

Rozdział 1. Zagadnienia wprowadzające

„The boundaries of sovereign nations are blurred. New diseases, like SARS, like avian influenza, are emerging at an historically unprecedented rate. No country acting alone can defend itself against a microscopic agent that invades by stealth, evades detection, kills civilians, and disrupts the economy”

„Granice między suwerennymi państwami są rozmyte. Nowe choroby, jak SARS, ptasia grypa, wyłaniają się na niespotykaną historycznie skalę. Żadne państwo działając samodzielnie nie jest w stanie obronić siebie przed mikroskopijnym czynnikiem, który atakuje podstępnie, unika wykrycia, zabija ludność cywilną, i niszczy gospodarkę”

Dr Margaret Chan, Dyrektor Generalna WHO

1. Definicje zdrowia i zdrowia publicznego

Dla precyzyjnego zakreślenia obszaru badawczego konieczne jest zdefiniowanie podstawowych pojęć, jakie przewijać się będą w toku wywodu. Kluczowymi terminami pozostają „zdrowie” oraz „zdrowie publiczne”, których zakresy pojęciowe, choć potocznie często utożsamiane, pozostają jednak nieco odmienne. Ogólnie stwierdzić można, że o ile pierwszy termin odnosi się raczej do jednostek, o tyle drugi ma zastosowanie do szerszej kategorii zbiorowej, na co wskazuje przymiotnik „publiczne”. Samo pojęcie „zdrowie” przez całe wieki intuicyjnie rozumiane było jako stan przeciwstawny chorobie. Ten sposób myślenia ukształtował się pod wpływem jednej z najstarszych definicji zdrowia, sformułowanej w II w. n.e. przez rzymskiego lekarza *Galena*. Określał on zdrowie jako „taki stan, w którym nie odczuwamy bólu a codzienna aktywność nie ulega zahamowaniu”¹. Jest to zatem „stan idealnej harmonii i równowagi organizmu”². Koreluje to z wcześniejszą, bo pochodzącą z V w. p.n.e. myślą *Hipokratesa*. Ów wybitny grecki pionier medycyny, noszący zaszczytny przydomek „ojca europejskiej medycyny” uzależniał zdrowie od równowagi mię-

¹ E. Korzeniowska, O zdrowiu i jego definicjach, Zdr.Publ. 1988, Nr 9, s. 466–469.

² M. Sygit, Zdrowie publiczne, Warszawa 2010, s. 22

dzy człowiekiem, a środowiskiem które go otacza³. O ile jednak definicja *Galena* ma przede wszystkim charakter biologiczny, skupiając się na antynomii zdrowie – choroba, o tyle *Hipokrates* udowodnia, że tak zdrowie, jak i choroba zależą od zewnętrznych czynników środowiskowych, które oddziałują na człowieka. Takie szersze podejście można określić mianem definicji funkcjonalnej. Ujmuje ona zdrowie jako konieczny warunek partycypacji „w życiu społecznym, a więc jako stan jednostki umożliwiający jej codzienną aktywność na poziomie przyjętym przez zbiorowość”⁴. Poszczególni autorzy posługiwali się albo definicjami biologicznymi (np. *Brzeziński*, *Korczak*), albo funkcjonalnymi (np. *Parsons*). Ich przeciwstawienie wydaje się jednak jałowe, zaś najbardziej celowe jest przyjęcie definicji biologiczno-funkcjonalnej łączącej elementy obu wspomnianych wcześniej grup definicji. Takie syntetyczne podejście dominuje współcześnie, czego wyrazem są definicje opracowane m.in. przez *Brockingtona*, *Kacprzaka*, czy *Aleksandrowicza*⁵. Mają one jednak charakter naukowy, pozbawiony waloru legalności⁶. Dla prawa międzynarodowego najistotniejsza jest definicja zdrowia zawarta w preambule Konstytucji WHO⁷, zgodnie z którą „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”. Ta lapidarna, jednozdaniowa definicja obejmuje w istocie tak obszerny substrat treściowy, że powątpiewać należy, czy w ogóle możliwa jest jej realizacja, tj. osiągnięcie stanu zdrowia. Wyłania się tu dodatkowe pytanie, czy zdrowie jest bardziej założonym idealnym stanem do spełnienia którego się dąży, czy też raczej procesem pokonywania wyłaniających się wyzwań i zagrożeń zdrowotnych. Inaczej rzecz ujmując, czy zdrowie jest bardziej zjawiskiem statycznym, czy dynamicznym. W istocie pozostaje ono jednym i drugim, harmonijnie łącząc oba wymiary, będąc złożonym fenomenem

