

САЖИЕНКО Н.В.

**магистр международного права
Института национального и международного права
Международного гуманитарного университета**

МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ЭПОХУ ГЛОБАЛИЗАЦИИ

Проблематика борьбы с инфекционными заболеваниями, угроза пандемии птичьего и свиного гриппа (реальная или мнимая), поиск путей снижения смертности, усилия международного сообщества по совершенствованию систем здравоохранения развивающихся государств¹ на протяжении нескольких десятилетий актуализировали вопросы международного здравоохранительного сотрудничества.

1. Возникновение сотрудничества разных стран в области здравоохранения на начальном этапе обусловлено необходимостью координации мер по санитарной охране территорий государств в связи с периодически возникающими эпидемиями и пандемиями. Наиболее отчетливо потребность в такой координации проявилась в период классического средневековья, когда стали проводиться противоэпидемиологические мероприятия в Европе (карантины, лазареты, заставы и т.д.). Низкая эффективность санитарных и противоэпидемических мероприятий, проводимых на национальном уровне, заставляла искать решение проблемы на межгосударственной основе.

В этих целях начали создавать международные санитарные советы: в Танжере (1792-1914 гг.), Константинополе (1839-1914 гг.), Тегеране (1867- 1914 гг.), Александрии (1843-1938 гг.).

В 1851 г. в Париже состоялась первая Международная санитарная конференция, которая положила начало международному сотрудниче-

¹ В Уставе ВОЗ провозглашен следующий принцип: неравномерное развитие в разных странах мер в области здравоохранения и борьбы с болезнями, в особенности с заразными болезнями, является общей опасностью. В Международных медико-санитарных правилах (2005 г.) закреплено, что государства-члены должны оказывать поддержку развивающимся странам и странам с переходной экономикой, при наличии соответствующей просьбы с их стороны, в создании, укреплении и поддержании возможностей общественного здравоохранения, требуемых в соответствии с правилами. В Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2007 г. отмечена необходимость диалога мирового сообщества о средствах защиты человечества от таких угроз, как пандемический грипп, последствия для здоровья конфликтов и стихийных бедствий, а также биотерроризма.

ству в области здравоохранения. С 1881 г. по 1897 г. было проведено 9 Конференций, но только в 1903 г. европейские государства приняли в Венеции первую Международную санитарную конвенцию, посвященную проблемам предупреждения распространения холеры и чумы¹. В 1926 г. Конвенция была пересмотрена расширенным кругом участников и дополнена положениями, касающимися ветряной оспы и тифа. В 1935 г. была подписана Международная санитарная конвенция для воздушной навигации.

В конвенциях устанавливались максимальный и минимальный карантинные периоды для оспы, чумы и холеры, уточнялись портовые санитарные правила и функции карантинных станций, определялась значимость эпидемиологической информации в международном сотрудничестве по предотвращению распространения эпидемий. В последующем такие конференции стали важной и эффективной формой международного сотрудничества европейских государств.

В декабре 1902 г. состоялась в Вашингтоне первая Панамериканская санитарная конференция. Конференция создала постоянно действующий орган – Международное (панамериканское) санитарное бюро, которое с 1958 г. известно как Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) – Pan-American Health Organization (ПАНО)².

В 1907 г. в Париже было создано Международное бюро общественной гигиены (МБОГ) – постоянная международная организация с постоянным секретариатом и постоянным комитетом официальных лиц из 12 государств-участниц (9 из которых – европейские)³.

В 1923 г. после Первой мировой войны в связи с резким ухудшением эпидемической ситуации в Европе и широким распространением пандемий и эпидемий тифов, холеры, оспы и других инфекционных заболеваний была создана Организация здравоохранения Лиги Наций (ОЗЛН).

2. В XX веке проблематика международного здравоохранительного права значительно расширилась как в объектном, так пространственном и субъектном направлениях. Произошел переход на универсальный уровень. Принимались новые соглашения⁴, были созданы специализирован-

¹ Специализированные учреждения ООН в современном мире. М., 1967. С.171.

² Сорокина Т.С. История медицины. – Режим доступа: <http://bibliotekar.ru/423/39.htm>

³ Специализированные учреждения ООН в современном мире. М., 1967. С. 171

⁴ Устав Всемирной организации здравоохранения, 1946 г., Алма-Атинская декларация по первичной медико-санитарной помощи, 1978 г., Оттавская хартия защиты здоровья, 1986 г., Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека, 1997 г., Всемирная декларация по здравоохранению, 1998 г., Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, 2001 г., Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, 2003 г., Международная декларация о генетических данных человека, 2003 г., Декларация Организации Объединенных Наций о клонировании человека, 2005 г., Международные медико-санитарные правила, 2005 г., Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу, 2006, Европейская конвенция о социальной и

ные международные организации, прежде всего Всемирная организация здравоохранения¹. Развитие международно-правовой защиты прав человека привело к выделению новых направлений сотрудничества в области охраны здоровья². В конце XX века в силу угроз коллективному здоровью³ международное здравоохранительное сотрудничество перешло на глобальный уровень. В настоящее время международному праву отводят основополагающую роль в механизме глобального сотрудничества в области здравоохранения⁴.

