
МЕЖДУНАРОДНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Е.А. Гнатик

Кафедра международного права

Ю.В. Долженкова

Кафедра уголовного права и процесса

Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 6, Москва, Россия, 117198

Международное медицинское право называют новой отраслью современного международного права. В настоящей статье рассматриваются этапы развития указанной отрасли, а также деятельность международных организаций в области здравоохранения.

Ключевые слова: международное медицинское право, международное санитарное право, санитарные конференции, Лига Наций, ООН, ВОЗ, здравоохранение, история, прогрессивное развитие.

В настоящее время довольно активно ведутся дискуссии о том, существует ли медицинское право как самостоятельная отрасль права или нет, каково соотношение медицинского права с другими, давно сформированными отраслями права (гражданским, уголовным, конституционным, административным и пр.), каков предмет его регулирования, каковы его роль и место в правовой системе, выделено ли законодательство о здравоохранении в структуре законодательства в целом. Очевидно только одно — вне зависимости от ответов юридической науки на подобные непростые вопросы (и их перечень не ограничивается вышеперечисленными), правовое регулирование охраны здоровья и жизни людей является важнейшей сферой правотворчества и правоприменения.

В современной научной литературе нередко бытует мнение, согласно которому международное медицинское право считается новой отраслью международного права. Однако существуют подтверждения тому, что данная отрасль сформировалась уже в начале XX в. В этой связи, на наш взгляд, является немаловажным проследить процесс зарождения медицинского права.

Возможно, начало было положено в 1930 г., когда профессор С. Витта ввел в Гаагской академии международного права (Нидерланды) курс международного санитарного права. Витта отмечал, что международное санитарное право — это «отрасль международного публичного права, регулирующая отношения между государствами по поводу санитарного управления (регулирования)». Ученый полагал, что возникновение данной отрасли тесно связано с «конвенциями и обычаями, установленными между государствами по поводу борьбы с заболеваниями» [5. Р. 552]. Указанные отношения начали развиваться еще в начале XIX в.

По мнению канадского исследователя К. Эммануэли [4. Р. 12], изначально международное санитарное сотрудничество осуществлялось с единственной целью — препятствовать распространению эпидемий, не причиняя ущерба межгосударственной торговле. Создание транспортных средств, последовавшее за изобретением парового двигателя, значительно облегчило передвижение. Однако прогресс имел и негативные последствия. В частности, мощный импульс получило распространение тяжелейших инфекционных заболеваний. К примеру, азиатская холера, возникнув в 1826 г. в Европе, уже в 1832 г. свирепствовала в Северной Америке, попав туда через Нью-Йорк и Квебек. Тогда, в начале XIX в., ничего не было известно о происхождении и распространении этой болезни. В подобных ситуациях чаще всего практиковалось введение режима карантина в государстве, что являлось не самой эффективной мерой. Это, в свою очередь, значительно тормозило процесс международной торговли.

Именно в таких условиях в 1851 г. в Париже состоялась первая Международная санитарная конференция. Объединив врачей и дипломатов двенадцати стран, форум ставил своей целью унифицировать правила карантина. Итогом конференции явилось принятие Конвенции, приложением к которой стал Международный санитарный кодекс, содержащий 137 статей, посвященных таким страшным заболеваниям как холера, чума и желтая лихорадка. Однако данная конвенция была ратифицирована только двумя государствами — Францией и Сардинией. Но и этим странам уже через несколько лет пришлось денонсировать документ из-за отсутствия его практического эффекта.

Вместе с тем невозможно преуменьшать историческое значение первой международной санитарной конференции, поскольку она инициировала сотрудничество различных стран в этой сфере. В период с 1851 по 1938 г. состоялось 14 подобных международных форумов.

После шести бесплодных попыток в 1892 г. в Венеции была принята первая Международная санитарная конвенция. Несмотря на то, что она была подписана и ратифицирована четырнадцатью странами, ее действие было весьма ограничено. Документ регулировал только карантинные морские меры по отношению к холере (происхождение этой болезни было уже известно) и мог быть применен только к кораблям, возвращавшимся с Востока на Запад через Суэцкий канал.

