбачає досить широку договірну правоздатність Організації. Це означає, що вона може укласти будь-які міжнародні договори в межах компетенції і цілей, передбачених Статутом. При цьому окремо передбачено право укласти договори з ООН, іншими організаціями, а також угоди про передачу ВООЗ частини обов'язків іншим організаціям [30, с. 141].

З іншого боку, слід відзначити, що аналіз практики укладення міжнародних договорів ВООЗ дозволяє виділити наступні їх види:

1) договір про штаб-квартиру організації (Угода ВООЗ з урядом Швейцарії про місцезнаходження штаб-квартири ВООЗ 1948 р.) та її регіональних представництв (Угода ВООЗ з урядом Індії про місцезнаходження штаб-квартири регіонального бюро 1948 р.; Угода ВООЗ з урядом Єгипту про місцезнаходження штаб-квартири регіонального бюро 1949 р.; Угода ВООЗ з урядом Філіпін про місцезнаходження штаб-квартири регіонального бюро 1950 р.; Угода ВООЗ з урядом Франції про місцезнаходження штаб-квартири регіонального бюро 1953 р.; Угода ВООЗ з урядом Данії про місцезнаходження штаб-квартири регіонального бюро 1956 р.; Угода ВООЗ з Урядом Грузії про створення офісу ВООЗ 1993 р.);

2) угоди з іншими МО (Угода між ПАООЗ та ВООЗ 1949 р. [205, с. 41-43], Угода між ФАО та ВООЗ 1948 р. [195, с. 57-60], Угода між ЮНІДО та ВООЗ 1989 р. [203, с.75-77], Угода між МОП та ВООЗ 1948 р. [198, с. 53-56], Угода між ІФАД та ВООЗ та 1980 р. [197, с. 71-74], Угода між ЮНЕСКО та ВООЗ [201, с. 61-65], Угода між МАГАТЕ та ВООЗ [196, с. 66-70], Угода між ВПС та ВООЗ [204, с. 78-80] Угода між Міжнародним офісом Епізоотій та ВООЗ [199, с. 81-84], Угода між Комісією Африканського Союзу та ВООЗ [194, с. 85-91] та ін.);

3) угоди з оперативних питань (як правило, щодо боротьби з інфекційними та іншими хворобами (Угода про боротьбу з проказою між Таїландом, ВООЗ і ЮНІСЕФ 1949 р.; Угода ВООЗ з Індонезією з боротьби проти фрамбезії 1950 р.,

Угода ВООЗ з Афганістаном по боротьбі з трахомою 1958 р., Угода ВООЗ з Бірмою по боротьбі з філяріатозом 1961 р., Угода ВООЗ з Цейлоном про вивчення кишково-шлункових хвороб 1963 р., Угода ВООЗ з Індією про надання допомоги і зміцнення служб охорони здоров'я 1963 р., Угода ВООЗ з Еквадором про допомогу в боротьбі проти інфекційних хвороб 1967 р., Угода ВООЗ з Уругваєм про допомогу в боротьбі проти «хвороби Шагаса» 1968 р., Угода ВООЗ з Урядом Німеччини з консолідації програми з навколишнього середовища і здоров'я 2012 р.);

4) інші договори (угоди про партнерство з міжнародними неурядовими організаціями, а також з органами чи науковими установами окремих держав).

Узагальнюючи вищесказане слід зазначити, що ВООЗ володіє договірною правосуб'єктністю в обсязі, характерному для інших МО. Серед особливостей договірної правоздатності ВООЗ можна виділити наступне: по-перше, Статут ВООЗ недостатньо чітко регулює дане питання, тому обсяг можна визначити шляхом аналізу практики. По-друге, особлива процедура прийняття таких договорів та два порядки вступу їх в силу для держав (автоматичний, якщо не було заперечення держави, і звичайний, згідно з конституційною процедурою кожної держави).

Здатність ВООЗ нести відповідальність. Одним з ключових елементів міжнародної правосуб'єктності є деліктоздатність, тобто здатність суб'єкта нести відповідальність за протиправну поведінку. В доктрині міжнародного права неодноразово наголошувалось на тому, що проблема міжнародно-правової відповідальності МО є однією з найважливіших і найскладніших у науці міжнародного права і почала привертати увагу юристів-міжнародників лише у другій пол. XX ст. [145, с. 144-145].

Слід відзначити, що на сьогодні відсутні юридично-обов'язкові джерела міжнародного права, що регулюють відповідальність МО. Однак, слід вказати, що Комісія з міжнародного права ООН у 2001 р. розпочала роботу над

розробкою Проекту статей про відповідальність МО за міжнародно-протиправні діяння [136], та результатом кодифікаційної роботи стало прийняття у 2011 р. «Проекту статей про відповідальність міжнародних організацій за міжнародно-протиправні діяння [270]. З цього приводу варто відзначити, що проект статей стосується лише міжнародно-правових аспектів відповідальності [268] і має регулювати її лише за міжнародним правом.

У більшості випадків установчі документи МО не містять спеціальних положень про їх відповідальність [78, с. 140]. Проте, виходячи з загального міжнародного права МО повинні нести відповідальність за порушення загальновизнаних норм і принципів міжнародного права, оскільки такий обов'язок є у всіх суб'єктів, діяльність яких регулюється нормами міжнародного права [187, с. 111-112]. Також науковці О. Шибасєва і М. Поточний виділяють, що підставами відповідальності МО є порушення: а) загальновизнаних принципів і норм міжнародного права; б) норм, які містяться в установчому акті МО; в) норм внутрішнього права МО; г) міжнародних угод, які укладаються МО з іншими суб'єктами міжнародного права; д) норм національного права держав. Також підкреслюють, що МО буде відповідати за дії, які входять в категорію міжнародних злочинів і становлять загрозу міжнародному миру та безпеці [180, с. 73]. Усі ці положення стосуються ВООЗ, яка як і всі інші МО, може нести міжнародно-правову відповідальність за вчинені нею протиправні дії.

До прикладу, Н.В. Хендель підкреслила, що ВООЗ несе відповідальність за виконання всіма державами-членами положень Статуту, а саме: досягнення всіма народами можливо вищого рівня здоров'я, вирішення проблем глобальної охорони здоров'я, встановлення норм і стандартів у сфері забезпечення найвищого рівня системи охорони здоров'я та ін. [174, с. 62].

Оскільки правосуб'єктність МО визначається державами-засновницями в установчому акті та низці інших документів, необхідно враховувати ту обставину, що її обсяг є значно вужчим за обсяги правосуб'єктності держав і

МО не володіють суверенітетом, вони не мають території, населення, а відтак, це впливає на сферу можливих правопорушень, суттєво звужуючи її, а отже, звужується і перелік підстав для настання міжнародно-правової відповідальності Організації [182, с. 133].

Аналіз юридичних підстав діяльності, що визначають статус ВООЗ, зокрема - Статуту ВООЗ, Угоди ВООЗ з ООН 1948 р., Конвенції про привілеї та імунітети спеціалізованих установ ООН 1947 р., та угоди про штаб-квартиру і регіональні місії - дозволяє чітко виділити, що ця організація може нести відповідальність, в першу чергу, за зловживання привілеями, про які йдеться у її установчих документах та договорах, котрі вона укладає з державами.

Крім публічно-правових, ВООЗ може виступати учасником і приватно-правових відносин. В такому випадку вона, як суб'єкт приватного права, може нести і цивільно-правову відповідальність. На практиці були спроби притягнення ВООЗ до відповідальності, зокрема громадськими активістами, однак ці спроби не увінчалися успіхом. Виходячи з цього варто відзначити, що ВООЗ може нести відповідальність, в тому числі міжнародно-правову в обсязі, аналогічному для більшості МО.

Приватно-правові повноваження. Виконання завдань, що покладені на організацію її установчими документами, завжди передбачає необхідність вступати у приватно-правові відносини. І хоча дана сторона діяльності міжнародних міжурядових організацій, не є ключовою при визначенні її міжнародної правосуб'єктності, але оскільки вона підпорядкована виконанню цілей і завдань, поставлених перед організацією - її не можна ігнорувати [183, с. 66]. ВООЗ, як і будь-яка інша МО, може вступати у приватно-правові відносини, однак на відміну від деяких інших організацій таке право прямо не передбачене в Статуті. Більше того, Статут ВООЗ на відміну від Статуту Ради Європи (ст. 1) не передбачає, що організація володіє статусом юридичної особи. Однак, на думку Т.М. Нешатаєвої, наявність чи відсутність такого положення

жодним чином не впливає на статус МО, оскільки останні є «юридичними особами особливого роду» [111, с. 218]. Цю точку зору підтримує В.А. Карнашевський, який стверджує, що МО на території держав-учасниць повинна визнаватися юридичною особою [55, с. 163]. Підтвердження цьому знаходимо у діючих нормах міжнародного права, зокрема, у ст. 2 Конвенції про привілеї та імунітети спеціалізованих установ ООН 1947 р., де зазначено, що спеціалізовані установи мають статус юридичної особи [63, с. 34]. Тому без сумніву ВООЗ, виступаючи в приватно-правових (цивільно-правових) відносинах, має статус юридичної особи. З цього приводу М.Н. Раджабов відзначає, що приватно-правовий статус МО тільки в ситуаціях «допуску» системи міжнародного права стає об'єктом правового регулювання міжнародного приватного права [133, с. 252].

Беручи участь в приватно-правових відносинах МО виступає як незалежна особа, що володіє самостійною волею. Вона може укладати договори про оренду приміщення, купівлі-продаж товарів і обладнання, договори підряду, про надання послуг тощо. Більше того, для організацій системи ООН, до яких слід віднести і ВООЗ, Секретаріатом ООН було розроблено спеціальні правила щодо укладення таких приватно-правових угод і представлені типові договори, що передбачають певну процедуру їх укладення [70, с. 230-232].

Відомо, що для ефективної роботи МО повинна володіти рухомим та нерухомим майном. Їй можуть належати будівлі, споруди, приміщення, офіси, транспортні засоби, офісна техніка, засоби зв'язку і т.д. При здійсненні своєї діяльності вони також керують банківськими рахунками, підписують чеки у видачі готівки, при необхідності, користуються позиками і кредитами; виступають в якості інвесторів, власників цінних паперів, акцій, векселів тощо. Безсумнівно, в такому випадку МО нестимуть самостійну (тобто незалежно від держав-засновників) відповідальність за своїми боргами. При невиконанні своїх зобов'язань МО з урахуванням принципу імунітету може бути притягнута до

цивільної відповідальності [69, с. 117].

Однак необхідно враховувати, що МО навіть у таких відносинах не втрачає свого особливого статусу. Саме тому застосовувати національне законодавство держави до суб'єкта міжнародного права неправомірно, отже, підпорядкування їх національному правопорядку суперечить чинним нормам міжнародного права. Все вищесказане повною мірою стосується і ВООЗ.

Таким чином, ВООЗ може вступати в приватно-правові відносини, набувати і відчужувати майно, укладати цивільно-правові угоди і контракти, нести цивільно-правову відповідальність, однак у межах, передбачених нормами міжнародного права.

Підсумовуючи вищевикладене, можна зробити наступні висновки:

1) ВООЗ відповідає усім умовам, необхідним для виникнення у неї міжнародної правосуб'єктності, а саме: наділена договірною правоздатністю, користується активним і пасивним правом посольства, володіє привілеями та імунітетами, здатна нести відповідальність за порушення норм міжнародного права;

2) договірна правоздатність ВООЗ має ряд особливостей. Так, зокрема, з установчого договору випливає, що ця організація може приймати загальнообов'язкові договори, які стають обов'язковими для держав-членів, якщо вони протягом певного строку (як правило 18 місяців), не заявили про те, що така конвенція не буде до них застосовуватися. Такі конвенції можуть стосуватися виключно питань, які передбачені в Статуті;

3) обсяг привілеїв та імунітетів ВООЗ загалом відповідає обсягу прав і обов'язків інших МО. Проте, серед особливостей є те, що: по-перше, судовий імунітет ВООЗ має винятки, до яких входять всі зобов'язання, що впливають з контрактів; по-друге, персоналу, крім усіх інших імунітетів, окремо надається імунітет від юрисдикції, щодо дій під час виконання офіційних обов'язків, який загалом не виділяють в окремий пункт у інших організаціях.

Розділ 3. МЕХАНІЗМ РЕАЛІЗАЦІЇ ПОВНОВАЖЕНЬ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Внутрішньо-організаційний механізм Всесвітньої організації охорони здоров'я

Розвиток МО безпосередньо пов'язаний з створенням і розвитком їх внутрішньо-організаційного механізму. З метою виконання поставлених завдань і функцій міжнародні міжурядові організації створюють відповідний організаційно - правовий механізм, який передбачає систему постійно-діючих органів [184, с. 132], або внутрішньо-організаційний механізм. В науковій доктрині міжнародного права відзначається, що однією з найважливіших ознак, що відрізняють МО від інших видів міжнародних органів і правових форм міжнародного співробітництва, є наявність у перших постійно діючого внутрішньо-організаційного механізму [105, с. 69] або організаційної структури [180, с. 31].

В юридичній літературі можна зустріти досить багато найрізноманітніших поглядів стосовно місця і ролі внутрішньо-організаційного механізму в системі права міжнародних організацій. Так, Г.І. Тункін зазначав, що саме «внутрішньо-організаційний механізм вдихає життя в міжнародну організацію» [162, с. 343], тобто якщо правовою основою виникнення МО є установчий договір, то саме внутрішньо-організаційний механізм є тим двигуном, за допомогою якого реалізуються потенційні можливості МО, закладені в установчому договорі [78, с. 144].

МО з відповідними внутрішньо-організаційними механізмами мають можливість забезпечити: 1) концентрацію дій усіх держав світу; 2) постійне систематичне співробітництво Організації з державами-членами; 3) співробітництво з широкого кола питань; 4) здійснення контрольних функцій за

дотриманням норм права; 5) застосування санкцій до порушників міжнародного правопорядку [181, с. 39-40].

Загалом, найчастіше внутрішньо-організаційний механізм визначають як сукупність всіх органів МО (при цьому орган МО слід розуміти як структурний підрозділ, який володіє власною компетенцією і виконує певні функції) [222, с. 109]. Так, О.Н. Журек стверджував, що внутрішньо-організаційний механізм слід розуміти як взаємопов'язану систему, яка об'єднує в єдине ціле сукупність всіх органів МО [48, с. 12]. Майже аналогічне за змістом визначення дає О.О. Шибаєва, яка розуміє внутрішньо-організаційний механізм як систему органів, що створені на підставі установчого та інших актів МО і знаходяться в постійній взаємодії з принципами та нормами міжнародного права. На її думку це поняття включає чотири основні елементи, а саме: 1) види, склад, принципи та порядок формування органів; 2) їх компетенцію (предметну та юрисдикційну); 3) взаємодію (підпорядкування та взаємозалежність) органів; 4) процедуру прийняття рішень в органах організації [181, с. 40].

Основу внутрішньо-організаційного механізму будь-якої МО складають її органи, зокрема статутні [80, с. 79]. При цьому структура внутрішньо-організаційного механізму більшості міжурядових організацій є однотипною [181, с. 39] (за винятком кількох організацій, наприклад ООН, РЄ, ЄС та ін.) і, за загальним правилом, включає три основні органи: вищий, виконавчий та адміністративний. Ці органи прийнято вважати головними, і вони є обов'язковими в структурі будь-якої організації [106, с. 111]. Крім головних органів більшість МО створюють допоміжні органи (найчастіше комісії і комітети допоміжного характеру або зі спеціальних питань, а також юридичні органи) [75, с. 113-117].

Окремо слід згадати про те, що в рамках багатьох МО функціонують відносно відокремлені структурні підрозділи, що володіють досить високим ступенем автономності (їх найчастіше називають агенціями та програмами), у

зв'язку з чим окремі автори пропонують їх розглядати в якості окремих суб'єктів [222, с. 109].

Якщо ж говорити про внутрішньо-організаційний механізм ВООЗ, то слід відзначити, що структура центральних органів цієї організації є досить типовою. Вона визначена ст. 9 Статуту ВООЗ. Там, зокрема, зазначено: Робота організації виконується: (а) Асамблеєю; (б) Виконкомом; (в) Секретаріатом. Крім того, в структурі ВООЗ є ряд інших допоміжних органів, які як правило, йменуються Комітетами [219, с. 5]. Так, К.І. Каркіщенко зазначає, що специфічною рисою даної організації є високий ступінь її регіоналізації [57, с. 47], що загалом зумовлено особливостями сфери діяльності Організації.

Розглянемо кожен елемент внутрішньо-організаційного механізму більш докладно.

Всесвітня асамблея охорони здоров'я (Асамблея). Асамблея є вищим органом ВООЗ. Як і в більшості інших МО, вищий орган складається з делегатів всіх членів організації (ст. 10 Статуту ВООЗ), в тому числі і асоційованих. При цьому саме тут найбільш повно реалізовано принцип «одна держава - один голос». З цього приводу Х.В. Шперун відзначає, що цей орган має чітко виражений представницький характер, формується безпосередньо державами-членами, а міжнародно-правовий принцип рівноправності держав реалізований повною мірою. Це також означає, що кожна держава - член організації, незалежно від розмірів території, кількості населення, економічної могутності, врешті, політичної ваги на міжнародній арені, має можливість безпосередньо представляти і захищати свої інтереси, бути впевненою, що її голос буде, як мінімум, почутий, і, як максимум, врахований в консолідованій позиції цілої МО. Вочевидь, такі держави шукали б децю інших форм співпраці для забезпечення своїх інтересів та безпеки [187, с. 122-123].

Кожен член ВООЗ для роботи у Асамблеї, надсилає свою делегацію, яка може складатися максимально з трьох осіб, одна з яких очолює дану делегацію.

Ст. 11 Статуту ВООЗ передбачає, що делегатами може бути будь-яка особа, що володіє найвищою технічною компетентністю та спеціальними знаннями в сфері охорони здоров'я. Більше того, перевага повинна надаватися особам, які представляють національні адміністрації охорони здоров'я члена Організації. Такі вимоги є цілком обґрунтованими, зважаючи на той факт, що коло питань, які обговорюються в рамках цієї організації, вимагають наявності у делегата спеціальних знань. Однак на практиці держави нерідко відступають від цієї вимоги установчого договору. Неодноразово такими делегатами були дипломати [209, с. 98] без спеціальних знань в сфері охорони здоров'я.

Додатково передбачено, що делегати можуть супроводжуватися заступниками та радниками. Часто, особливо щодо розвинутих держав, до складу делегацій входять експерти та технічний персонал [211, с. 459-460].

Представники держав та територій, які не входять до складу ВООЗ, а також представники інших МО (як універсальних, так і регіональних), можуть бути присутніми на засіданнях за наявності відповідного запрошення Асамблеї та виступати з дозволу головуєчого. Що ж стосується представників асоційованих членів, то відповідно вони обираються з корінного населення і приймають участь у роботі Асамблеї без права голосу.

Діяльність Асамблеї регулюється Статутом та Правилами процедури Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я [288, с. 139-171]. Правила процедури відповідно до ст. 17 Статуту приймаються самою Асамблеєю [219, с. 6].

Асамблея працює в сесійному режимі. Сесії бувають чергові та спеціальні (позачергові). Місце і час проведення чергових сесій визначаються Виконкомом і скликаються вони Генеральним директором організації. Згідно існуючих правил за 60 днів до її початку Генеральний директор розсилає запрошення всім державам-учасницям ВООЗ, в тому числі асоційованим членам (крім того, всім особам, запрошеним на сесію: державам, що не є учасниками організації, міжнародним міжурядовим та неурядовим організаціям) надсилаються

відповідні повідомлення.

Майже всі чергові сесії Асамблеї проходили в Женеві. Це пов'язано з тим, що ще 1947 р. ГА ООН рекомендувала всім спеціалізованим установам проводити чергові сесії в їх штаб-квартирах [26, с. 25]. Попри цей факт кілька сесій було проведено поза межами штаб-квартири: Друга - в Римі, Восьма - в Мехіко, Одинадцята - в Мінеаполісі, Чотирнадцята - в Нью-Делі, Двадцять друга - в Бостоні. З 1985 р. всі чергові сесії проходять в Женеві, оскільки Асамблея вирішила, що це більш доцільно з точки зору ефективності [57, с. 51].

Правилами процедури Асамблеї передбачено проведення однієї чергової сесії (як правило, вони тривають від двох до чотирьох тижнів). В той же час, вже протягом кількох десятиліть ведеться дискусія про доцільність проводити чергові сесії щорічно. Так, ще у 70-х р. кілька держав, що розвиваються, пропонували проводити такі сесії раз у два роки, за аналогією з ФАО та ЮНЕСКО. Однак, така ініціатива не була підтримана більшістю держав. Хоча з 1977 р. ВООЗ планує свій бюджет одразу на два роки [273].

Порядок денний всіх чергових сесій можна розділити на дві частини: організаційну (яка повторюється з року в рік і включає всі найважливіші питання діяльності організації) та оперативну (включає питання, що пов'язані з конкретними ситуаціями боротьби з хворобами).

В організаційну частину, як правило, включають наступні питання: 1) щорічний звіт організації та всіх її органів за попередній рік; 2) бюджетні питання; 3) питання, включені в порядок денний попередньою асамблеєю; 4) питання, винесені на обговорення іншими органами ВООЗ; 5) питання, винесені на обговорення іншими організаціями системи ООН. Генеральний секретар ООН може після консультацій з Генеральним директором ВООЗ вирішити будь-яке питання, запропоноване ООН. В оперативну частину порядку денного входять всі питання, пов'язані з боротьбою з інфекційними захворюваннями, іншими хворобами, обговорення інших нагальних питань, які виникають в організації в

процесі її практичної діяльності по забезпеченню найвищого доступного рівня здоров'я.

Що ж стосується спеціальних сесій, то вони проводяться на вимогу Виконкому або більшості членів ВООЗ. Як правило, вони скликаються за 90 днів, а запрошення (разом з пропонованою повісткою дня) надсилаються Генеральним директором ВООЗ за 30 днів.

Офіційними мовами організації є англійська, французька, іспанська, російська, китайська, а з 1975 р. і арабська (ст. 85) [287, с. 160]. Причому на відміну від деяких інших організацій робочі мови співпадають з офіційними. Хоча більшість сесій проводиться англійською мовою.

Асамблея має досить складний організаційний механізм. Він включає Голову, 5 його заступників, і як мінімум наступні комітети: Генеральний комітет (здійснює загальне управління роботою сесії) Комітет з перевірки повноважень - перевіряє повноваження представників держав; Комітет з висунення кандидатур (кадрові питання); Комітет А (питання програм і бюджету); Комітет Б адміністративні, фінансові та юридичні). При необхідності Асамблея, Генеральний комітет та комітети А і Б можуть створювати підкомітети (с. 32). [287, с. 148-149].