2. Глобализация привела к переходу имеющихся угроз коллективного и индивидуального здоровья на иной, новый качественный уровень, и к появлению новых угроз, что повлекло необходимость совместных действий в области здравоохранения усилиями всего мирового сообщества. Эти угрозы связаны как с изменениями самой природе заболеваний, так и в появлении новых заболеваний⁵ и в путях их распространения. По

медицинской помощи, 1953 г., Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины, 1996 г., Дополнительный протокол, касающийся биомедицинских исследований, 2004 г., Соглашение о сотрудничестве государств - участников Содружества Независимых Государств в борьбе с торговлей людьми, органами и тканями человека, 2005 г.

¹ Летом 1946 г. в Нью-Йорке участниками конференции по здравоохранению был принят Устав новой международной организации здравоохранения – Всемирной организации здравоохранения – ВОЗ (World Health Organization–WHO). Устав ВОЗ вступил в силу 7 апреля 1948 г.

² Сотрудничество в области борьбы и профилактики заболеваний, склонных вызвать эпидемии, заболеваний пищевого происхождения, случайным и преднамеренно вызванным вспышкам, ликвидации последствий аварий, связанных с токсическими химическими веществами, ликвидации последствий радиоактивных аварии, ликвидации последствий экологических катастроф, сокращения инфицирования человека вирусом H5N1, сокращения частоты и распространенности болезней и других причин нездоровья или смерти до как можно более низких уровней, борьбы с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями, создания потенциала для противодействия пандемии, борьбы с табакокурением, сокращения детской смертности, улучшения охраны материнства, координации глобальных научных исследований и разработок.

³ Первой угрозой является изменение климата, который воздействует на самое необходимое для здоровья, – чистый воздух, безопасную питьевую воду, пищевые продукты в достаточном количестве и надежный кров. Многие из основных причин смерти, такие как диарейные болезни, недостаточность питания, малярия и денге, крайне чувствительны к климату, и ожидается, что с изменением климата они усугубятся. Второй угрозой является распространение туберкулеза. Третьей угрозой - распространение ВИЧ/СПИДа. Четвертой угрозой – появление и распространение новых вирусных инфекций. Пятой угрозой – биотерроризм.

⁴ Короткий Т.Р. Фрагментація міжнародного права через призму міжнародного права охорони здоров'я // Правове життя сучасної України: Тези доповідей Міжнародної наукової конференції професорсько-викладацького складу (м. Одеса, 21-22 травня 2010 р./ Відп. ред. д-р. юрид. наук, проф. Ю.М. Оборотов. // Одеська національна юридична академія. – О.: Фенікс, 2010. – С. 723-724.

⁵ Наблюдается быстрое возникновение новых инфекций - с 70-х годов прошлого столетия ежегодно регистрировалась минимум одна новая болезнь. См.: Рингач Н.О. Міжнародна безпека в області громадського здоров'я: нові вимоги до управління – Режим доступу:

мнению Р. Martens, изменения в природе заболеваний вызваны преобразованиями в экономической, политической и экологической сферах на местном, региональном и глобальном уровнях¹. Таким образом, глобализация вызывает проблемы особого характера, решение которых возможно исключительно на глобальном уровне².

Отражением глобального подхода к проблеме обеспечению всеобщего здоровья является политика «здоровья для всех в XXI», принятая ВОЗ в 1998 г.³ В этой политике излагаются рассчитанные на первые два десятилетия XXI века глобальные приоритеты и задачи, которые должны обеспечить во всемирном масштабе возможность достижения и поддержания как можно более высокого уровня здоровья. Основным приоритет политики – все люди во всех странах должны иметь, по крайней мере, такой уровень здоровья, который позволит им вести активную трудовую и общественную жизнь. Глобальная политика достижения здоровья для всех на XXI столетие должна осуществляться посредством проведения соответствующей региональной и национальной стратегий.

ООН определила главные цели перед мировым сообществом, к ним относятся: сократить на две трети смертность среди детей в возрасте до 5 лет; снизить на три четверти коэффициент материнской смертности; остановить распространение ВИЧ/ СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости; остановить распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости⁴.