Следующая значимая конвенция, подписанная в Риме в 1907 г., объявила об учреждении Международного бюро общественной гигиены (МБОГ). Целями данной организации был сбор данных о распространении эпидемических заболеваний и утверждение методов борьбы с ними. МБОГ разрабатывало международные конвенции и соглашения в области здравоохранения, контролировало их выполнение, занималось вопросами гигиены судов, водоснабжения, гигиены питания, а также решением международных карантинных споров и изучением национальных санитарно-карантинных законодательств.

В 1923 г. при Лиге Наций была создана Организация здравоохранения (ОЗЛН). Ее появление было связано с последствиями Первой мировой войны, в частности с применением химического оружия и распространением эпидемий

тифа, оспы, холеры. Цель ОЗЛН состояла в том, «чтобы принять все меры международного масштаба для предупреждения и борьбы с болезнями» [2. С. 536].

Организация здравоохранения осуществляла свою деятельность путем стимулирования научных исследований по вопросам здравоохранения и координации таких исследований. Помимо этого создавались международные стандарты биологических и лекарственных препаратов, разрабатывались международные классификации болезней и причин смерти. Активно велась борьба с наиболее опасными и распространенными в Европе болезнями.

Огромная заслуга Организации здравоохранения Лиги Наций состоит в том, что ею был учрежден ряд комитетов экспертов и комиссий по многим направлениям, в частности по санитарной статистике, по малярии, раку, чуме, по контролю за опиумом и другими наркотиками, по питанию и др.

В данные комитеты приглашались ведущие ученые всех стран мира, которые затем направлялись в страны Латинской Америки, Восточной Европы и Азии для оказания помощи местным органам здравоохранения в организации карантинных служб, подготовки медицинского персонала и организации кампаний по борьбе с холерой и оспой.

В 1919 г. согласно Версальскому мирному договору была создана Международная организация труда (МОТ), деятельность которой привнесла немало позитивного в сферу охраны здоровья рабочего населения. МОТ принимала участие в процессе запрещения применения некоторых ядовитых веществ на производстве, в составлении Кодекса стандартов промышленной гигиены 1939 г.

Полвека спустя терминология изменилась, и международное санитарное право преобразовалось в международное медицинское право. Причины данной трансформации связаны с усилением сотрудничества государств в сфере здравоохранения после 1930 г., а также с эволюционными изменениями международного сообщества и права, регулирующего эту отрасль.

Необходимо также подчеркнуть то обстоятельство, что санитарное право было направлено именно на предотвращение эпидемий в мире, в силу чего его нормы носили скорее профилактический характер. Что же касается медицинского права, то его задача состоит в большей степени в регулировании защиты государств от распространения инфекционных заболеваний, а также в содействии повышению уровня здоровья людей в международном сообществе.

Вторая мировая война повлекла за собой множество правовых последствий, одним из которых стало создание Организации Объединенных Наций и закрепление в ее Уставе содействия разрешению проблем здравоохранения (п. b ст. 55). С этой целью в 1948 г. была создана Всемирная организация здравоохранения. По мнению многих ученых-правоведов, именно этот факт способствовал развитию международного медицинского права как полноценной отрасли международного права. Свидетельством тому может служить увеличение во второй половине XX в. количества публикаций и дискуссий на тему «международное медицинское право — новая отрасль?».

80-е гг. прошлого столетия характеризуются появлением ряда диссертационных и монографических работ, посвященных изучению права на здоровье,

медицинского и международного медицинского права. Как отметил Д.Г. Барте-нев, советские публикации того времени характеризовались констатацией «факта высокой социальной защищенности советских граждан, включая и вопросы здоровья, особенно в трудовой сфере» [1].

Мишель Беланже, французский юрист и преподаватель международного публичного права в университете Бордо, писал в 1982 г.: «В какой момент можно говорить о появлении новой отрасли международного права? Множество факторов должны сойтись воедино. Во-первых, должна быть объективная необходимость юридического регулирования конкретной области. Во-вторых, должна быть создана соответствующая международная организация. И, в-третьих, должна иметь место систематизация международной организацией имеющихся актов (международных соглашений, обычаев, принципов, национальных законодательств и доктрины)» [3. Р. 612].