Як вже було сказано, Асамблея є вищим органом ВООЗ і відповідно до його компетенції віднесено вирішення найважливіших питань діяльності організації. Загалом тою чи іншою мірою цим питанням присвячено більше 20 статей Статуту. Проте основною в цьому плані є ст. 18 Статуту, яка передбачає:

Функціями Ассамблеї є:

- визначати напрями діяльності Організації;
- визначати держави – члени Організації, яким надається право призначати своїх представників у Виконком;
- призначати Генерального директора;
- розглядати і затверджувати доповіді та діяльність Виконкому та

Генерального директора та давати рекомендації Виконкому з тих питань, щодо яких необхідно вчинити певні дії, вивчити, дослідити або представити доповідь;

- створювати комітети, які можуть виявитися потрібними для роботи Організації;

- спостерігати за фінансовою діяльністю Організації, розглядати і затверджувати бюджет;

- давати вказівки Виконкому та Генеральному директору про необхідність звернення уваги членів, а також МО, як урядових, так і неурядових, на будь-яке питання, що стосується охорони здоров'я, щодо якого Асамблея визнає, що потребує розгляду;

- запрошувати будь-яку організацію, міжнародну або національну, урядову або неурядову, завдання якої схожі з завданнями Організації, призначати представників для участі без права голосу на своїх власних засіданнях і засіданнях її комітетів і скликаних нею конференціях на умовах, встановлюваних Асамблеєю; у відносинах національних організацій запрошення надсилаються лише за згодою відповідного уряду;

- розглядати рекомендації, що мають відношення до охорони здоров'я, зроблені ГА ООН, ЕКОСОР, РБ ООН або Радою з Опіки ООН, і подавати їм доповіді про заходи, прийнятих Організацією з метою здійснення зазначених рекомендацій;

- представляти ЕКОСОР доповіді відповідно з угодою між ООН;

- сприяти проведенню і проводити дослідження в галузі охорони здоров'я силами персоналу Організації, створенням своїх власних установ або шляхом співпраці з офіційними або неофіційними установами будь-якого члена з згоди його уряду;

- створювати будь-які інші установи, які будуть визнані бажаними;

- проводити будь-які інші заходи, що сприяють досягненню цілей Організації [219, с. 6-7].

Окремо слід звернути увагу на повноваження Асамблеї в сфері правотворчості (дет. див підр. 2.3). Попри це видається за доцільне повторити, що Асамблея має повноваження встановлювати загальнообов'язкові правила в окремих сферах, визначених в Статуті ВООЗ.

Крім того, у відповідності із ст. 23 Статуту Асамблея уповноважена робити рекомендації державам-членам з будь-якого питання, що належить до компетенції Організації [219, с. 8].

Необхідно також зупинитись на питанні про порядок прийняття рішень. В даній організації діє принцип, згідно якого кожен член організації має один голос. Як правило, голосування є відкритим, але на вимогу будь-якого члена організації може бути проведене поіменне чи таємне голосування. Серед особливостей голосування слід відмітити, що враховуються тільки голоси за чи проти. Ті, хто утримався, вважаються такими, що не голосували. Це важливо, оскільки у деяких випадках для прийняття рішення достатньо, щоб проголосувала більшість присутніх. Що ж стосується найважливіших питань, то для їх прийняття потрібно 2/3 голосів. До таких, в першу чергу, слід віднести наступні питання: прийняття конвенцій чи угод; затвердження угод з іншими організаціями; внесення змін в установчий договір; рішення щодо бюджетних питань; рішення про тимчасове позбавлення члена права голосу (ст. 7 Статуту); перегляд (прийняття чи відміна) раніше прийнятого на цій сесії рішення [219, с. 4-9].

Таким чином, повноваження Асамблеї охоплюють найважливіші питання діяльності організації від так званих політичних - визначення політики в сфері охорони здоров'я до організаційних, формування структури органів ВООЗ, питання бюджету і фінансування тощо.

Виконавчий комітет (Виконком) є виконавчим органом ВООЗ. Як відзначає О.О. Шibaєва, у таких спеціалізованих установах як ВООЗ, ІКАО, ЮНЕСКО наявність виконавчого органу одразу передбачалось при створенні і фіксувалось

в установчому акті [181, с. 42].

Його основне завдання втілювати в життя рішення Асамблеї та контролювати їх виконання. Виконком складається з представників 34 держав. Слід відзначити, що із зростанням кількості держав зростає і склад Виконкому. Так, до 1961 р. до нього входило 18 представників, далі їх стало 24, з 1975 р. – 30, в 1984 р. – 31, в 1984-2004 рр. – 32 представники [57, с. 58].

Члени обираються на три роки з представників держав, які «мають на це право» (за принципом ротації). Кандидати повинні бути технічно кваліфікованими в сфері охорони здоров'я [144]. Для збереження послідовності в діяльності органу застосовується принцип ротації - кожного року змінюється третина членів Виконкому. Члени Виконкому обираються Асамблеєю шляхом таємного голосування після рекомендації Виконкому з кадрових питань.

Діяльність Виконкому регулюється Статутом ВООЗ та Правилами процедури Виконавчого Комітету (діюча редакція яких була затверджена резолюцією Виконавчого Комітету EB17.R63) [287, с. 173-190].

Рішення комітету приймаються простою більшістю голосів, а з найважливіших питань – кваліфікованою більшістю в 2/3. До таких питань слід віднести надання рекомендацій Асамблеї щодо:

- 1) прийняття конвенцій чи угод;
- 2) затвердження угод з іншими організаціями;
- 3) внесення змін в установчий договір;
- 4) бюджетних питань;
- 5) про тимчасове позбавлення члена права голосу (ст. 7 Статуту) [219, с. 4].

Як і Асамблея, Виконком працює сесіями, що загалом не є типовим для виконавчих органів МО. У Правилах процедури Виконкому передбачено, що сесії відбуваються двічі на рік [287, с. 174]: одна, як правило, в січні, інша в травні, одразу після закінчення сесії Асамблеї ВООЗ. Тривалість сесій є досить незначною, до 10 днів. Все це засвідчує, що Виконком не виконує усіх тих

функцій, які здебільшого покладають на виконавчий орган МО.

Крім чергових сесій Виконком може проводити позачергові. Вони скликаються за рішенням Генерального директора, або заявою не менше половини членів Виконкому.

Виконком може створювати додаткові органи: комітети і підкомітети. В структурі данного органу є три постійнодіючі комітети: Комітет з розробки програм, Комітет з адміністративних, бюджетних і фінансових питань та Комітет з аудиту. Очолює комітет Генеральний директор.

Основними функціями Виконкому є: виконання рішень Асамблеї; виконання інших функцій, доручених йому Асамблеєю; надання Асамблеї висновків щодо питань, пов'язаних з угодами, конвенціями і правилами; надання Асамблеї порад і висновків із своєї власної ініціативи; надання на розгляд і затвердження Асамблеї програм роботи на певний період; підготовка повістки дня і розкладу Асамблеї; прийняття заходів надзвичайного характеру в межах своєї компетенції і доступних фінансових засобів; подання кандидатур на посаду Генерального директора; призначення регіональних директорів; надання Асамблеї висновків і рекомендацій щодо питань, пов'язаних з бюджетом; надання Асамблеї висновків і рекомендацій щодо питань, пов'язаних з членством та тимчасовим позбавленням права голосу та права на обслуговування (с. 28) [219, с. 9].

Таким чином, всі повноваження Виконкому можна звести до п'яти основних груп, які включають виконання наступних питань: розробка і аналіз проектів договорів і конвенцій; кадрові питання; бюджетні питання; виконання доручень Асамблеї; оперативна діяльність (у випадках виникнення епідемій тощо).

Оскільки Виконком працює сесійно, відповідно на порядок денний кожної сесії виноситься ряд обов'язкових питань, а саме:

- 1) питання, включені на прохання Асамблеї;

- 2) питання, включені Виконкомом на попередній сесії;
- 3) питання, включені з ініціативи держав членів чи асоційованих членів (за 10 тижнів до сесії);
- 4) питання, включені у порядок денний з ініціативи ООН, спеціалізованих установ;
- 5) будь-яке питання, винесене Генеральним директором (ст. 9 Правила процедури [287, с. 176]).

Таким чином, Виконком ВООЗ є досить нетиповим виконавчим органом МО. Це зазначається і в науковій літературі, де висловлюються зауваження щодо певної невідповідності назви органу його функціям [102, с. 294]. На відміну від подібних органів інших організацій, він діє сесійно (причому тривалість таких сесій є у рази меншою, аніж у вищого органу).

Секретаріат. Секретаріат ВООЗ також виконує роль виконавчого органу. Як і в більшості інших МО, до завдань Секретаріату входить забезпечення нормального повсякденного функціонування організації. З цього приводу науковці Х.Г. Шермерс і Н.М. Блокер зазначають, що сьогодні Секретаріати стали центральними органами у всіх МО [289, с. 322]. По суті, це єдиний постійнодіючий орган ВООЗ.

Його повноваження виглядають достатньо широкими і включають підготовку матеріальної бази (приміщення, обладнання тощо); проведення рекламної та інформаційної роботи з метою кращої поінформованості суспільства про організацію та результати її діяльності [102, с. 296]; підготовка проведення чергових та позачергових сесій Асамблеї та Виконкому, організація та представництво організації на різноманітних конференціях, конгресах та круглих столах. Звичайно, що цим основні напрями роботи Секретаріату не обмежуються.

Секретаріат ВООЗ складається з технічного та адміністративного персоналу і очолюється Генеральним директором (ст. 30 Статуту).

За посадою (*ex-officio*) Генеральний директор є секретарем Асамблеї Виконкому, всіх комісій і комітетів Організації та конференцій, що скликаються нею. Він виконує всі доручення Асамблеї та Виконкому ВООЗ, а також може доручати виконання цих функцій іншим особам [219, с. 10].

Генеральний директор призначається Асамблеєю за поданням Виконкому на умовах, що нею встановлюються. Згідно свого статусу він виступає головною технічною і адміністративною посадовою особою ВООЗ підпорядковується керівництву Виконкому. Він може встановлювати безпосередні зносини з МО, діяльність яких відноситься до компетенції Організації. До його повноважень необхідно віднести інформування регіональних бюро з усіх питань, що стосуються їх територій. Однак на сьогодні ранг «Генерального директора» є нижчим за класом ніж «Генеральний секретар», що на практиці проявляється і в ряді функцій [289, с. 322].

Генеральний директор складає і подає Виконкому фінансові звіти і проект бюджету Організації, призначає персонал Секретаріату відповідно до правил, встановлених Асамблеєю. При наймі персоналу головним міркуванням виступає необхідність забезпечити найвищий рівень працездатності, сумлінності та міжнародно-представницького характеру Секретаріату. При цьому належна увага повинна бути приділена необхідності підбору персоналу на максимально широкий географічній основі (ст. 30-35) [219, с. 10].

Як правило, Генеральні секретарі здебільшого виконують функції депозитарія і мають таке право згідно (с. 77) Віденської конвенції 1969 р. [21, с. 367] і (ст. 77) Віденської конвенції 1986 р. [20, с. 402]. Як показує аналіз установчих документів ВООЗ, такою функцією Генеральний директор Організації не наділений, а її виконує Генеральний секретар ООН.

Окрім Генерального директора в структурі секретаріату ВООЗ існують відділи і департаменти, кількість яких постійно міняється. Де-факто кожного разу зі зміною Генерального директора відбуваються суттєві зміни щодо

персоналу. На сьогодні їх існує всього три: Відділ з програм, Відділ з корпоративного співробітництва та Відділ екстренної допомоги. Ще кілька департаментів функціонують поза межами відділів, зокрема, юридичний, бюджетний, Служба Омбудсмена, Служба у зв'язках із ЗМІ тощо.

Що ж стосується персоналу ВООЗ, він приймається на роботу згідно контракту. Як і Генеральний директор, службовці наділяються функціональними, спеціальними привілеями та імунітетами і є правовими гарантіями для безперешкодного здійснення своїх функцій. Члени Секретаріату мають статус міжнародних посадових осіб [121, с. 350].

За загальним правилом, МО встановлюють два основні критерії прийому на роботу: необхідна кваліфікація та справедливе представництво в секретаріаті громадян держав – членів організації, відповідно до певної квоти. ВООЗ тут не є винятком. Однак, тут додатково особлива увага приділяється гендерному представництву.

З метою об'єктивного та сумлінного виконання своєї роботи працівники організації виступають не як представники держав, а діють у своїй особистій якості. Тобто, вони наділені статусом міжнародних службовців і не повинні в процесі роботи враховувати інтереси тих чи інших держав, а працювати виключно в інтересах організації (ст. 37 Статуту) [219, с. 11]. При виконанні своїх функцій вони відповідальні тільки перед організацією. Своєю чергою, держави - члени організації повинні поважати міжнародний характер обов'язків службовців МО і не чинити тиск на них. Від ефективної роботи Секретаріату значною мірою залежить і успішна діяльність усієї Організації загалом [102, с. 296-297].

Отже, можна відзначити, що на практиці Секретаріат на чолі з Генеральним директором є органом, який працює на постійно діючій основі, тому сьогодні спостерігається тенденція до підвищення ролі цього органу в житті МО, але функції дещо обмежені на відміну від Генерального секретаря.

Допоміжні органи. На сучасному етапі функціонування міжнародних міжурядових організацій спостерігається значна різноманітність допоміжних органів у структурі кожної МО. Такі інституції мають різні назви. У структурі МО як її підрозділи часто функціонують різні комітети та комісії. Вони можуть бути спеціально передбаченими Статутом Організації, або створюватися як допоміжні органи і бувають постійними або тимчасовими [184, с. 140-141].

Серед допоміжних органів, які функціонують в рамках ВООЗ, особливо варто виділити програми і комітети. Їх кількість є досить великою і постійно міняється. Основна відмінність між програми і комітетами полягає в тому, що діяльність комітетів більш врегульована установчим договором, і вони створюються і діють в рамках головних органів ВООЗ. Статут ВООЗ передбачає, що Виконком за дорученням Асамблеї, за власною ініціативою або за пропозицією Генерального директора створює будь-які інші комітети, існування яких є доцільним для здійснення будь-яких цілей, що відповідають компетенції Організації (ст. 38). При цьому Виконком час від часу і в будь-якому випадку щорічно зобов'язаний переглядати питання про необхідність подальшого існування кожного комітету [219, с. 11].

У зв'язку з цим досить часто комітети або ліквідовуються, або перетворюються на програми. Так зокрема було з Комітетом із запобігання поширення ВІЛ/СНІД, який був перетворений в аналогічну програму. Основна відмінність полягає в тому, що програма є більш автономною як в структурному, так і в фінансовому плані. Майже всі програми мають окремий бюджет, а іноді персонал. Більшість програм діють два - п'ять років, а деякі діють вже тривалий час. Серед них необхідно виділити програму по боротьбі з інфекційними захворюваннями; Програму із запобігання поширення ВІЛ/СНІД; Програму боротьби з малярією; Програму боротьби з пташиним грипом тощо.

Крім створення власне органів організації Виконанком може приймати рішення про створення або участь Організації спільно з іншими організаціями в

об'єднаних або змішаних комітетах, так само, як і представляти Організацію у комітетах, які будуть утворені іншими організаціями. Так, можемо виділити і спільні органи, створені на Європейському континенті в процесі співробітництва між РС та ЄС, а саме, Контактна група в рамках Конгресу місцевих і регіональних влад РС і Комітету Регіонів, а також спільний комітет Парламентської Асамблеї РС та Європейського Парламенту [71, с. 14]. Окрім регіонального рівня такі спільні органи існують з організаціями, повноваження яких частково співпадають з ВООЗ. Для прикладу, можна назвати спільний комітет ВМО, ВПС та ВООЗ, який займається врегулюванням питань, пов'язаних з запобіганням інфекційним захворюванням при перетині різноманітними вантажами (посилками) кордонів. Схожі органи існують і з ФАО, ЮНЕСКО та рядом інших організацій. Експерти ВООЗ входять до складу відповідних органів інших організацій, зокрема ООН, СОТ, ІКАО, ММО та ін.

Варто підкреслити, що особливістю структури ВООЗ є регіоналізація, тобто діяльність самої організації здійснюється не тільки за допомогою статутних органів, а і шести регіональних організацій, а саме: Регіонального бюро для держав Африки, для держав Америки, для держав Південно-Східної Азії; для держав Східного Середземномор'я, для держав Західної частини Тихого океану та Європейського регіонального бюро. Такий підхід допомагає досягти максимальної адаптації до національних, географічних, кліматичних, економічних і екологічних особливостей різних територій і сприяє найкращому відображенню регіональних пріоритетів [121, с. 351].

Основний характер діяльності ВООЗ – це безпосередня оперативна допомога національним системам охорони здоров'я. Правовою формою даного співробітництва є підписання спеціальних договорів, які укладаються між зацікавленими урядами та регіональною інституцією ВООЗ, а також центральними органами Організації. Таким чином, регіональні інституції ВООЗ мають договірну правосуб'єктність [174, с. 100].

Компетенцію щодо створення регіонального бюро має Асамблея. За територіальною ознакою встановлюється квота регіональних відділень у відповідності до п. в. ст. 44 Статуту ВООЗ [219, с. 12]. Регіональні організації є невід'ємною частиною Організації, що свідчить про адміністративну централізацію. Обсяг прав та обов'язків регіональних організацій установлює Асамблея, він закріплюється в угодах між ВООЗ та регіональною організацією. Кожна регіональна організація складається з регіонального комітету та регіонального бюро.

Фінансується регіональна організація із загального бюджету ВООЗ, але в разі необхідності регіональний комітет може направити в центральні органи запит про збільшення бюджету за рахунок держав, що входять у даний регіон [174, с. 100].

Регіональні комітети складаються з представників держав-членів ВООЗ та асоційованих членів даного регіону. Періодичність засідань та порядок денний встановлюють самостійно комітети, які також мають право розробляти та приймати власні регламенти та правила процедур. Ст. 50 Статуту ВООЗ покладає на комітети низку функцій: визначення напрямів співробітництва та політики у сфері охорони здоров'я; контроль над діяльністю регіонального бюро; співробітництво з іншими регіональними комітетами ООН та іншими регіональними МО для виконання положень Статуту ВООЗ [219, с. 13]. У питаннях регіонального характеру Статут ВООЗ надає регіональним комітетам широку самостійність.

Регіональні бюро працюють під загальним керівництвом Генерального директора ВООЗ і становлять собою адміністративні органи регіональних комітетів. Очолює регіональне бюро Регіональний директор, якого призначає Виконком ВООЗ за участі регіонального комітету. Персонал регіонального бюро призначається за згодою між Генеральним директором і Регіональним директором [174, с. 101]. Із положень ст. 51 Статуту ВООЗ випливає, що при

регіоналізації діяльності Організації не передбачалося повної адміністративної децентралізації, а власне регіональні бюро залишалися «під загальним керівництвом генерального директора організації... в межах області виконує рішення Асамблеї та Комітету» [219, с. 14].

Каркіщенко К.І. виділила, що структура Організації з моменту її створення не зазнала кардинальних змін. Однак, процес децентралізації, розпочатий в 1970-х рр., призвів до виділення регіональним організаціям ВООЗ власного бюджету і виникнення прагнення регіональних бюро до автономії [56, с. 4]. Цієї думки дотримується і А.В. Беляков, який зазначає, що ВООЗ наділена складною децентралізованою структурою, а саме: центральні органи організації, шість регіональних бюро, а також в деяких державах діють «польові офіси» [12, с. 65]. З цього приводу Н.В. Хендель підкреслює, що структура будь-якої МО обумовлена її метою та завданнями. У зв'язку з необхідністю ефективної реалізації досягнення максимального рівня здоров'я, ВООЗ, на відміну від інших універсальних організацій, включає розгорнуту систему регіональних підрозділів [174, с. 99].

Підсумовуючи вищевказане слід відзначити, що внутрішньо-організаційний механізм ВООЗ є типовим для більшості МО і включає три основні органи: Асамблею (вищий орган); Виконком (виконавчий орган); Секретаріат (адміністративний орган). Організацію очолює Генеральний директор. Крім головних органів Асамблея і Виконком можуть створювати і додаткові. Серед особливостей внутрішньо-організаційного механізму ВООЗ слід виділити наступне: 1) вищий та виконавчий органи працюють сесійно, що загалом не сприяє їх ефективній роботі і зумовлює передачу більшості функцій адміністративному органу; 2) структуру ВООЗ, крім власне органів організації, інтегровано кілька міжнародних установ, які мають ознаки міжнародної правосуб'єктності (ПАООЗ, Центр вивчення раку тощо). Загалом, внутрішньо-організаційний механізм ВООЗ має свою специфіку, а саме складну

децентралізовану структуру: центральні органи і регіональні бюро, що своєю чергою обумовлена цілями і завданнями Організації і є непритаманною з погляду класичних внутрішньо-організаційних механізмів інших спеціалізованих установ і інших МО.

3.2. Зовнішньоорганізаційний механізм Всесвітньої організації охорони здоров'я

Глобалізація та інші явища, які супроводжували міжнародне співробітництво в XX ст., суттєво вплинули на визначення місця МО в цій системі. Вони стали загальноновизнаними суб'єктами міжнародного права, а їх діяльність суттєво впливає на архітектуру сучасного міжнародного права [59, с. 129]. Більше того, це призвело до значної диверсифікації форм та видів МО [94, с. 411], їх діяльності, але більшість організацій є ідентичними, хоча можуть мати певні особливості, зумовлені специфікою тої чи іншої організації. Така специфіка зумовлена сферою і компетенцією МО та структурою її зовнішньоорганізаційного механізму. Саме аналізу останнього елементу буде присвячено цей підрозділ.

Одним з важливих елементів правового статусу МО є її здатність вступати у відносини з іншими суб'єктами міжнародного права [81, с. 164], в першу чергу, державами та МО, оскільки саме у такій формі може проявитися одна із необхідних ознак суб'єкта міжнародного права, а саме здатність бути стороною у відносинах, врегульованих нормами міжнародного права [98, с. 302-303].

Виконання основного завдання ВООЗ, а саме досягнення всіма народами найвищого рівня здоров'я, можливе лише за умов активного співробітництва з державами, МО, а також з іншими суб'єктами міжнародних правовідносин.

Саме тому п. б ст. 2 Статуту ВООЗ закріплює, що Організація має обов'язок встановлювати і підтримувати ефективне співробітництво з ООН, зі

спеціалізованими установами, з урядовими установами з охорони здоров'я, з професійними групами та з іншими організаціями, які для цього виявляться придатними [219, с. 2].

На сьогодні принципи правового регулювання взаємодії з іншими суб'єктами визначаються документом, який називається «Політика ВООЗ щодо взаємодії з Глобальними партнерствами у сфері охорони здоров'я». Даний документ схвалено Асамблеєю в резолюції WHA63.10. Він забезпечує основу для оцінки ВООЗ та прийняття рішень стосовно потенційного залучення до різних видів партнерства у сфері охорони здоров'я [279].