Таким образом вопросы, связанные с здравоохранением, становятся краеугольным камнем для всего мирового сообщества, так как выходят за пределы одного государства и нуждаются в регулировании на трех уров-

http://www.nbu.gov.ua/e-journals/tppd/2008-3/R_5/08monvu.pdf; Новые вирусные болезни, такие как птичий грипп у человека, лихорадка Эбола, Марбургская геморрагическая лихорадка, вирусная инфекция Нипах, ТОРС и лихорадка Западного Нила, вызвали серьезную обеспокоенность международного сообщества, подняли ряд новых научных проблем, явились причиной страданий большого числа людей и причинили тяжелейший экономический ущерб. См.: Международные медико-санитарные правила (2005 г.). Направления работы по выполнению правил, июнь 2007 г. – Женева: ВОЗ, 2007. – С. 5.

¹ Martens P. Health transitions in a globalising world: towards more disease or sustained health? *Futures* 2002, 635-648 p.

² Примером может служить проблематика борьбы с табакокурением. Из проблемы сугубо индивидуальной (курить или не курить) в силу распространения табакокурения и кратного увеличения количества сопутствующих заболеваний (более 100 млн. смертей в XX веке), усиливающейся в силу этого нагрузкой на национальные системы здравоохранения, табакокурения в силу деятельности ТНК приобрело глобальные масштабы и повлекло принятие Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака, 21 мая 2003 г.

³ Стратегия ВОЗ «Здоровье для всех в 21 веке» – Режим доступа: <http://gov.cap.ru/hierarhy.asp?page=/12/21752/45765/49244/54584/54845>

⁴ Цели развития тысячелетия ООН – Режим доступа: http://www.gender.cawater-info.net/what_is/mdg.htm

нях: глобальном/универсальном, региональном, двустороннем. Со свободами глобального мира (свободы перемещения товаров, услуг, капитала и рабочей силы) человечество обрело новые угрозы, которые несут опасность как индивидуальному, так и коллективному здоровью.

В настоящее время процессы глобализации влияют на негативные процессы, которые происходят с коллективным здоровьем. Как результат, пространственный масштаб мер по обеспечению и защите права на здоровья значительно увеличивается¹ и выходит за пределы одного государства и даже региона. Связь между глобальной мобильностью и распространением инфекционных заболеваний самый известный «оздоровительный» эффект глобализации. С течением времени процессы глобализации активизировали негативное воздействие на планетарную экосистему, привели к изменению биогеохимических процессов и к глобальному изменению климата, что, несомненно, отражается на коллективном и индивидуальном здоровье.²

3. Глобализация оказывает влияние и на системы здравоохранения. С одной стороны, с конца XX и начала XXI века глобализация торговли, туризма и миграции привела к стиранию традиционные различия между национальным и глобальным здравоохранением.³

С другой, глобализации привела к углублению глобального неравенства, проведению политику либерализации торговли в странах третьего мира, в том числе и в сфере здравоохранения, ее приватизации, усложнению доступа к медицинским услугам и к медицинским препаратам.

В эпоху глобализации, мир стал более неравным, чем когда-либо раньше и в отношении права на здоровье. Этот тезис находит отражение в следующей формуле: когда существует неравенство в распределении здоровья, образования и дохода, индекс развития человеческого потенциала среднего человека в обществе ниже по сравнению с совокупным индексом развития человеческого потенциала. А чем ниже индекс развития человеческого потенциала, скорректированный с учетом неравенства (и чем больше разница между ним и индексом развития человеческого потенциала), тем выше неравенство.⁴

¹ Huynen MMTE, Martens P, Hilderink HBM: The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization and Health* 2005,1-12 p.

² Распространение тропических инфекций, инфекционных заболеваний в районах катаклизмов, циркулирование в окружающей природной среде стойких и чрезвычайно опасных загрязнителей (ДДТ, диоксины, радионуклиды).

³ O. Gostin, Allyn L. Taylor. *Global Health Law: A Definition and Grand Challenges* // *Public Health Ethics*. Volume 1. Number 1.2008, 53–63 p.

⁴ Среднее снижение индекса развития человеческого потенциала по причине неравенства составляет около 24% – т.е., будучи скорректирован с учетом неравенства, глобальный индекс развития человеческого потенциала, составляющий 0,68, сократился бы до 0,52, что означает переход из высокой в среднюю категорию индекса развития человеческого

Около 1,7 млрд человек в 104 странах, охватываемых Индексом многомерной бедности, – треть их населения – живет в условиях многомерной бедности, в условиях, когда не менее трети индикаторов указывают на разную депривацию в области здоровья, образования или уровня жизни¹.