³ *T.B. Kulik*, *Koncepcje zdrowia w medycynie*, [w:] *T.B. Kulik, I. Wrońska* (red.), *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Stalowa Wola 2000, s. 15–38.

⁴ *R. Gil, A. Dziedziczko*, *Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby*, *Zdr.Publ.* 2004, Nr 2, s. 251.

⁵ *Ibidem*, s. 251–252.

⁶ Wyróżnienie trzech grup definicyjnych zdrowia pokrywa się z pojmowaniem tego zjawiska na przestrzeni dziejów. Zmieniło się ono w zależności od kontekstu epoki społeczno-historycznej oraz dominujących aktualnie poglądów. W nauce o zdrowiu wyodrębnią się cztery koncepcje zdrowia: koncepcję biomedyczną – utożsamianą m.in. z kartezjańskim mechanistycznym widzeniem świata i człowieka; koncepcję socjomedyczną – uwzględniającą wpływ czynników społecznych na zdrowie; koncepcję socjoeologiczną – wiążącą ze zdrowiem także uwarunkowania środowiska naturalnego oraz koncepcję egzystencjalną – uwzględniającą przy definiowaniu zdrowia jednostkowe przypadki poszczególnych osób. Zob. *T.B. Kulik*, *Koncepcja zdrowia w medycynie*, [w:] *T.B. Kulik, M. Latański* (red.), *Zdrowie publiczne*, Lublin 2002, s. 15–19.

⁷ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22.7.1946 r., *Dz.U.* z 1948 r. Nr 61, poz. 477.

biologiczno-społeczno-kulturowym. Definicja WHO dobrze oddaje tę wielowymiarowość zdrowia, wyróżniając wymiar zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Zarazem jej nieostrość i ocenność rodzi podstawową trudność z ustalaniem stanu zdrowia. Tym bardziej, że nie podpowiada ona jakimi kryteriami należy się posilkować przy dokonywaniu takiej oceny. Sama konstrukcja definicji sugeruje, że obok kryteriów obiektywnych, potencjalnie dość łatwo weryfikowalnych i związanych z czynnikami biologicznymi (np. stwierdzenie niedoczynności tarczycy, rozpoznanie pałeczek dżumy czy prątków gruźlicy), uwzględnione muszą zostać kryteria subiektywne, ściśle związane z samopoczuciem i jednostkową oceną stanu swojego zdrowia dokonywaną przez każdego człowieka, a także kryteria społeczne, odnoszące się do zaburzeń wykonywania ról społecznych w razie wystąpienia choroby⁸. Ostatnie kryterium nakazuje uwzględniać uwarunkowania ekonomiczne i kulturowe jakie cechują poszczególne społeczeństwa. Z tej perspektywy jednolita, uniwersalistyczna definicja zdrowia podlega fragmentaryzacji, w zależności m.in. od determinantów kulturowych⁹. Zwraca uwagę, że definicja zdrowia przyjęta przez WHO umiejscowiona została nie w dyspozycji Konstytucji WHO, ale w preambule do tej umowy międzynarodowej. Ponieważ zaś preambuły do konwencji nie mają mocy normatywnej¹⁰, służąc jedynie dla celów interpretacyjnych, zatem definicja zdrowia może być wykorzystywana jedynie pomocniczo przy wykładni postanowień Konstytucji WHO. Jako taka stanowi ona wyraz pewnej wartości leżącej u podstaw przyjęcia statutu WHO, wartości którą państwa-strony uznały za determinantę działań tej organizacji.