Названий документ регулює роботу всіх органів ВООЗ, але особливу увагу в ньому приділено діяльності Секретаріату. Відповідно до «Політики», у всіх ситуаціях, коли Секретаріат визначає необхідність або просить взяти участь у партнерстві, він використовує наступні критерії для розгляду таких запитів:

- 1) партнерство демонструє явну додаткову цінність для громадського здоров'я;
- 2) партнерство має чітку мету, яка стосується пріоритетної сфери роботи для ВООЗ;
- 3) партнерство керується технічними нормами та стандартами, встановленими ВООЗ;
- 4) партнерство підтримує національні цілі розвитку;
- 5) партнерство забезпечує належну та адекватну участь зацікавлених сторін;
- 6) ролі партнерів зрозумілі;
- 7) оцінюються транзакційні витрати, потенційні переваги та ризики, пов'язані з партнерством;
- 8) переслідування цілей охорони здоров'я має перевагу над особливими інтересами учасників;
- 9) партнерство має незалежний зовнішній механізм оцінки та / або

самоконтролю [262].

Таким чином, визначаючи можливість співробітництва з іншими суб'єктами, ВООЗ виходить з того, який ефект матиме дана співпраця на сферу публічного здоров'я.

Як відомо, основними суб'єктами, з якими співпрацює ВООЗ, є держави та МО. Дещо меншу роль відіграють інші суб'єкти, а також МНО, роль яких постійно зростає. Розглянемо більш детально особливості співробітництва з кожним видом суб'єктів.

Співробітництво з державами. Враховуючи, по-перше, що сьогодні держави є основним суб'єктом міжнародного права [93, с. 123], по-друге, що саме вони гарантують право людини на здоров'я, співпраця з ними відіграє ключову роль у діяльності ВООЗ.

Розглядаючи питання про джерела, які регулюють співробітництво між ВООЗ та державами, слід зазначити, що цьому присвячено більшість норм Статуту, а також значну кількість норм внутрішніх документів ВООЗ. Так, до прикладу, ст. 3-8 Статуту регулюють співробітництво з державами-членами [219, с. 3-4], а ст. 61-65 порядок подання доповідей державами-членами організації [219, с. 15-16].

У процесі своєї діяльності ВООЗ співпрацює, головним чином, з державами-членами та асоційованими членами. Співробітництво з державами, які не є членами організації, мало місце порівняно рідко в її історії. Це зумовлено тим, що з моменту створення організації кількість її членів постійно зростала, і на сьогодні становить 194, як і в ООН, тобто практично охоплює всі держави. По-друге, цьому сприяв і той факт, що деякі види співробітництва можливі лише з членами організації.

Зважаючи на особливості здійснення співробітництва з державами можна досить умовно розділити на два види: оперативне та функціональне.

Оперативне співробітництво охоплює переважно практичну діяльність

щодо боротьби з наслідками епідемій чи інших ситуацій, що створюють загрозу життю і здоров'ю людей. Переважно ВООЗ надає фінансову та технічну допомогу для боротьби з епідеміями. В окремих випадках сюди слід включити діяльність з надання медичної допомоги на територіях, які постраждали внаслідок землетрусів, повеней чи збройних конфліктів і передбачає направлення персоналу ВООЗ для допомоги місцевим лікарям. Цей вид діяльності здійснюється на підставі заяви держави, з якою вона звертається до ВООЗ. Як приклад, можна назвати співробітництво ВООЗ з Сингапуром під час спалаху пташиного грипу у 2010 р. [210]. Іноді з цього приводу укладаються спеціальні угоди.

На відміну від цього *функціональне співробітництво* здійснюється з метою імплементації норм міжнародного права (в сфері охорони здоров'я). Така співпраця стосується вирішення наступних завдань: впровадження міжнародних стандартів в національні правові системи, навчання персоналу, допомоги в розвитку національної мережі медичних закладів тощо. В 1977 р. уперше в порядок денний Виконкому було включено питання про запровадження технічного співробітництва з державами, що розвиваються [142]. З того часу в більшості документів ВООЗ її називають технічною допомогою.

Названий вид співробітництва здійснюється на підставі угод, які ВООЗ укладає з державами. Положення про співпрацю у цих сферах переважно містяться в угодах про статус делегації, на основі яких організація укладає спеціальні угоди з відповідними органами держави. Так, до прикладу, подібне співробітництво здійснювалася на початку роботи організації з Україною, Білоруссю, Австрією, Польщею та рядом інших держав, що серйозно постраждали внаслідок другої світової війни, щодо відновлення та побудови національних систем охорони здоров'я [57, с. 129]. На сьогодні наша держава активно співпрацює з ВООЗ в сфері боротьби зі СНІДом, туберкульозом тощо.

Загалом, саме функціональне співробітництво є основним видом діяльності

організації, тому не дивно, що саме цей вид діяльності є досить чітко врегульований. Цьому питанню присвячено кілька десятків документів, проте найважливішими з них є два: перший прийнято Виконкомом, який визначив керівні принципи співробітництва ВООЗ з державами щодо надання допомоги з метою уникнення можливих зловживань, і при цьому передбачав:

1) ВООЗ, її персонал жодним чином не покликані замінити національну систему охорони здоров'я;

2) організація може заповнювати прогалини в національній системі охорони здоров'я, однак таким чином, щоб кількість найнятого іноземного персоналу була якнайменшою;

3) основні фінансові витрати на утримання медичного персоналу несуть держави. ВООЗ може надавати тимчасову допомогу для утримання іноземного персоналу, який навчає національний.

Крім того, ВООЗ надає допомогу при наймі іноземного персоналу, а також закупівлі необхідного медичного обладнання та препаратів тощо [141].

Другий з найбільш важливих у даній сфері документів було прийнято резолюцію Асамблеї в 1975 р., в якій визначено форми, в яких організація може надавати допомогу державам-членам і виокремлено наступні:

1) сприяння побудові і розвитку національних систем охорони здоров'я;

2) навчання та перепідготовка персоналу всіх рівнів;

3) розробка найбільш ефективних заходів боротьби з інфекційними хворобами;

4) формулювання рекомендацій в сфері охорони здоров'я та аналіз існуючих проблем і шляхів їх вирішення [272].

В рамках цього виду співробітництва можна виділити декілька специфічних її підвидів, одним з таких є так звані «*Вертикальні програми ВООЗ*». Як правило, дані програми спрямовані на боротьбу з якоюсь конкретною проблемою, найчастіше з захворюванням. Так, перша така програма

була створена ще в 1955 р. і мала за мету повне викорінення малярії [251]. Проте вона не досягнула бажаного результату. Інша програма, спрямована на боротьбу з поліомієлітом, була більш успішною, що спонукало ВООЗ і далі підтримувати відповідні програми і форму співробітництва. Основною їх відмінністю від попередньої форми є те, що вони передбачають концентрацію всіх ресурсів (як адміністративних, так і фінансових) в центрі для найбільш ефективної протидії певній хворобі. Це означає, що такі програми завжди проводяться під керівництвом центрального офісу ВООЗ (що нерідко викликає супротив окремих держав, а інколи й регіональних представництв організації). Значною перевагою таких програм є те, що вони в основному фінансуються організацією, що дає можливість державі перенаправити кошти, які вивільнилися, на інші цілі.

Однією з таких програм є забезпечення безкоштовної діагностики ВІЛ/СНІД в державах, в яких ця хвороба поширюється найбільшими темпами, здебільшого в африканським державам [236, с. 101-112]. Серед найновіших Вертикальних програм можна вказати ініціативу по боротьбі з дитячим ожирінням. Розроблена програма виникла як регіональна (європейське представництво) в 2007 р. [303, с. 1], і її метою є вироблення ефективних рекомендацій для запобігання дитячому ожирінню та боротьба з цим явищем [257, с. 248-249].

Окремо слід виділити співробітництво ВООЗ з державами та квазідержавами, які не є членами організації. Так, ВООЗ вже тривалий час співпрацює з Палестиною та Косово. Причому таке співробітництво почалося ще тоді, коли питання про визнання цих утворень державами лише виникло. Предметом такої співпраці було сприяння створенню національних систем охорони здоров'я цих утворень, а також запобігання поширенню інфекційних хвороб, в тому числі ВІЛ/СНІД [213, с. 513-520]. Важливою рисою такого співробітництва є те, що воно здійснюється виключно за згодою уряду тієї держави, яка є відповідальна за цю територію (Ізраїль у випадку з Палестиною).

Як виняток, така співпраця допускається на підставі резолюції РБ ООН чи ГА ООН (як було у випадку з Косово).

Що ж стосується співробітництва з іншими МО - Статут містить цілу главу XVI, яка присвячена взаємовідносинам з іншими організаціями. Як вже згадувалося вище, Організація має обов'язок співпрацювати з ООН, спеціалізованими організаціями і з іншими організаціями, які для цього виявляться придатними [219, с. 17]. Справді, в глобалізованому світі відчувається потреба в суттєвому підвищенні ефективності МО, в першу чергу, універсальних організацій системи ООН, з ціллю вирішення за їх допомогою найбільш важливих для виживання людства глобальних проблем [66, с. 136].

Організація Об'єднаних Націй (ООН). Особливе місце серед МО, з якими співпрацює ВООЗ, займає ООН. Загальновідомо, що ООН відіграє системоутворюючу роль в системі МО і саме на її основі будується вся система сучасних міжнародних відносин у сфері охорони здоров'я. Протягом всього періоду свого існування ООН постійно звертала увагу на питання охорони здоров'я. І хоча зазначена функція була покладена нею на спеціалізовану установу, а саме ВООЗ, якраз її наявність переконливо свідчить про те, що вказану сферу міжнародного співробітництва ООН вважає пріоритетною. Питання, що пов'язані з охороною здоров'я, постійно знаходяться в центрі діяльності як мінімум чотирьох головних органів організації, а саме: ГА ООН, РБ ООН, ЕКОСОР та Секретаріату. Особливо важливою є роль перших двох, оскільки вони є вищими органами організації. Як приклад, можна назвати Резолюцію Ради Безпеки 2177 (2014) [135].

Особливо обов'язок ВООЗ співпрацювати з ООН деталізовано у ст. 69 Статуту, яка передбачає: «Організація вступає в зв'язок з Об'єднаними Націями в якості однієї із спеціалізованих установ, зазначених в ст. 57 Статуту Об'єднаних Націй» [219, с. 17]. Також відносини між ними регулюються спеціальним двостороннім договором - Угодою між Організацією Об'єднаних Націй та

Всесвітньою організацією охорони здоров'я від 10 липня 1948 р. Дана угода містить 22 статті і є основою для визначення принципів співробітництва між організаціями. Також Ст. 20 угоди передбачає, що з метою проведення в життя цієї Угоди, Генеральний секретар ООН і Генеральний директор ВООЗ можуть укладати додаткові угоди [202, с. 52]. Таких угод за всю історію співробітництва було укладено кілька десятків. Всі вони стосувалися досить вузьких питань співробітництва між ними. (Як приклад, можна навести Угоду ВООЗ і Управління ООН з наркотиків і злочинності, яка була укладена у 2017 р. з метою профілактики і лікування наркозалежних осіб, доступу до контрольованих наркотиків, аналізу нових психоактивних речовин, лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ, вірусний гепатит і туберкульоз тощо) [259].

Аналізуючи положення, які передбачені Угодою між Організацією Об'єднаних Націй та Всесвітньою організацією охорони здоров'я від 10 липня 1948 р., слід відзначити наступне:

1) угода передбачає обов'язок ВООЗ консультуватися з ООН з приводу найважливіших рішень про діяльність організації. Так, ст. 11 передбачає, що ВООЗ зобов'язується не приймати ніяких рішень щодо місцезнаходження своєї штаб-квартири без попередньої консультації з цього питання з ООН [202, с. 47-48];

2) угода передбачає взаємне представництво організацій в органах іншої. Цьому присвячено ст. 2 Угоди, згідно якої представники ООН беруть участь у роботі всіх головних органів ВООЗ, зокрема Асамблеї, Виконкому, Директорату та за їх бажанням, у всіх додаткових органах. Те саме стосується і представників ВООЗ, які можуть приймати участь у роботі РБ ООН, ГА ООН, ЕКОСОР, Ради з опіки та Секретаріату;

3) організації мають обов'язок включати в порядок денний своїх органів питання, запропоновані іншою організацією. Так, ст. 3 Угоди передбачає, що за

умови проведення необхідних попередніх консультацій ВООЗ включає в порядок денний Асамблеї або Виконкому в залежності від обставин питання, запропоновані ООН. Так само ЕКОСОР і її комісії, а також Рада з питань опіки включають до свого порядку денного пункти, запропоновані ВООЗ;

4) ВООЗ має право звертатися за консультативними висновками до Міжнародного Суду ООН з юридичних питань. У випадку такого звернення ВООЗ зобов'язана негайно повідомити про це ЕКОСОР (ст. 10) [202, с. 47]. Необхідно підкресити, що цим правом ВООЗ вже скористалася двічі.

У 1980 р. ВООЗ перший раз звернулася до Міжнародного Суду ООН з проханням про тлумачення угоди між ВООЗ та урядом Єгипту з питання переміщення Регіонального бюро ВООЗ в Олександрії за межі території цієї держави. Міжнародний Суд ООН у своєму консультативному висновку від 20 грудня 1980 р. постановив, що обрання місцезнаходження свого регіонального бюро є абсолютним правом МО і також вирішив, що в разі перенесення регіонального бюро з Олександрії керівництво ВООЗ і уряд Єгипту зобов'язані провести переговори та консультації з метою зменшення шкоди роботі ВООЗ і інтересам Єгипту, а також щодо умов і способів реалізації таких змін [243].

Другий раз ВООЗ у 1993 р. звернулася до Міжнародного Суду ООН для роз'яснення питання, що з огляду на наслідки, які спричиняє ядерна зброя на здоров'я населення і навколишнє середовище, чи є її використання державою в ході війни або іншого збройного конфлікту протиправним за міжнародним правом і в тому числі і за Статутом ВООЗ [121, с. 163]. Проте, цього разу Міжнародний Суд ООН відмовився дати консультативний висновок, оскільки як відомо, для його винесення на прохання спеціалізованої установи необхідне дотримання 3-х умов, а саме: 1) спеціалізована установа має бути уповноважена відповідно до Статуту ООН формулювати запити; 2) консультативний висновок має запитуватися з правових питань; 3) дане питання повинно ставитися в рамках сфери діяльності даної установи. Оскільки питання про правомірність

застосування ядерної зброї не входить до компетенції ВООЗ Міжнародний Суд ООН більшістю голосів (11 проти 3) вирішив, що не може винести консультативного висновку, оскільки ВООЗ виконала тільки 2 перші умови [57, с. 94]. Попри це згодом Міжнародний Суд ООН відповів на це питання, але вже в 1996 р. у консультативному висновку про законність застосування ядерної зброї [192].

Крім наведених випадків ВООЗ має обов'язок на запит Міжнародного Суду ООН надавати необхідну йому інформацію [202, с. 62], що неодноразово траплялося.

5) обов'язок координації зусиль, спрямованих для забезпечення єдиного підходу щодо фінансових та бюджетних заходів. Для цього передбачено взаємне право представників організації брати участь в роботі над бюджетом тощо. Крім того, ООН може здійснювати збір коштів, необхідних ВООЗ для виконання її завдань і функцій;

6) організації мають взаємний обов'язок обмінюватися інформацією, що становить взаємний інтерес. Серед іншого передбачено наступні пункти: 1) ВООЗ зобов'язується передавати ООН періодичні доповіді щодо своєї діяльності; 2) ВООЗ зобов'язується задовольняти можливо більш повною мірою всі запити, з якими ООН може до неї звернутися, щодо надання спеціальних доповідей, досліджень або інформації; 3) Генеральний секретар ООН надсилає Генеральному директору ВООЗ на прохання останнього таку інформацію або такі документи та інші матеріали, про які вони можуть час від часу домовлятися між собою;

7) угода передбачає співробітництво з так званих адміністративних питань, зокрема захисту персоналу ООН та її спеціалізованих установ, статистики, роботи адміністративних і технічних служб тощо [202, с. 63-64].

Таким чином, коло питань, які врегульовані зазначеною угодою, є досить широким, і передбачає ряд взаємних прав і обов'язків. При цьому це жодним

чином не означає, що провідна роль у цих відносинах належить ООН.

Слід також виділити і той факт, що у відносинах між ООН та ВООЗ спостерігаються окрім тісного співробітництва і деякі негативні аспекти такої взаємодії. Зокрема, певні непорозуміння склалися після прийняття Резолюції ГА ООН «Перебудова економічних і соціальних секторів системи ООН» у 1977 р. Документом передбачалось об'єднання окремих бюро в державах, що розвиваються, різних організацій системи ООН. Відповідальність за координацію їх діяльності покладалась на представника Програми розвитку Організації Об'єднаних Націй (далі – ПРООН) (координатора) у відповідній державі, який по-суті і ставав керівником об'єданого бюро [137]. Такі дії викликали незадоволення з боку ВООЗ і багатьох інших спеціалізованих установ. Хоча ВООЗ формально визнала важливість координації діяльності організацій системи ООН в державах, що розвиваються, однак відмовилася працювати під керівництвом представника ПРООН, а також розміщуватися з ним в загальних офісах і підлаштовувати свою регіональну систему під структури ПРООН. З цього приводу Генеральний директор ВООЗ виступив із заявою, що статус спеціалізованої установи ООН не позбавляє ВООЗ її незалежності, тому призначення координатора в рамках ПРООН не зобов'язує організацію до підпорядкування. Співробітництво в системі ООН залишається добровільним, і її умови залежать від досягнутих домовленостей між сторонами [57, с. 96].

Слід відзначити, що ВООЗ здійснює свою діяльність не тільки в рамках питань, які стосуються охорони здоров'я, але і в співробітництві з іншими спеціалізованими установами в інших сферах з проблем, які мають непрямий, але істотний вплив на стан здоров'я людини [56, с. 4]. З цього ж приводу В.Ф. Шавров виділяє, що «концептуальною основою діяльності міжнародних організацій як центра вирішення глобальних проблем став «функціоналізм», у відповідності до якого спеціалізовані установи ООН (МОП, ВООЗ та ін.)

вирішують завдання у визначених сферах, фактично не роблячи будь-яких значних змін в міжнародному правопорядку і виконуючи лише стабілізуючу роль» [177, с. 149]. Також Т.М. Нешетаєва акцентує увагу на тому, що найбільший вплив на розвиток загального права здійснюють всесвітні організації, які складають «сім'ю ООН». Це пояснюється тим, що через систему ООН проходять усі проблеми планетарного масштабу» [111, с. 7].

Слід відзначити, що в системі ООН є значна кількість спеціалізованих установ, які виконуючи свої основні функції також частково вирішують питання, які пов'язані з охороною здоров'я. З цими МО тісно співпрацює ВООЗ, серед них слід назвати наступні: МОП, ФАО, ЮНЕСКО, ІФАД, ЮНІДО, ВПС. З вищевказаними МО ВООЗ має укладені спеціальні угоди про співробітництво. Зосередимо увагу на актуальних аспектах співпраці між ВООЗ та цими спеціалізованими установами, які також здійснюють певний вплив на сферу охорони здоров'я.

Співробітництво між ВООЗ та *Міжнародною організацією праці (МОП)* здійснюється на підставі угоди від 10 червня 1948 р., відповідно до якої Організації діють в тісній співпраці і консультують одна одну з питань, які становлять взаємний інтерес. Документом передбачені і форми співробітництва, а саме: обмін інформацією, створення спільного об'єднаного комітету; представники двох організацій запрошуються на засідання відповідних органів одна одної та ін. [198, с. 53-56]. Основним об'єктом співробітництва між ними є питання, пов'язані з забезпеченням здоров'я працівників. МОП прийняла цілу низку документів, які стосуються гігієни праці [121, с. 353]. В рамках цієї співпраці, Організації створили кілька спільних програм, а також постійно обмінюються статистичними даними. Програми стосуються, головним чином, здоров'я на робочому місці, здоров'я осіб, чия діяльність тісно пов'язана з морем. Особливо варто відзначити, що разом дві Організації розробили «Рекомендації для служб охорони здоров'я з питань ВІЧ/СНІДу» [244].

Співпраця між ВООЗ та *Продовольчою і сільськогосподарською організацією (ФАО)* здійснюється на підставі угоди від 17 липня 1948 р. Об'єктом співробітництва тут виступають питання, пов'язані з безпекою продуктів харчування та промислових товарів, забезпеченням здоров'я працівників. В рамках цієї співпраці Організації створили кілька спільних програм, найважливішою з яких на сьогодні вважається програма вивчення впливу на здоров'я людини різноманітних додатків до продуктів харчування, а також геномодифікованих продуктів. Окремими формами співробітництва можна вважати обмін статистичними даними (ст. 8) і можливість організовувати об'єднані спеціальні місії (ст. 4.) [195, с. 57-60].

Тісне співробітництво спостерігається і між ВООЗ та *Організацією ООН з питань освіти, науки і культури (ЮНЕСКО)*, що здійснюється на підставі угоди від 17 липня 1948 р. Документом передбачено проведення консультацій, взаємного представництва, обмін інформацією і документами, створення об'єднаного комітету та ін. [201, с. 61-65]. Основним об'єктом співробітництва є питання здоров'я під час реалізації базових програм щодо дошкільної освіти. В рамках цієї співпраці Організації створили кілька спільних програм, а також постійно відбувається обмін статистичними даними. Крім того, в угоді є низка положень щодо розмежування сфери діяльності та компетенції. Так зокрема, ЮНЕСКО визнає провідну роль ВООЗ щодо реалізації наукових та освітніх програм в сфері охорони здоров'я, але зберігає за собою право брати в них участь. Договір передбачає можливість додаткового створення спільних органів. До прикладу, у 1949 р. ВООЗ та ЮНЕСКО заснували неприбуткову міжнародну неурядову організацію – Раду для наукових медичних досліджень (*анг. The Council for International Organizations of Medical Sciences*) з метою підвищення рівня охорони здоров'я шляхом надання рекомендацій щодо досліджень в сфері охорони здоров'я, включаючи етику, розробку медичних продуктів та безпеку [215].