Нищета является одним из нарушений прав человека. Поскольку примерно 1,3 млрд человек живут в условиях крайней нищеты, это является самым широко распространенным нарушением прав человека в мире. Нищета существует не только в развивающихся странах, она является также трагической и скрытой от глаз реальностью в промышленно развитых странах. Особенно страдают обездоленные и недопредставленные группы населения – коренные народы, инвалиды, женщины, дети, молодежь и пожилые люди. С нищетой крепко связаны также голод и пандемия ВИЧ/СПИДа. Процессы обнищания, характерные для мировой экономической системы, ведут к усилению неравенства, социальной несправедливости и насилия во всем мире².

Разрыв между развитыми и развивающимися странами не только в отношении социального и экономического развития, но и уровня оказания медицинской помощи и состояния системы здравоохранения, существенно (в разы) влияет на качество жизни в развивающихся странах. Учитывая тот факт, что более миллиарда людей живут в нищете унижающей человеческое достоинство³, возможность их доступа к минимальной медицинской помощи весьма ограничена.

4. На эту проблему обращает внимание положения Алма-Атинской декларации 1978 г. о том, что существующее значительное неравенство в состоянии здоровья людей, особенно между развитыми и развивающи-

потенциала. Потери колеблются от 6% (Чешская Республика) до 45% (Мозамбик), причем для 80% стран снижение индекса составило бы свыше 10%, а почти в 40% стран он упал бы более, чем на 25%.

В странах с более низким уровнем развития человека наблюдается тенденция к повышению неравенству по большему количеству измерений – и, следовательно, к большим потерям в развитии человека. Жители Намибии теряют 44%, Центральноафриканской Республики – 42%, Гаити – 41% по причине многомерного неравенства.

Население стран Африки к югу от Сахары несет наибольшие потери в величине индекса развития человеческого потенциала вследствие значительного неравенства по всем трем измерениям. В других регионах это снижение более четко привязано к неравенству по какому-то одному измерению, как, например, в Южной Азии. См.: Доклад о развитии человека 2010 // http://www.un.org/ru/development/hdr/2010/hdr_2010_complete.pdf

¹ Доклад о развитии человека 2010 // http://www.un.org/ru/development/hdr/2010/hdr_2010_complete.pdf

² Декларация и программа действий Форума тысячелетия «Мы, народы: укрепление ООН в XXI веке» // http://www.un.org/russian/conferen/millennium/dec_a.htm

³ Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций // <http://www.un.org/russian/document/declarat/summitdecl.htm> весьма

мися странами, является неприемлемым с политической, социальной и экономической точек зрения, и в связи с этим представляет предмет общей заботы для всех стран¹.

На необходимость решения этой проблемы указывают различные международные документы. В Итоговом документе Всемирного саммита 2005 года, содержится положение о том, что улучшение жизни людей, искоренение нищеты, устойчивое развитие и глобальное процветание связано с улучшением системы здравоохранения. Улучшение системы здравоохранения в развивающихся странах связано с передачей знаний и достижений от развитых стран к развивающимся в рамках международного здравоохранительного сотрудничества. Данный процесс возможен только в рамках международно-правового сотрудничества на универсальном, региональном и двустороннем уровнях. Причем, такое сотрудничество должно носить глобальный характер².

Комиссия ООН по правам человека призвала государства «обеспечить то, чтобы они в своих действиях в качестве членов международных организаций уделяли должное внимание праву каждого на наивысший возможный уровень физического и психического здоровья, и чтобы применение международных соглашений служило поддержкой таких мер в области общественного здоровья, которые поощряют широкий доступ к безопасным, эффективным и доступным профилактическим, лечебным и паллиативным лекарственным препаратам и медицинским технологиям»³.

Необходимость оказания мировым сообществом помощи развивающимся странам для борьбы с пандемиями (прежде всего, ВИЧ/СПИД) неоднократно отмечалась в резолюциях Генеральной Ассамблеи ООН⁴.

5. В этой связи важное значение имеет связь между устойчивым развитием и правом на здоровье. И недостаточное развитие, ведущее к росту нищеты, и нерациональное развитие, результатом которого является чрезмерное потребление в сочетании с ростом численности населения в мире, ведут к ухудшению санитарного состояния окружающей среды как в развивающихся, так и в развитых странах.

Таким образом, здоровье все чаще рассматривается в качестве одного из ключевых аспектов безопасности человека и занимает важное место в дискуссиях относительно приоритетов в области развития.

¹ Алма-атинская декларация. Отчет международной конференции по первичной медицинской помощи, 6-12 сентября 1978 г.