Беланже видел трудность в определении названия формирующейся отрасли. Он указывал, что ММП сочетает в себе черты трудового, санитарного, гуманитарного, социального и экономического прав. Также он сравнивал два возможных названия: международное право медицины и международное медицинское право («le droit medical international» и «le droit international de la santé» соответственно).

Первое, по мнению М. Беланже, является весьма узким и включает в себя лишь такие медико-юридические вопросы (касающиеся как военного, так и мирного времени), как оказание медицинской помощи, медицинская этика, ответственность врачей. В то время как цель данной отрасли — защита прав медицинских работников. Второе же понятие ученый полагает применимым лишь в мирное время и распространяющимся на все сферы жизни, связанные со здоровьем (причем не только здоровьем человека, но и здоровьем животных, ссылаясь на тесное сотрудничество ВОЗ и Всемирной организации здоровья животных).

В 1985 г. в Квебекском журнале международного права была опубликована статья Клода Эммануэли, начало которой звучит так: «Хотя международное медицинское право практически не исследуется и часто игнорируется юристами...» [4. Р. 11].

Эта фраза некоторым образом позволяет понять, почему в исследовании международного медицинского права наступило некое «затишье». Дело в том, что в правовом мире отрасль начали считать «несерьезной», что подтверждается ее отсутствием и на национальных уровнях большинства государств. Однако реальность вынудила мировое сообщество вернуться к исследованиям медицинского права в силу угроз в области здравоохранения, по большей части в Африке и Юго-Восточной Азии.

Современные исследования международного медицинского права показывают, что до сих пор не установилось единое название указанной отрасли, вероятнее всего, в силу ее недавнего появления. И если американские правоведы проводят различие в термине «международное» (global/international health law), то отечественные ученые порой вместо термина «медицинское» применяют «здравоохранительное».

Отечественные исследователи В.С. Михайлов и Д.Г. Бартенев определяют международное медицинское право как отрасль международного права, регулирующую сотрудничество субъектов международного права в области медицины, здравоохранения, а также связанных с ними аспектов, как-то: охрана окружающей среды, охрана здоровья трудящихся, контроль над вооружением, биоэтика и пр.

К признакам международного медицинского права относят: обособленный предмет — сотрудничество государств и иных субъектов международного права в области медицины, здравоохранения и пр.; объект — правоотношения в связи с охраной индивидуального и общественного здоровья; наличие значительного числа международно-правовых актов; отраслевые принципы и отраслевые институты [1. С. 42].

На сегодняшний день отрасль представлена, в основном, актами ООН и ВОЗ, частично — МОТ, ВТО и Совета по правам человека. Существующие угрозы в области здравоохранении вынуждают государства объединять свои усилия по борьбе с онкологическими заболеваниями, СПИДом, хроническими obstructивными заболеваниями легких (ХОБЛ) и иными недугами, уносящими сотни тысяч жизней в год.

Помимо неинфекционных заболеваний (НИЗ), можно выделить еще четыре основных вызова современному здравоохранению: распространение заболеваний, склонных вызывать эпидемии; старение населения, приводящее к уменьшению доли трудоспособного населения и к увеличению социальных выплат; отсутствие необходимого доступа к лекарственным средствам; постоянное увеличение бюджетных расходов на здравоохранение. Все эти угрозы тесно связаны между собой, поэтому представляется необходимым рассматривать их не по отдельности, а комплексно.

Согласно данным ВОЗ на 2006 г., более 2 млрд человек воспользовались услугами авиатранспорта, что означает вероятность крайне быстрого распространения заболеваний и начала эпидемий.

Сегодня большая часть инфекционных заболеваний распространена в регионах, где отсутствует необходимое оборудование для их выявления и диагностирования, нет квалифицированных медико-санитарных работников, специализированных медицинских комплексов, достаточно быстрого транспортного сообщения. Помимо этого существует факт сокрытия наличия эпидемии для прекращения экономических связей государства (что напрямую запрещено ч. 1 ст. 6 Международных медико-санитарных правил 2005 г.)