Przedstawione powyżej uwagi dotyczące definicji zdrowia należy uzupełnić uwagą, że odnoszą się one do zdrowia rozumianego w kategoriach jednostkowych. Odróżnić należy od niego zdrowie zbiorowości (społeczeństwa) które, na co wskazuje nauka o zdrowiu publicznym, nie jest prostą sumą stanów zdrowia jednostek składających się na daną społeczność¹¹. W tym kontekście można też mówić o zdrowiu poszczególnych grup społecznych, np. zdrowiu dzieci, młodzieży, kobiet, osób starszych. Dla oceny stanu zdrowia zbiorowości wypracowano w praktyce pewne zobiektywizowane kryteria, których przykładem jest przede wszystkim koncepcja tzw. pól zdrowia Lalonde'a. Przedstawiona

⁸ Zob.: *E.O. Prince*, Welfare status, illness and subjective health definition, *Am.J. Public Health* 1978, vol. 68, Nr 9, s. 865–870.

⁹ *A. Wojtczak* przytacza jako interesujący przykład wpływu czynników kulturowych pojmowanie zdrowia wśród narodów Azji. Dla Malajów oznacza ono siłę, zaś dla Tajów poczucie szczęścia. Zob. *A. Wojtczak*, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, s. 3.

¹⁰ Zob. *F.P. Grad*, The Preamble of the Constitution of the World Health Organization, *Bulletin of the WHO* 2002, vol. 80, Nr 12, s. 981–982.

¹¹ *A. Felińczak*, *A.M. Fal* (red.), *Zdrowie publiczne*, Wrocław 2010, s. 10.

w 1974 r. przez ministra zdrowia Kanady, i wykorzystywana przez WHO, opiera się ona na wyróżnieniu czterech grup czynników, przez pryzmat których ocenia się zdrowotność społeczeństwa¹².

Zdrowiem społeczności zajmuje się dziedzina zdrowia publicznego. Choć rozwijało się ono dynamicznie w XIX w. na kontynencie europejskim, to sformułowanie pierwszej, kompleksowej definicji zdrowia publicznego¹³ przypisuje się amerykańskiemu profesorowi zdrowia publicznego na Uniwersytecie Yale, C. Winslow. W 1920 r. określił on zdrowie publiczne jako „naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowanych na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności, warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia”¹⁴. Definicja ta zdominowała na całe dziesięciolecie myślenie o zdrowiu publicznym. Jest ona niezwykle pojemna treściowo, podkreślając wielowymiarowość zjawiska zdrowia publicznego i zarazem wskazując warunki dla jego osiągnięcia. Istotny jest zwłaszcza wymóg podejmowania działań „poprzez wysiłek społeczności”, co oznacza konieczność ingerencji prawnej ustanawiającej formy organizacyjne dla takiego wysiłku.

Na definicji Winslowa oparła się WHO, przyjmując w 1946 r. własną definicję zdrowia publicznego¹⁵. Jej sformułowanie zawdzięczać należy Komitetowi Ekspertów WHO ds. Administracji Zdrowia Publicznego. Poszerza ona zakres pojęciowy zdrowia publicznego o dodatkowy wymiar zdrowia psychicznego, funkcjonujący obok dotąd wyróżnianego zdrowia fizycznego¹⁶. Dalsze rozszerzenie zakresu przez WHO nastąpiło w latach 70. XX w. Początkowo skupiono się na podstawowej opiece zdrowotnej („*primary health care*”), czego wyrazem była Deklaracja z Alma Aty o podstawowej opiece zdrowotnej, przyjęta w 1978 r. na Międzynarodowej Konferencji o Podstawowej Opiece

¹² Są to pola: biologii i genetyki; zachowań i stylu życia; środowiska, obejmującego czynniki tak ekonomiczne, jak i społeczne, kulturowe i fizyczne, oraz organizacji systemu ochrony zdrowia. Zob. M.J. Wysocki, M. Miller, Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne, *Przegl.Epidemiol.* 2003, Nr 57, s. 505–512.

¹³ Od pojęcia zdrowia publicznego należy odróżniać pojęcie polityki zdrowotnej. Zob.: C. Włodarczyk, Zdrowie publiczne a polityka zdrowotna, *Zdr.Publ.* 2001, vol. 111, Nr 5–6, s. 414–421.