Співробітництво між ВООЗ та *Міжнародним фондом сільськогосподарського розвитку (ІФАД)* як і з іншими спеціалізованими установами ООН здійснюється на підставі угоди від 23 липня 1980 р. Основним об'єктом співробітництва є питання про взаємозв'язок якості продуктів харчування зі здоров'ям людини. В рамках цієї співпраці Організації зобов'язалися інформувати одна одну про їхні програми, які можуть зацікавити іншу сторону. Згідно угоди передбачається можливість створення спільних програм і органів, а також взаємне представництво в головних і додаткових органах обох організацій з правом дорадчого голосу. Загалом, угода передбачає три можливих варіанти спільних проектів: 1) програми і проекти з розширення виробництва продуктів харчування з поліпшенням в якості одного з основних компонентів стану харчування, особливо населення сільських районів; 2) надання підтримки відповідним заходам з охорони і захисту навколишнього середовища в якості частини проектів сільськогосподарського розвитку, що включає профілактику передаються через воду і інших інфекційних хвороб, а також боротьбу з цими хворобами, поширення яких можуть сприяти іригаційним та інші проектам сільськогосподарського розвитку; 3) програми сільськогосподарського розвитку, які включають в якості основних елементів покращення санітарно-гігієнічних умов і комунальне водопостачання [197, с. 71-74].

Тісна співпраця між ВООЗ та *Організацією Об'єднаних Націй з промислового розвитку (ЮНІДО)* здійснюється на підставі угоди від 19 травня 1989 р. Основним об'єктом співробітництва є питання, пов'язані з безпекою промислових товарів та їх впливом на здоров'я людини. В рамках цієї співпраці Організації досліджують вплив різноманітних речовин, які використовуються в промисловості, на здоров'я людини, а також обмінюються статистичними даними [203, с. 75-77].

Взаємовідносини між ВООЗ та *Всесвітнім поштовим союзом (ВПС)*

відбуваються на підставі угоди від 24 травня 1999 р. Основними напрямками співробітництва є наступні: 1) безпечне транспортування інфекційних речовин; 2) безпечне транспортування діагностичних зразків; 3) розробка більш безпечних систем упаковки; 4) розробка простих маркувальних засобів допомоги; 5) розробка навчальних програм і заходів по інформуванню для впровадження рекомендацій у всіх державах. В рамках цієї співпраці сторони домовилися про здійснення наступних заходів, а саме, обмін інформацією, проведення консультацій, а також там, де це доцільно, спільне фінансування програм і заходів [204, с. 78-80].

Виходячи з вищесказаного, може виділити, що співробітництво між ВООЗ та спеціалізованими установами здійснюється на основі двосторонніх угод. Всі угоди містять типові положення про співробітництво, обмін інформацією і про обмін представниками. Угоди з ФАО, МОП, ЮНЕСКО та ЮНІДО передбачають можливість створення змішаних комісій для розгляду будь-якого питання, що становить спільний інтерес для обох структур. Ці комісії діють на підставі самостійно прийнятого регламенту. В угодах з ЮНЕСКО та ІФАД містяться положення, що розмежовують компетенцію цих установ із суміжних питань [174, с. 76-77].

Окрім спеціалізованих установ ВООЗ також налагодила співпрацю з іншими іституціями, які працюють під егідою ООН. Тісне співробітництво налагоджено з *Міжнародним агентством з атомної енергії (МАГАТЕ)*, хоча воно не є спеціалізованою установою ООН, а має особливий статус - засновано в системі ООН як міжнародна організація, що реалізує концепцію «Атом для світу» [239]. Однією з юридичних підстав для співробітництва між ВООЗ та МАГАТЕ є Угода від 28 травня 1959 р. [196, с. 66-70]. Основним об'єктом їхнього співробітництва виступають питання, пов'язані з запобіганням негативного впливу радіоактивних речовин на здоров'я людини. Як і в інших випадках, тут також є ряд спільних програм. Всі програми умовно можна

розділити на дві групи: 1) ті, що стосуються наслідків аварій, в результаті яких сталися викиди радіоактивних речовин, а також наслідків застосування ядерної зброї в містах Хіросіма та Нагасакі. Так зокрема, існує програма дослідження наслідків аварій на Чорнобильській АЕС, аварії на АЕС Фукусіма-1; 2) програми, спрямовані на вивчення впливу радіоактивних речовин на здоров'я, зокрема, для лікування онкологічних та інших хвороб [237].

Крім названих організацій, з якими ВООЗ має спеціальні угоди, організація співпрацює з низкою інших. Серед них ключове місце займає *Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)*. Починаючи з середини 50-х р. минулого століття ЮНІСЕФ працює над програмами для допомоги дітям в державах, що розвиваються. На сьогодні Організації співпрацюють з метою вирішення таких проблем як імунізація, викорінення поліомієліту, поліпшення гігієни довкілля, забезпечення питною водою, допомога центрам матері та дитини і т. д. Задля цього було створено об'єднаний комітет, який координує спільну діяльність організацій, під наглядом експертів ВООЗ, виконує санітарні програми, що фінансуються ЮНІСЕФ [269]. ВООЗ призначає міжнародних експертів у сфері охорони здоров'я для виконання програм Фонду, здійснює загальне керівництво та контролює їх діяльність через регіональні офіси і штаб-квартиру [174, с. 75]. Також в рамках тісного співробітництва у 2003 р. було розроблено Глобальну стратегію для вигодовування немовлят і дітей молодшого віку, з метою привернути світову увагу до проблем здоров'я дітей і їх харчування [231].

Подібна ситуація існує і щодо співробітництва з *Програмою розвитку ООН (ПРООН)*. ПРООН фінансує проекти ВООЗ щодо попередження сліпоты, забезпечення доступу до чистої питної води, безпеки продуктів харчування, підтримання здоров'я людей похилого віку, розробці нових вакцин і т. д. Попри це існує думка, що дана співпраця не є ефективною через спробу ГА ООН взяти під свій контроль всі спільні програми, які здійснювалися ПРООН [57, с. 87], про що говорилося вище. Однак, варто відзначити, що у 2018 р. ВООЗ та

ПРООН підписали п'ятирічний Меморандум про взаєморозуміння, щоб допомогти державам досягти цільових показників у сфері охорони здоров'я у рамках програми Сталого розвитку 2030 [301].

Сьогодні ВООЗ також активно співпрацює з Групою Світового Банку і з самим *Світовим Банком*. Як відомо, основним напрямом діяльності Світового банку є надання кредитів з метою фінансування структурних перетворень, в тому числі, в сфері охорони здоров'я. Саме це є чи не основним питанням в його співробітництві з ВООЗ. Крім того, ці дві організації співпрацюють з питань професійної формації і досліджень щодо тропічних хвороб, боротьби з гострими респіраторними захворюваннями і онкоцеркозом тощо.

Відповідно до своєї Глобальної стратегії у сфері охорони здоров'я, харчування та населення, Група Світового банку підтримує зусилля держав з метою досягнення загального охоплення здоров'я і надає якісні та доступні медичні послуги кожному - незалежно від їхньої платоспроможності - зменшення фінансових ризиків, пов'язані з поганим здоров'ям і збільшенням справедливості. Метою Групи Світового банку є допомога державам у побудові здорового суспільства, а також для поліпшення своїх фінансових показників і конкурентоспроможності держав - для того, щоб побудувати людський капітал, подолати бідність і підвищити загальний добробут населення [298].

На сьогодні, Група Світового банку та ВООЗ прагнуть працювати з державами з метою збільшення доступу до основних медичних послуг та забезпечити, щоб люди не потрапляли в бідність через витрати на охорону здоров'я, а до 2030 р. – покращити стан здоров'я усіх людей [300].

Окрім тісного співробітництва з міжнародними міжурядовими організаціями, ВООЗ і активно взаємодіє з *міжнародними неурядовими організаціями (МНО)*, які відіграють важливу роль у сфері охорони здоров'я. Варто погодитись з думкою Х.М. Джантаєва про те, що в останні десятиліття докорінно змінилося ставлення ООН до неурядових організацій, в її

спеціалізованих установах, в регіональних і локальних міжурядових організаціях, в цілому - в світі. І ці зміни (в бік підвищення міжнародно-правового статусу МНО) знайшли своє закріплення в важливих міжнародних документах, включаючи конвенційні норми [41, с. 273]. МНО являють собою найяскравіший вияв активності громадянського суспільства, яке останнім часом відіграє все більш істотну роль у формуванні національних і міжнародних пріоритетів, в сприянні розробці документів з різних питань, у тому числі і що розглядаються в ООН і на інших міжнародних форумах [172, с. 883].

Так, більшість міжурядових організацій та спеціалізованих установ ООН прагнуть до тісної співпраці з МНО, надаючи їм консультативний статус. Це обумовлено тим, що МНО часто більш ефективно діють в сферах, в яких міжурядові організації не мають досвіду [149, с. 67].

Що стосується ВООЗ, то у відповідності до ст. 71 Статуту, Організація може вживати відповідних заходів з метою консультацій і співробітництва з неурядовими організаціями для здійснення своєї міжнародної роботи в сфері охорони здоров'я [219, с. 17]. Так, у відносинах на міжнародному рівні між ВООЗ та МНО передбачено дві форми взаємодії, офіційна та неофіційна. На сьогодні відносини між МНО та ВООЗ регламентовано у відповідності до Принципів роботи, що регулюють встановлення офіційних відносин між ВООЗ та неурядовими організаціями [265, 97-102], а також документом під назвою «Механізм взаємодії з недержавними структурами» [280].

Права і обов'язки МНО, які отримали консультативний статус при ВООЗ, достатньо обмежені. В рамках офіційних відносин МНО мають можливість брати участь у нарадах, засіданнях комітетів і конференцій, які збираються під егідою ВООЗ, однак не мають права голосу. Всі інші відносини мають неофіційний характер. Офіційні відносини між МНО та ВООЗ побудовані на основі розробленого плану взаємного співробітництва, який містить цілі, завдання спільної діяльності, а також конкретні кроки дій на наступні три роки.

По закінченні вказаного терміну Виконком на основі аналізу підсумків спільної діяльності з кожною конкретною МНО приймає рішення про відмову чи продовження підтримки офіційних відносин з МНО [119, с. 75].

Для контактів з МНО в рамках ВООЗ створено спеціальний орган, а саме Комітет з неурядових організацій, який робить рекомендації Виконкому щодо встановлення, підтримання і розірвання співробітництва з МНО. Кількість МНО, з якими офіційно співпрацює ВООЗ, кожних три роки змінюється і міститься в Реєстрі недержавних структур. В 2016 р. була проведена оцінка співробітництва за останні три роки (2015-2017 рр.) і були розглянуті та узгоджені на спільній основі плани співробітництва з МНО на наступні (2018-2020 рр.) [267].

МНО, які діють у сфері охорони здоров'я, можна класифікувати на організації, які представляють професійні асоціації; організації, які спрямовані на надання медичної допомоги; організації, які спрямовані на боротьбу з окремими захворюваннями [121, с. 358]. Зосередимо увагу на деяких з них і найбільш значущих.

Важливі функції в сфері забезпечення охорони здоров'я виконує *Всесвітня медична асоціація* (далі - ВМА) (*англ.* The World Medical Association), яка є конфедерацією професійних лікарів з цілого світу. ВМА була заснована 18 вересня 1947 р. і сьогодні об'єднує 114 національних медичних асоціацій, в які входять більш, ніж 10 млн. лікарів. Від України членом ВМА є Українська Медична Асоціація.

Головною метою діяльності ВМА є сприяння високим міжнародним стандартам в галузях медичної освіти, науки, практики, етики і охорони здоров'я в цілому світі. ВМА виступає в якості форуму, в рамках якого її члени можуть вільно вести дискусії і досягати консенсусу з актуальних питань охорони здоров'я. Штаб-квартира ВМА розміщується у м. Ферні-Вольтер (Франція).

Основним напрямом діяльності ВМА є прийняття документів, в яких би закріплювалися високі стандарти, які пропагує ця організація. Такими документами, зокрема, є Міжнародний Кодекс Медичної Етики (1983), Декларація з прав людини і особистої свободи медичних працівників (1985), Декларація стосовно незалежності і професійної свободи лікаря (1986 р.), та інші. Багато її документів визначають етичні норми і правила поведінки лікаря, наприклад: Заява про свободу контактів між лікарями (1984), Декларація про незалежність і професійну роботу лікаря (1986), Заява про підготовку медичних кадрів (1986) та ін. [299].

Не менш важлива роль належить *Всесвітній асоціації медичного права* (англ. World Association for Medical Law, далі – ВАМП), яка була створена у 1967 р. на спеціальному Конгресі в м. Гент (Бельгія). Вона об'єднує медиків, юристів, організаторів охорони здоров'я, спеціалістів з біоетики та інших зацікавлених осіб майже з усіх держав світу. ВАМП раз на два роки проводить конгреси, на яких розглядаються актуальні питання та проблеми медичної етики, медицини, правового забезпечення охорони здоров'я та ін.

Наприклад, тематикою XIV міжнародного конгресу з медичного права, який проходив у серпні 2002 р. у Нідерландах, стали розробка сучасних науково-методологічних підходів у медико-правовому забезпеченні, захист прав пацієнтів в умовах швидкого розвитку інформаційних технологій у клінічній медицині. На ньому було запропоновано формування спеціальних адвокатських бюро з захисту прав пацієнтів і структур, що ведуть аналогічну діяльність у державних закладах, про інформовану згоду як важливий медико-правовий принцип, у тому числі у медико-правовому забезпеченні неповнолітніх пацієнтів, інформовану згоду і захист прав пацієнта при наукових дослідженнях і у навчальному процесі, про права пацієнтів з урахуванням їхніх релігійних і моральних переконань, актуальним було питання евтаназії в усіх його аспектах та інші проблеми [25, с. 7-9].

Окреме і особливе місце серед МНО займає *Міжнародний комітет Червоного Хреста* (МКЧХ), *Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця* (далі - МФЧХ). Ці організації, хоча не є міжурядовими, але без сумніву володіють елементами міжнародної правосуб'єктності. Особливо, коли йдеться про МКЧХ [79, с. 15]. Названі організації об'єднують волонтерів, які сприяють державам та іншим МО у питаннях щодо надання медичної та іншої допомоги. При чому МКЧХ діє, як правило, в умовах збройних конфліктів та ситуаціях внутрішніх заворушень, в той час як МФЧХ – в мирний час, здебільшого, під час стихійних лих, техногенних катастроф та у інших подібних ситуаціях [80, с. 87-111]. І одним з головних напрямів діяльності МКЧХ є саме надання допомоги в сфері охорони здоров'я та включає допомогу пораненим, надання медикаментів і медичного обладнання, проведення санітарно-гігієнічних заходів, підготовка медичних кадрів та ін. [110, с. 67].

Аналізуючи зовнішньо-організаційним механізм ВООЗ, потрібно виділити, що він має певні особливості. З цього приводу К.І. Каркіщенко підкреслює, що саме трирівневий підхід ВООЗ до роботи - глобальний, регіональний і на рівні держави, вимагає, безсумнівно, відповідної структури і співпраці - на світовому, регіональному, національному та місцевому рівнях. При згоді на те відповідної держави ВООЗ може співпрацювати також з внутрішніми урядовими та неурядовими структурами будь-якої держави [57, с. 98].

Загалом підсумовуючи вищесказане слід відзначити, що ВООЗ досить активно співпрацює з державами, міжурядовими і МНО. ВООЗ, як і будь-яка інша МО, досить активно співпрацює з основними суб'єктами міжнародного права, в першу чергу, державами. Співробітництво з першими відбувається, як правило, в рамках організації у формах, які встановлені її установчим договором та внутрішнім правом. Проте, в окремих випадках ВООЗ може співпрацювати з

державами, які не є членами, однак виключно з метою виконання статутних завдань, а саме, забезпечення максимально досяжного стану здоров'я.

Що ж стосується співробітництва з міжнародними міжурядовими організаціями, то ВООЗ співпрацює з тими в сферах, які частково перетинаються з охороною здоров'я. Особливо тісні відносини встановлені з ООН та рядом спеціалізованих установ та інституцій ООН. Серед особливостей такого співробітництва є те, що в більшості випадків ВООЗ укладає з відповідною організацією спеціальну базову угоду про взаємодію, яку доповнює низка інших додаткових угод та домовленостей, та підкріплюється рядом спільних програм. Іншим важливим аспектом їхньої взаємодії є те, що здебільшого співробітництво передбачає створення спеціального органу для координації зусиль окремих питань в сфері охорони здоров'я.

Також не варто забувати, що МНО беруть участь у міжнародно-правовому співробітництві у сфері охорони здоров'я та виконують досить важливу роль в цій сфері. До таких організацій слід віднести: МКЧХ, МФЧХ, ВАМП, ВМА та ряд ін.

3.3. Співробітництво між Україною та Всесвітньою організацією охорони здоров'я

Посилення процесів глобалізації, які ми можемо спостерігати протягом кількох остінніх десятиліть, призвели до переходу наявних загроз колективного та індивідуального здоров'я на інший, якісно новий рівень, і до появи нових викликів, що спричинило необхідність спільних дій у галузі охорони здоров'я зусиллями всього світового співтовариства. Як відомо, спочатку це спонукало держави до створення низки МО, які на універсальному і регіональному рівні боролися з розповсюдженням інфекційних хвороб. Однак, вже в другій половині XX ст. почався зворотній процес. Стало зрозуміло, що тих заходів, які

проводять ВООЗ та інші організації для забезпечення здоров'я населення, є явно недостатньо. Тому поступово увага почала зміщуватися на конкретні заходи, які проводяться в окремих державах. Саме тому ВООЗ, як і низка інших МО, які працюють в суміжних сферах, все більше уваги приділяють не співробітництву на універсальному чи регіональному рівні, а роботі в конкретній державі чи навіть її регіоні. Не є винятком в цьому плані Україна. Особливо це стало актуальним у зв'язку зі збройним конфліктом на сході нашої держави.

Саме тому видається доцільним проаналізувати основні питання співробітництва між Україною та ВООЗ, як в історичній ретроспективі, так і на даному етапі.

Як відомо, УРСР, а відповідно і Україна як її правонаступниця, розпочали співробітництво з ВООЗ з моменту виникнення цієї організації в 1946 р. Україна була однією з держав-засновниць ВООЗ. Більше того, відомо, що делегація УРСР зробила свій, хоча і незначний, внесок в роботу установчої конференції. Попри це, відносини нашої держави з ВООЗ не завжди були успішними. Причиною цьому були різні обставини, як об'єктивного, так і суб'єктивного характеру, які виявляли відповідний вплив та реальний стан охорони здоров'я в Україні.

Так, на основі аналізу історичних фактів можна дійти висновку, що слід виділити чотири основні етапи співробітництва між Україною та ВООЗ. Розглянемо їх більш детально.

Перший етап (1946 -1951 рр.). Тобто з моменту створення організації і до припинення активного членства. Як зазначено вище, фактично ВООЗ розпочала діяльність в 1948 р., коли вступив в силу її Статут. На цьому етапі відбувався активний розвиток організації, її інституційної структури, було розроблено ряд важливих документів (Міжнародні санітарні правила, прийняті Асамблеєю в 1951 р.) [242]. УРСР брала активну участь в цих процесах. Попри це, слід відзначити, що така участь була номінальною в сфері впливу на політику

організації, оскільки фактично всі рішення ухвалювалися урядом СРСР, а делегації Української та Білоруської РСР втілювали їх у життя.

Основними напрямками співробітництва між УРСР та ВООЗ була реалізація двох програм:

1) відновлення системи закладів охорони здоров'я та підготовка персоналу для них. В рамках цієї програми була проведена оцінка основних потреб, і держави, що постраждали від війни, і відчували матеріальну потребу, забезпечувалися обладнанням, медичною допомогою, транспортними засобами та дитячим харчуванням. Однак, коли ситуація стала менш надзвичайною і вимагала більше довгострокових зусиль з відновлення, все більш очевидною ставала необхідність перенести головний акцент в діяльності Бюро на реорганізацію, модернізацію та розбудову систем охорони здоров'я в державах [24, с. 12]. В Україні діяльність ВООЗ була найбільш помітною в реформуванні системи медичної освіти та створенні сучасних лабораторій для проведення наукових і клінічних досліджень в сфері охорони здоров'я;

2) боротьба з хворобами «великої п'ятірки»: туберкульоз, малярія, венеричні хвороби, здоров'я матері і дитини та оздоровлення довкілля. Хоча не всі з названих проблем є характерними для України (зокрема, у нас практично не зустрічається малярія), проте загалом, дана програма сприяла розвитку системи запобігання та лікування інфекційних хвороб, а також дитячій смертності.

Однією з найбільш успішних ініціатив, започаткованих на той час, була програма стипендій. Спочатку, ставлячи на чільне місце держави-члени, розорені війною, ця програма дозволяла медичним працівникам вчитися і працювати в інших державах. Вона також відіграла життєво важливу роль в зміцненні розуміння того, що співробітництво між державами можливе [247, с. 17-21]. Хоча у програмі брали участь представники УРСР, однак через закритість СРСР участь у ній була порівняно обмеженою.

Наступним напрямом співробітництва між УРСР та ВООЗ було питання стандартизації та статистики. В рамках цього було запроваджено кілька важливих стандартів, зокрема, проведено систематизацію лікарських засобів, проведено реформу системи обліку в закладах охорони здоров'я, в тому числі, в таких сферах як причини смертності. Розроблено систему обліку захворювань і загального стану здоров'я населення (дана система передбачає аналіз найрізноманітніших чинників і на сьогодні охоплює більш 600 показників здоров'я) [6].

Другий етап (1951-1992 рр.) – так званий період неактивного членства. Як вже згадувалося раніше, у 1951 р. делегації Української та Білоруської РСР, як і ряд інших держав соціалістичного блоку, зробили заяви, що припиняють своє членство в організації, оскільки не згодні з її політикою. По суті, це був єдиний випадок, коли Україна (в даному випадку УРСР) припинили своє членство в МО [73, с. 138]. Зрозуміло, що це жодним чином не відобразилося на рівні «обслуговування», оскільки Радянський Союз свого членства не припиняв, а отже, УРСР сприймалася не як окремий суб'єкт, а як частина СРСР. Заради справедливості слід відзначити, що швидше за все, причиною виходу УРСР та інших соціалістичних держав було те, що керівництво СРСР не бачило доцільності фінансувати роботу організації, оскільки остання не виправдала їх сподівання. Слід відмітити, що членські внески у ВООЗ є одними з найбільших в порівнянні з іншими МО і для більшості соціалістичних держав було досить накладно їх сплачувати.

Попри це представники України діяли в складі делегації СРСР. Протягом цього періоду було реалізовано десятки програм. Поза усяким сумнівом, основними серед них необхідно назвати наступні:

1) запобігання зростання поширеності неінфекційних захворювань і станів (таких, як нещасні випадки і травми, серцево-судинні захворювання, рак, діабет і ревматизм);

- 2) боротьба з дитячою смертністю (в результаті зменшено кількість випадків дитячої смертності майже у 10 разів);
- 3) імунізація населення;
- 4) запобігання і боротьба з інфекційними хворобами;
- 5) запобігання і боротьба з неінфекційними хворобами.

Окрім усього вищевказаного, СРСР брав активну участь в розробці низки документів, зокрема, Санітарних правил тощо.

