МЕЖДУНАРОДНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Нормотворческая деятельность Всемирной Организации Здравоохранения

*Каркищенко Е.И.**

Официальным днем рождения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) является 7 апреля 1948 года. В этот день 26 из 61 государства ратифицировали подписанный ранее Устав Всемирной организации здравоохранения и депонировали ратификационные грамоты в Секретариате Организации Объединенных Наций. На сегодняшний день членами ВОЗ являются 192 государства. Государства-учредители наделили Всемирную Организацию Здравоохранения рядом различных функций, направленных на «достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья»¹. В числе одного из важнейших направлений была определена нормотворческая деятельность ВОЗ, заключающаяся в разработке, утверждении и способствовании принятию конвенций, соглашений и регламентов по вопросам международного здравоохранения². За 55 лет своей деятельности ВОЗ приняла большое количество международных документов, различных по своей международной значимости и юридической силе. Рассмотрение некоторых из этих документов, а также краткий анализ обстоятельств их принятия позволяет оценить реальный вклад ВОЗ в процесс международного нормотворчества.

ВОЗ, в силу своей международной правосубъектности, участвует, наряду с другими международными организациями, в нормотворчес-

* Каркищенко Екатерина Игоревна – аспирантка кафедры международного права МГИМО (У) МИД России.

¹ Устав ВОЗ, ст. 1.

² Устав ВОЗ, ст. 2 п. к.

ком процессе. Можно выделить два направления ее нормотворческой деятельности: непосредственное правотворчество и вспомогательная роль в правотворческом процессе³. Документы, принимаемые ВОЗ, образуют две основные группы: конвенции, соглашения и регламенты, непосредственно относящиеся к международному здравоохранению, и другие международно-правовые документы.

17 июля 1948 года была созвана первая Всемирная ассамблея здравоохранения (Ассамблея), являющаяся в соответствии с Уставом ВОЗ её высшим органом, наделенным полномочиями по принятию конвенций и международных соглашений по всем вопросам, входящим в компетенцию ВОЗ. В соответствии с Уставом ВОЗ для принятия конвенций, соглашений или регламентов необходимо не менее 2/3 голосов Ассамблеи с их последующей ратификацией / подтверждением странами – участницами ВОЗ. Только после проведения данной процедуры конвенции или соглашения ВОЗ вступают в силу. В отношении регламентов ВОЗ действует процедура выражения молчаливого согласия, когда государство считается принявшим регламент, если оно в определенный срок не заявило о своем отказе принять регламент или не сделало к нему оговорки⁴.

На первой Ассамблее была принята Конвенция о привилегиях и иммунитетах специализированных учреждений, а также подписаны соглашения о сотрудничестве с Организацией Объединенных Наций, МОТ, ФАО и ЮНЕСКО. В дальнейшем были подписаны подобные соглашения с Панамериканской организацией здравоохранения (1949), МАГАТЭ (1959), ИФАД (1980) и ЮНИДО (1989). Ассамблея также подписала соглашение с швейцарским правительством о местонахождении штаб-квартиры ВОЗ (1948) и соглашения о штаб-квартирах региональных бюро с правительствами Индии (1948), Египта (1949), Филиппин (1950), Франции (1953) и Дании (1956)⁵.

Из вышеперечисленного видно, что Конвенций, относящихся непосредственно к международному здравоохранению или «достижению всеми народами возможно высшего уровня здоровья» подписано не было⁶.

³ Международное право, учебник. Отв.ред. Колосов Ю.М., Кривчикова Э.С., М.: Международные Отношения, 2000.

⁴ Кривчикова Э.С., Основы теории права международных организаций, МГИМО, 1979.

⁵ Les dix premieres anneess de l'Organization mondiale de la Sante, OMS, 1958.

⁶ L'Organization mondiale de la Sante, Beigbeder Y., Nashat M., OrsiniM.A., Tiercy J-F., PUF, 1995. С. 115.

Согласно Уставу ВОЗ, Ассамблея наделена полномочиями принимать регламенты в области международного здравоохранения, касающиеся:

- санитарных, карантинных и других мер, направленных на предотвращение распространения заболеваний за пределы национальных границ какого-либо государства;
- номенклатуры болезней, причин смертности и стандартов публичной гигиены;
- стандартов диагностических методов, применяемых на международном уровне;
- норм, регулирующих безопасность, чистоту и действенность биологической, фармацевтической и подобной им продукции, находящейся в международном обороте;
- стандартов в области рекламы биологической, фармацевтической и подобной им продукции, находящейся в международном обороте.