² Итоговый документ Всемирного саммита 2005 года // <http://www.un.org/russian/document/declarat/outcome2005.html>

³ UN Dec E/CN.4/RES/2002/32.

⁴ См., например: Доступ к лечению в контексте таких пандемий как ВИЧ/СПИД туберкулез и малярия. UN Doc. A/RES/58/179.

В Декларации о праве на развитие 1986 г. признается, что равный доступ к услугам в сфере здравоохранения является необходимым условием осуществления права на развитие¹. Если в государстве есть существенные пробелы в системе здравоохранения когда у человека нет возможности реализовать свое право на здоровья, соответственно, не может идти речи о развитии всего государства, так как народ является основным элементом государства.

В Рио-де-Жанейрской декларации по окружающей среде и развитию 1992 г. говорится, что забота о людях занимает центральное место в усилиях по обеспечению устойчивого развития и что они имеют право на здоровую и плодотворную жизнь в гармонии с природой. Цели устойчивого развития не могут быть достигнуты в условиях широкого распространения опасных болезней, а здоровье населения невозможно обеспечить без искоренения нищеты. В Декларации указывается на необходимость устранения причин низкого состояния здоровья, включая экологические причины, и их последствий для развития, уделяя особое внимание женщинам и детям, а также уязвимым группам общества, таким, как инвалиды, престарелые и коренные народы².

Мероприятия в рамках Повестки дня на XXI век должны быть направлены, в том числе, на обеспечение основных потребностей населения мира в области охраны здоровья, поскольку они неразрывно связаны с достижением целей устойчивого развития и первичными мероприятиями по охране окружающей среды. Связь вопросов здравоохранения, охраны окружающей среды и улучшения социально-экономических³ условий требует межсекторальных усилий. Особый внимание следует уделить программам профилактики, не полагаясь исключительно на лечебные и терапевтические методы. В государствах должны быть разработаны планы приоритетных мероприятий, которые составлены на основе совместного планирования на различных уровнях: правительства, неправительственных организаций и местных общин. Подобная деятельность должна координироваться соответствующей международной организацией, такой, например, как ВОЗ⁴.

¹ UN Doc. A/RES/41/128, ст. 8. Подробнее о соотношении права на развитие и охраны здоровья см.: Доклад о развитии человека за 2003 г. ООН. - 2004.

² План выполнения решений Всемирной встречи на высшем уровне по устойчивому развитию // http://www.un.org/russian/conferen/wssd/docs/plan_wssd.pdf

³ Такие усилия, увязанные с вопросами образования, жилищного строительства, организации общественных работ и общинных групп, включая деловые предприятия, школы и университеты и религиозные, гражданские и культурные организации, направлены на то, чтобы дать возможность населению в рамках своих общин обеспечить устойчивое развитие.

⁴ Повестка дня на XXI век // <http://www.un.org/russian/conferen/wssd/agenda21/part1/ch6.htm>

На Всемирной встрече на высшем уровне по устойчивому развитию были поставленные следующие задачи:

- поощрять справедливый и широкий доступ к эффективному медико-санитарному обслуживанию, включая профилактику, на всех уровнях системы здравоохранения, к основным и безопасным лекарствам по доступным ценам, к услугам по иммунизации и безопасным вакцинам, а также к медицинской технологии;

- оказывать техническую и финансовую помощь развивающимся странам и странам с переходной экономикой в осуществлении стратегии «Здоровье для всех», включая системы информации о здравоохранении и комплексные базы данных об опасностях, связанных с развитием;

- поощрять и развивать отношения партнерства для развития просвещения по вопросам здравоохранения в целях достижения более высокого уровня грамотности по вопросам здравоохранения на глобальном уровне к 2010 году при участии, в случае необходимости, учреждений Организации Объединенных Наций;

- разработать программы и инициативы по снижению к 2015 году показателей смертности младенцев и детей в возрасте до пяти лет на две трети, и показателей материнской смертности на три четверти по сравнению с фактическими показателями в 2000 году и сократить разрыв между развитыми и развивающимися странами и внутри них в кратчайшие возможные сроки, уделяя особое внимание решению проблемы непропорционально большого числа предотвратимых смертей среди младенцев и детей женского пола;

- обеспечить женщинам равный доступ к медицинскому обслуживанию, уделяя особое внимание охране материнства и неотложной акушерской помощи¹.

На Встрече на высшем уровне в Йоханнесбурге были поставлены некоторые новые важные цели, такие, как: сокращение вдвое к 2015 году доли населения, не имеющего доступа к основным санитарным услугам².

Большинство развивающихся стран в значительной степени зависят от внешних источников финансирования здравоохранения. Неустойчивость этих средств может явиться препятствием в разработке и реализации среднесрочных и долгосрочных стратегий.