Також в СРСР було проведено конференцію, метою якої було узагальнення положень про первинну медико-санітарну допомогу, яка проходила за підтримки ВООЗ спільно з ЮНІСЕФ в Алма-Аті, з 6 по 12 вересня 1978 р. За результатами роботи конференції було прийнято Алма-Атинську Декларацію ВООЗ про первинну медико-санітарну допомогу [2]. Нею ВООЗ започаткувала міжнародну кампанію, широко відому як «Здоров'я для всіх: 2000». Ця кампанія відображала узгоджені міжнародні зусилля щодо поліпшення якості здоров'я і надання послуг у сфері охорони здоров'я, особливо первинної медико-санітарної допомоги, включаючи питання безпеки та гігієни праці, у всьому світі [232]. При цьому Декларація передбачала поширення інформації і розробку програмних стратегій з метою досягнення «Здоров'я для всіх: 2000».

Декларація закликає до «негайних дій всіх урядів, всіх працівників охорони здоров'я та служб розвитку, і світової спільноти щодо захисту та підтримки здоров'я всіх людей світу». Ст. 1 Декларації чітко передбачає, що здоров'я є фундаментальним (основним) правом людини, і що досягнення максимально високого можливого рівня здоров'я є найбільш важливою соціальною метою в усьому світі. При цьому Ст. 3 відзначає, що підтримка та захист здоров'я людей є важливими для безперервного економічного розвитку і робить свій внесок у поліпшення якості життя і миру у всьому світі [2].

Конференція, крім того, створила основу для конкретних програмних

стратегій досягнення цих цілей. В процесі її імплементації урядом УРСР було прийнято низку підзаконних актів, які стосувалися охорони праці тощо. Окремим питанням на порядку денному співробітництва СРСР з ВООЗ, починаючи з 1986 р., стає боротьба з наслідками аварії на Чорнобильській АЕС. В рамках програми проводилися дослідження жертв аварії та впливу радіації на території трьох союзних республік, в тому числі і УРСР. За результатами дослідження було вироблено цілу низку рекомендацій для профілактики і лікування променевої хвороби і інших наслідків радіоактивного опромінення. Зокрема, більше 10 тисяч осіб взяли участь у дослідженні впливу йодовмісних речовин.

Слід відзначити, що в рамках цієї програми експерти ВООЗ провели десятки робочих зустрічей і інших заходів, основними серед яких були:

- 1) Спільна нарада ВООЗ та представників СРСР про вплив аварії на ЧАЕС на здоров'я громадян, що знаходяться поза межами СРСР (червень 1986 р.);
- 2) Спільна нарада ВООЗ щодо вироблення основних підходів моніторингу ситуації із здоров'ям населення, яке постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС (травень 1987 р.);
- 3) Спільна нарада ВООЗ щодо відповідальності та наслідків аварії на ЧАЕС (листопад 1987 р.);
- 4) Офіційний візит експертів ВООЗ в Чорнобильську зону (липень 1989 р.);
- 5) Спільна нарада ВООЗ та представників СРСР про перші наслідки впливу аварії на ЧАЕС на здоров'я населення (лютий 1990 р.) [161].

Варто наголосити на тому, що уряд УРСР виступив з пропозицією створити в рамках ВООЗ спеціальну програму, яка б досліджувала наслідки аварії на ЧАЕС. Дана ініціатива була підтримана як керівництвом СРСР, так і ВООЗ, внаслідок чого в 1991 р. з'явилася така програма. Вона отримала назву ІРНЕСА (Міжнародний проект дослідження впливу Чорнобильської аварії на здоров'я).

Таким чином, навіть будучи неактивним членом організації, УРСР

посильно співпрацювала з ВООЗ.

Третій етап (1991-2013 рр.). В цей період Україна стала незалежною державою і одразу ж по тому в 1992 р. зробила заяву про відновлення членства в ВООЗ. Та як вже було згадано вище, організація виступила з вимогою сплатити членські внески за всі роки неактивного членства, проте через переговори було досягнуто згоди щодо сплати лише 5 відсотків від суми членських внесків за цей період.

В 1994 р. ВООЗ відкриває представництво в Україні з метою здійснення ефективного зв'язку між Європейським регіональним бюро ВООЗ та Україною, а також для надання допомоги в розвитку результативного міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я з широким залученням міжнародної спільноти [156]. Відкриття офісу сприяло більш активному розвитку співробітництва між Україною та ВООЗ. Офіс став координатором для заходів ВООЗ в Україні. В ньому працюють більше двох десятків співробітників, в тому числі кілька експертів з таких важливих для охорони здоров'я нашої держави проблем, як імунізація та інфекційні хвороби, здоров'я матері і дитини, неінфекційні захворювання, боротьба з ВІЛ/СНІД, туберкульозом тощо. Робота офісу регулюється угодою, укладеною між ВООЗ та Україною.

Юридичною підставою для співробітництва між Україною та ВООЗ, крім Статуту ВООЗ, є Базова угода між Урядом України і Всесвітньою організацією охорони здоров'я про встановлення відносин технічного консультативного співробітництва 1997 р. Названа угода є рамковою і визначає основні принципи та напрями співробітництва. Так, відповідно до ст. 1 Угоди Організація встановлює з Урядом технічне консультативне співробітництво, враховуючи бюджетні обмеження або наявність необхідних коштів. Уряд та Організація співпрацюватимуть у справі розробки взаємоузгоджених планів дій для здійснення технічного консультативного співробітництва на основі запитів, отриманих від Уряду і затверджених Організацією. Угода також передбачає, що

таке технічне консультативне співробітництво може складатися з:

- а) надання послуг консультантів для рекомендацій та співробітництва з Урядом або іншими сторонами;
- б) організації та проведення семінарів, навчальних програм, демонстраційних проектів, нарад робочих груп експертів та заходів на місцях, які взаємно узгоджуються;
- с) надання стипендій або укладання інших домовленостей, згідно з якими кандидати, призначені Урядом та затверджені Організацією, зможуть навчатися або проходити підготовку за кордоном;
- д) підготовка та виконання експериментальних проектів, випробувань, експериментів або досліджень в місцях, які можуть взаємно узгоджуватись;
- е) здійснення іншої форми технічного консультативного співробітництва, яка може бути погоджена з Урядом та Організацією» [8].

Важливою подією у співробітництві між Україною та ВООЗ стало прийняття в 1998 р. Організацією програми «Здоров'я для всіх у 21-му ст.», в якій окреслені глобальні пріоритети та основні завдання з метою забезпечення у світовому масштабі можливості досягнення і підтримання найвищого рівня здоров'я протягом усього життєвого циклу. Саме за таким показником рівня здоров'я населення уповноважені експерти ООН та ВООЗ здійснюють порівняльний аналіз ступеня розвитку конкретних держав [232].

Зазначений документ визначав основні напрями зусиль усіх розвинутих держав щодо проблеми здоров'я. І вже на 2018 р. на виконання програми ВООЗ в Україні функціонувало понад 20 державних (цільових) програм [39, с. 156]. Серед найвагоміших з них можна назвати: Загальнодержавну програму протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 рр., Загальнодержавна програма імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 рр., Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на

2009-2013 рр., Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р., Державна цільова програма «Цукровий діабет» на 2009-2013 рр., Державна цільова соціальна програма зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 р., Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002-2011 рр. тощо. [143, с. 90].

Серед вищеназваних програм 7 за термінами виконання були довгостроковими (від 5 до 10 років); решта – були середньостроковими (до 5 років). Для порівняння з ними, завдання, які закладені у програмі ВООЗ, розраховані на більш тривалий термін.

Якщо порівнювати заплановані результати виконання державних (національних) програм з охорони здоров'я з відповідними завданнями, які передбачені у програмі ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му ст.», можна стверджувати, що вони мають майже однакові тенденції з відповідними показниками завдань ВООЗ [52, с. 243], хоча при цьому за окремими показниками існує суттєва відмінність. Для прикладу, в цілому завдання Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 рр. відповідають програмі ВООЗ, за винятком показника захворюваності на кір: оскільки національна програма не передбачала припинення місцевої передачі вірусу кору та краснухи до 2007 р., а перенесла цей термін до 2015 р. [127].

Що стосується Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, слід зазначити, що вона взагалі не передбачала навіть у перспективі «зменшення поширеності ВІЛ/СНІД» [126]. Водночас розглядаючи завдання, які містяться у Програмі реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів,

необхідно підкреслити, що очікувані результати її реалізації сформульовані настільки некоректно, що будь-які результати, яких вдасться досягти, можна вважати позитивними [129].

Суттєвим недоліком національних програм у сфері охорони здоров'я слід вважати те, що вони не узгоджені і не передбачають спільних дій між собою. Виняток складає національна програма протидії захворюванню на туберкульоз, котра передбачала «узгодження дій з Національною програмою з ВІЛ/СНІДу для запобігання поширення ВІЛ-асоційованого туберкульозу та покращення надання медичної допомоги хворим» [128], а також «Програма реалізації державної політики у боротьбі з незаконним обігом наркотичних засобів...», яка наголошувала на необхідності «розширювати партнерські відносини з Об'єднаною програмою ООН/СНІД (ЮНЕЙДС) та іншими міжнародними організаціями, що працюють у сфері протидії наркоманії та СНІДу...» (п. 59). [129]. Однак, на практиці мали місце випадки суттєвих розбіжностей у вирішенні однакових завдань. З одного боку, виконання відповідного заходу покладалося виключно на органи центральної виконавчої влади (МОЗ, Службу Безпеки України, Держдепартамент України з питань виконання покарань) без будь-якого визначення джерела та розміру фінансування, з іншого – на обласні та Київську міську держадміністрації за рахунок позабюджетних коштів [124].

Інколи в програмах були сформульовані заходи без урахування принципу рівноправності у питаннях охорони здоров'я. Так, у програмі зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 р. було передбачено інформування населення про шкідливість куріння шляхом розміщення відповідних матеріалів на рекламних щитах: щорічно було заплановано встановлення 460 рекламних щитів [125]. В той час, коли в Україні понад 1300 міст і селищ міського типу, не кажучи вже про понад 25 тис. сіл. А це означає, що такі реклами не охоплювали навіть усіх міст держави.

Необхідно нагадати, що вітчизняна політика у сфері охорони здоров'я за

своєю сутністю є міжсекторальним завданням. Саме тому ВООЗ постійно звертає увагу на те, щоб забезпечити ефективне виконання програм з охорони здоров'я з використанням широких міжсекторальних дій. Але як показує практика, в нашій державі обмежена кількість задіяних секторів суспільства перетворюють програму з охорони здоров'я із соціальної у відомчу. Крім цього, не завжди заходи, передбачені в програмах, відповідають трьом основним вимогам, за якими вони повинні проводитись: конкретність, визначеність у часі та реальність.

У 2006 р. Україна ратифікувала Рамкову Конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ ВООЗ), яка стала дієвим інструментом захисту громадського здоров'я та дала змогу державам, в тому числі й Україні, досягти значних успіхів у боротьбі проти тютюну [130]. Так, після ратифікації конвенції ВООЗ в Україні були зроблені певні дії у зміні до законодавства щодо тютюну та куріння, майже зникли всі форми тютюнової реклами, запроваджено нові правила маркування упаковки сигарет, більшість робочих місць стали «бездимними».

З четвертого місця у світі за поширеністю куріння у 2006 р. Україна перемістилася у третій десяток згідно звіту ВООЗ щодо глобальної тютюнової епідемії. У результаті профілактичних заходів знизився рівень захворюваності на астму, ішемічну хворобу серця, хвороби верхніх дихальних шляхів тощо [51].

Разом з тим, Верховна Рада України на своєму засіданні від 13 квітня 2016 р. заявила, що «визнає незадовільною реалізацію ст. 5 РКБТ ВООЗ «Загальні зобов'язання» в частині зобов'язань розробляти, здійснювати, оновлювати та переглядати багатосекторальні національні стратегії, плани й програми з боротьби проти тютюну. Було визнано, що окремі статті РКБТ ВООЗ не в повному обсязі реалізовано в українському законодавстві. Зокрема, реалізація ст. 8 РКБТ ВООЗ щодо захисту населення від тютюнового диму

потребує покращення виконання чинних норм, а також вимагає повного захисту населення від тютюнового диму у всіх без винятку приміщеннях. Крім того, реалізація ст. 13 щодо заборони всіх форм реклами та стимулювання продажу тютюнових виробів вимагає заборони стимулювання продажу сигарет, яке досі присутнє у місцях їхньої реалізації в Україні [51].

На сьогодні, співробітництво між Україною та ВООЗ здійснюється переважно через ЄРБ ВООЗ відповідно до базових (2-річних) угод, що укладаються між Україною та ЄРБ ВООЗ. В угодах визначаються пріоритетні напрями співробітництва, на які скеровуються кошти, що виділяються з основного бюджету ВООЗ на підтримку заходів на рівні держави. Україна зацікавлена у використанні потенціалу та накопиченого ВООЗ міжнародного досвіду, а також залученні через її канали міжнародної допомоги для розв'язання проблем, у першу чергу, у таких напрямках: туберкульоз та ВІЛ/СНІД; пташиний грип, рак, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет; тютюн; здоров'я матері й дитини; безпека продуктів харчування; психічне здоров'я; безпека крові. Заходи, що здійснюються в межах співробітництва між Україною та ВООЗ, узгоджуються з її національними пріоритетами та стратегіями у сфері охорони здоров'я, враховують специфіку ситуації в державі та особливості національної системи охорони здоров'я [13, с. 131].

Важливу роль у співробітництві між Україною та ВООЗ відіграє вироблення ВООЗ стратегії в галузі народної медицини на 2014-2023 рр. На сучасному етапі народна медицина здебільшого розглядається у державах як додаткова (альтернативна) частина медико-санітарної допомоги. А відтак, цілком закономірним є той факт, що саме ВООЗ взяла на себе координуючу функцію у поєднанні сучасної високотехнічної медицини з народною медициною із запевненням в тому, що такий підхід забезпечить новий, і в той же час ефективний етап збереження здоров'я.

Розроблена та затверджена Стратегія ВООЗ у галузі народної медицини 2014-2023 рр. є вдосконаленим документом відносно попередньої Стратегії ВООЗ у галузі народної медицини 2003-2005 рр. і визначає напрями розвитку народної медицини на ціле десятиліття [157]. Вона переслідує дуалістичну мету: підтримати зусилля держав-членів ВООЗ щодо використання потенційного внеску народної медицини у зміцнення здоров'я, підвищення добробуту й розвитку медико-санітарної допомоги, зорієнтованої на людину; сприяти ефективному і безпечному застосуванню методів народної медицини шляхом регулювання навчання, практики та діяльності фахівців з народної медицини.

Реалізація цих напрямів в Україні здійснюється через вирішення трьох таких стратегічних завдань: 1) створення бази знань і формування національної політики; 2) підвищення безпеки, якості та ефективності методів народної медицини за допомогою регулювання; 3) сприяння загальному охопленню населення послугами охорони здоров'я через інтеграцію народної медицини і самодопомоги у Національну систему охорони здоров'я [176, с. 4].

Відповідно до зазначеної мети та стратегічних завдань у кожній державі-члені ВООЗ (в тому числі і в Україні) уряди та їх міністерства, покликані розробляти власні стратегічні напрями діяльності згідно існуючих у них економічних та соціально-політичних умов. Саме тому ВООЗ надає сприяння у питаннях полегшення інтеграції народної медицини у національні системи охорони здоров'я через допомогу державам у розробці їх власної національної політики у цій галузі. Крім цього, ВООЗ розробляє рекомендації щодо підготовки та надання міжнародних стандартів технічних інструкцій та методик для наукових досліджень щодо продукції, практичної діяльності фахівців з народної медицини та ін.

Своїми діями ВООЗ ставить собі за кінцеву мету поширення та ґрунтовне застосування методів народної медицини для доповнення до місцевої системи

охорони здоров'я, виділяючи народну медицину в якості світового феномену.

Якщо підвести підсумки щодо співробітництва між Україною та ВООЗ за останні десять років, відповідно можна виділити наступні його пріоритетні напрями:

- розробка ефективного механізму фінансування медичних закладів, в першу чергу, первинної медичної допомоги;
- кадрові ресурси для охорони здоров'я, включаючи стратегічне планування кадрів, їх навчання;
- розширення нагляду за розповсюдженням інфекційних хвороб, включаючи контроль за основними факторами, які сприяють їх розширенню;
- боротьба з неінфекційними хворобами, в першу чергу, захворюваннями серцево-судинної та опорно-рухової системи;
- пропагування здорового способу життя, харчування, занять фізкультурою тощо;
- запобігання поширенню вживання алкоголю та тютюнопаління, особливо серед дітей, підлітків та молоді;
- профілактика травматизму та насильства;
- контроль та допомога у відновленні здоров'я осіб, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС;
- забезпечення безпеки навколишнього середовища з метою збереження здоров'я;
- профілактика та лікування СНІД та ВІЛ-інфікованих осіб.

За цей час цілі співробітництва не змінювалися, єдине, що у зв'язку із збройним конфліктом на сході України сюди були додані питання, пов'язані з військовою медициною. З цього приводу Н.В. Хендель виділила, що є необхідність у активізації співробітництва між Україною та ВООЗ щодо розроблення рекомендацій на основі фактичних даних для всіх фаз роботи в секторі охорони здоров'я під час АТО та посилення потенціалу і стабільності

системи охорони здоров'я України в умовах проведення АТО. Також важливим напрямом є підготовка рекомендацій з надання психологічної допомоги внутрішньопереміщеним особам. Є вкрай необхідним підписання дворічної угоди з ЄРБ ВООЗ, визначивши пріоритетні напрями розвитку та функціонування системи охорони здоров'я в умовах терористичних акцій і бойових дій, а окремим положенням слід включити питання відновлення системи охорони здоров'я на Сході України [173, с. 814].

Четвертий етап (з 2014 р.). На відміну від усіх попередніх періодів співробітництва між Україною та ВООЗ, в цей період змінюються пріоритети співпраці, а саме, основний наголос відводиться питанням, пов'язаним з наданням медичної допомоги пораненим і хворим в зоні проведення АТО, а з 30 квітня 2018 р. Операції об'єднаних сил (ООС). Формальною датою початку цього етапу можна вважати 8 липня 2014 р., коли МЗС України передали представникам національного офісу ВООЗ прохання про надання допомоги. Даний документ містив детальний список медичних препаратів та обладнання, якого потребує Україна для забезпечення охорони здоров'я в Донецькій та Луганській областях [166, с. 825-826].

Фактично, з цього моменту ВООЗ переходить з інституційної (співпраця з органами державної влади щодо імплементації в законодавство нашої держави основних стандартів в сфері охорони здоров'я населення) на оперативну модель роботи. Оперативна модель передбачає практичну діяльність на місцях щодо надання медичної допомоги.

Починаючи з серпня 2014 р. ВООЗ починає надавати Україні так звані «набори від травм» (набір лікарських засобів та необхідного обладнання для надання первинної медичної допомоги особі, яка отримала травми або вогнепальне поранення) [291].

Експерти ВООЗ також надають практичну допомогу в підготовці медичного персоналу, особливо у військових госпіталях, а також у лікарнях

прифронтової зони. Паралельно з тим реалізується проект з імплементації в національну практику стандартів в сфері воєнної медицини. Зокрема, спеціально для нашої держави експерти організації адаптували протоколи надання первинної медичної допомоги медичною службою армії. Було розроблено і проекти кількох інших протоколів. Та попри активну діяльність ВООЗ Україна досі не імплементувала вищезазначені протоколи в національне законодавство. Серед основних причин такого стану речей є відсутність в національній лікарській практиці використання протоколів проведення тих чи інших медичних процедур. І хоча протягом останніх років МОЗ намагається їх впроваджувати, однак через існуючі проблеми, а саме, опір системи, а також недостатність матеріальної бази, таку діяльність навряд чи можна вважати задовільною.

Важливою частиною співробітництва, що здійснюється у зв'язку із збройним конфліктом на Сході України, є надання психологічної допомоги постраждалим особам, зокрема внутрішньопереміщеним особам [33, с. 181].

Ще одним напрямом співробітництва з ВООЗ у згаданий період є технічна та експертна допомога організації в проведенні медичної реформи. Загальновідомо, що починаючи з 2014 р., українська влада задекларувала, що буде здійснено медичну реформу, необхідність якої назріла давно. Фактично, наша держава досі використовує радянську модель охорони здоров'я, яка давно не справляється з тими завданнями, для яких її створили, і загалом вимогам сучасності. Так зокрема, експерти ВООЗ брали участь в розробці кількох законів, які були спрямовані на проведення такої реформи, зокрема закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [123].

Крім того, ВООЗ здійснює часткове фінансування кількох програм, спрямованих на впровадження найсучасніших заходів запобігання виникнення хвороб. Сюди без сумніву можна віднести рекламну компанію в підтримку імунізації від найбільш поширених інфекційних хвороб. Крім того, експерти

організаційно здійснюють паралельний підрахунок усіх випадків захворювання на такі хвороби як кір, туберкульоз, СНІД, поліомієліт та ряд ін. [36, с. 236].

Підсумовуючи вищезазначене, можна зробити наступні висновки: співробітництво між Україною та ВООЗ проходило в чотири етапи: 1946-1951 рр. (тобто з моменту створення організації і до припинення активного членства. Цей період характеризувався співробітництвом з метою побудови та відновлення зруйнованих війною закладів охорони здоров'я); 1952-1991 рр. (період неактивного членства. Україна зробила заяву про припинення членства і все співробітництво здійснювалося у якості союзної республіки СРСР); 1992-2013 рр. (період відновлення членства в організації та співробітництва з найважливіших питань, пов'язаних з запровадженням в законодавство України міжнародних стандартів в сфері охорони здоров'я); з 2014 р. (співробітництво з питань воєнної медицини та реформування національної системи охорони здоров'я). Виходячи з вищезазначеного, до основних напрямів співробітництва між Україною та ВООЗ можна віднести:

- 1) відновлення і подальший розвиток закладів охорони здоров'я та підготовку персоналу для них;
- 2) боротьбу з хворобами: туберкульоз, малярія, венеричні хвороби, здоров'я матері і дитини та оздоровлення довкілля та ін.;
- 3) вироблення і запровадження стандартизації та статистики у сфері охорони здоров'я;
- 4) боротьбу з наслідками аварії на Чорнобильській АЕС;
- 5) боротьбу проти тютюнової епідемії;
- 6) запровадження та підтримку народної медицини.

Разом з тим, вказаний перелік напрямів не є вичерпним, оскільки їх кількість та змістовне наповнення постійно трансформуються. Зокрема, одним з нових перспективних напрямів стає фармацевтика (та певні стандарти, які пред'являє ВООЗ до неї).