После принятия Ассамблеей и процедуры нотификации регламенты вступают в силу для всех стран-участниц, за исключением тех стран, которые в установленный срок (от 3 до 9 месяцев) заявили об отказе принять регламент или сделали к нему оговорки. Данная процедура несколько отличается от обычной практики, в соответствии с которой государство берет на себя обязательство по международному договору только после положительно выраженного согласия путем подписания или ратификации данного договора⁷.

Процедура выражения молчаливого согласия государств впервые была введена в международную практику соответствующими положениями в уставах межправительственных организаций⁸, однако сфера действия этих регламентов строго ограничена.

Данным своим полномочием ВОЗ воспользовалась для принятия только двух регламентов, которые впоследствии неоднократно изменялись.

Первый регламент был принят Ассамблеей в 1948 году и касался вопросов создания номенклатуры заболеваний и причин смертности. В данный регламент также включалось ведение статистики и публикация полученных результатов. Обязанность государств по этому регламенту заключалась в ведении статистики смертности соответственно её причинному фактору, а также возрасту и полу для различных регионов страны.

⁷ Зайцева О.Г., Международные организации: принятие решений. М.: «Наука», 1989 г.

⁸ Такая процедура принятия регламентов действует в ВОЗ, ИКАО, ВМО.

Второй Международный санитарный регламент был принят четвертой Ассамблеей в 1950 году и впоследствии пересмотрен. Основной целью этого Регламента была унификация и кодификация текстов многочисленных международных санитарных конвенций. Принятие этих правил и стандартов в форме регламента, а не конвенции позволило ВОЗ избежать промедления, связанного с подписанием и ратификацией документа каждой страной-участницей в отдельности⁹.

Международный санитарный регламент содержит перечень обязательных санитарных стандартов и мер, направленных на предотвращение распространения заболеваний в международных портах и аэропортах, и применим ко всем видам транспорта. Эти меры представляют собой «верхнюю планку» того, что государство может предпринять для защиты своей территории от распространения заболеваний, к которым применим карантин. В документе были учтены интересы не только государств, но и физических лиц (международных путешественников) путем запрещения дискриминации и необоснованного продления карантина¹⁰.

Действенная и эффективная международная карантинная система требует своевременной и полной эпидемиологической информации, поэтому в обязанность государств-участников входит незамедлительное оповещение ВОЗ о вспышках тех или иных инфекционных заболеваний на своей территории. Получив подобную информацию, ВОЗ передает ее в национальные санитарные администрации, уточняя при этом условия применения Регламента и общую эпидемиологическую ситуацию. Контроль за применением Регламента осуществляет Международный карантинный комитет.

Помимо конвенций, соглашений и регламентов, Ассамблея может давать рекомендации странам-участницам. Несмотря на то, что рекомендации не содержат юридически обязательных норм, они имеют большое значение, поскольку могут получить последующее признание в обычной или договорной практике государств¹¹.

Основная масса документов, разрабатываемых в рамках ВОЗ, принимается в форме рекомендаций. Данное предпочтение объясняется прежде всего более мягкой формой рекомендации по сравнению с кон-

⁹ La deuxième decennie de l'Organisation mondiale de la Sante, 1958-1967, OMS, 1968.

¹⁰ Recueil des resolutions et decisions de l'Assemblée Mondiale de la Sante et du Conseil Executif, vol. I, OMS, 1973.

¹¹ Шибаева Е.А. Право международных организаций. М., 1986.

венциями, соглашениями или регламентами, а также упрощенным порядком внесения изменений и добавлений. Но существует и иная причина, о которой чаще всего умалчивается.

В 1950-е годы в развитых и развивающихся странах возникла объективная тенденция замены грудного вскармливания новорожденных на искусственное вскармливание. В отличие от развитых стран, развивающиеся страны не были подготовлены к подобному переходу ввиду низкого качества питьевой воды, отсутствия возможности осуществлять качественную стерилизацию, недостаточной осведомленности матерей в этом вопросе, а иногда и финансовой недоступности необходимого количества заменителя материнского молока для полноценного вскармливания новорожденных. Это привело к тому, что около 10 млн. детей в развивающихся странах не получали полноценного питания и для 10% из них это явилось причиной смерти. Производителей продуктов питания для грудных детей обвинили в излишнем продвижении искусственного вскармливания с использованием «агрессивных» методов рекламы. Дебаты ВОЗ и транснациональных производителей продуктов питания для грудных детей переросли в конфликт, и процесс принятия Международного кодекса продаж заменителей материнского молока привел к тому, что руководящие сотрудники ВОЗ стали с осторожностью относиться к принятию юридически обязательных документов. При подробном рассмотрении проблем, возникших в ходе подготовки данного кодекса, становятся более ясными причины отказа ВОЗ от жестких юридических форм.