¹⁴ M. Miller, A. Zieliński, Zdrowie publiczne – misja i nauka, *Przegl.Epidemiol.* 2002, Nr 56, s. 552.

¹⁵ Ujmuje ona zdrowie publiczne jako „naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia przez zorganizowany wysiłek społeczeństwa”. Zob. J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2011, s. 10.

¹⁶ A. Wojtczak, *Zdrowie...*, s. 10.

Zdrowotnej¹⁷. Jednakże uchwalona już rok wcześniej przez XXX Zgromadzenie Zdrowia WHO w 1977 r. rezolucja „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” („*Health for All by the Year 2000*”), której pokłosiem stało się przyjęcie przez WHO w 1981 r. globalnej strategii zdrowotnej¹⁸, odeszła od pojmowania zdrowia wyłącznie w kategoriach medycyny leczniczej¹⁹. Podkreśla za to znaczenie profilaktyki zdrowotnej, samoświadomości zdrowotnej jednostek oraz czynników środowiskowych, społecznych i ekonomicznych wpływających na stan zdrowia. Potwierdzenie tych założeń znalazło wyraz w „Ottawskiej Karcie Promocji Zdrowia”²⁰ uchwalonej w 1986 r. na, zwołanej z inspiracji WHO i rządu kanadyjskiego, Pierwszej Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia (*First International Conference on Health Promotion*). Ottawska Karta Promocji Zdrowia wprowadziła i upowszechniła termin „nowe zdrowie publiczne”, którego cele i szeroki zakres pojęciowy ma odróżniać od starego zdrowia publicznego koncentrującego się nade wszystko na zwalczaniu chorób zakaźnych. Powyższe uwagi dają asumpt do stwierdzenia, że pojęcie zdrowia publicznego „jest stale rozbudowywane”²¹, obejmując: „problemy dotyczące zdrowia populacji, stan zdrowotny zbiorowości, ogólne usługi zdrowotne oraz administracyjną opiekę zdrowotną”²².

Sprawę komplikuje fakt, że na samym forum WHO używanych jest kilka definicji zdrowia publicznego. Pozostają one bardzo zbliżone, różniąc się akcentem kładzionym na poszczególne elementy definicyjne²³. W literaturze wciąż pojawiają się także nowe definicje zdrowia publicznego, z których największe znaczenie w ostatnich dekadach uzyskała ta ogłoszona w 1988 r. przez *D. Achesona* i modyfikująca nieco uprzednią definicję *C. Winslowa* („Zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczności”)²⁴. Celem rozstrzygnięcia wątpliwości należy stwierdzić, że w oficjalnym, wydanym przez WHO, glosa-

¹⁷ Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978, zob.: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

¹⁸ Global Strategy for Health for All by the Year 2000, WHO, Geneva 1981, zob.: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>.

¹⁹ Krytyczne uwagi dotyczące m.in. braku prawnego podejścia do realizacji strategii przez WHO zob.: *A.L. Taylor*, International public health law, *Am. Soc’y Int’l L.Proc.* 1992, vol. 86, s. 574–579.

²⁰ Zob. The Ottawa Charter for Health Promotion, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

²¹ Zob.: *M.A. Rothstein*, Rethinking the meaning of public health, *J.L.Med. & Ethics* 2002, vol. 30, s. 144–149; *W.H. Foege*, Redefining public health, *J.L.Med. & Ethics* 2004, vol. 32, s. 23–26.

²² *A. Felińczak, A.M. Fal* (red.), *Zdrowie...*, s. 12.

²³ Omówienie poszczególnych definicji zob.: *L. Marks, D.J. Hunter, R. Alderslade*, Strengthening public health capacity and services in Europe, a concept paper, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2011, s. 9–11.