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення і нове розв'язання наукового завдання, що виявляється у розкритті міжнародно-правового статусу та особливостей функціонування ВООЗ у сучасних умовах. Головними теоретичними і практичними результатами роботи є такі висновки:

1. Передумови виникнення світової системи охорони здоров'я пов'язані з необхідністю співпраці держав щодо запобігання та боротьби з інфекційними хворобами на міждержавному та регіональному рівнях. Глобалізація призвела до нових викликів та загроз охороні здоров'я та новітніх форм співробітництва держав. Паралельно відбувалася еволюція міжнародно-правового регулювання питань охорони здоров'я, яка також первинно була обумовлена спробами врегулювати співробітництво з питань запобігання та боротьби з інфекційними хворобами. Запропоновано періодизацію становлення та розвитку світової системи охорони здоров'я, що включає в себе два періоди: перший – доінституційний (до створення МО, які повинні були забезпечити співробітництво в цій сфері); другий – інституційний, який пов'язаний зі створенням МО, що координують дії щодо співробітництва в сфері охорони здоров'я. Інституційний період міжнародного співробітництва держав у сфері охорони здоров'я поділяється на три стадії: 1851-1922 рр. – створення перших органів, які координували зусилля держав у цій сфері; 1923-1946 рр. – створення та діяльність першої універсальної організації у цій сфері – Організації охорони здоров'я Ліги Націй; з 1946 р. по даний час – створення та діяльність ВООЗ.

Встановлено, що під впливом глобалізації виокремлено дві основні форми міжнародно-правового співробітництва в сфері охорони здоров'я: інституційна, яка спрямована на розробку та імплементацію нових стандартів щодо забезпечення здоров'я населення, та оперативна, яка застосовується ВООЗ на місцях з метою вирішення конкретних проблем, що виникають в зазначеній сфері.

2. Формування сучасної світової системи охорони здоров'я відбулося у другий половині XX ст. Її основу складає діяльність ВООЗ, яка виконує роль інституційної основи цієї системи. Організація виконує директивно-координаційну функцію, що дає змогу забезпечити роботу світової системи охорони здоров'я як єдиного цілого. До основних функцій ВООЗ на сучасному етапі віднесено: дирекційно-координаційну, правотворчу, науково-дослідницьку, функцію надання гуманітарної, інформаційної, медичної та іншої допомоги. Виявлено тенденцію постійного розширення функцій ВООЗ. Серед факторів, що впливають на цей процес виокремлено: гуманізацію міжнародних відносин, соціально-демографічні, санітарно-епідеміологічні фактори.

3. Встановлено, що установчий договір ВООЗ – Статут є багатостороннім міжнародним договором особливого роду – *sui generis* з назвою Конституція. Конституція передбачає створення нового суб'єкта (ВООЗ), закріплює сферу його діяльності, компетенцію, внутрішньо-організаційний механізм відносин з членами і місце в системі міжнародних відносин, та визначає права і обов'язки держав. Серед визначальних характеристик цього установчого договору можна виділити наступні: особливий порядок вступу в дію, неможливість денонсації, а також специфічна процедура внесення змін.

4. Статут ВООЗ передбачає два види членства: повне та асоційоване. Повними членами можуть бути виключно держави, в той час як асоційованими членами – несамоверхні території.

Необхідність асоційованого членства виникла в ВООЗ внаслідок двох обставин: великої кількості несамоверхніх територій, які існували на момент створення організації; регіоналізації роботи (в рамках ВООЗ створено кілька регіональних бюро). Асоційованими членами ВООЗ можуть бути виключно несамоверхні території, які можуть мати офіційного представника в вищому органі ВООЗ – Асамблеї. На сьогодні є лише два асоційовані члени ВООЗ – Пуерто-Ріко та Токелау. Зроблено висновок про невідповідність даної форми

членства сучасним умовам. Особливістю членства в ВООЗ є те, що установчим договором не передбачено можливості виходу з неї, всі спроби виходу держав-членів не визнаються Організацією. Як єдину існуючу альтернативу інституту припинення членства можна розглядати «призупинення прав і обслуговування» як санкцію, яка може застосовуватися вищим органом Організації у разі невиконання членом ВООЗ своїх фінансових зобов'язань або при інших виняткових обставинах.

Визначено, що відсутність у Статуті ВООЗ положення про припинення членства та невизнання виходу з неї держав-членів слід вважати порушенням їхніх суверенних прав. Запропоновано внести зміни у Статут ВООЗ щодо членства інших МО у організації.

5. Права і обов'язки членів ВООЗ з функціональної точки зору розділено на три групи: а) права і обов'язки, що впливають з необхідності взаємного інформування про захворювання, їх причини та наслідки; б) права і обов'язки щодо питань, пов'язаних з боротьбою з інфекційними захворюваннями; в) права і обов'язки, пов'язані з прийняттям і реалізацією актів внутрішнього права організації.

6. Правотворча функція є однією з ключових функцій ВООЗ, яку закріплено в її установчому договорі. Виділяється два основних види правових актів, через прийняття яких ВООЗ реалізовує свої повноваження: конвенції та угоди; правила та стандарти. Додатково до правових актів ВООЗ належать рішення, які стосуються організації її діяльності.

Зроблено висновок про мінімальний рівень використання ВООЗ правотворчої компетенції на універсальному рівні, що пояснюється об'єктивними та суб'єктивними обставинами.

7. ВООЗ володіє в повному обсязі всіма ознаками міжнародної правосуб'єктності, а саме: створена і діє на підставі норм міжнародного права, може укладати міжнародні договори, користується активним і пасивним правом

посольства, володіє привілеями та імунітетами, здатна нести відповідальність за порушення норм міжнародного права. Встановлено, що судовий імунітет ВООЗ як елемент її правосуб'єктності має винятки, до яких слід віднести зобов'язання, що випливають з контрактів. Персоналу організації окремо надається імунітет від юрисдикції щодо дій під час виконання офіційних обов'язків, який загалом не виділяють в окремий пункт у інших МО.

ВООЗ вправі приймати договори, які стають обов'язковими для держав-членів, якщо вони протягом певного строку (як правило, 18 місяців), не заявили про те, що така конвенція не буде до них застосовуватися. Проте, ВООЗ значно обмежує себе у використанні окремих повноважень, наприклад у сфері прийняття міжнародних договорів, наразі це лише Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну 2003 р. та Протокол про ліквідацію незаконної торгівлі тютюновими виробами 2012 р., Міжнародні медико-санітарні правила 2005 р., що дає змогу говорити про негативне застосування концепції домислюваної компетенції та значний потенціал щодо розширення напрямів та форм діяльності без зміни Статуту ВООЗ.

8. Внутрішньо-організаційний механізм ВООЗ включає три основні органи та ряд додаткових. Серед особливостей внутрішньо-організаційного механізму слід виділити те, що вищий та виконавчий органи працюють сесійно, що загалом не сприяє їх ефективній роботі і зумовлює передачу більшості функцій адміністративному органу. Ще однією особливістю є те, що до структури ВООЗ інтегровано кілька міжнародних установ, які мають ознаки міжнародної правосуб'єктності. В першу чергу, це стосується ПАООЗ та Центру вивчення раку, яких в залежності від ситуації ВООЗ та інші організації системи ООН розглядають в якості або органу організації, або незалежної установи.

9. Особливість співпраці ВООЗ з іншими організаціями полягає у тому, що вона зазвичай здійснюється на підставі базової угоди, яку доповнює ряд інших спеціальних угод. На клопотання ООН ВООЗ може співпрацювати з будь-якою

державою, несамоврядною територією та іншим утворенням, якщо цього вимагає ситуація. При цьому в Статуті ВООЗ відсутні положення, що регулюють таке співробітництво. Іншою особливістю ВООЗ є те, що співпрацюючи з організаціями системи ООН, вона часто використовує таку форму як створення спеціального спільного органу для координації зусиль.

Крім того, ВООЗ виконує координуючу роль у сфері охорони здоров'я не лише серед спеціалізованих установ ООН (ФАО, МОП, ЮНЕСКО, ЮНІДО, ЮНЕСКО, ІФАД, Група Світового Банку); інших інституцій, які працюють під егідою ООН (МАГАТЕ, ПРООН, ЮНІСЕФ); міжнародних міжурядових організацій (СОТ, Міжнародний Комітет військової медицини, РС, ЄС, АС, ПАООЗ); а і МНО (МКЧХ, МФЧХ, ВАМП, ВМА) та ряду ін. Співробітництво з міжурядовими регіональними організаціями здійснюється ВООЗ здебільшого через свої регіональні бюро, основні умови роботи яких прописано в спеціальних угодах, укладених з відповідними МО.

10. Співробітництво між Україною та ВООЗ пройшло чотири основні етапи. Перший етап включає період з моменту вступу і до 1951 р., коли Україна припинила активне членство в організації. Другий етап охоплює період з 1951 р. до 1991 р., коли Україна не співпрацювала безпосередньо, а все співробітництво здійснювалося у якості союзної республіки СРСР. Третім етапом є період з 1992 р. до 2013 р., тобто відновлення членства в організації та співробітництво з найважливіших питань, пов'язаних з імплементацією міжнародних стандартів в сфері охорони здоров'я до законодавства України; четвертий етап охоплює період з 2014 р. по теперішній час, протягом якого Україна співпрацює з ВООЗ з питань реформування національної системи охорони здоров'я.

11. Основними напрямками співробітництва між Україною та ВООЗ є: відновлення і подальший розвиток закладів охорони здоров'я та підготовка відповідного персоналу; боротьба з хворобами: туберкульоз, малярія, венеричні хвороби; підтримка здоров'я матері і дитини; оздоровлення довкілля;

вироблення і запровадження стандартизації та статистики у сфері охорони здоров'я; боротьба з наслідками аварії на Чорнобильській АЕС; боротьба проти тютюнової епідемії; запровадження та підтримка народної медицини та ряд ін. Вказаний перелік напрямів не є вичерпним, оскільки їх кількість та змістовне наповнення постійно трансформуються. Зокрема, одним з нових перспективних напрямів стає фармацевтика. З початком військових дій на сході України співробітництво з ВООЗ здійснюється у напрямі надання практичної допомоги щодо підготовки медичного персоналу, особливо у військових госпіталях та лікарнях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азходжаєва Р. А. Международно-правовое регулирования охраны здоровья в рамках ВТО: дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.10. Москва, 2008. 187 с.
2. Алма-Атинская декларация. 12 сентября 1978 г. Алма-Ата, СССР. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf?ua=1.
3. Андрианов В. И. Устав ООН как договор «sui generis». *Вестник Московского университета. Сер. «Право»*. 1972. № 5. С. 90–98.
4. Анцилотти Д. Курс международного права. Москва: Издательство иностранной литературы, Т. 1. 1961. 447 с.
5. Архипова Л. Б. Соглашения межгосударственных экономических организаций стран - членов СЭВ и проект Конвенции о договорах с участием международных организаций. *Проблемы совершенствования советского законодательства*. Москва, 1981. Вып. 20. С. 188–201.
6. База данных «Здоровье для всех» (HFA-DB). Европейский портал информации здравоохранения. URL: <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database/>.
7. Базика Д. А., Логановський К. М., Петриченко О. О., Берковський В. Б. Реформування системи охорони здоров'я: роль і місце закладів охорони здоров'я третинного рівня при радіаційних надзвичайних ситуаціях в умовах воєнного стану. *Проблеми радіаційної медицини та радіобіології / Problems of radiation medicine and radiobiology*. 2018. Вип. 23. С. 21–36.
8. Базова угода між Урядом України і Всесвітньою організацією охорони здоров'я про встановлення відносин технічного консультативного співробітництва від 12.06.1997 р. *Офіційний вісник України*. 22.07.2005. № 27. Ст. 1600. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_005.

9. Баймуратов М. А. Организация Объединенных Наций в условиях глобализации: вопросы модернизации и повышения эффективности деятельности: монография / под. ред. М. А. Баймуратова. Москва: ТрансЛит, 2008. 272 с.
10. Бачило Е. В. История медицины: конспект лекций. Москва: Эксмо-Пресс, 2007. 160 с.
11. Беляков А. В. Всемирная организация здравоохранения как центральный орган обеспечения права человека на здоровье. *Российская юстиция*. 2009. № 8. С. 18–20.
12. Беляков А. В. Международно-правовые проблемы обеспечения здравоохранения: дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.10. Москва, 2009. 182 с.
13. Білінська М. М., Жилка К. І. Основні напрями співпраці міжнародних організацій з органами державної влади України в забезпеченні права дитини на охорону здоров'я. *Право та державне управління*. 2013. № 4 (13). С. 130–133.
14. Білорус І. О. Правосуб'єктність міжнародних неурядових організацій в умовах глобалізації міжнародного економічного права: дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.11. Харків, 2005. 20 с.
15. Борьба с устойчивостью к антибиотикам с позиций безопасности пищевых продуктов в Европе. Всемирная Организация здравоохранения. URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/144695/e94889R.pdf.
16. Броунли Я. Международное право (в двух книгах): перевод с английского С. Н. Андрианова; под редакцией члена-корреспондента АН СССР Г. И. Тункина. Москва: Прогресс, 1977. Т. 2. 509 с.
17. Буткевич В. Г. Міжнародне право. Основи теорії: підручник / В. Г. Буткевич, В. В. Мицик, О. В. Задорожній. Київ: Либідь, 2002. 608 с.
18. Буткевич В. Г. Міжнародне право: Основні галузі: підручник / В. Г. Буткевич, В. В. Мицик, О. В. Задорожній. Київ: Либідь, 2004. 816 с.

19. Ващенко В. А. Вихід держави з міжнародної організації як особливий вид денонсації її установчого акту. *Правова держава*. 2019. №33. С. 149–154.

20. Венская конвенция о праве договоров между государствами и международными организациями или между международными организациями от 21 марта 1986 года. Действующее международное право: В 3 т. Москва: Изд-во Московского независимого института международного права, 1999. Том 1. С. 372–409.

21. Венская конвенция о праве международных договоров от 23 мая 1969 г. Действующее международное право: В 3 т. Москва: Изд-во Московского независимого института международного права, 1999. Том 1. С. 343–371.

22. Венская конвенция о представительстве государств в их отношениях с международными организациями универсального характера от 14 марта 1975 г. Действующее международное право: В 3 т. Москва: Изд-во Московского независимого института международного права, 1999. Том 1. С. 582–615.

23. ВОЗ передала 72 странам лекарства от гриппа A/H1N1/. Корреспондент.net. URL: korrespondent.net/tech/health/825004-voz-peredala-72-stranam-lekarstva-ot-grippa-ah1n1.

24. ВОЗ: Шестьдесят лет в Европе. Копенгаген: ВОЗ, 2010. 70 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276736/9789289044172%20-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

25. Галь И. Надежная защита врача и пациента: XIV Всемирный конгресс по медицинскому праву. *Медицинский вестник*. 2002. 19 сент. С. 7–9.

26. Ганюшкин Б. В. Всемирная организация здравоохранения. Москва: Издательство Института международных отношений, 1959. 78 с.

27. Герчикова И. Н. Международные экономические организации: регулирование мирохозяйственных связей и предпринимательской деятельности: учеб. пособие. Москва: Консалтбанк, 2001. 624 с.

28. Глобальная сеть предупреждения о вспышках болезней и ответных действий. ВОЗ. URL: <https://www.who.int/csr/outbreaknetwork/ru/>.

29. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Всемирная Организация здравоохранения. URL: www.who.int/entity/substance_abuse/activities/msbalcstrategyru1.pdf.

30. Гольденберг Т. В. Договірна правоздатність Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Теорія і практика сучасної юриспруденції*: Зб. матеріалів Міжнародної наук-практ. конф. (м. Київ, 7-8 грудня 2018 р.). Київ: Центр правових наукових досліджень, 2018. С. 140–143.

31. Гольденберг Т. В. Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я як договір *sui generis*. *Вісник Львівського університету. Серія міжнародні відносини*. 2018. Випуск 44. С. 193–200.

32. Гольденберг Т. В. Набуття членства у Всесвітній організації охорони здоров'я. *Сучасне державотворення та правотворення: питання теорії та практики*: Зб. матеріалів Міжнародної наук.-практ. конф. (м. Одеса, 7-8 грудня 2018 р.). Одеса: ГО Причорноморська фундація права, 2018. Ч. 1. С. 73–76.

33. Гольденберг Т. В. Основні напрямки співробітництва України зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2018. № 36. Т. 2. С. 179–182.

34. Гольденберг Т. В. Особливості припинення членства у Всесвітній організації охорони здоров'я. *Evropsky' politicky' a pravni diskurs*. 2018. № 5. Р. 81-85.

35. Гольденберг Т. В. Право на привілеї та імунітети Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного*

законодавства України: Зб. наукових статей. Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. 2018. Випуск 48. С. 3-13.

36. Гольденберг Т. В. Співробітництво України з Всесвітньою організацією охорони здоров'я: історико-правовий огляд. *Вісник Південного регіонального центру Національної академії правових наук України*. 2018. №17. С. 231–237.

37. Гольденберг Т. Становлення та розвиток права на здоров'я. *Нові виміри прав людини: юридичні, філософські, політичні аспекти*: Зб. наукових праць / Рец. В. П. Мельник, М. М. Микієвич, В. М. Репецький, І. І. Іжнін. Львів: Львівський центр міжнародного права та прав людини, 2013. С. 35–37.

38. Гольденберг Т. В. Юридичні підстави діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Правова держава*. 2018. № 32. С. 169–175.

39. Гольденберг Т. Етапи міжнародно-правового співробітництва України зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я. *«Правова держава: історія, сучасність та перспективи формування в Україні»*: Зб. матеріалів Міжнародної наук.-практ. конф. (м. Ужгород, 15-16 лютого 2019 р.). Ужгород: Ужгородський національний університет, 2019. С. 154–157.

40. Державна установа «Науковий центр радіаційної медицини Академії медичних наук України. Офіційна веб-сторінка Державної установи «Науковий центр радіаційної медицини Академії медичних наук України». URL: <http://nrcrm.gov.ua/about/>.

41. Джантаєв Х. М. Договоры неправительственных организаций, утвержденные правительством страны, - полноправные нормы международного права. *Вестник РУДН. Серия Юридические науки*, 2014. № 2. С. 272–280.

42. Послание Президента РФ к Генеральному Секретарю ООН о продолжении членства СССР в ООН Российской Федерацией. *Дипломатический вестник*. 1992. № 1. С. 13.

43. Договор о нераспространении ядерного оружия, 1 июля 1968 г. Действующее международное право: В 3 т. Москва.: Издательство Московского независимого института международного права, 1999. Т. 2. С. 398–404.
44. Дунас О. І. Правовий статус міжнародних фінансових організацій: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.11. Київ, 2009. 20 с.
45. Європейська соціальна хартія (переглянута) (ETS №163). Збірка договорів Ради Європи. Київ: Парламентське видавництво, 2000. С. 109–141.
46. Єдиний державний реєстр міжнародних організацій, членом яких є Україна станом на 01.03.2019. URL: <https://mfa.gov.ua/ua/about-ukraine/international-organizations/io-register>.
47. Желтая лихорадка в Сенегале. Глобальное предупреждение и ответные действия (GAR). Всесвітня Організація охорони здоров'я. URL: www.who.int/csr/don/2011_12_01/ru/index.html.
48. Журек О. Н. Внутриорганизационный механизм общих межправительственных организаций. автореф. дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.10. Москва, 1988. 24 с.
49. Задолженность по взносам, подлежащая погашению бывшими неактивными государствами-членами Беларусью и Украиной. Пункт 27 повестки дня. WHO A45/B/Conf. Paper No. 11. 12 мая 1992 г. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203161/WHA45_B-Conf.Paper-11_rus.pdf?sequence=1
50. Зайцева О. Г. Международные организации: принятие решений. Москва: Наука. Главная редакция восточной литературы, 1989. 160 с.
51. Заява Верховної Ради України з нагоди 10-річчя ратифікації Україною Рамкової Конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну: затв. Постановою Верховної Ради України від 13.04.2016 р. № 1087-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2016. № 21. Ст. 413.

52. Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро Копенгаген. Европейская серия по достижению здоровья для всех. № 6. 1999. 310 с. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/109780/wa540ga199herus.pdf?ua=1.

53. Игнатенко Г. В. Международное право: учебник для вузов / отв. ред. Г. В. Игнатенко, О. И. Тиунов. 3-е изд, перераб. и доп. Москва: Норма, 2005. 624 с.

54. Каламкарян Р. А. Международное право: Курс лекций / Р. А. Каламкарян, Ю. И. Мигачев. Москва: Эксмо, 2006. 448 с.

55. Канашевский В. А. Международные нормы и гражданское законодательство России. Москва: Международные отношения, 2004. 272 с.

56. Каркищенко Е. И. Международно-правовые аспекты деятельности Всемирной организации здравоохранения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.10. Москва, 2004. 23 с.

57. Каркищенко Е. И. Международно-правовые аспекты деятельности Всемирной организации здравоохранения: дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.10. Москва, 2004. 187 с.

58. Каркищенко Е. И. Нормотворческая деятельность Всемирной организации здравоохранения. *Московский журнал международного права*. 2004. № 1(53). С. 78–84.

59. Київець О. В. Нормотворчість міжнародних організацій. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної ради України*. 2012. Випуск 4. С. 129–133.

60. Кобызев В. В. К вопросу о договорной правоспособности Всемирной торговой организации (ВТО). *Вестник РГГУ. Серия Экономика. Управление. Право*. 2013. № 3. С. 224–231.