6. Одним из направлений развития международного здравоохранительного сотрудничества является поощрение и защита инвестиций в

¹ План выполнения решений Всемирной встречи на высшем уровне по устойчивому развитию // http://www.un.org/russian/conferen/wssd/docs/plan_wssd.pdf

² Оценка результатов Встречи на высшем уровне в Йоханнесбурге: что нового она принесла? // <http://www.un.org/russian/conferen/wssd/story.htm>

области исследований, посвященных разработке новых средств борьбы с болезнями.

В Итоговом документе Всемирного саммита 2005 года государства обязались поощрять долгосрочное финансирование (в том числе при необходимости по линии партнерства с участием государственного и частного секторов) научных и промышленных исследований разработки новых вакцин и бактерицидных средств, диагностических комплектов, лекарственных препаратов и методов лечения для борьбы с пандемиями, тропическими заболеваниями и другими болезнями, такими, как птичий грипп и острый респираторный синдром, и продолжать разработку рыночных стимулов в надлежащих случаях с помощью таких механизмов, как закупки на заранее оговоренных условиях; принимать меры по борьбе с малярией и туберкулезом¹, особенно в тех странах, где они наиболее широко распространены, и поощрять активизацию двусторонних и многосторонних инициатив.

Всемирная организация здравоохранения и Всемирный Банк сотрудничают по вопросам профессиональной фармации и исследований в области тропических болезней, борьбы с онкоцеркозом и острыми респираторными заболеваниями.

Программа развития ООН финансирует проекты ВОЗ по предупреждению слепоты, обеспечению доступа к чистой питьевой воде, безопасности продуктов питания, здоровья престарелых людей, разработке новых вакцин.

Деятельность ЮНИСЕФ и ВОЗ направлена на решение проблем, связанных с иммунизацией, искоренением полиомиелита, улучшением гигиены среды обитания, обеспечением питьевой водой, оказанием помощи центрам матери и ребенка.

Всемирный банк объявил об увеличении более чем на 600 миллионов долларов на период до 2015 года объема своей ориентированной на конкретные результаты программы повышения качества базовых услуг в области здравоохранения и питания, укрепление базовой системы здравоохранения в 35 странах, прежде всего в Восточной и Южной Азии и странах Африки к югу от Сахары.

Компания «Сумитомо кемикал» обязалась безвозмездно предоставить 400 000 противомаларийных сеток «Олисет» каждой «деревне тыся-

¹ Франция объявила о своей готовности внести 1,4 миллиарда долларов в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в период с 2011 по 2013 годы, что на 20% больше ее предыдущего взноса. Соединенное Королевство сообщило о готовности увеличить в три раза свой денежный взнос на цели борьбы с малярией: с 150 до 500 миллионов фунтов к 2014 году // Саммит ООН завершился принятием глобального плана действий, нацеленного на достижение Целей развития к 2015 г. // http://www.un.org/ru/mdg/summit2010/un_summitt_closing_press_release.pdf

челетия» в период с 2010 по 2011 год. Ранее, в 2006 году, эта компания уже предоставила безвозмездно 330 000 сеток.¹

7. Глобализация привела к новым формам уязвимости к старым угрозам. Болезни, распространявшиеся коммерсантами, завоевателями и естественными переносчиками, формировали географию распространения инфекционных заболеваний на протяжении тысячелетий. Однако самая последняя вспышка в глобальном аспекте распространения инфекционных заболеваний, прежде всего ВИЧ/СПИД, произошла так стремительно и в таких масштабах, которые стали возможны лишь вследствие открытости границ и беспрецедентно высокой мобильности², порожденных глобализацией.

Борьба с инфекционными болезнями рассматривалась одной из главных задач при создании ВОЗ, однако и в настоящее время данное направление деятельности Организации не потеряло свою актуальность. Угрозу для человечества несут язва Бурули, чикунгунья, туберкулез, птичий грипп, полиомиелит, менингококковый менингит, марбургская геморрагическая лихорадка, малярия, лихорадка Ласса, корь, инфекции, передаваемые половым путем, желтая лихорадка, денге и геморрагическая лихорадка денге, гемофильная инфекция (*Haemophilus influenzae*) типа b, геморрагическая лихорадка Эбола, африканский трипаносомоз (сонная болезнь).