²⁴ *Ibidem*, s. 12–13.

riuszu terminów z zakresu promocji zdrowia²⁵ przyjęto definicję *D. Achesona*. Mimo to, definicja zdrowia publicznego jest na tyle pojemna, a użyte w niej zwroty niedookreślone, że pozostaje ona pojęciem niejednoznacznym. Warto dodać, że wśród nowych terminów uaktualniających wspomniany glosariusz w 2006 r. pojawiło się „zdrowie globalne” („*global health*”), które „odnosi się do transnarodowego wpływu globalizacji na determinanty i problemy zdrowotne, które są poza kontrolą pojedynczych państw”²⁶.

2. Geneza prawa międzynarodowego w zakresie zdrowia publicznego

2.1. Źródła pierwszych regulacji

Zdrowie jako przedmiot regulacji prawa międzynarodowego pojawia się w połowie XIX w. W 1851 r. w Paryżu, z inicjatywy Francji zebrała się pierwsza Międzynarodowa Konferencja Sanitarna, której celem było przyjęcie środków zapobiegających rozprzestrzenianiu się epidemii cholery. Zwołaniu konferencji przyświecał motyw nie tyle związany z ochroną zdrowia, co z interesami handlowymi. Stosowanie kwarantanny jako profilaktycznego środka przeciw chorobom zakaźnym przynosiło bowiem wymierne straty finansowe dla handlu morskiego państw europejskich²⁷. Przyjęcie jednolitych norm w powyższym zakresie pozostawało zatem w ich interesie. W następstwie tej konferencji, która zgromadziła przedstawicieli 12 państw (11 państw europejskich plus Turcja) uzgodniono wymogi kwarantanny morskiej i podpisano konwencję sanitarną zawierającą aneks z przepisami sanitarnymi. Wobec braku ratyfikacji (została ratyfikowana jedynie przez Sycylię i Francję) nie weszła ona jednak w życie. Pierwsza konferencja utorowała drogę kolejnym, przy czym w samym XIX w. zwołano łącznie dziesięć konferencji sanitarnych (w: Paryżu – 1851; Paryżu – 1859; Konstantynopolu – 1866; Wiedniu – 1874; Waszyngtonie – 1881; Rzymie – 1885; Wenecji – 1892; Dreźnie – 1893; Paryżu

²⁵ Health Promotion Glossatory, WHO 1998, zob.: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>.

²⁶ B.J. Smith, K. Chotang, D. Nutbeam, WHO Health Promotion Glossary: new terms, Health Promot.Int. 2006, vol. 21, Nr 4, s. 3; zob. także: J.P. Koplan, T.C. Bond, M.H. Merson, K. Srinath Reddy, M.H. Rodriguez, N.K. Sewankambo, J.N. Wasserheit, Towards a common definition of global health, Lancet 2009, vol. 373, s. 1993–1995.

²⁷ A. Wojtczak, Zdrowie..., s. 135.

– 1894; Wenecji – 1897)²⁸. Początkowo miały one jedynie wymiar europejski, skupiając się na ochronie państw naszego kontynentu przed chorobami epidemicznymi rozprzestrzeganymi głównie z Bliskiego Wschodu. Dopiero w drugiej połowie wieku poszerza się zakres terytorialny współpracy (np. w konferencji waszyngtońskiej w 1881 r. po raz pierwszy uczestniczyli delegaci z USA). W okresie tym dochodzi także do dwóch precedensowych wydarzeń: po raz pierwszy przyjęto prawnie wiążący akt prawa międzynarodowego dotyczący zagadnień sanitarnych oraz zainicjowano instytucjonalizację współpracy międzynarodowej. Próby przyjęcia i doprowadzenia do wejścia w życie pierwszej w historii wielostronnej konwencji sanitarnej, podejmowane przez amerykański Departament Stanu na konferencji w 1881 r. spały na panewce. Udało się to osiągnąć dopiero na siódmej konferencji w 1892 r. Owa pierwsza, historyczna konwencja sanitarna, która weszła w życie, dotyczyła zapobiegania cholery. Miała ona jednak zakres ograniczony przedmiotowo wyłącznie do jednej choroby, a w dodatku dotyczyła jedynie środków kwarantanny morskiej w odniesieniu do żeglugi z regionu Bliskiego Wschodu (zawierała np. regulacje sanitarne dotyczące pielgrzymów do Mekki). Dla zwalczania innych chorób zakaźnych konieczne było zwołanie kolejnych konferencji i przyjęcie następnych umów. Konferencje w Dreźnie (1893 r.) i Paryżu (1894 r.) przyniosły dwie dalsze konwencje poświęcone walce z cholera. Z kolei konferencja w Wenecji (1897 r.) przyjęła konwencję dotyczącą zapobiegania dżumy. Dziewiętnastowieczny dorobek prawa międzynarodowego w zakresie zdrowia publicznego obejmował zatem cztery wymienione konwencje sanitarne. Na kolejnej, zwołanej już w XX w. (1903 r.), XI konferencji sanitarnej w Paryżu, przyjęto jednolitą Międzynarodową Konwencję Sanitarną, która zastąpiła poprzednie cztery umowy. Licząca 184 artykuły konwencja koncentrowała się na środkach kwarantanny w odniesieniu do cholery i dżumy. Jedynie jeden z jej artykułów (art. 182) dotyczył żółtej febry, w kontekście nowych odkryć naukowych związanych z przenoszeniem tej choroby przez komary. Konwencja była na ówczesne czasy nowatorska, np. po raz pierwszy przewidywała zwalczanie szczurów na pokładach statków jako środek zapobiegawczy przeciwko dżumie.