В 1970 году ВОЗ совместно с ЮНИСЕФ провели совещание в Боготе, в котором приняли участие педиатры, специалисты в области питания и представители производителей. Выводы, сделанные на этом совещании, позволили ВОЗ призвать страны ограничить рекламу заменителей материнского молока, приняв кодексы рекламной практики и соответствующие законы. Эти меры не привели к изменению ситуации; и в 1979 году ВОЗ и ЮНИСЕФ провели более масштабное совещание с участием представителей государств, различных учреждений ООН, транснациональных производителей, неправительственных организаций и ведущих научных работников. На этом совещании был издан мандат, возлагающий на ВОЗ и ЮНИСЕФ ответственность за подготовку Международного кодекса продаж заменителей материнского молока.

В 1981 году 118 голосами за, одним против (США) и тремя воздержавшимися Ассамблея приняла проект кодекса¹². По предложению

Исполнительного Совета проект кодекса был принят в качестве рекомендации. Такое решение Исполнительного Совета было мотивировано тем, что моральная сила рекомендации эффективней юридического принуждения регламента, поскольку она не посягает на суверенитет государств. У рекомендации более простая процедура пересмотра, и ее легче претворить в жизнь. Все это, по мнению Исполнительного Совета, должно было привести к единогласному принятию кодекса, но этого не произошло. Представитель Совета также упомянул о давлении со стороны неправительственных организаций и транснациональных компаний на Генерального секретаря и членов секретариата, а также обвинения их в предвзятости. Это был первый случай, когда нормотворческая деятельность ВОЗ столкнулась с коммерческим интересом транснациональных корпораций.

Ввиду отсутствия достаточных статистических данных дебаты носили скорее политический, нежели научный характер. Противопоставлялись различные точки зрения на степень ответственности развитых стран перед развивающимися. США мотивировали свою позицию тем, что наложение ограничений на национальную промышленность и международную торговлю противоречит принципу экономического либерализма. Позиция же неправительственных организаций, призванных защищать права матери и ребенка, скорее напоминала борьбу с транснациональными корпорациями¹³.

Этот неудачный опыт надолго отбил желание у руководящего аппарата ВОЗ возобновлять процесс международной кодификации по вопросам, способным вызвать вновь подобное противостояние.

За два года до описанных событий, в 1978 году, Ассамблея констатировала, что большая часть населения мира не имеет доступа к основным вакцинам и лекарственным средствам, и выявила необходимость в принятии международного документа по этому вопросу¹⁴. Руководство ВОЗ, уже имеющее достаточный опыт оценки развития подобных ситуаций, предпочло действовать иным путем.

Во избежание ненужной конфронтации с производителями медикаментов основного лекарственного списка ВОЗ избрала путь консуль-

¹² Резолюция WHA34.22.

¹³ L'Organisation mondiale de la Sante, Beigbeder Y., Nashat M., Orsini M.A., Tiercy J-F., PUF, 1995.

¹⁴ Recueil des resolutions et decisions de l'Assamblee Mondiale de la Sante et du Conseil Executif, vol. II, OMS, 1985.

таций с фармацевтическими корпорациями и развитыми странами. Итогом этого явилась Программа ВОЗ по лекарственным средствам основного списка. Основной целью этой программы стало проведение фармацевтической политики на национальном уровне, гармонизация национальных фармацевтических законодательств вместо международной кодификации. Несмотря на это, в процессе переговоров по-прежнему имели место обвинения ВОЗ в предвзятости.

Правда, в 1988 году Ассамблея приняла Этические критерии рекламы и распространения лекарственных средств, но с оговоркой о том, что речь идет об «общих принципах, не имеющих юридической силы, которые государства могут изменять в зависимости от политической, экономической, культурной, социальной, образовательной, научной и технической ситуаций, национального законодательства, уровня смертности, терапевтических традиций и уровня развития системы здравоохранения»¹⁵.

В 70-е годы ВОЗ начала программу борьбы против табакокурения, не предлагая при этом принятие международного документа по уже известным причинам. До середины 90-х Ассамблея ограничивалась рекомендациями странам-участницам о включении в национальные законодательства соответствующих норм. Должного эффекта эти меры не возымели, поскольку основным «противником» ВОЗ в этой борьбе были и остаются транснациональные табачные компании, чей годовой доход в 60 раз превышает годовой бюджет ВОЗ.