От малярии до сих пор умирают более 800 000 человек в год, причем большинство из них – дети до пяти лет и беременные женщины. Тем не менее, за короткий срок удалось добиться огромного прогресса: в течение двухгодичного периода 2008–2009 годов в Африку было поставлено более 150 миллионов сеток, обработанных инсектицидами, а в девяти странах детская смертность была сокращена более чем на 50 %.³

На состоявшемся в сентябре 2000 года Саммите тысячелетия мировые лидеры взяли на себя обязательства: остановить распространение ВИЧ/СПИДа, малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости; предоставить специальную помощь детям, осиротевшим из-за СПИДа.⁴

В Итоговом документе Всемирного саммита 2005 года государства-участники подтвердили, что будут обеспечивать осуществления всех

¹ Саммит ООН завершился принятием глобального плана действий, нацеленного на достижение Целей развития к 2015 г. // http://www.un.org/ru/mdg/summit2010/un_summitt_closing_press_release.pdf

² Доклад Генерального секретаря «Мы, народы: роль Организации Объединенных Наций в XXI веке» (A/54/2000) // <http://www.un.org/russian/conferen/millennium/2000-2.htm>

³ Доклад Генерального секретаря о работе Организации // <http://www.un.org/ru/documents/sgreport/a-65-1/ch3.shtml#Здоровьелюдей>

⁴ Борьба с нищетой // <http://www.un.org/ru/development/progareas/global/poverty.shtml>

взятых обязательств по Международным медико-санитарным правилам, принятым 58 сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2005 года, в том числе будут оказывать необходимую поддержку Всемирной сети Всемирной организации здравоохранения по оповещению о вспышках заболеваний и реагированию на них.

8. Одной из глобальных проблем является материнская смертность. Показатель материнской смертности свидетельствует об уровне жизни и здравоохранения (доступе к медицинским услугам, к профилактике, первой медико-санитарной помощи, медицинским препаратам, оказание поддержки устойчивым инвестициям в данную сферу, обеспечение учреждений здравоохранения квалифицированными работниками)¹.

На Саммите тысячелетия 2000 года мировые лидеры взяли на себя обязательство добиться снижения материнской смертности на три четверти и смертности среди детей в возрасте до 5 лет на две трети².

Десять миллиардов долларов должны быть предоставлены лидерами стран, как входящих, так и не входящих в Большую восьмерку, а также ключевыми донорами и частными фондами в течение последующих пяти лет в рамках принятой на саммите Большой восьмерки «Маскоксской инициативы», касающейся здоровья матерей, новорожденных и детей до 5 лет.

Тринидад и Тобаго заявил о создании фонда «Детская жизнь», который призван обеспечить срочную медицинскую и хирургическую помощь для детей в отношении тех медицинских процедур, доступа к которым в Тринидаде и Тобаго нет.

Медицинские учреждения сети «Лайфспринг» обязались обеспечить 82000 индийских женщин и членов их семей доступом к качественным услугам здравоохранения. В течение последующих пяти лет «Лайфспринг» увеличит количество больниц, предоставляющих услуги матерям и детям по всей Индии, с 9 до 200³.

Во всем мире СПИД остается главной причиной смерти среди женщин репродуктивного возраста. В настоящее время 15,7 миллиона жен-

¹ Каждый год сотни тысяч женщин и девочек умирают в период беременности или деторождения и еще 10–15 миллионов надолго становятся инвалидами, Генеральный секретарь официально провозгласил начало всемирной кампании за укрепление здоровья женщин и детей. Эта всемирная кампания направлена на то, чтобы активизировать работу по выполнению уже принятых обязательств, добиться взятия новых обязательств целым рядом влиятельных партнеров и обеспечить должную организацию работы и подотчетность за достижение результатов в этой сфере на самых высоких уровнях // Доклад Генерального секретаря о работе Организации.

² Борьба с нищетой // <http://www.un.org/ru/development/progareas/global/poverty.shtml>

³ Саммит ООН завершился принятием глобального плана действий, нацеленного на достижение Целей развития к 2015 г. // http://www.un.org/ru/mdg/summit2010/un_summitt_closing_press_release.pdf

щин живут с ВИЧ. Из-за нехватки государственного финансирования под угрозой оказывается прогресс, достигнутый по борьбе с распространением эпидемии и сохранения жизни тех, кто уже инфицирован. Из каждых пяти стран с низким и средним уровнем дохода, четыре страны отстают от показателей, которые необходимы для достижения целей всеобщего доступа к лекарственным средствам¹.

9. Процессы глобализации привели к тому, что обеспечение устойчивого здоровья как коллективного, так и индивидуального не может быть разрешено исключительно исходя из интересов одного индивида или национальных интересов одного государства, она требует учета интересов, как социума, так и международного сообщества. Однако при этом необходимо учитывать индивидуальные и национальные интересы, и в этом кроется суть проблемы «единство и противоречие» между индивидуальным и коллективным, национальным и глобальным. К этой проблеме необходимо подходить через призму охраны здоровья как «ценности», поэтому сохранения здоровья человека в условиях глобализации является более сложной и широкой проблемой², чем частный вопрос здравоохранения, что и обуславливает приоритет универсального международно-правового сотрудничества.