²⁸ Szczegółowy opis przebiegu poszczególnych konferencji zob.: *N. Howard-Jones, The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851–1938*, WHO, Geneva 1975, s. 12–99, zob.: http://whqlibdoc.who.int/publications/1975/14549_eng.pdf.

Zob. także: *X. Seuba Hernández, Los orígenes de la cooperación sanitaria internacional*, [w:] *X. Pons Rfols (Dir.), Salud Pública Mundial y Derecho Internacional*, Madrid 2010, s. 67–89; *F. Llewellyn Jones, The Law of nations and the health of nations, a survey of international health activities before and after the Great War*, *Transactions Med.-Legal Soc'y* 1924–1925, vol. 19, s. 25–44.

Wymienione konwencje torowały drogę do instytucjonalizacji współpracy międzynarodowej w dziedzinie zdrowia na początku XX w. (choć już w 1874 r. zabiegano bezskutecznie o utworzenie Stałej Międzynarodowej Komisji ds. Epidemii, zaś w 1881 r. zajmowano się powołaniem Międzynarodowej Agencji Sanitarnej ds. Notyfikacji)²⁹. Instytucjonalizacja odbywała się zarówno na poziomie uniwersalnym, jak i na szczeblu regionalnym. W 1902 r. powołano na kontynencie amerykańskim Międzynarodowe Biuro Sanitarne (*International Sanitary Bureau*), które następnie ewoluowało w Pan-Amerykańskie Biuro Sanitarne (*Pan American Sanitary Bureau*), by następnie przekształcić się w Pan-Amerykańską Organizację Zdrowia (*Pan American Health Organisation*). W Europie w 1907 r. powstało Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej (*L'Office International d'Hygiene Publique*). Utworzono je w oparciu o art. 181 Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej z 1903 r. Mogło ono sugerować potrzebne zmiany w wymienionej konwencji. Było także odpowiedzialne za inicjowanie badań nad chorobami zakaźnymi i gromadzenie informacji na ten temat, oraz było władne kierować zalecenia do państw, dotyczące np. deratyzacji w portach i na statkach (1910 r.), czy przymusowej notyfikacji przypadków tuberkulozy i śmierci z jej powodu (1913 r.). Podejmowane inicjatywy miały charakter sektorowy, tj. skupiały się na pewnym wycinku działalności związanej ze zdrowiem, przede wszystkim na zapobieganiu rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Pobocznie ze zdrowiem publicznym wiązały się także regulacje konwencji haskich prawa wojennego przyjęte na konferencjach w 1899 i 1907 r. Wspomnieć także należy o aktach prawa międzynarodowego dotyczących zwalczania szkodliwych następstw zdrowotnych i społecznych spożywania opium (Międzynarodowa Konwencja Opiumowa z 1912 r.) oraz alkoholu (konwencje dotyczące handlu alkoholem w Afryce z 1899, 1906 i 1919 r.). Pewien związek ze zdrowiem publicznym miały także inne przyjmowane wówczas umowy³⁰.