Во второй половине XX в. продолжительность жизни заметно увеличилась: если в 60-х гг. средний возраст составлял 50 лет, то к концу века уже 64, а к 2020 г. планируется достижение 71 года большинством населения развивающихся стран и до 80 лет — развитых. Данный факт, безусловно, является положительным следствием развития системы здравоохранения, однако вызывает ряд негативных последствий.

В первую очередь следует сказать, что достижение такого возраста будет «гордостью» медицины лишь в том случае, если оно будет сопряжено с пози-

тивным экономическим состоянием, поскольку старость в нищете не является желаемой. Старение является причиной развития неинфекционных заболеваний, а именно: рак, болезни системы кровообращения, диабет, хроническая обструктивная болезнь легких.

По данным ВОЗ, рак является причиной 21% смертей, болезни системы кровообращения — 48%, ХОБЛ — 12%, диабет — 3,5%. В целом это составляет порядка 50% от всех смертей в мире.

Помимо смертности, НИЗ являются причиной потери трудоспособности после 40 лет, а также, будучи хроническими заболеваниями, зачастую вызывают душевные страдания, переходящие в психические расстройства.

Большинство указанных болезней являются неизлечимыми, но купируемыми на некоторое время, а следовательно, требующими затрат на протяжении весьма длительного периода жизни.

Ученые полагают, что одной из причин такого «бума» неинфекционных заболеваний может быть изменение образа жизни за последнее столетие. Значительно увеличилась численность среднего класса, что вызвало нездоровые перемены в питании (обеденный перерыв офисных работников зачастую недостаточен для нормального питания, что приводит к практически ежедневному употреблению фаст-фуда), а как следствие — хронические заболевания.

Важным является тот факт, что смертность от указанных выше заболеваний, в особенности от рака, чаще встречается в странах с низким и средним уровнем дохода. Это связывают с тем, что в данных странах наиболее распространены такие факторы риска, как вирус папилломы человека (Африка), гепатиты В и С.

Отсутствие физической активности приводит к ожирению, влекущему за собой нарушения в сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной и нервной системах. Изменение образа жизни молодежи имеет непосредственное влияние на здоровье детей: неправильный образ жизни матери (курение, чрезмерное употребление алкоголя, сидячий образ жизни, употребление наркотиков) в большинстве случаев влечет за собой рождение больного ребенка.

Постоянно растущее число больных влечет необходимость увеличения количества лекарственных средств для обеспечения равного к ним доступа всего населения. Однако большинство препаратов для лечения описанных выше заболеваний могут вызывать наркотическую зависимость, вследствие чего доступ к ним ограничен и находится под контролем государства.

В 2003 г. на шесть развитых стран приходилось 79% потребления морфия, в то время как на развивающиеся страны — всего 6%. В развивающихся странах существует тенденция препятствования в доступе к контролируемым лекарственным средствам. В качестве причин этого явления ВОЗ выделяет ограниченность медицинских знаний, проблемы в области снабжения, наличие чрезмерно суровых ограничений на законодательном уровне.

Значительной проблемой представляется увеличение расходов на здравоохранение. На сегодняшний день этот фактор указывается как одна из причин возникновения кризисов. Государства тратят большие средства как на заботу о

населении, так и на научные исследования, которые далеко не всегда проходят успешно. Так, например, ВОЗ указывает на тот факт, что исследование самых распространенных видов рака требует все больше финансовых вложений, однако результаты пока нельзя назвать положительными. Расходы государства в отношении населения заключаются не только в непосредственно медицинских услугах и социальном обеспечении, но также и в финансировании государственных служб, борющихся с нарушениями в этой сфере (распространение незаконных лекарственных средств и их фальсификация, незаконное оказание медицинской помощи, нарушение таможенных правил и пр.).

Однако отмечается, что гарантировать больший доступ к качественному медицинскому обслуживанию не всегда могут и страны с высоким уровнем финансирования в области здравоохранения, поскольку зачастую имеет место факт несправедливого распределения ресурсов, а также неравенства различных социальных слоев в отношении здоровья.