61. Колесник В. В. Оговорки к международным договорам: автореф. дис. ... канд. юр. наук. 12.00.10. Москва, 2001. 21 с.
62. Конвенция о привилегиях и иммунитетах Объединенных Наций, от 13 февраля 1946 г. (Извлечение). Действующее международное право: В 3 т. Москва: Издательство Московского независимого института международного права, 1999. Том 1. С. 615–619.
63. Конвенция о привилегиях и иммунитетах специализированных учреждений, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 21 ноября 1947 г. Текст, принятый Первой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения 17 июля 1948 г. (Off. Rec. Wld Hlth Org., 13, 97, 332). Основные документы Всемирной организации здравоохранения. 48-е издание. Включающее поправки, принятые до 31 декабря 2014 г. С. 32-52. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf>.
64. Консультативное заключение №01-1/6-06 Экономического Суда Содружества Независимых Государств о толковании части первой статьи 8 Устава Содружества Независимых Государств от 22 января 1993 года. URL: zakon3.rada.gov.ua/laws/show/997_j02?fbclid=IwAR0l2tf9Nprk8kN5QlYpsDnEVmr0CW6stYvbEwTlHgk9UV3IVvyjst0ZZcc.
65. Коробенкова М. А. Некоторые аспекты нормотворческой деятельности Всемирной организации здравоохранения. *Социальное и пенсионное право*. 2010. № 2. С. 27 – 30.
66. Кривчикова Э. С. Проблемы деятельности международных организаций на рубеже XX и XX столетий. *Международное право в современном мире*: сб. статей. отв. ред. Ю. М. Колосов. Москва: Международные отношения, 1991 – 1992. С. 135–146.
67. Крылов Н. Б. Правотворческая деятельность международных организаций / отв. ред. И. И. Лукашук. Москва: Наука, 1988. 170 с.
-

68. Крылов Н. Б. Принципы участия государств в системе ООН. Москва, Международные отношения, 1986. 120 с.
 69. Кужашева Р. Ш. К вопросу о деятельности международной организации в качестве юридического лица. *Актуальные проблемы экономики и права*. 2007. № 4. С. 116–119.
 70. Кужашева Р. Ш. Правовой статус международных организаций в гражданско-правовых отношениях международного характера. *Бизнес в законе*. 2008. № 1. С. 230–232.
 71. Кузьма В. Ю. Міжнародно-правові аспекти співробітництва Ради Європи з Європейським Союзом: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.11. Одеса, 2018. 21 с.
 72. Кузьма В. Ю. Міжнародно-правові аспекти співробітництва Ради Європи з Європейським Союзом: дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.11. Одеса, 2018. 242 с.
 73. Кулеба Д. І. Участь України в міжнародних організаціях. Правова теорія і практика: монографія / за наук. ред. О. В. Задорожнього. Київський національний університет ім. Т. Шевченка, Інститут міжнародних відносин. Київ: Видавничий дім Промінь, 2007. 304 с.
 74. Купреев С. С. К вопросу о соотношении понятий «правосубъектность» и «правоспособность» международных организаций. *Международное публичное и частное право*. 2009. № 3. С. 24–28.
 75. Курс международного права: в 7-ми томах / за ред. И. Н. Арцибасов, Б. М. Ашавский, Г. В. Игнатенко, Н. Б. Крылов, и др. Курс международного права: Отрасли международного права. Москва: Наука, 1992. Т. 6. 312 с.
 76. Курс международного права: Основные институты и отрасли современного международного права: В 6-ти томах. / отв. ред Ф. И. Кожевников. Москва: Наука, 1969. Т. 5. 445 с.
-

77. Левина Л. А. Правовое положение Международного валютного фонда и Всемирного банка. Москва: Легат, 1996. 147 с.
78. Левицкий Т. И. Юридическая природа и правовое положение Совета Европы: дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.10. Москва, 1993. 263 с.
79. Лисик В. М. Правовий статус Міжнародного Комітету Червоного Хреста у міжнародному праві: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.11. Київ, 2008. 20 с.
80. Лисик В. М. Правовий статус Міжнародного Комітету Червоного Хреста у міжнародному праві: монографія. Одеса: Фенікс, 2012. 208 с.
81. Лукашук И. И. Современное право международных договоров. Заключение международных договоров: в 2-х т. Москва, Т. 1. 2004. 658 с.
82. Лукашук И. И. Стороны в международных договорах. Москва, Юридическая литература, 1966. 151 с.
83. Лукашук И. И. Структура и форма международных договоров / ред кол. Н. Б. Зейдер, В. С. Лопаткина, В. М. Манохин (отв. ред.), А. Л. Цыпкин. Саратов, 1960. 131 с.
84. Лысык В. М. Договорная правоспособность Международного комитета Красного Креста (Международно-правовой аспект). *Актуальные проблемы права в свете Послания Президента Республики Казахстан Н. А. Назарбаева «Новый Казахстан в новом мире: Материалы международной науч.-практ. конф. (г. Алматы, 18 апреля 2007 г.).* Алматы. 2007. С. 461–468.
85. Ляхс М. Многосторонние договоры. Москва: Издательство иностранной литературы, 1960. 320 с.
86. Мартенс Ф. Ф. Современное международное право цивилизованных народов: в 2-х томах / под ред. В. А. Томсинова. Москва: Зерцало, Т. 2. 2008. 251 с.
-

87. Мартиросьянц Р. Э. Правила процедуры как выражение собственной юридической воли межгосударственных организаций: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.10. Санкт-Петербург, 2004. 24 с.

88. Международное право: Конспект лекций / сост. В. Е. Живарев. Москва, 2004. 96 с.

89. Международное право. Особенная часть: учеб. для студентов юрид. фак. и вузов / И. И. Лукашук; Рос. акад. наук, Институт государства и права, Академ. правовой ун-т. Изд. 3-е, перераб. и доп. Москва: Волтерс Клувер, 2005. Т. 2. 544 с.

90. Международное право. Особенная часть: учеб. для студентов юрид. фак. и вузов / И. И. Лукашук; Рос акад. наук и Ин-т государства и права, Академ. правовой ун-т. Изд. 3-е, перераб. и доп. М.: Волтерс Клувер, 2010. 544 с.

91. Международная правосубъектность (некоторые вопросы теории) / отв. ред. И. Д. Фельдман. Москва: Юридическая Литература, 1979. 177 с.

92. Международное публичное право: учебник / отв. ред. К. А. Бекашев, Л. П. Ануфриева, В. В. Устинов. 4-е изд., перераб. и доп. Москва: ТК Велби, Издательство Проспект, 2005. 780 с.

93. Международное право: учебник для вузов по направлению и спец. «Юриспруденция» / Г. И. Тункин., А. Н. Талалаев, Е. А. Шibaева и др.; Отв. ред. Г. И. Тункин. Москва: Юридическая Литература, 1994. 511 с.

94. Международное право: учебник / отв. ред. В. И. Кузнецов, Б. Р. Тузмухамедов. 3-е изд., перераб. Москва: Норма: Инфра-М, 2010. 720 с.

95. Международное публичное право: учебник / К. А. Бекашев. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: ТК Велби. Издательство Проспект, 2004. 928 с.

96. Международное публичное право: учебник / Л. П. Ануфриева, К. А. Бекашев; Отв. ред. К. А. Бекашев. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ТК Велби. Издательство Проспект, 2003. 640 с.

97. Международные медико-санитарные правила. URL: www.who.int/ihr/about/10things/ru/index.html.
98. Мережко О. О. Право міжнародних договорів: сучасні проблеми теорії та практики: монографія. Київ: Таксон, 2002. 344 с.
99. Минцзюнь Х. К вопросу о членстве в международных организациях. *Вестник Саратовской государственной юридической академии*. 2009. № 2. С. 61–63.
100. Михайлов В. С. История международного здравоохранительного права. Владивосток: Изд-во Дальневост. Ун-та. 1984. 188 с.
101. Михайлов В. С. К вопросу о так называемых «неактивных членах» международных организаций (на примере членства в ВОЗ). *Советский ежегодник международного права*, 1980. Москва: Наука, 1981. С. 204–213.
102. Міжнародне публічне право: підручник / В. М. Репецький, В. М. Лисик, М. М. Микієвич та ін.; за ред. В. М. Репецького. – 2-ге вид., стер. Київ: Знання, 2012. 437 с.
103. Міжнародне публічне право: підручник: у 2 т. / В. В. Мицик, М. В. Буроменський, М. М. Гнатовський та ін.; за заг. ред. В. В. Мицика. Харків: Право, Т. 2: Основні галузі. 2019. 624 с.
104. Моравецкий В. Функции международной организации. Перевод с чешского / Под ред. Г. И Морозов (Вступ. ст.); Пер.: Г. Б Борин, Н. Г. Прудков. Москва: Прогресс, 1976. 384 с.
105. Морозов Г. И. Актуальные проблемы деятельности международных организаций: Теория и практика / под ред. Г. И. Морозова. Москва: Международные отношения, 1982. 352 с.
106. Морозов Г. И. Международные организации. Некоторые вопросы теории. Москва. Мысль, 1974. 332 с.
107. Музика Я. І. Правовий статус Всесвітньої митної організації: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Одеса, 2015. 22 с.

108. Муравьев В. И. Международные организации - специфические субъекты международного права: учебное пособие. Киев: Издательство УМК ВО при Минвузе УССР, 1990. 72 с.

109. Натовська К. Б. Джерела правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Законодавство України, науково-практичні коментарі (додаток до Юридичного журналу)*. 2003. № 2. С. 46–57.

110. Наумов А. О. Международные неправительственные организации в современной мирополитической системе. Москва: КРАСАНД, 2009. 272 с.

111. Нешатаева Т. Н. Международные организации и право: Новые тенденции в международно-правовом регулировании. Москва: Дело, 1998. 272 с.

112. Нидерланды передадут ВОЗ деньги с замороженных счетов Каддафи. 16 августа. 08:19. Кореспондент.net. URL: korrespondent.net/world/1251035-niderlandy-peredadut-voz-dengi-s-zamorozhennyh-schetov-kaddafi.

113. Оппенгейм Л. Ф. Л. Международное право / пер. с 6-го англ. изд., доп. Г. Лаутерпахтом; под ред. и с предисл. проф. С. Б. Крылова. Москва: Государственное издательство иностранной литературы, Т. 1: Мир. Полутом 1. 1948. 408 с.

114. Осакве К. Изменение учредительных актов международных организаций. *Советское государство и право*. 1970. № 7. С. 112–116.

115. ПАРЄ звинувачує ВООЗ і фармацевтів у змові з метою заробити на свинячому грипі. *Голос України*. 13.01.2010 р. URL: www.golosua.com/ua/main/article/politika/20100113_parye-zvinuvachuye-vooz-i-farmacevtiv-u-zmovi-z-me.

116. Партнеры ВООЗ. Европейский союз (ЕС) и его учреждения. URL: <http://www.euro.who.int/ru/about-us/partners/the-european-union-and-its-institutions>.

117. Пастухова Л. Вплив консультативного висновку Міжнародного Суду ООН щодо застережень до конвенції про попередження та покарання

злочину геноциду на розвиток міжнародного права. *Вісник Львівського університету. Серія міжнародні відносини*. 2012. Вип. 30. С. 180–188.

118. Північноатлантичний договір, 4 квітня 1949 р. Вашингтон, округ Колумбія. URL: https://www.nato.int/cps/uk/natohq/official_texts_17120.htm.

119. Подшибякин С. А. Правовой статус международных неправительственных организаций. Москва: Издательство Юрлитинформ, 2006. 128 с.

120. Право международных организаций: учебник / под ред. И. П. Блищенко, А. Х. Абашидзе. Москва: РУДН, 2013. 597 с.

121. Право международных организаций: учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры / под ред. А. Х. Абашидзе. Москва: Издательство Юрайт, 2018. 505 с.

122. Предупреждение и ответные действия. Офіційний сайт Всесвітньої Організації охорони здоров'я. URL: www.who.int/csr/alertresponse/ru/.

123. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 3.

124. Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1848. *Офіційний вісник України*. 2007. № 1. Ст. 129.

125. Про затвердження державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 03.09.2009 р. № 940. *Офіційний вісник України*. 2009. № 68. Ст. 96.

126. Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2012 рр: Закон України від 19.02.2009 р. № 1026-VI. *Офіційний вісник України*. 2009. № 20. Ст. 20.

127. Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 рр.: Закон України від 03.11.2009 р. № 1658-VI. *Офіційний вісник України*. 2009. № 89. Ст. 13.

128. Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 рр: Закон України від 08.02.2007 р. № 648-V. *Офіційний вісник України*. 2007. № 17. Ст. 7.

129. Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 рр: Постанова Кабінету Міністрів України від 04.06.2003 р. № 877. *Офіційний вісник України*. № 24. Ст. 49.

130. Про ратифікацію Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну: Закон України від 15.03.2006 р. № 3534-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2006. № 33. Ст. 287.

131. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині: Закон України від 16.07.1999. № 1007-XIV. *Відомості Верховної Ради України*. 1999. № 41. Ст. 377.

132. Пустогаров В. В. Международно-правовой статус Содружества Независимых Государств. *Государство и право*. 1993. № 2. С. 27–36.

133. Раджабов М. Н. К вопросу о праве международных организаций. *Ученые. записки. Казанского. университета. Серия. Гуманитарные науки. Государство и право. Юридические науки*. 2018. Т. 160. Кн. 2. С. 340–356.

134. Радойнов П. Правотворческие функции на международные организации. София, 1975. 183 с.

135. Резолюция 2177 (2014), принятая Советом Безопасности на его 7268-м заседании 18 сентября 2014 г. ООН. S/RES/2177 (2014). URL: [https://undocs.org/pdf?symbol=ru/S/RES/2177\(2014\)](https://undocs.org/pdf?symbol=ru/S/RES/2177(2014)).

136. Резолюция Генеральной Ассамблеи 56/82 от 12 декабря 2001 г. UNGA 161. A/RES/56/82 (12 December 2001). Report of the International Law

Commission on the Work of its 53rd Session [2001]. URL: <http://www.worldlii.org/int/other/UNGA/2001/161.pdf>.

137. Резолюция Генеральной Асамблеи ООН. A/RES/32/197. Перестройка экономического и социального секторов системы ООН. 20 декабря 1977 г. URL: <https://undocs.org/ru/A/RES/32/197>.

138. Репецький В. М. Дипломатичне і консульське право: підручник. 2-ге вид., переробл. і доп. Київ: Знання, 2006. 372 с.

139. Репецький В. М. Дипломатичне і консульське право: підручник. Львів: ВАТ Бібліос, 2002. 352 с.

140. Решение Совета глав государств Содружества Независимых Государств. 21 декабря 1991 года. Интернет-портал СНГ. URL: www.e-cis.info/page.php?id=20668.

141. Решение EB41.R35. Принципы оказания помощи развивающимся странам. Пятнадцатое заседание Исполкома, 31 января 1968 г. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91643/EB41R35_rus.pdf?sequence=1.

142. Решение EB59.R52. Техническое сотрудничество между развивающимися странами. Исполнительный комитет. Двадцать восьмое заседания, 28 января 1977 г. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/106031/Official_record238_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

143. Ринда Ф. П., Крисько М. О. Впровадження політики ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му столітті» в державні програми з охорони здоров'я населення. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 1. С. 90–94.

144. Руководящие органы ВООЗ. URL: http://apps.who.int/gb/gov/ru/information_rule_eb_ru.html.

145. Савчук К. О. Становлення інституту відповідальності міжнародних організацій в сучасному міжнародному праві. *Міжнародне право XXI століття: сучасний стан та перспективи розвитку (до 60-ліття проф.*

В. М. Репецького) / М. М. Микієвич, В. М. Буроменський, В. В. Гутник та ін; за ред. д.ю.н., проф. М.М. Микієвича. Львів: ЛА Піраміда, 2013. С. 144–157.

146. Савчук К. О. Юридична енциклопедія: довідк. вид. В 6 т. / редкол.: Ю. С. Шемшученко (голова редкол.) [та ін.]. НАН України, Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, Київ: Видавництво Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана; Т. 5. П – С. 736 с.

147. Сажієнко Н. В. Тенденції розвитку міжнародно-правового співробітництва держав у сфері охорони здоров'я. *Актуальні проблеми держави і права*. 2011. Вип. 62. С. 406–413.

148. Сажієнко Н. В. Развитие международно-правового сотрудничества государств в сфере здравоохранения. Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2011» / отв. ред. А. И. Андреев, А. В. Андриянов, Е. А. Антипов, М. В. Чистякова. [Электронный ресурс] Москва: МАКС Пресс, 2011. 1 электрон. опт. диск (DVD-ROM).

149. Сажієнко Н. В. Участие международных неправительственных организаций в международном здравоохранительном сотрудничестве. *Diplom science 2012: Сб. науч. тр.* / под ред. С. Н. Бородулина, Н. А. Комлевой. Санкт-Петербург: Издательство Астерион, 2012. Вып. 2. С. 68–78.

150. Свида Т. О. Поняття та функції міждержавних організацій. *Актуальні проблеми держави і права*. 2007. Вип. 59. С. 294–301.

151. Семигіна Т. В. Особливості формування координаційних механізмів у політиці охорони громадського здоров'я. *Віче*. 2009. № 11. С. 28–30.

152. Сенюта І. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я. *Вісник Львівського університету. Серія юридична*. 2004. Вип. 40. С. 24 – 36.

153. Словарь международного права / С. Б. Бацанов, Г. К. Ефимов, В. И. Кузнецов. и др. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Международные отношения, 1986. 432 с.

154. Сотрудничающие центры ВОЗ. URL: www.who.int/collaboratingcentres/ru/index.html.
155. Статут Ради Європи (ETS №1) від 5 травня 1949 р. Збірка договорів Ради Європи. Київ: Парламентське видавництво, 2000. С. 11–24.
156. Страновой офис ВОЗ. URL: <http://www.euro.who.int/ru/countries/ukraine/who-country-office>.
157. Стратегія ВОЗ в області народної медицини 2014-2023 гг. Издание ВОЗ, 2013. 76 с. URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201ru/s21201ru.pdf>.
158. Талалаев А. Н. Закон о международных договорах СССР на службе мира. Москва: Юридическая литература, 1979. 96 с.
159. Талалаев А. Н. Международные договоры в современном мире: Вопросы права международных договоров в свете работы Венской конференции ООН, 1968–1969 гг. Москва: Международные отношения, 1973. 247 с.
160. Талалаев А. Н. Право международных договоров. Договоры с участием международных организаций. Москва: Международные отношения, 1989. 272 с.
161. Тридцать лет усилий по смягчению медицинских последствий Чернобыльской аварии: роль ВОЗ. 1986-1990 гг.: описание первых ответных мер ВОЗ на чернобыльскую аварию. URL: http://www.who.int/ionizing_radiation/chernobyl/Overview_WHO_past_involvement.pdf.
162. Тункин Г. И. Теория международного права. Москва: Международные отношения, 1970. 512 с.
163. Тункин Г. И. Теория международного права / под общей ред. Л. Н. Шестакова. Москва: «Зерцало», 2000. 397 с.
164. Тункин Г. И. Теория международного права / под общей ред. Л. Н. Шестакова. Москва: Издательство Зерцало, 2009. 416 с.

165. Українська призма: співпраця України з міжнародними організаціями. Дослідження. Червень 2014. Фонд ім. Фрідріха Еберта. Представництво в Україні. Київ, 77 с. URL: /http://www.fes.kiev.ua/new/wb/media/publikationen/prizma_ukr_int_2014.pdf .

166. Українська Революція гідності, агресія РФ і міжнародне право: монографія / за заг. ред. О. В. Задорожного. Київ: К.І.С., 2014. 1016 с.

167. Уляницький В. А. Международное право. Золотой фонд российской науки международного права. Москва: Международные отношения, 2010. Т. 3. 488 с.

168. Усенко Е. Т. Очерки теории международного права. Москва: Норма, 2008. 240 с.

169. Устав Организации Объединенных Наций. Действующее международное право: В 3 т. Москва: Издательство Московского независимого института международного права, 1999. Т. 1. С. 7–33.

170. Устав Продовольственной и сельскохозяйственной Организации Объединенных Наций. 16.10.45. Сборник базовых документов ФАО в II Томах. Т. I. 2017. С. 3–17. URL: <http://www.fao.org/3/K8024r/K8024r.pdf>.

171. Ушаков Н. А. Проблемы теории международного права. Москва: Наука, 1988. 416 с.

172. Федоров В. Н. Организация Объединенных Наций, другие международные организации и их роль в XII веке. Москва: Логос, 2007. 944 с.

173. Хендель Н. В. Діяльність міжнародних організацій в Україні з надання допомоги населенню в умовах антитерористичної операції / *Українська Революція гідності, агресія РФ і міжнародне право: монографія* / за заг. ред. О. В. Задорожного. Київ: К.І.С., 2014. С. 814–826.

174. Хендель Н. В. Міжнародно-правове регулювання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я: дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.11. Одеса, 2013. 256 с.

175. Центр стратегических медико-санитарных операций имени Ли Чонвука (SHOC). BOOЗ. URL: www.who.int/csr/alertresponse/shoc/ru/index.html.

176. Чекман І. С., Горчакова Н. О., Гарник Т. П., Туманов В. А. Основи народної медицини при викладанні предметів у вищих медичних закладах України (Огляд літератури). *Фітотерапія. Часопис*. № 4. 2014. С.4–7.

177. Шавров В. Ф. Новые подходы к решению глобальных проблем. *Международное право в современном мире: сб. статей / отв. ред. Ю. М. Колосов*. Москва: Международные отношения, 1991 – 1992. С. 146–155.

178. Швець Т. Правотворча діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Актуальні проблеми міжнародних відносин: політичні, правові та економічні аспекти*: Збірник матеріалів конференції. Львів, 2011. С. 177–179.

179. Шибаева Е. А. О международных соглашениях межгосударственных организаций. *Советский ежегодник международного права*. 1969. Москва, 1970. С. 232–245.

180. Шибаева Е. А., Поточный М. Правовые вопросы структуры и деятельности международных организаций: учеб. пос. Москва: Издательство МГУ, 1988. 192 с.

181. Шибаева Е. А. Право международных организаций: Вопросы теории. Москва: Международные отношения, 1986. 160 с.

182. Шибаева Е. А. Правовой статус межправительственных организаций. Москва: Юридическая литература, 1972. 192 с.

183. Шибаева Е. А. Специализированные учреждения ООН. (Международно-правовые аспекты). Москва: Международные отношения, 1966. 112 с.

184. Шпакович О. М. Вплив актів міжнародних організацій на внутрішні правопорядки держав-членів: теорія і практика: монографія. Київ: Видавничо-поліграфічний центр Київський університет, 2011. 415 с.

185. Шпакович О. М. «М'яке» право міжнародних організацій. *Від теорії міжнародного права до практики прав людини Liber Amicorum до 60-річчя проф. В. В. Мицика*: монографія / авт. кол.; за заг. ред. О. В. Задорожного та О. Р. Поєдинок. Київ. Одеса: Фенікс, 2016. С. 183–196.

186. Шпакович О. М. Особливості установчих документів міжнародних організацій. *The Journal of Eastern European Law / Журнал східноєвропейського права*. 2015. № 17. С. 37–44.

187. Шперун Х. В. Правовий статус Міжнародного валютного фонду: дис. ... канд. юрид. наук. 12.0.11. Київ, 2013. 220 с.

188. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin ETS №186. Strasbourg, 24.01.2002. Treaty open for signature by the Signatories to Treaty ETS №164. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680081562>.

189. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research CETS №.195. Strasbourg, 25.01.2005. Treaty open for signature by the Signatories to Treaty ETS №164. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168008371a>.

190. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Genetic Testing for Health Purposes CETS № 203. Strasbourg, 27.11.2008. Treaty open for signature by the Signatories to Treaty ETS № 164. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680084824>.

191. Additional Protocol to the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, on the Prohibition of Cloning Human Beings ETS №168. Paris, 12.01.1998. Treaty open for signature by the Signatories to Treaty ETS № 164. URL:

<https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007f2ca>.

192. Advisory Opinion of 8 July 1996 Legality of the Threat or Use of Nuclear Weapons. URL: <https://www.icj-cij.org/files/case-related/95/095-19960708-ADV-01-00-EN.pdf>.