W dwudziestoleciu międzywojennym powszechny charakter miała Organizacja Zdrowia Ligi Narodów. Artykuł 23 pkt f Paktu Ligi Narodów zobowiązywał członków Ligi do poczynienia starań „celem podjęcia zarządzeń o charakterze międzynarodowym dla zapobiegania chorobom oraz ich zwalczania”. Utworzone uprzednio biura międzynarodowe zajmujące się zagadnienia-

²⁹ Zob.: I. Popiuk-Rysińska, Instytucjonalizacja współpracy międzynarodowej na rzecz ochrony zdrowia, [w:] W. Lizak, A.M. Solarz (red.), *Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych, wybrane zagadnienia*, Warszawa 2013, s. 9–34. W wymiarze lokalnym już w 1838 r. Francja i Cesarstwo Otomańskie powołały Najwyższą Radę ds. Zdrowia w Konstantynopolu. W 1843 r. stworzono Egyptian Quarantine Board, a w późniejszym okresie Radę Sanitarną Tangeru i Radę Sanitarną Teheranu.

³⁰ Zob.: Konwencja w sprawie okrętów szpitalnych z 1904 r., Dz.U. z 1936 r. Nr 60, poz. 439; Konwencja międzynarodowa o zakazie używania białego (żółtego) fosforu przy wyrobie zapalek z 1906 r., Dz.U. z 1922 r. Nr 19, poz. 159.

mi zdrowia publicznego poddane zostały, na mocy art. 24 Paktu Ligi Narodów, władzy Ligi. Realizując to postanowienie, w 1920 r. w Londynie odbyła się Międzynarodowa Konferencja Zdrowia, która opracowała projekt statutu nowej organizacji w postaci Międzynarodowej Organizacji Zdrowia. Organizacja miała wchłonąć Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej i składać się z trzech głównych organów: Komitetu Wykonawczego, Międzynarodowego Biura Zdrowia i Komitetu Generalnego. Na wchłonięcie to nie zgodziły się jednak Stany Zjednoczone, które odmówiły ratyfikacji Paktu Ligi Narodów, a tym samym odmawiały współpracy z jakąkolwiek organizacją mającą związek z Ligą Narodów. W efekcie w okresie międzywojennym funkcjonowały równoległe dwie organizacje: Organizacja Zdrowia Ligi Narodów i Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej. Z inspiracji tej drugiej w 1926 r. przyjęto nową Międzynarodową Konwencję Sanitarną, modyfikującą postanowienia poprzedniej Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej z 1912 r. Uregulowano także kwestie sanitarne w lotnictwie cywilnym (Międzynarodowa konwencja sanitarna dotycząca żeglugi powietrznej z 1933 r.) i dotyczące leczenia chorób wenerycznych wśród załóg statków handlowych (Porozumienie w sprawie ułatwień marynarzom handlowym leczenia chorób wenerycznych z 1924 r.). Zwiększono liczbę chorób wymagających kwarantanny do pięciu, dodając do cholery, dżumy i żółtej febry, także tyfus i ospę w postaci epidemicznej³¹. Rozwijano także system powiadamiania o zagrożeniach epidemicznych oraz zajmowano się kontrolą lekarstw narkotycznych. Z kolei Organizacja Zdrowia Ligi Narodów skupiała się raczej na działalności operacyjnej³², m.in. wspierając państwa w zwalczaniu chorób zakaźnych i prowadząc nad nimi badania. Kilka istotnych konwencji dotyczących problematyki zdrowia publicznego przyjęła także w okresie międzywojennym MOP³³.

Tak Organizacja Zdrowia Ligi Narodów, jak i Międzynarodowe Biuro Higieny Publicznej przestały praktycznie funkcjonować w okresie II wojny światowej. W styczniu 1945 r. UNRRA (*United Nations Relief and Rehabilitation Administration*) przejęła od Międzynarodowego Biura Higieny Publicznej część zadań tej organizacji związanych z zapobieganiem chorobom zakaźnym³⁴.