Несмотря на явную необходимость, немногие государства признают медицинское право как полноценную отрасль, поэтому кодифицированных актов в этой сфере на национальном уровне практически нигде не наблюдается.

Согласно исследованиям Европейского регионального бюро ВОЗ, законодательство стран Европы (и Российской Федерации) ограничивается принятием отдельных актов по вопросам медицинского права (права пациентов, медицинское страхование, трансплантация, фармацевтическая деятельность и некоторые другие). Нормы медицинского права также содержатся в кодексах иных отраслей, в частности уголовных, трудовых, социальных и т.д. Подобная разобщенность норм может приводить к затруднениям на практике, дублированию положений закона и даже к противоречиям законодательных актов.

В настоящее время существует ряд международных неправительственных организаций, занимающихся вопросами медицины и биоэтики (Всемирная медицинская ассоциация (1947 г.), Всемирная ассоциация медицинского права (1967 г.), Международная ассоциация биоэтики (1992 г.) и др.). Усилиями подобных организаций проводятся конгрессы, на которых, помимо прочих, обсуждаются вопросы законодательства в области медицины. Во многих странах уже приняты кодексы медицинской этики, или деонтологические кодексы, однако далеко не везде это было сделано на официальном уровне.

На наш взгляд, чрезвычайно важным является то, что деятельность по разработке подобных документов не замыкается в рамках юриспруденции, а содержит особый подход к конкретным рассматриваемым вопросам, учитывающий морально-этические принципы и нормы. В медицинском праве как никакой другой отрасли современного права значение такого подхода невозможно переоценить.

Представляется, что большим успехом в деятельности подобных организаций может явиться разработка единого медицинского кодекса, на основе которого любое государство будет способно принять собственный с учетом своих особенностей.

Данная работа, на наш взгляд, будет иметь глобальное значение для научного юридического знания и юридической практики. Кроме того, она имеет

шанс быть должным образом оценена медицинскими работниками. Как известно, в России некоторое время назад уже велась разработка медицинского кодекса; в этой связи авторы считают необходимым и своевременным внесение отечественными специалистами подобного предложения в повестку Всемирного конгресса по медицинскому праву.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Бартенев Д.Г.* Право на охрану здоровья в международном праве: дисс. ... канд. юрид. наук. — СПб., 2006.
- [2] *Сорокина Т.С.* История медицины. — М.: Издательский центр «Академия», 2008.
- [3] *Belanger M.* Une nouvelle branche du droit international: le droit international de la santé // *Revue Études internationales*. — 1982. décembre. — Vol. XIII. — № 4.
- [4] *Emmanuelli C.* Le droit international de la santé. Evolution historiqueet perspective contemporaines // *Revue québécoise de droit international*. — 1985. — Vol. 2.
- [5] *Vitta C.* Le droit sanitaire international // 1930. 33 R.C.A.D.I.

GLOBAL HEALTH LAW: HISTORY AND DEVELOPMENT PROSPECTS

E.A. Gnatik

The Department of International Law

Y.V. Dolzhenkova

The Department of Criminal Law

Peoples' Friendship University of Russia
6, Miklukho-Maklaya st., Moscow, Russia, 117198

Global health law is called the new branch of the international law. The article deals with research in the history of global health law and in the international organization's activity in the field of the public health service.

Key words: global health law, international law, international sanitary law, sanitary conferences, League of Nations, UN, WHO, public health service, history, progressive development.

REFERENCES

- [1] *Bartenev D.G.* Pravo na okhranu zdorov'ya v mezhdunarodnom prave: diss. ... kand. yurid. nauk. — SPb., 2006.
- [2] *Sorokina T.S.* Istoriya meditsiny. — M.: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya», 2008.
- [3] *Belanger M.* Une nouvelle branche du droit international: le droit international de la santé // *Revue Études internationales*. — 1982 décembre. — Vol. XIII. — № 4.
- [4] *Emmanuelli C.* Le droit international de la santé. Evolution historiqueet perspective contemporaines // *Revue québécoise de droit international*. — 1985. — Vol. 2.
- [5] *Vitta C.* Le droit sanitaire international // 1930. 33 R.C.A.D.I.