193. Advisory Opinion of the International Court of Justice of May 28th, 1948. Admission of a State to the United Nations (Charter, Art. 4). Advisory Opinion: I. C. J. Reports 1948. P. 57–66. URL: <https://www.icj-cij.org/files/case-related/3/003-19480528-ADV-01-00-EN.pdf>.

194. Agreement between the Commission of the African Union and the World Health Organization. Approved by the Sixty-fifth World Health Assembly on 26 May 2012 in resolution WHA65.16. Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 85–91. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

195. Agreement between the Food and Agriculture Organization of the United Nations and the World Health Organization. Adopted by the First World Health Assembly on 17 July 1948 (Off. Rec. Wld Hlth Org., 13, 96, 323). Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 57–60. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

196. Agreement between the International Atomic Energy Agency and the World Health Organization. Approved by the Twelfth World Health Assembly on 28 May 1959 in resolution WHA12.40. Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 66–70. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

197. Agreement between the International Fund for Agricultural Development and the World Health Organization. Approved by the Thirty-third World Health

Assembly on 23 May 1980 in resolution WHA33.21. Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 71–74. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

198. Agreement between the International Labour Organisation and the World Health Organization. Adopted by the First World Health Assembly on 10 July 1948 in resolution WHA2.101. Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 53–56. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

199. Agreement between the Office International des Épizooties and the World Health Organization. Approved by the Fifty-seventh World Health Assembly on 22 May 2004 in resolution WHA57.7 and amendment approved by the Sixty-third World Health Assembly on 21 May 2010 in resolution WHA63.11. Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 81–84. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

200. Agreement between the Secretary General of the Council of Europe and the Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organisation. Exchange of letters. 9–12 September 1952. URL: <https://rm.coe.Int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168046ce38>.

201. Agreement between the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and the World Health Organization. Adopted by the First World Health Assembly on 17 July 1948 (Off. Rec. Wld Hlth Org., 13, 96, 323). Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 61–65. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

202. Agreement between the United Nations and the World Health Organization. Adopted by the First World Health Assembly on 10 July 1948 (Off.

Rec. Wld Hlth Org., 13, 81, 321). Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 44–52. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

203. Agreement between the United Nations Industrial Development Organization and the World Health Organization. Approved by the Forty-second World Health Assembly on 19 May 1989 in resolution WHA42.21. Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 75–77. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

204. Agreement between the World Health Organization and the Universal Postal Union. Approved by the Fifty-second World Health Assembly on 24 May 1999 in resolution WHA52.6. Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 78–80. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

205. Agreement between the World Health Organization and the Pan American Health Organization Agreement signed at Washington on this 24 of May 1949. Approved by the Second World Health Assembly on 30 June 1949 in resolution WHA2.91. Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 41–43. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

206. Agreements with the World Health Organization. Agreements concluded by the Council of Europe with the other international intergovernmental organisations or public international institutions. URL: <https://rm.coe.int/16806bdf0b>.

207. Aitken J. T, Fuller H.W.C and Johnson D. The influence of Christians in medicine. Nottingham: Intervarsity Press, 1984. 186 p.

208. Barcik J. Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego. Warszawa: Beck, 2013. 370 s.

209. Beigbeder Y. La représentation du personnel à l'Organisation mondiale de la santé, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence. Paris, 1975. 289 p.

210. Best defence against avian flu is to fight the virus in Asia. Bulletin of the World Health Organization. URL: <https://www.who.int/bulletin/volumes/83/12/news21205/en/>.

211. Brown-John C. Beigbeder Yves. La représentation du personnel à l'Organisation mondiale de la santé. *Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Études internationales*. Paris, 1975. №7. Vol. 3. P. 459–460.

212. Brown T. M., Cueto M., Fee Elizabeth. The World Health Organization and the Transition From «International» to «Global» Public Health. *American Journal of Public Health*. 2006. Vol. 96. №. 1. P. 62–72.

213. Chadborn TR., Baster K., Delpech VC., Sabin CA., Sinka K., Rice BD., Evans BG. No time to wait: how many HIV-infected homosexual men are diagnosed late and consequently die? (England and Wales, 1993-2002). *AIDS*, 2005. 19(5). P 513–520.

214. Cilliers L. Public health in roman legislation. *Acta Classica*. 1993. Vol. 36. P. 1–10.

215. CIOMS. About Council for International Organizations of Medical Sciences. URL: <https://cioms.ch/>.

216. Consolidated versions of the Treaty on European Union and the Treaty on the functioning of the European Union. *Official Journal of the European Union*. Series C. 83. Vol. 53. 2010/C083/01. P. 1–403.

217. Constitution Act of the African Union. Adopted 11th day of July 2000 at Lomo, Togo. URL: https://au.int/sites/default/files/treaties/7758-treaty-0021_-_constitutive_act_of_the_african_union_e.pdf.

218. Constitution of the Pan American Health Organization. Adopted by the Directing Council at its I Meeting, held in Buenos Aires, Argentina. From 24 September to 2 October 1947. Amendments approved by the Directing Council at its

XIII Meeting, Resolution XXXVII (1961) at its XVI Meeting. Resolution XXIV (1965) at its XVIII Meeting, Resolution II (1968) at the XX Pan American Sanitary Conference, Resolution I (1978) and at the XLI Meeting of the Directing Council, Resolution VIII (1999). URL: new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/OD_308_ch4.pdf

219. Constitution of the World Health Organization. Adopted by the International Health Conference held in New York. From 19 June to 22 July 1946. Signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P. 1-19. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

220. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine European Treaty Series. № 164. Oviedo, 04.04.1997. URL: <https://rm.coe.int/168007cf98>.

221. Convention on the Elaboration of a European Pharmacopoeia. ETS № 050. Strasbourg, 22.07.1964. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168006ff4c>.

222. Doliwa-Klepacki Zbigniew M. Encyklopedia Organizacji Międzynarodowych. Warszawa: Wydawnictwo 69, 1997. 630 s.

223. Eagleton C. International Government. Third edition. New-York: The Ronald Press Company, 1957. 665 p.

224. European Social Charter. ETS № 035. Turin, 18.10.1961. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168006b642>.

225. Ewa Latoszek, Magdalena Proczek Organizacje międzynarodowe. Założenia, cele, działalność: Podręcznik akademicki. Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA, 2001. 595 s.

226. Fidler D. P. Mission Impossible? International Law and Infectious Diseases. *Temple International and Comparative Law Journal*. 1996. Vol. 10. P. 493–502.

227. Fidler D. P. The Future of the World Health Organization: What Role for International Law? *Vanderbilt Journal of Transnational Law*. 1998. Vol. 31. P. 1079–1126.

228. Forrest M. Using the Power of the World Health Organization: The International Health Regulations and the Future of International Health Law. *Columbia Journal of Law and Social Problems*. 2000. Vol. 3. P. 160–167.

229. Garcia G. D., Estrella E., Navarro J., The Pan American Sanitary Code: Toward a Hemispheric Health Policy. Pan American Health Organization, 1999. 40 p.

230. General Agreement on Privileges and Immunities of the Council of Europe. ETS №002. Paris, 02.09.1949. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680063729>.

231. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization. 2003. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf?sequence=1>.

232. Health-for-All Policy for the 21st century. Adopted by the World health community at the Fifty-first World Health Assembly, May 1998. HEALTH 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 5. World Health Organization, 1998. 36 p. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1.

233. Health Policy. Council of Europe. URL: www.coe.int/t/dg3/health.

234. Hirsch M. The Responsibility of International Organizations Toward Third Parties: Some Basic Principles. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1995. 222 p.

235. History and structure of the Pan American Health Organization. URL: www.paho.org/english/history.htm.

236. HIV/AIDS in Europe Moving from death sentence to chronic disease management / edited by Srdan Matic, Jeffrey V. Lazarus & Martin C. Donoghoe. World Health Organization, 2008. 290 p.

237. IAEA Safety Standards for protecting people and the environment. Accident Management Programmes for Nuclear Power Plants. Specific Safety Guide No. SSG-54. URL: https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/P1834_web.pdf.

238. Information of the International Committee of Military Medicine. URL: <http://www.cimm-icmm.org/page/anglais/memstatTxte.php>.

239. International Atomic Energy Agency (IAEA). History. URL: <https://www.iaea.org/about/overview/history>.

240. International cooperation of the European Union with international organisations. URL: https://ec.europa.eu/health/international_cooperation/international_organisations_en.

241. International Health Regulations (2005). The IHR (2005) were adopted by the Fifty-eighth World Health Assembly on 23 May 2005. URL: <https://www.who.int/ihr/9789241596664/en/>.

242. International Sanitary Regulations: proceedings of the Special Committee and of the fourth World Health Assembly on WHO Regulations no. 2. World Health Organization. World Health Assembly, 1952. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85636>.

243. Interpretation of the Agreement of 25 March 1951 between the WHO and Egypt. Summary of the Advisory Opinion of 20 December 1980 of International Court of Justice. URL: <https://www.icj-cij.org/en/case/65/summaries>.

244. Joint ILO/WHO guidelines on health services and HIV/AIDS. International Labour Organization and World Health Organization. 2005. URL: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_116240.pdf.

245. Jones N. H. The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851– 1938. Geneva: World Health Organization, 1975. 110 p.
246. Józsa L. The establishment of the hospital-system in the Byzantine Empire. *Hungarian Medicine*. 2011. Vol. 57(2). P. 5–24.
247. Kaprio L. A. Forty years of WHO in Europe. The development of the common health policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1991. 154 p. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/131690/WA_540_MW6.pdf.
248. Key publications of the World Health Organization. Regional Office for Europe. URL: <http://www.euro.who.int/en/publications/key-publications#R>.
249. League of Nations Health Organisation. Information Section. Geneva, 1931. URL: https://www.who.int/library/collections/health_org_1931.pdf.
250. Li B. Legal Status of Taiwan in the World Health Organization. *Journal of East Asia and International Law*. 2008. Vol.1. P. 171–176.
251. Malaria in the WHO European Region. On the road to elimination 2000-2015 summary. World Health Organization, 2016. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/371219/malaria-summary-eng.pdf?ua=1.
252. McRae D. M. Cooperation Agreements and the Law Relating to Agreements Concluded by the International Organizations. Agreements of International Organizations and the Vienna Convention on the Law of Treaties / edited by K. Zemanek. New York. Vien: Springer-Verlag, 1971. 268 p.
253. Medicine through time. History resources, stories and news for education. URL: <https://schoolshistory.org.uk/topics/medicine-through-time/>.
254. Member States of the Pan American Health Organization. URL: <http://www1.paho.org/english/history.htm#member>.
255. Meng W. Internationale Organisationen im völkerrechtlichen Deliktsrecht. ZAÖRV. Bd. 45. 1985. Nr.3. URL: https://www.zaoerv.de/45_1985/45_1985_2_a_324_371.pdf

256. Milton I. Roemer *Internationalism in Medicine and Public Health: The history of public health and the modern state* / edited by D. Porter. Amsterdam – Atlanta: GA- Rodopi, 1994. P. 403–423.

257. Nardone P. Maternal education and prevalence of obesity among children. *European Journal of Public Health*. 2010. Vol. 20 (Suppl. 1). P. 248–249.

258. Ninčić D. *The Problem of Sovereignty in the Charter and in the Practice of the United Nations*. Hague: Martinus Nijhoff, 1970. 358 p.

259. New agreement between UNODC and WHO to help world's drug users. Press-release. URL: <https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2017/February/new-agreement-between-unodc-and-who-to-help-worlds-drug-users.html>.

260. Official records of the World Health Organization No. 2. Summary report on proceeding minutes and final acts of the International health conference. Held in New York. From 19 June to 22 22 July 1946. 144 p. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf?sequence=1.

261. Pan American Sanitary Code of 14 November 1924. URL: www.paho.org/English/D/OD_308_ch1-3.htm.

262. Partnerships of the World Health Organization. URL: <https://www.who.int/about/collaborations-and-partnerships/partnerships/>.

263. Perceval Yetts W. Public Health in Ancient China. *The Journal of the Royal Asiatic Society of Great Britain and Ireland*. 1924. №. 1. P. 98–100.

264. Philips E & Allan T (Edd.): *The divine campaigns AD 1100 -1200*. Amsterdam: Time Life Books, 1993. P.149.

265. Principles Governing Relations between the World Health Organization and Nongovernmental Organizations. Text adopted by the Fortieth World Health Assembly, 1987 in Resolution WHA40.25. Basic documents of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. P.97-102. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

266. Reiner E. Medicine in ancient Mesopotamia. *Journal of the International College of Surgeons*. 1964. №41(5). P. 544–549.

267. Report by the Director-General. Engagement with non-State actors. Non-State actors in official relations with WHO. EB142/29. 4. Executive board. 142nd session. 4 December 2017. Provisional agenda item 5.5. URL: apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_29-en.pdf.

268. Report of the International Law Commission on the Work of its 53rd Session. [2001] UNGA 161. A/RES/56/82 (12 December 2001). URL: <http://www.worldlii.org/int/other/UNGA/2001/161.pdf>.

269. Report of the Session of the Medical Sub-committee held at Paris. UNICEF Headquarters. 9-10 August 1948. URL: https://www.unicef.org/about/history/trim/unicef_who_joint_committee/doc/doc323677.PDF.

270. Resolution A/66/473. Responsibility of international organizations. Adopted by the General Assembly on 9 December 2011. On the report of the Sixth Committee (A/66/473)] 66/100. URL: <https://undocs.org/en/A/66/473>.

271. Resolution WHA18.48. Amendments to Article 7 of the Constitution. Twelfth plenary meeting. 20 May 1965 (Committee on Administration, Finance and Legal Matters, sixth report). URL: <https://treaties.un.org/doc/source/docs/WHA18.48-E-F.pdf>.

272. Resolution WHA28.75. Assistance to developing countries – I. Twenty-eighth World Health Assembly, Thirteenth plenary meeting (Committee A, fourth report). 29 May 1975. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86022/Official_record226_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

273. Resolution WHA30.20. Biennial programme budget: Introduction of biennial budget cycle. The Thirtieth World Health Assembly. Tenth plenary meeting (Committee B, third report). 12 May 1977. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93183/WHA30.20_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

274. Resolution WHA34.22 International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Fifteenth plenary meeting (Committee A, second report). 21 May 1981 URL: https://www.who.int/nutrition/topics/WHA34.22_icycn_en.pdf.

275. Resolution WHA 41.17 Ethical criteria for medicinal drug promotion. Adopted by the Forty-first World Health Assembly. 13 May 1988. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38125/924154239X_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

276. Resolution WHA58.1 Health action in relation to crises and disasters, with particular emphasis on the earthquakes and tsunamis of 26 December 2004. Seventh plenary meeting (Committee A, first report). 20 May 2005. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf.

277. Resolution WHA59.22 Emergency preparedness and response Ninth plenary meeting. 27 May 2006. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/e/WHA59_2006_REC1-en.pdf.

278. Resolution WHA59.3 Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan. Ninth plenary meeting. 27 May 2006. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/e/WHA59_2006_REC1-en.pdf.

279. Resolution WHA63.10. Partnerships. Policy on WHO engagement with global health partnerships and hosting arrangements. Eighth plenary meeting (A63/VR/8). 21 May 2010. URL: https://www.who.int/docs/default-source/documents/partnerships/partnerships-63rd-wha-agenda-item-18-1-21-may-2010.pdf?sfvrsn=a9b06d88_2.

280. Resolution WHA69.10. Framework of engagement with non-State actors. Sixty-ninth World Health Assembly. 28 May 2016. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_r10-en.pdf<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

281. Rights and Obligations of Associate Members and other Territories. Text adopted by the First World Health Assembly on 21 July 1948. (Off. Rec. Wld Hlth Org., 13, 100, 337). Basic documents. Forty-eighth edition Including amendments adopted up to 31 December 2014. World Health Organization, 2014. P. 21-24. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

282. Roscam Abbing. H.D.C. International Organisations in Europe and the Right to Health Care. Boston: Kluver, 1979. 278 p.

283. Rosen G. A History of Public Health. Revised expanded edition. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993. 370 p.

284. Ruger J. P. Normative Foundations of Global Health Law. Georgetown Law Journal. 2008. Vol. 96. P. 423–443.

285. Ruger J. P., Yach D. Global functions at the World Health Organization. British Medical Journal. 2005. Vol. 330. P. 1099–1100.

286. Rui-Heng Xu. Epidemiologic Clues to SARS Origin in China. Emerging Infectious Diseases. 2004. Vol.10. № 6. P. 1030–1037.

287. Rules of Procedure of the Executive Board of the World Health Organization. Text adopted by the Executive Board at its seventeenth session (resolution EB17.R63) World Health Organization. Basic documents. 48th ed. Forty-eighth edition including amendments adopted up to 31 December. 2014. P. 173-190. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>.

288. Rules of Procedure of the World Health Assembly. Text adopted by World Health Organization. Basic documents. 48th ed. Forty-eighth edition including amendments adopted up to 31 December 2014. P. 139-171. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=145>.

289. Schermers Henry G. International institutional law: unity within diversity / by Henry G. Schermers, Niels M. Blokker. 5th rev. ed., The Netherlands: Martinus Nijhoff Publishers, 2011. 1273 p.

290. Singh N. Termination of membership of international organization. London: Stevens, 1958. 209 p.

291. Situation report No 3 as of 17 July 2014. This report is produced by the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) in collaboration with humanitarian partners. From 10 to 17 July 2014. URL: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SitRep-Ukraine_2014_0717_final.pdf.

292. Skubiszewski K. Uchwały prawotwórcze organizacji międzynarodowych. Poznan, 1965. 201 s.

293. Statutes of the International Committee of Military Medicine. Amended: General Assembly of the ICMM in Basel, Switzerland, May 2019. URL: http://www.cimm-icmm.org/page/statuts/STATUT_ANG.pdf.

294. Steering Committee on Bioethics (CDBI). Council of Europe. URL: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/dh-bio>.

295. The history of Medicine and Public Health. Romans and Public Health. 26.02.2015. URL: <https://mrhnelson.wordpress.com/2015/02/26/the-romans-and-public-health/>.

296. The International Agency for Research on Cancer. IARC's Mission: Cancer research for cancer prevention. URL: https://www.iarc.fr/cards_page/about-iarc/.

297. The Partial Agreement in the Social and Public Health Field, which also contains a consumer health protection component. Adopted on 16 November 1959. URL: <https://www.coe.int/en/web/disability/partial-agreement>.

298. The World Bank. Health overview. URL: <https://www.worldbank.org/en/topic/health/overview>.

299. The World Medical Association. History. URL: <https://www.wma.net/who-we-are/history/>.

300. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and

Development. The World Bank, 2017. 88 p. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf>.

301. UN's Health and Development Agencies Join Forces for Good Health for All. London, 4 May 2018. URL: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/news-centre/news/2018/UNs-Health-and-Development-Agencies-Join-Forces-for-Good-Health-for-All.html>.

302. WHO and Africa CDC deepen collaboration on improving health security in the region. URL: <https://www.afro.who.int/news/who-and-africa-cdc-deepen-collaboration-improving-health-security-region>.

303. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative? Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010) / By: Trudy Wijnhoven, Joop van Raaij and João Breda. Copenhagen, World Health Organization 2014. 103 p. URL:

304. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/258781/COSI-report-round-1-and-2_final-for-web.pdf.

305. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Adopted by the Conference of the Parties to the WHO FCTC, 21.05.2003. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1>.

306. World Health Organization (WHO). Key features. URL: <https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/WHO%20profile.pdf>.

307. Work with the other international organizations. The WTO and the World Health Organization. URL: https://www.wto.org/english/thewto_e/coher_e/wto_who_e.htm.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Список публікацій здобувача, що відображають основні наукові результати дисертаційного дослідження

1. Гольденберг Т. В. Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я як договір *sui generis*. *Вісник Львівського університету. Серія міжнародні відносини*. 2018. Випуск 44. С. 193-200.
2. Гольденберг Т. В. Основні напрямки співробітництва України зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2018. № 36. Том 2. С. 179-182.
3. Гольденберг Т. В. Співробітництво України з Всесвітньою організацією охорони здоров'я: історико-правовий огляд. *Вісник Південного регіонального центру Національної академії правових наук України*. 2018. № 17. С. 231-237.
4. Гольденберг Т. В. Юридичні підстави діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Правова держава*. 2018. № 32. С. 169-175.
5. Гольденберг Т. В. Особливості припинення членства у Всесвітній організації охорони здоров'я. *Evropsky' politicky' a pravni diskurs*. 2018. № 5. Р. 81-85.
6. Швець Т. Правотворча діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Актуальні проблеми міжнародних відносин: політичні, правові та економічні аспекти*: Зб. матеріалів конференції. Львів, 2011. С. 177-179.
7. Гольденберг Т. Становлення та розвиток права на здоров'я. *Нові виміри прав людини: юридичні, філософські, політичні аспекти*. Зб. наукових праць / Рец. В. П. Мельник, М. М. Микієвич, В. М. Репецький, І. І. Іжнін. Львів: Львівський центр міжнародного права та прав людини. 2013. С. 35-37.
8. Гольденберг Т. В. Договірна правоздатність Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Теорія і практика сучасної юриспруденції*: Зб. матеріалів Між. наук.-прак. конф., 7-8 грудня 2018 р. м. Київ: Центр правових наукових

досліджень, 2018. С. 140-143.

9. Гольденберг Т. В. Набуття членства у Всесвітній організації охорони здоров'я. *Сучасне державотворення та правотворення: питання теорії та практики*: Зб. матеріалів Між. наук.-практ. конф., 7-8 грудня 2018 р., Одеса: ГО «Причорноморська фундація права», 2018. Ч. 1. С. 73-76.

10. Гольденберг Т. В. Право на привілеї та імунітети Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України*: Зб. наук. ст., Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2018. Випуск 48. С. 3-13.

11. Гольденберг Т. Етапи міжнародно-правового співробітництва України зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я. *Правова держава: історія, сучасність та перспективи формування в Україні*: Зб. матеріалів Між. наук.-практ. конф., 15-16 лютого 2019 р., Ужгород: Ужгородський національний університет, 2019. С. 154-157.

Відомості про апробацію результатів дисертації.

Одержані у процесі дослідження висновки, узагальнення та пропозиції висвітлені на таких науково-практичних конференціях: «Актуальні проблеми міжнародних відносин: політичні, правові та економічні аспекти» (м. Львів, 18-19 березня 2011 р.), «Нові виміри прав людини: юридичні, філософські, політичні аспекти» (м. Львів, 28-29 жовтня 2013 р.), Міжнародна науково-практична конференція «Теорія і практика сучасної юриспруденції» (м. Київ, 7-8 грудня 2018 р.), Міжнародна науково-практична конференція «Сучасне державотворення та правотворення: питання теорії та практики» (м. Одеса, 7-8 грудня 2018 р.), Міжнародна науково-практична конференція «Правова держава: історія, сучасність та перспективи формування в Україні» (м. Ужгород, 15-16 лютого 2019 р.).