В 1995 году Ассамблея обратилась к Генеральному секретарю ВОЗ с просьбой представить доклад о возможности разработки Рамочной Конвенции по борьбе против табака. Получив положительный ответ¹⁶, ВОЗ подготовила документ, нацеленный на содействие принятию странами-участницами многосторонних мер по борьбе с табакокурением на национальном уровне. Конвенция была открыта для подписания в штаб-квартире ВОЗ в Женеве с 16 по 22 июня 2003 года и в штаб-квартире ООН в Нью-Йорке с 30 июня 2003 года по 29 июня 2004 года.

До конца ноября 2003 года Конвенцию подписали 77 государств¹⁷, но ратифицировали ее только 5 стран (Мальта, Норвегия, Фиджи, Сейшельские Острова, Шри-Ланка), поэтому делать выводы о дальнейшей судьбе этого документа пока преждевременно.

¹⁵ Резолюция WHA 41.17.

¹⁶ Резолюции WHA 48.11. и WHA 49.17.

¹⁷ Российская Федерация конвенцию не подписала.

Всемирная организация здравоохранения в соответствии с Уставом имеет нормотворческие полномочия, ограниченные только сферой ее компетенции, но на практике используется более мягкая форма – рекомендации. Такой выбор обусловлен объективными причинами и имеет как сторонников, так и противников.

ВОЗ часто обвиняют в том, что она недостаточно использует регламентирующий инструмент воздействия на государства, оставляя им свободу выбора, что негативно сказывается на международном прогрессе в области сближения систем здравоохранения развитых и развивающихся стран. Независимый проект исследований, проведенный североевропейскими странами (Дания, Норвегия, Финляндия и Швеция) системы Организации Объединенных Наций¹⁸, показал, что нормотворческая деятельность специализированных учреждений ООН должна быть активизирована, поскольку только учреждения системы ООН имеют в этой области абсолютное преимущество на международной арене. Принимая международные нормы и осуществляя контроль за их исполнением, специализированные учреждения могли бы вносить значительно больший вклад в улучшение качества жизни в мире.

Существует также противоположное мнение, основанное на том, что любая жесткая регламентация в вопросах здравоохранения представляет собой nepозволительное вмешательство во внутренние дела государства, а также наносит ущерб принципу свободной торговли. Такой подход характерен для Соединенных Штатов Америки и активно поддерживается транснациональными корпорациями, в случаях когда затрагиваются их коммерческие интересы.

Регламентации или рекомендации? С одной стороны, на переговоры уходит много времени (иногда десятки лет), и они не всегда приводят к положительному результату, а подчас даже вызывают конфликты и конфронтацию. С другой стороны, рекомендации не накладывают на государства никаких обязательств и оставляют за ними полную свободу выбора: от методов и сроков выполнения до полного отказа. Правда, международные конвенции и регламенты тоже не всегда выполняются, но это уже влечет за собой определенные негативные последствия. В мире нарастающей глобализации вопросы здравоохранения давно перестали быть исключительной прерогативой национального законодательства. Экономический прогресс отдельных государств

¹⁸ "The Agencies at a Crossroad, The Role of the UN Specialized Agencies", доклад № 15, 1990.

и транснациональных корпораций часто приводит к снижению уровня достижимого здоровья для отдельных групп населения. Бурное развитие туризма и миграция населения планеты способствует более быстрому и неконтролируемому распространению инфекционных заболеваний, которые за последнее время приобрели трансграничный характер¹⁹. На сегодняшний день международное право является наиболее эффективным механизмом защиты здоровья населения планеты. В то время как многие международные организации, занимающиеся вопросами иными, нежели здравоохранение, принимают конвенции и другие международные документы, прямо или косвенно защищающие право человека на здоровье, Всемирная организация здравоохранения самоустраняется от исполнения этой важной задачи²⁰. И вряд ли давление, оказываемое на Генерального секретаря и служащих ВОЗ транснациональными корпорациями и неправительственными организациями, может считаться достаточным основанием для уклонения от обязанностей, закрепленных в Уставе ВОЗ.

Тем не менее работу ВОЗ, проведенную по созданию Рамочной Конвенции по борьбе против табака, можно расценивать как несомненный успех, особенно на фоне предыдущих десятилетий. Это позволяет надеяться, что нормотворческая деятельность ВОЗ в XXI веке будет более решительной и продуктивной.

¹⁹ International law and communicable diseases, Aginam O., Bulletin of the WHO 2002, 80 (12), 946-951.

²⁰ Global governance, international health law and WHO, Taylor A.L., Bulletin of the WHO 2002, 80 (12).