³¹ I. Popiuk-Rysińska, *Instytucjonalizacja...*, s. 16.

³² *Ibidem*, s. 16.

³³ Zob.: Konwencja Nr 13 w sprawie używania bieli ołowianej w malarstwie z 1921 r.; Konwencja Nr 16 dotycząca obowiązkowych oględzin lekarskich dzieci i młodocianych zatrudnionych na statkach z 1921 r.; Konwencja Nr 18 w sprawie odszkodowania za choroby zawodowe z 1925 r.; Konwencja Nr 24 dotycząca ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników, zatrudnionych w przemyśle i handlu oraz w gospodarstwach domowych z 1927 r.; Konwencja Nr 25 dotycząca ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników rolnych z 1927 r. Teksty wymienionych konwencji zob.: www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12000:0::No::

³⁴ *Ibidem*, s. 17.

Nową sytuację w zakresie rozwoju międzynarodowego prawa zdrowia publicznego stworzyło dopiero powstanie w 1948 r. Światowej Organizacji Zdrowia.

2.2. Zdynamizowanie rozwoju w ostatnich dekadach

W zamysle jej twórców, wyrażonym w art. 69 Konstytucji WHO, Światowa Organizacja Zdrowia jest organizacją wyspecjalizowaną ONZ. Pomysł jej powołania był zgłaszany przez delegatów Brazylii i Chin już podczas konferencji w San Francisco w 1945 r., choć zajmowano się nim na Światowej Konferencji Zdrowia, zwołanej z inspiracji Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ w 1946 r. Pokłosiem konferencji było podpisanie, uprzednio wstępnie przygotowanego przez Techniczny Komitet Przygotowawczy (*Technical Preparatory Committee*), tekstu Konstytucji WHO. Nastąpiło to 22.7.1946 r. Konstytucję podpisało 51 członków ONZ i 10 innych państw. Do czasu jej wejścia w życie, które miało miejsce po dokonaniu ratyfikacji przez 26 państw ONZ, w dniu 7.4.1948 r., niektóre przypisane organizacji funkcje z zakresu zdrowia publicznego wykonywała Komisja Tymczasowa (zaprzeszała działalności 31.8.1948 r.). Dzień wejścia w życie Konstytucji WHO obchodzony jest co roku jako Światowy Dzień Zdrowia.

WHO jest rządową organizacją powszechną (jej członkami pozostają 193 państwa), wyspecjalizowaną i otwartą (co wynika z brzmienia art. 3, 4 i 79 Konstytucji WHO). Nie wyposażono jej w cechy organizacji ponadnarodowych (możliwość stanowienia przepisów prawnych bezpośrednio wiążących państwa członkowskie; autonomia budżetowa; autonomia sądowa), zatem należy ją uznać za organizację koordynacyjną. Posiada natomiast osobowość prawną oraz przywileje i immunitety uregulowane w art. 67 Konstytucji WHO oraz w Konwencji o przywilejach i immunitetach organizacji wyspecjalizowanych³⁵. Zgodnie z wymienionymi przepisami WHO korzysta na terytorium każdego państwa członkowskiego z takich przywilejów i immunitetów, jakie okażą się konieczne dla osiągnięcia jej celu i dla wykonywania jej funkcji. Ma ona zdolność do: zawierania umów, nabywania i zbywania majątku nieruchomego i ruchomego, wszczynania postępowania prawnego.

Tworząc WHO traktowano zdrowie publiczne jako istotny element osiągnięcia pokoju międzynarodowego, co wyraźnie wynika z preambuły Konstytucji WHO: „(...) Zdrowie wszystkich ludów jest podstawą do osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa, a zależne jest od najpełniejszej współpracy jednostek i państw (...)”. Celem organizacji jest „osiągnięcie przez wszystkie ludy możliwie najwyż-

³⁵ Konwencja o przywilejach i immunitetach organizacji wyspecjalizowanych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 21.11.1947 r., Dz.U. z 1970 r. Nr 4, poz. 25 – załącznik.