Государства должны более глубоко осознавать свою двоякую роль в нашем глобальном мире. Помимо той ответственности, которую каждое государство самостоятельно несет перед своим обществом, на государствах лежит коллективная ответственность за нашу общую жизнь на этой планете – жизнь, общую для граждан всех стран³.

Мировое сообщество должно оказывать поддержку существующим национальным планам развития здравоохранения с указанием объема расходов для улучшения доступа к здравоохранению. Такие планы должны охватывать вопросы кадровых ресурсов, финансирования, а также предоставления и мониторинга комплексного пакета мер. Государства должны обеспечить доступ женщин и детей к всестороннему пакету га-

¹ Доклад Генерального секретаря о работе Организации // <http://www.un.org/ru/documents/sgreport/a-65-1/ch3.shtml#Здоровьелюдей>

² В резолюции о праве каждого человека на здоровье, Генеральная Ассамблея ООН подтвердила, что «достижение максимально возможного уровня здоровья является наиболее важной социальной задачей во всем мире, реализация которой требует действий со стороны многих других социальных и экономических секторов, помимо здравоохранительного» Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН «The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health». UN Doc. A/RES/58/173; Надлежащее управление на всех уровнях, надежные демократические институты, отвечающие нуждам людей, являются ключевым фактором полной реализации каждого на максимально достижимый уровень физического и психического здоровья. UN Doc. E/CN.4/2004/L.11/Add.3, параграф 13.

³ Доклад Генерального секретаря «Мы, народы: роль Организации Объединенных Наций в XXI веке» (A/54/2000) // <http://www.un.org/russian/conferen/millennium/2000-2.htm>

рантированных услуг, включая информацию и службы планирования семьи, дородовой и послеродовой уход, уход за новорожденными, неотложную акушерскую помощь и помощь новорожденным, квалифицированную помощь при родах в соответствующих учреждениях, службы для выполнения безопасного аборта (когда аборт не запрещен законом), а также профилактику ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем. В число применяемых мер должны также входить: исключительно грудное вскармливание детей в возрасте до шести месяцев; вакцинация и иммунизация; лечение основных болезней детского возраста; питательные добавки (такие как витамин А); и доступ к надлежащим готовым пищевым продуктам для предупреждения и лечения недостаточности питания. Комплексная помощь способствует укреплению здоровья и помогает предотвратить и лечить такие болезни, как пневмония, диарея, ВИЧ/СПИД, малярия, туберкулез и неинфекционные заболевания. Необходимо усилить взаимосвязь между программами, ориентированными на конкретные болезни (такие, как ВИЧ/СПИД, малярия и туберкулез), а также службами, ориентированными на женщин и детей (такими как Расширенная программа иммунизации, охрана сексуального и репродуктивного здоровья и комплексное ведение болезней детского возраста).

Наступило время объединить усилия мирового сообщества для совместных действий. Это означает расширение масштабов использования и акцентирование приоритетного внимания ряду высокоэффективных мер, направленных на укрепление систем здравоохранения и интеграцию усилий в отношении борьбы с рядом болезней в рамках таких секторов, как здравоохранение, образование, водоснабжение, санитария и питание. Это также означает соблюдение прав человека, обеспечение гендерного равенства и борьбу с нищетой. Для этого необходима глобальная стратегия основанная на международных стандартах и обязательствах¹.

¹ Программа действий, принятая на Международной конференции по народонаселению и развитию; Пекинская декларация и Платформа для действий, принятая Четвертой всемирной конференцией по положению женщин, Министерский обзор ЭКОСОС по состоянию здравоохранения в мире; Специальная сессия Генеральной ассамблеи ООН «Здоровые женщины, здоровые дети: инвестиции в наше общее будущее»; и пятьдесят четвертая сессия Комиссии по положению женщин. Она также основывается на региональных обязательствах и направлениях деятельности, таких как Мапутский план действий, Кампания по ускоренному сокращению материнской смертности в Африке (СДКММД) и Декларация саммита Африканского союза 2010 г. в отношении действий по охране здоровья матерей, новорожденных и детей. Здоровье женщин и детей признается в качестве одного из основополагающих прав человека в таких соглашениях, как Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г., Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 1979 г. и Конвенция о правах ребенка 1989 г. Совет по правам человека принял Резолюцию 11/8. Предотвратимая материнская смертность и заболеваемость и права человека 17 июня 2009 г.